

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO

MARIA AUXILIADORA GOMES DE MELLO BRITO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA IDENTIFICADOS EM
PESSOAS COM LESÃO MEDULAR MEDIANTE ABORDAGEM BASEADA
NA TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

GOIÂNIA
2007

MARIA AUXILIADORA GOMES DE MELLO BRITO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA IDENTIFICADOS EM PESSOAS
COM LESÃO MEDULAR MEDIANTE ABORDAGEM BASEADA NA TEORIA DO
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidados de enfermagem
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion

GOIÂNIA
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Brito, Maria Auxiliadora Gomes de Mello.
B862d Diagnóstico de enfermagem da NANDA identifi-
cados em pessoas com lesão medular mediante abor-
dagem baseada na teoria do déficit de autocuidado /
Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito. – Goiânia,
2007.

229f. : il., tabs., qds.

Orientadora: Maria Márcia Bachion.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de
Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2007.

Bibliografia: f.215-221.

Inclui listas de tabelas, quadros, apêndices e de
siglas.

Apêndices.

1. Diagnóstico de enfermagem 2. Enfermagem –
Teoria de Orem 3. Traumatismos da medula espinhal
I. Bachion, Maria Márcia II. Universidade Federal
de Goiás, Faculdade de Enfermagem III. Título.

CDU: 616-083

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito

Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado de Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Assinatura

Prof^a. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus
Departamento de Enfermagem da Universidade Brasília
Assinatura

Prof. Dr. Joaquim Tomé de Souza
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Assinatura

Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e está inserida na linha de pesquisa “Fundamentação teórico filosófico metodológica do processo de cuidar em enfermagem”.

Dedico este estudo ao meu esposo Guilherme e aos nossos filhos Thiago e Pedro Augusto, constantes incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional, pelo carinho, compreensão e apoio em todos os momentos.

Aos meus pais, Maria e Érico, pelo amor incondicional e por terem me proporcionado oportunidades que me permitiram traçar este caminho.

A vocês, todo meu amor e reconhecimento!

Agradecimentos

À professora **Dra. Maria Márcia Bachion**, a quem palavras são insuficientes para expressar minha gratidão, pela grandeza de espírito, pelos ensinamentos e incentivos, pelo empenho, tempo e dedicação dispensados nesta árdua, porém gratificante jornada.

À Coordenação e aos professores do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, por oportunizarem momentos tão importantes para a construção e expansão do saber, que engrandece a enfermagem.

Ao Professor Dr. Joaquim Tomé de Souza, pela análise estatística, pela atenção e disponibilidade no esclarecimento de nossas dúvidas.

Às Professoras Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani e Dr^a. Adenícia Custódia Silva e Sousa, que compuseram a Banca de Exame de Qualificação, por suas contribuições valiosas no refinamento deste trabalho.

À enfermeira Viviane Ribeiro por sua preciosa colaboração na fase do processo de raciocínio diagnóstico.

À futura enfermeira Daniella Pires Nunes, pela colaboração na construção do banco de dados utilizado para a análise estatística deste estudo.

Ao Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo, que oportunizou a realização deste estudo.

Aos colegas do Mestrado, pela oportunidade de troca de idéias, pela alegria nos momentos de descontração e pela ajuda nos momentos difíceis.

Aos colegas de trabalho, sempre incentivadores nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Aos pacientes que concordaram em participar desta pesquisa, possibilitando que a mesma fosse realizada.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, muito obrigado!

“Nenhuma mente que se abre para uma nova idéia
voltará a ter o tamanho original”.

Albert Einstein.

RESUMO:

BRITO, M.A. G. M.. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado** 2007. 227f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

A atuação do enfermeiro junto a pessoas com lesão medular é de grande abrangência, e requer dos profissionais conhecimentos voltados às características dessa população. O conhecimento dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) que ocorrem nesse grupo de pessoas poderá auxiliar na implementação de sistemas de enfermagem mais eficazes. Frente ao exposto, emerge a necessidade conhecer o perfil diagnóstico dessa população. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e teve como objetivos: 1-Analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) identificados junto a portadores de lesão medular usando o Modelo de Orem. 2-Analisar a relação do número de diagnósticos de enfermagem identificados, com as variáveis: idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador. 3 Analisar a relação dos diagnósticos de enfermagem identificados, com essas variáveis. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas, exame físico e consulta ao prontuário. Na elaboração dos DE foi realizado o processo de raciocínio diagnóstico proposto por Helland e a Taxonomia II da NANDA Participaram da amostra 30 pacientes com LM, independente do gênero, atendidos no ambulatório de triagem de um centro de reabilitação do estado de Goiás, entre Novembro de 2005 a Dezembro de 2006, que concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo 73,3 % do sexo masculino, média de idade de 32,6 anos ($\pm 10,29$). O tempo médio de lesão foi de 162 dias ($\pm 369,9$). A lesão foi traumática em 28 dos casos, 16 apresentaram lesões completas da medula espinhal. Destes, 16,7 % não eram alfabetizados. A renda familiar variou de zero até 5 SM. Foram identificados 61 diferentes diagnósticos de enfermagem, com um total de 734 ocorrências, sendo a média de 24,46 DE por pessoa. O requisito de autocuidado universal mais afetado, foi o de prevenção de perigos para a vida funcionamento e bem-estar humanos, com 20 DE e 318 ocorrências. O número de diagnósticos de enfermagem identificados não apresentou associação com as variáveis idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador, para a amostra estudada. As variáveis com maior número de associação com os DE foram: nível da lesão que apresentou associação estatisticamente significativa com os DE deambulação prejudicada ($p = 0,009$); controle ineficaz do regime terapêutico ($p = 0,034$); déficit no autocuidado para alimentação ($p = 0,0006$); déficit no autocuidado para higiene oral ($p = 0,004$); mobilidade física prejudicada ($p = 0,034$); proteção ineficaz (0,014) e risco de manutenção do lar prejudicada (0,015)., e a variável grau da lesão que apresentou associação estatisticamente significativa com os DE deambulação prejudicada ($p = 0,007$); disfunção sexual ($p = 0,005$), incontinência intestinal ($p = 0,033$); incontinência urinária total ($p = 0,0006$); infecção ($p = 0,024$); integridade tissular prejudicada ($p = 0,16$); proteção ineficaz ($p = 0,0004$); risco de disfunção neurovascular periférica ($p = 0,002$) e risco de síndrome do desuso ($p = 0,015$). Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para fundamentação da prática profissional e para a melhor assistência de enfermagem aos portadores de lesão medular

Palavras-chaves: enfermagem, diagnóstico de enfermagem, teoria de Orem, Traumatismos da Medula Espinhal.

ABSTRACT

BRITO, M.A. G. M. Nursing diagnosis of NANDA identified in people with acute spinal cord injury through approaching based on the theory of long term care deficit. 2007. 227f. Paper (Master in Nursing) – Faculdade de Enfermagem da UFG, Goiânia, Goiás, 2007.

The nursery role next to people with acute spinal cord injury is of great reaching, and it requires knowledge from the professionals faced to the features of that population. The nursing diagnosis (ND) knowledge that occurs on that group of people can help on more efficient introducing of nursing systems. Facing the exposed above, it emerges the need of knowing the diagnosis profile of that population. It is about a descriptive study of the quantitative approaching and aims: 1 - to analyze the nursing diagnosis profile of *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), identified next to acute spinal cord injury carriers using Orem Model. 2 – To analyze the relation of identified nursing diagnosis numbers with the variables: age, sex, income, marital status and level of scholarship of the person with acute spinal cord injury, etiology, level and extent of the injury, lead time of the injury, existence of a daycare, sex and degree of kinship of the daycare. 3 – to analyze the relation of the identified nursing diagnosis with those variables. To the data collection, it was made interviews, physical exam and consulting to the patient files. In the ND developing it was realized the process of rational thought process proposed by Helland and the Taxonomy II of NANDA. 30 patients with acute spinal cord injury participated on the sample, independent from the gender, attended in the ambulatory of triage of a rehabilitation center of Goiás state, from November 2005 to December 2006, who agreed to take part in the research signing the informed consent , 73.3% of the patients were male, the medium age was 32.6 years old ($\pm 10,29$). The average time of the injury was 162 days ($\pm 369,9$), 28 of the cases presented traumatic injury, and 16 presented complete spinal cord injury. From these ones, 16.7% were not literate. The familiar income varied from 0 to 5 minimum wages. 61 different nursing diagnoses were found, with a sum of 734 happenings, and the average was 24.46 ND per person. The most affected requirement of universal long term care was the one about prevention of dangerous to the life function and to the well- being of humans, with 20 ND and 318 happenings. The number of identified nursing diagnosis didn't present any link with the variables age, sex, income, marital status and scholarship of the person with acute spinal cord injury, etiology, level and extent of the injury, lead time of the injury, existence of the daycare, sex and degree of kinship of the daycare, to the studied sample. The variables with highest number of association with ND were: level of the injury that presented association statistically meaningful with ND impaired walking ($p = 0.009$); useless control of the therapeutic regime ($p = 0.034$); lack of care about feeding ($p = 0.0006$); lack of care about oral hygiene ($p = 0.004$); impaired physical mobility ($p = 0.034$); ineffective protection ($p = 0.014$); and risk for impaired home maintenance ($p = 0.015$), and the variable extent of the injury that presented association statistically meaningful with ND impaired walking ($p = 0.007$); sexual dysfunction ($p = 0.005$), intestinal incontinent ($p = 0.033$); total urinary incontinent ($p = 0.0006$); infection ($p = 0.024$); tissue integrity impaired ($p = 0.16$); ineffective protection ($p = 0.0004$); risk for peripheral neurovascular dysfunction ($p = 0.002$) and risk for musculoskeletal inactivity ($p = 0.015$). We hope the results of this research can contribute to the grounding of professional practice and to a better nursing assistance to acute spinal cord injury patients.

Key Words: nursing, nursing diagnosis, Orem theory, Spinal cord injury.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição das pessoas com lesão medular, segundo o gênero, idade, procedência, escolaridade, renda, estado civil, existência e sexo do cuidador (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	64
Tabela 2 -Distribuição das pessoas com lesão medular, segundo o tempo, etiologia, nível e grau da lesão medular (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	67
Tabela 3 -Diagnósticos da NANDA (2006) e os requisitos de autocuidado universal, de Orem (1993), vislumbrados no contexto da lesão medular N = 30. Ambulatório de LM. Goiânia, 2005-2006. Continua.	94
Tabela 4 - Fatores relacionados e características definidoras do DE mobilidade física prejudicada (n= 29), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	101
Tabela 5 - Fatores relacionados e características definidoras do DE capacidade de transferência prejudicada (n= 25), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	102
Tabela 6 - Fatores relacionados e características definidoras do DE mobilidade com cadeira de rodas prejudicada (n = 13), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	104
Tabela 7 - Fatores relacionados e características definidoras do DE mobilidade no leito prejudicada (n= 23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	105
Tabela 8 -Fatores relacionados e características definidoras do DE deambulação prejudicada (n=2), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	107
Tabela 9 - Fatores de risco do DE risco de síndrome do desuso (n=10), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	108
Tabela 10 - Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para banho/higiene (n=28), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular Goiânia, 2005-2006.	112
Tabela 11 - Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se (n=27), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005 -2006.	113
Tabela 12 - Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para higiene íntima (n= 27), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	114
Tabela 13 - Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para alimentação (n=10), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	115
Tabela 14 - Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para higiene oral (n=9), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	116

Tabela 15- Fatores de risco do DE risco de integridade da pele prejudicada (n= 26), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	117
Tabela 16- Fatores relacionados e características definidoras do DE integridade da pele prejudicada (n= 17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	119
Tabela 17- Fatores relacionados e características definidoras do DE integridade tissular prejudicada , (n=7), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	121
Tabela 18- Fatores de risco do DE risco de infecção (n=26), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	122
Tabela 19- Fatores relacionados e características definidoras do DE infecção (n=11), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	124
Tabela 20 - Fatores relacionados e características definidoras do DE Conhecimento deficiente (do indivíduo) – (n= 25), sobre o processo de doença e tratamento em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	124
Tabela 21 - Fatores relacionados e características definidoras do DE Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento (n=22) , em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	126
Tabela 22 - Fatores de risco do DE risco de disfunção neurovascular periférica (n= 23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	127
Tabela 23 - Fatores relacionados e características definidoras do DE proteção ineficaz (n=23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	128
Tabela 24- Fatores de risco do DE risco de trauma (n = 5), em pessoas com LM (N =30).Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	129
Tabela 25- Fatores de risco do DE risco de quedas (n =14), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	130
Tabela 26- Fatores relacionados e características definidoras do DE atividades de recreação deficientes (n=23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	132
Tabela 27- Fatores relacionados e características definidoras do DE interação social prejudicada (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	133
Tabela 28- Fatores de risco do DE risco de solidão (n=5), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	135
Tabela 29- Fatores de risco do DE risco de isolamento social (n=1) , em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006	135

Tabela 30- Fatores de risco do DE risco de tensão do papel de cuidador (n=20), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005- 2006.	136
Tabela 31- Fatores relacionados e características definidoras do DE percepção sensorial perturbada (tátil) – (n=16), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	140
Tabela 32- Fatores relacionados e características definidoras do DE dor aguda (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	142
Tabela 33- Fatores relacionados e características definidoras do DE dor crônica (n =5), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	143
Tabela 34 -Fatores relacionados e características definidoras do DE disfunção sexual (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	144
Tabela 35 - Fatores de risco do DE risco de disfunção sexual (n=7) , em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	147
Tabela 36 - Fatores de risco do DE risco de constipação (n=17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	147
Tabela 37 - Fatores relacionados e características definidoras do DE constipação (n = 8), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	149
Tabela 38- Fatores relacionados e características definidoras do DE incontinência intestinal (n=17) em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-06.	149
Tabela 39- Fatores relacionados e características definidoras do DE incontinência urinária total (n = 15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006	151
Tabela 40- Fatores relacionados e características definidoras do DE eliminação urinária prejudicada (n=9), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	152
Tabela 41 - Fatores de risco do DE risco de disreflexia autonômica (n=9) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	153
Tabela 42- Fatores relacionados e características definidoras do DE Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (n=15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	155
Tabela 43- Fatores relacionados e características definidoras do DE nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (n = 4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	157
Tabela 44- Fatores de risco do DE risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (n=3), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	158
Tabela 45- Fatores de risco do DE risco de volume de líquidos deficiente (n = 6), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	159

Tabela 46- Fatores relacionados e características definidoras do DE dentição prejudicada (n = 17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	160
Tabela 47- Fatores de risco do DE <i>risco de dentição prejudicada</i> (n = 5), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	161
Tabela 48- Fatores relacionados e características definidoras do DE manutenção do lar prejudicada , (n= 15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	162
Tabela 49- Fatores de risco do DE <i>risco de manutenção do lar prejudicada</i> , (n =3) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	163
Tabela 50- Fatores relacionados e características definidoras do DE processos familiares interrompidos (n = 4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	164
Tabela 51- Fatores de risco do DE risco de paternidade prejudicada (n = 3), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.	166
Tabela 52- Fatores relacionados e características definidoras do DE ansiedade (n=15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.	168
Tabela 53- Fatores relacionados e características definidoras do DE padrão de sono perturbado (n=13), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	169
Tabela 54- Fatores de risco do DE risco de baixa auto-estima situacional (n=2), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.	170
Tabela 55- Fatores de risco do DE <i>risco de controle ineficaz do regime terapêutico</i> (n =4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	172
Tabela 56- Fatores de risco do DE <i>risco de padrão respiratório ineficaz</i> (n=3), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.	174

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1	77
Quadro 2-	Fatores relacionados e características definidoras do DE tensão devida ao papel de cuidador (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	138
Quadro 3-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE Processos familiares disfuncionais – alcoolismo (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	166
Quadro 4-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE paternidade prejudicada (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	167
Quadro 5-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE baixa auto-estima situacional (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	171
Quadro 6-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE controle ineficaz do regime terapêutico , (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	172
Quadro 7-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE Manutenção ineficaz da saúde (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	173
Quadro 8-	Fatores relacionados e características definidoras dos DE enfrentamento ineficaz e disposição para enfrentamento aumentado (n =1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.	175
Quadro 9-	Relação entre as variáveis do estudo e o número de DE identificados na amostra estudada.	178
Quadro 10-	Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao sexo da pessoa com lesão medular e as respectivas probabilidades (GL= 1 e $p \leq 0,05$).	179
Quadro 11-	Valores obtidos na regressão logística na análise da relação entre os diagnósticos identificados na mostra e a idade das pessoas com lesão medular e tempo de lesão ($p \leq 0,05$).	181
Quadro 12-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a etiologia da lesão e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$)	184
Quadro 13-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao nível da lesão e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).	186
Quadro 14-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao grau da lesão medular (classificação ASIA) e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$).	191

Quadro 15-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao grau de escolaridade e as respectivas probabilidades (GL = 5 e $p \leq 0,05$).	192
Quadro 16-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao estado civil das pessoas com LM e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).	195
Quadro 17-	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação à renda da pessoa com lesão medular e as respectivas probabilidades (GL= 3 e $\leq 0,05$).	197
Quadro 18-	Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a existência de cuidador e as respectivas probabilidades (GL = 1 e $p < \text{ou} = 0,05$).	199
Quadro 19-	Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao sexo do cuidador e as respectivas probabilidades (GL = 1 e $p \leq 0,05$)	200
Quadro 20	Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao grau de parentesco do cuidador e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).	203

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - TRIAGEM LM	222
APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE E SÍNTESE DOS DADOS.....	228
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	229

LISTA DE SIGLAS

ASIA - American Spinal Injury Association

AVD – Atividades de vida diária

AVP – Atividades de vida prática

Bpm – Batimentos por minuto

CD – Característica definidora

DE – Diagnóstico de enfermagem

FC – Frequência cardíaca

FR – Fatores relacionados

Fr – Frequência respiratória

GNEAUPP -Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento em Ulceras por Presión y Heridas Crónicas.

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial.

Ipm – Incursões por minuto

LM – Lesão medular

m = metro

MMII – Membros inferiores

MMSS – Membros superiores

NMI – Neurônio motor inferior

NMS – Neurônio motor superior

mmHg – milímetros de mercúrio

MMVV – murmúrios vesiculares

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PA – Pressão Arterial

PE – Processo de Enfermagem

PO – Pós-operatório

PSF – Programa Saúde da Família

SAE – sistematização da assistência de enfermagem

sd – standard deviation

SM – Salário mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

SVD – Sonda vesical de demora

T – Temperatura

TVP – Trombose venosa profunda

TRM – Trauma raquimedular

UFG – Universidade Federal de Goiás

UP – Úlcera por pressão

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	28
3 HIPÓTESES	29
4 MARCOS CONCEITUAIS UTILIZADOS PARA O CUIDAR DE ENFERMAGEM À PESSOAS COM LESÃO MEDULAR, NO MODELO DE OREM	30
4.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO	30
4.2 LESÃO MEDULAR E OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.....	33
4.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E O MODELO DE OREM	39
5 METODOLOGIA	49
5.1 TIPO DO ESTUDO	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	49
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	51
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	52
5.6 COLETA DE DADOS	52
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	59
5.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	63
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	64
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	64
6.2. PROCESSO DE ANÁLISE E SÍNTESE DOS DADOS	68
6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS	91
6.3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA E OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS DE OREM.....	93

6.4 RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS COM AS VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O ESTUDO.....	177
7 CONCLUSÃO	205
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
9 REFERÊNCIAS	215
APÊNDICES	222

1 INTRODUÇÃO

A lesão medular é uma injúria na medula espinhal que ocasiona prejuízo de diversas funções vitais, de caráter sensitivo e/ou motor e do sistema nervoso autônomo. Trata-se de “uma das mais graves e devastadoras síndromes incapacitantes que pode atingir o ser humano” (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001, p.VIII).

Segundo Utida et al. (2005), nos Estados Unidos existem cerca de 300.000 pessoas com seqüelas de trauma raquimedular, com a ocorrência de 10.000 novos casos a cada ano e, no Brasil, a estimativa e da ocorrência de 7.000 novos casos por ano.

Os fatores etiológicos de comprometimento da medula espinhal são vários, compreendendo as causas não traumáticas, que envolvem as lesões congênitas das quais as mais freqüentes são aquelas resultantes de fechamento incompleto do canal vertebral, as doenças degenerativas, as tumorais, as infecciosas e as vasculares (LIANZA, 2001). Contudo, sem dúvida a maior parte das lesões medulares é de origem traumática.

A lesão medular traumática ocorre principalmente em adultos jovens, abaixo dos 45 anos, com maior incidência no gênero masculino, comprometendo a fase mais produtiva dessas pessoas, causando sérios problemas de ordem social (KOTTKE; LEHMANN, 1994; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Atualmente, entre as causas mais freqüentes de lesão medular traumática, estão os acidentes automobilísticos, quedas, atos resultantes de violência como ferimentos por armas de fogo e os acidentes esportivos, como mergulho em águas rasas, sendo que, em estatísticas do mundo todo, o acidente automobilístico tem a maior incidência (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; LIANZA, 2001; DeLISA et al., 2002).

A pessoa incapacitada vivencia muitas perdas, pois além de afetar a capacidade de locomoção, comprometendo em graus variados a capacidade para o autocuidado, a lesão medular pode afetar diversas outras funções vitais, como as de eliminação vesical e intestinal, a função sexual, levando a comprometimento da auto-imagem, auto-estima, do papel social até então desempenhado pelo indivíduo, o que pode gerar desestruturação na dinâmica familiar e social na qual a pessoa está inserida (SMELTZER; BARE, 2002).

Os avanços tecnológicos na área da medicina têm permitido salvar muitas vidas e, com isso, cresce o número de pessoas necessitadas de assistência permanente, com seqüelas decorrentes de doenças ou acidentes graves.

Ao contrário do que ocorria na Primeira Guerra Mundial, quando cerca de 80 % dos soldados com lesão medular morriam antes de retornarem para casa e dos que retornavam, apenas 10% sobreviviam ao primeiro ano, em conseqüência principalmente de complicações urinárias, na atualidade, os avanços no tratamento têm permitido a prevenção e controle das complicações associadas à injúria medular e a expectativa de vida tem aumentado muito nesta população (KOTTKE; LEHMANN, 1994; D'ANCONA; RODRIGUES NETTO Jr., 2001).

Com isso, os serviços especializados em reabilitação física têm sido cada vez mais necessários.

Para Smeltzer e Bare (2002), a ênfase da reabilitação é restaurar a independência da pessoa ou, quando isso não for possível, promover a máxima independência e qualidade de vida, no menor tempo possível, por meio de um processo dinâmico orientado não apenas para os aspectos físicos, como também para os de natureza mental, espiritual, social e econômico.

Para DeLisa *et al.* (2000), os alvos da reabilitação são amplos, devem ser delineados individualmente, com a colaboração da pessoa, com o objetivo principal de melhorar a vida do paciente, proporcionando melhora prática e permanente da função.

A reabilitação requer a atuação de equipe interdisciplinar para prover as necessidades do portador de lesão medular. Nesse contexto está inserida a enfermagem.

Os enfermeiros devem ser hábeis para ver seus pacientes como agentes de autocuidado e para diagnosticar a capacidade deles para envolverem-se como agentes de autocuidado contínuos e efetivos (OREM, 2001).

A preocupação com o desenvolvimento da capacidade de autocuidado deve iniciar na fase aguda da lesão medular. Nessa etapa, segundo Faro (2003), devem ser instituídos cuidados preventivos para evitar complicações e os fatores de risco associados a elas.

Ainda é comum pacientes portadores de lesão medular que recebem atendimento na fase aguda em hospitais gerais, chegarem aos centros especializados em reabilitação, com complicações instaladas, tais como úlceras de pressão, deformidades estruturadas, infecções do trato urinário, entre outras, que comprometem seu estado geral, limitam e atrasam o processo de reabilitação, representando fatores condicionantes básicos que afetam negativamente as demandas e as capacidades de autocuidado.

Em nossa experiência profissional em dois centros de referência no atendimento a esses pacientes no Brasil, esse fato tem sido observado com muita frequência.

O conhecimento de enfermagem enquanto ciência, nesse contexto, ainda necessita de bases mais sólidas e abrangentes para fundamentar o cuidado a esta população. Esta situação contribui para a fragilidade da identidade profissional da enfermagem e a pouca visibilidade da participação da enfermagem na equipe interdisciplinar de atendimento ao lesado medular.

Apesar de seu número expressivo, o grupo de pessoas com lesão medular tem sido pouco estudado por pesquisadores de enfermagem, em comparação a outros grupos populacionais.

Dada a complexidade desta clientela, o Processo de Enfermagem (PE) é a abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve a

pessoa com lesão medular, suas reais necessidades e condições de enfrentamento do problema.

O PE é um método sistematizado para orientar a prática da enfermagem, fundamentado em conhecimentos científicos, no qual o enfermeiro, a partir da avaliação das necessidades identificadas junto ao paciente, faz julgamentos, estabelece prioridades, planeja, implementa e avalia os cuidados necessários para alcançar os objetivos traçados.

Para Guerra, Santos e Araújo (2002), é de extrema importância que o PE seja norteado por uma teoria que guie a coleta de dados, facilite a identificação dos diagnósticos, embase as intervenções de enfermagem e assegure resultados satisfatórios.

Um modelo conceitual¹, segundo Christensen e Kenney (1995, p. 20), “provê uma ampla estrutura para inter-relacionar os vários aspectos da complexa situação de saúde do cliente”.

As Teorias de Enfermagem, além de consolidarem a disciplina como ciência, favorecem a aproximação entre a prática e a pesquisa contribuindo, segundo George *et al.* (1993), para o aperfeiçoamento da atenção à saúde, à medida que aumentam a base de conhecimentos sobre a qual é oferecido o atendimento profissional ao paciente e conferem maior visibilidade para as ações de enfermagem e a possibilidade de avaliação dos resultados alcançados.

Existem numerosos modelos teóricos de enfermagem. A seleção de um modelo apropriado às condições específicas de cada cliente, requer do enfermeiro o conhecimento acerca dos modelos e a respeito das principais variáveis que afetam a situação do cliente (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995).

Uma das Teorias que apresenta uma congruência com o foco específico de atenção ao portador de lesão medular é a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, uma vez que,

¹ Embora Teorias de Enfermagem e Modelos Conceituais sejam constructos distintos, segundo estudiosos da epistemologia do conhecimento em enfermagem, operacionalmente pelos profissionais da área são referidos indistintamente, desta forma, utilizaremos estes termos como sinônimos.

assim como nesta Teoria, na reabilitação a proposta é a participação ativa do paciente no seu tratamento, inclusive na definição das metas, para o alcance do maior nível possível de independência.

Orem (1993), considera que os seres humanos são capazes de cuidar de si mesmos e que, quando surgem situações de desvio da saúde ou quando os mesmos atravessam etapas desenvolvimentais, nas quais esta capacidade para o autocuidado se torne menor do que as exigidas para a manutenção da saúde, configura-se a necessidade da enfermagem.

Portanto, para Orem (1993), a enfermagem é um serviço de ajuda cujo foco de atenção são as pessoas com incapacidade para provisão continuada de autocuidado na quantidade e qualidade necessárias para a manutenção de sua saúde pessoal ou, no caso de crianças, a incapacidade dos pais ou tutores para proporcionar-lhes estes cuidados.

No Brasil ainda são poucos os trabalhos publicados que aplicaram um modelo conceitual de enfermagem voltado ao portador de lesão medular (BIAZIN, 1987; SANTOS, 2000; NEVES, 2003; FARIAS; LIMA; FREIRE 2005; VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005; MIGIYAMA; SOUZA; MOTA, 2006).

Biazin (1987), utilizou a Teoria do Autocuidado de Orem para analisar as atitudes de pacientes com paraplegia quanto ao sucesso no desempenho do autocateterismo vesical intermitente limpo e o desenvolvimento de um instrumento de Medida de Locus de Controle à Saúde. Santos (2000), estudou pessoas do sexo masculino com LM, tendo como referencial a Teoria Fundamentada nos Dados, para analisar o significado que a pessoa atribui a sua experiência de ser lesado medular. Neves (2003), utilizou a Teoria de Wanda Horta, das Necessidades Humanas Básicas, na identificação de diagnósticos de enfermagem em portadores de lesão medular (LM). Farias; Lima; Freire (2005), utilizaram a teoria do autocuidado de Orem para identificar o nível de capacidade da pessoa com LM ou de seu cuidador para o autocuidado e a associação entre as variáveis sexo, idade, grau de instrução,

religião; ocupação, nível da lesão e agente causador da lesão com a capacidade para o autocuidado. Vall, Lemos e Janebro (2005), realizaram um estudo teórico comparando as abordagens e possibilidades de aplicação das Teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorethea Orem e Callista Roy, no processo de reabilitação de pessoas com LM. Migiyama, Souza e Mota (2006), avaliaram a percepção do cuidador e do ser cuidado, aplicando a teoria da adaptação de Roy na identificação de DE em pacientes com LM e seus cuidadores.

Outros autores, como, Nogueira, Caliri e Haas (2006), Leite (2005), Cafer et al. (2005), Bruni et al. (2004), Faro (1995, 1999, 2003), Mancussi (1998), estudaram diagnósticos de enfermagem em pessoas com LM, sem a aplicação de modelos teóricos específicos.

Outras publicações sobre lesão medular realizadas por enfermeiros foram identificadas, tratando de outros enfoques, como o ensino da reabilitação nos cursos de graduação (FARO, 1996; BRUNI et al., 2004), reflexões e relato de experiências sobre o tema (LEITE; FARO, 2005; FARO, 1999, 2003; 2006; VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Segundo Marin, Messias e Ostroski (2004), uma das etapas do PE que mais tem recebido a atenção dos enfermeiros é a de diagnósticos e que, embora possa ser observado um movimento crescente na sua utilização, seu desenvolvimento no Brasil ainda é pouco aplicado no trabalho dos enfermeiros na prática, o que representa um desafio para a enfermagem.

Os esforços produtivos dos profissionais de enfermagem para identificar, compreender, conceituar e expressar o que lhes preocupa no campo da prática e de que forma se preocupam, conduzem, segundo Orem (1993), ao início da definição do conteúdo e estrutura da enfermagem como um conhecimento sistematizado e validado, que é a ciência da enfermagem e que identifica sua finalidade própria.

Helland (1995), considera que os principais propósitos do uso dos diagnósticos de enfermagem são: melhorar a oferta de cuidados de enfermagem ao cliente, por meio da

individualização do cuidado; facilitar a comunicação intraprofissional, provendo uma linguagem padronizada para informar os problemas de saúde do cliente; validar as funções de enfermagem, estabelecendo ligação entre a problemática das respostas humanas ao tratamento e as respostas ao tratamento; medir a carga de trabalho e contribuir para definição das necessidades de pessoal de enfermagem e melhorar a autonomia profissional, provendo uma linguagem específica para diferenciar a prática da enfermagem de outros profissionais de saúde.

Além disso, identificar fenômenos de interesse da enfermagem que se apresenta em uma clientela, proporciona o direcionamento de programas de educação continuada para desenvolver habilidades específicas nos profissionais que cuidam dessa população.

Este estudo pretende então, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem neste campo, mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem junto as pessoas portadoras de lesão medular, utilizando na abordagem desta clientela o modelo do autocuidado de Orem (1993, 2001).

O conhecimento acerca dos diagnósticos de enfermagem poderá subsidiar políticas de saúde para o atendimento das reais necessidades dessa população pelo Sistema de Saúde, quer seja nas instituições hospitalares ou na rede básica de assistência, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o *Home Care*.

Os resultados desta pesquisa poderão também contribuir para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem e, ainda, colaborar para o planejamento de programas de educação permanente com o objetivo de desenvolver competências e habilidades nos profissionais de enfermagem de forma a tornar as intervenções de enfermagem mais resolutivas.

2 OBJETIVOS

2.1 Analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem da NANDA, identificados junto a pessoas com lesão medular, usando o Modelo de Orem.

2.2 Analisar a relação do número total de diagnósticos de enfermagem identificados em cada participante, com as variáveis: idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

2.3 Analisar a relação de cada categoria diagnóstica de enfermagem identificada, com as variáveis: idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

3 HIPÓTESES

Nossas hipóteses para o presente estudo são:

1- H_0 = O número de diagnósticos de enfermagem apresentado pelas pessoas com LM independe da idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

2- H_0 = A ocorrência dos DE independe da idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

4 MARCOS CONCEITUAIS UTILIZADOS PARA O CUIDAR DE ENFERMAGEM À PESSOAS COM LESÃO MEDULAR, NO MODELO DE OREM.

4.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

Autocuidado, segundo Orem é

[...] o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento [...] que podem ser afetados por fatores como idade, etapa de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos da atenção médica. (OREM, 1993, p.4, tradução nossa).

Quando as pessoas não conseguem cuidar de si próprias surge o cuidado dependente, isto é, “o cuidado pessoal continuado, de regulação e desenvolvimento, proporcionado por adultos responsáveis, aos lactentes, crianças ou pessoas em situação de incapacidade” (OREM, 1993, p.4, tradução nossa).

Quando as capacidades de autocuidado são menores que as demandas, verifica-se o déficit do autocuidado, concebido pela autora como:

[...] limitação de ações relacionadas ou derivadas da saúde que os fazem completa ou parcialmente incapazes de conhecer os requisitos existentes e que impeçam o autocuidado regulador ou o cuidado de seus dependentes (OREM, 1993, p.78, tradução nossa).

Nesse caso, sempre que a demanda de autocuidado é maior que a capacidade do agente do autocuidado, por causa de sua saúde ou relacionado a ela, configura-se a finalidade da enfermagem. Para Orem (1993), quando os agentes de enfermagem percebem a necessidade do cuidado terapêutico e deliberadamente estabelecem as condições para a mudança desse estado de dependência e definem ações para controlar e alterar este estado, configuram-se os sistemas de enfermagem, os quais são compreendidos como “o processo pelo qual se estabelecem a série de relações interpessoais entre os envolvidos nas situações de

enfermagem”. A autora reconhece pelo menos dois grupos de pessoas envolvidas em situações de ajuda, as que necessitam de cuidados e aquelas que prestam o cuidado.

Quando uma alteração no estado de saúde acarreta uma dependência total ou quase total de outros, para as necessidades de manutenção da vida e do bem-estar, a pessoa passa da posição de agente (executor) de autocuidado para a de receptor de cuidados. (OREM, 1993, p.71, tradução nossa).

O termo requisito de autocuidado significa uma necessidade específica para regulação do funcionamento e desenvolvimento humano (OREM, 2001).

O termo demanda de autocuidado terapêutico significa todas as medidas de cuidados necessários que deveriam ser realizadas, usando tecnologias selecionadas, para satisfazer um requisito de autocuidado existente ou emergente do indivíduo, num período de tempo (OREM, 2001).

Com base nos pressupostos de sua teoria, Orem (1993, 2001), identifica três categorias de requisitos ou necessidades de autocuidado:

1- Requisitos de Autocuidado Universais: são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital, relacionados às suas necessidades básicas, subdivididos em: manutenção de aporte adequado de ar; manutenção de aporte adequado de água e alimentos; provisão de cuidados associados aos processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e repouso; prevenção de perigos para a vida e funcionamento e bem-estar humanos; promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, dentro do grupo social e das limitações humanas.

2- Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento: é a provisão de cuidados que apóiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida, como por exemplo: o estado de desenvolvimento intra-uterino; a etapa neonatal; a infância; a adolescência; etapas de desenvolvimento da vida adulta; a gravidez.

3- Requisitos de Autocuidado de Desvios da Saúde: Constituem a demanda de autocuidado terapêutico. Este tipo de requisito existe para as pessoas enfermas, que

apresentam formas específicas de patologias, defeitos ou incapacidades, que estejam sob diagnóstico e tratamento médico. “Os requisitos de autocuidado surgem tanto do estado de enfermidade como das medidas usadas em seu diagnóstico ou tratamento” (OREM, 1993, p. 150, tradução nossa).

O estado de saúde e fatores relacionados ao cuidado à saúde, condicionam a demanda de autocuidado terapêutico, por meio do surgimento de novos requisitos ou por se tornar um obstáculo para o alcance dos requisitos de desenvolvimento ou universais (OREM, 2001).

Ainda segundo Orem (2001), uma expressão mais detalhada dos requisitos de autocuidado oferece um guia para o enfermeiro, quanto ao tipo de conhecimento necessário para compreender apropriadamente a natureza do requisito, incluindo os mecanismos de regulação interna bem como as escolhas do indivíduo para sua própria regulação, guiando as ações principais do enfermeiro,

Orem (1993), propõe então cinco métodos de ajuda através dos quais uma pessoa pode superar ou compensar as limitações de outros para atuar por si mesmo na vida diária. Em situações de ajuda concretas, estes métodos podem ser combinados de acordo com necessidades de cada indivíduo. São eles:

- Atuar por outra pessoa ou fazer algo por ela.
- Guiar, dirigir o outro (eleger uma ação, supervisionar uma ação).
- Apoiar o outro, sendo que apoiar significa, segundo a autora, sustentar durante um esforço, por exemplo, quando o paciente enfrenta algo desagradável ou doloroso.
- Proporcionar ambiente (físico e psicológico) que promova o desenvolvimento, tal como proporcionar condições que favoreçam a motivação da pessoa a estabelecer objetivos apropriados.
- Ensinar, fornecer instruções para desenvolver o conhecimento de habilidades particulares.

A partir destes requisitos de autocuidado e dos métodos de ajuda, Orem (1993), propõem três tipos de Sistemas de Enfermagem que irão direcionar as ações de enfermagem:

O Sistema Totalmente Compensatório, no qual o enfermeiro realiza o autocuidado terapêutico do paciente, compensando a sua incapacidade de ocupar-se do autocuidado, apóia e protege o paciente.

O Sistema Parcialmente Compensatório, quando o enfermeiro realiza algumas medidas de autocuidado, ajuda o paciente que participa das ações de autocuidado.

O Sistema de Apoio – Educação, onde o paciente realiza o autocuidado. A enfermeira orienta e apóia a realização das medidas de autocuidado.

4.2 LESÃO MEDULAR E OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Os requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento e os meios para satisfazê-los estão condicionados aos resultados e efeitos da lesão medular, que é uma situação de desvio da saúde, pelas alterações funcionais provocadas pelos diferentes níveis e graus de lesão.

O enfermeiro precisa conhecer a natureza dos requisitos de autocuidado terapêutico existentes na pessoa com lesão medular com vistas a regular o exercício ou o desenvolvimento das capacidades da agência de autocuidado.

Para tanto, faz-se necessário conhecer os aspectos fisiopatológicos envolvidos na lesão medular, bem como os aspectos tecnológicos que podem afetar os resultados dos processos de regulação ao seu alcance.

Segundo Brotheron, Krause e Nietert (2007), a lesão medular traumática resulta em imediata e geralmente permanente alterações nas funções motoras e sensitivas, cuja extensão está na dependência do nível e grau da lesão.

Entre as alterações resultantes do insulto traumático da medula estão a paraplegia e a tetraplegia (DeLISA et al., 2002). Por definição, a paraplegia refere-se a lesões que afetam os membros inferiores, o todo ou uma porção do tronco e a tetraplegia refere-se ao acometimento dos membros superiores e inferiores (KOTTKE; LEHMANN, 1994).

Existem vários sistemas de classificação neurológica para a lesão medular.

Um dos mais utilizados e citados na atualidade tem sido a classificação da *American Spinal Injury Association* (ASIA). Este sistema de classificação, segundo DeLisa et al. (2002), envolve apenas o exame físico para a classificação da função motora e sensitiva. Para a avaliação motora na determinação do nível de lesão, considera-se um escore de 0 a 5 para cada músculo chave, onde 0 representa paralisia total; 1 para existência de contração visível ou palpável; 2 para movimento ativo total com eliminação da gravidade; 3 para movimento ativo total contra ação da gravidade; 4 para movimento ativo total contra resistência moderada e 5 para movimento normal ativo, contra máxima resistência. Para a avaliação sensitiva, pontos chave são avaliados (dermátomos) e os escores vão de 0 a 3, sendo 0 para sensibilidade ausente; 1 para sensação parcial ou alterada, incluindo hiperestesia; 2 para sensibilidade normal e 3 quando não testável.

A classificação ASIA compreende uma classificação em 5 graus, sendo:

A- Lesão completa: sem preservação motora ou sensitiva nos segmentos sacrais S4-S5. B- Lesão incompleta, com preservação sensitiva, não motora, abaixo do nível neurológico da lesão até os segmentos sacrais S4-S5. C- Lesão incompleta: preservação motora abaixo do nível neurológico da lesão com grau menos que 3. D – Lesão incompleta: Função motora preservada abaixo do nível neurológico e maioria dos músculos-chave com grau igual ou

maior que 3. E – Normal: funções motoras e sensitivas normais. (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Para uma melhor compreensão das complicações da lesão medular, de acordo com a descrição da disfunção deve considerar o nível funcional da perda motora ou sensitiva “e não a localização anatômica da lesão na coluna vertebral” (KOTTKE; LEHMANN, 1994, p.712). Lesões completas acima do quarto seguimento cervical provocam comprometimentos respiratórios graves, sendo alta a mortalidade em lesões nestes níveis. Lesões abaixo de C4 preservam o funcionamento do diafragma, para a respiração espontânea.

Lesão incompleta, segundo DeLisa et al. (2002, p.1325), “é aquela na qual existe sensação perineal, sensação anal profunda e preservação da função voluntária do esfíncter anal”.

Segundo Kottke e Lehmann (1994), nos casos de tetraplegia, os níveis mais comuns de lesões são 5ª vértebra cervical (C5), 4ª vértebra cervical (C4) e 6ª vértebra cervical (C6) e, em casos de paraplegia, na área da junção tóraco-lombar, a 12ª vértebra torácica (T12) e 1ª vértebra lombar (L1).

Na fase aguda, o quadro clínico inicial nem sempre representa o real comprometimento anatômico, pois o paciente na fase de choque medular pode ter sofrido uma lesão incompleta e apresentar quadro clínico de uma lesão completa, pois na fase de choque medular ocorre uma “depressão reflexa dos segmentos medulares localizados abaixo do nível da lesão”, e o paciente apresenta anestesia superficial e profunda, paralisia flácida da musculatura abaixo da lesão, arreflexia da bexiga, atonia intestinal e alterações do Sistema Nervoso Autônomo (LIANZA, 2001, p. 300).

Dependendo do nível e grau da lesão medular (LM), as necessidades de autocuidado universal, como por exemplo, a manutenção de aporte adequado de ar, água e alimentos, os cuidados relacionados às eliminações vesico-intestinais, o equilíbrio entre atividade e

repouso, solidão e interação humana, podem sofrer modificações em graus variados, em razão das alterações provocadas pela LM nas funções motoras, sensitivas e autonômicas, exigindo da pessoa afetada, adaptações à nova situação em relação às novas exigências de autocuidado, que ela poderá aprender ou necessitar de outra pessoa para realizá-los, o que Orem determina de cuidado dependente (OREM, 1993).

A LM também pode predispor a pessoa a situações de risco ou perigos para a vida e desenvolvimento humano, pois inúmeras complicações são relacionadas à lesão medular, tais como: trombose venosa profunda, hipotensão postural, úlceras por pressão, alterações pulmonares, contraturas, atrofia e fraqueza muscular, entre outras (LIANZA, 2001; DeLIZA et al., 2002). Tais complicações podem ocasionar necessidades de autocuidado relacionados a desvios da saúde e/ou de desenvolvimento, dependendo da fase da vida em que o indivíduo é acometido pela LM.

Após a fase de choque medular há o retorno da atividade medular reflexa. Segundo Lianza (2001), os pacientes com lesão do tipo neurônio motor superior (MNS), com presença do arco reflexo medular, desenvolvem respostas incoordenadas e excessivas aos estímulos aferentes periféricos, resultando em respostas reflexas em massa denominadas automatismos medulares (paralisia hipertônica). Os pacientes com lesão tipo neurônio motor inferior (MNI), por lesões do cone medular ou cauda equina, apresentarão paralisia flácida, por ausência do arco reflexo. Nesta fase também reiniciam as atividades reflexas do intestino e o comportamento da bexiga e da função sexual, que dependerá do nível da lesão.

As funções vesical, intestinal e sexual são mediadas pelos centros medulares localizados nos segmentos toracolombar, de T11 a L1 e sacral, de S2 a S4. Um dos testes realizados para avaliar a resposta motora, voluntária ou reflexa relacionada ao centro medular sacral é o teste do tônus do esfíncter anal externo, por meio do toque retal, verificando-se se

haverá resposta voluntária ou reflexa de contração provocada pelo estímulo local (MAIOR, 2001).

“Assim, uma resposta motora (voluntária ou reflexa) significa que não houve lesão do centro medular sacral e o paciente é classificado como tendo lesão do tipo neurônio motor superior (NMS). A não resposta do arco-reflexo anal (ausência de tônus) caracteriza a lesão do tipo neurônio motor inferior” (MAIOR, 2001, p 297).

Assim, ainda de acordo com Maior (2001), este teste em conjunto com a avaliação sensitiva, dependendo do nível, da extensão e do grau completo ou incompleto da lesão, permite classificá-las como (BORS; COMMAR, 1960, apud MAIOR, 2001, p. 297):

- Lesão Tipo MNS Completa: quando há reflexo anal presente e não há sensibilidade nem controle motor voluntário do esfíncter.

- Lesão Tipo MNS incompleta: quando o reflexo anal está presente ou existe sensibilidade ou há o controle voluntário do esfíncter.

- Lesão Tipo NMI Completa: quando o reflexo anal está ausente, não há sensibilidade nem tônus do esfíncter.

- Lesão do Tipo NMI Incompleta: quando o reflexo anal está ausente, não há controle motor nem tônus do esfíncter, mas a sensibilidade está preservada.

As manifestações ou distúrbios desses tipos de lesão nas funções vesicais intestinais e sexuais serão variados, podendo haver combinação de respostas nas lesões incompletas.

A terceira etapa após a lesão medular é aquela na qual o paciente se ajustará à sua nova condição. Nesta etapa, o processo de reabilitação é fundamental para que o paciente possa ter domínio sobre todas as suas funções e desenvolver suas capacidades para obter o maior nível de independência possível (LIANZA, 2001).

Sempre que os desvios da saúde têm como resultado desfiguração ou incapacidade, há uma demanda de ajuda médica e de enfermagem especializada para prevenir novos desvios do funcionamento humano.

Alguns fatores internos e externos ao indivíduo podem afetar de diversas maneiras as necessidades e habilidades para engajar nas ações de autocuidado terapêutico, ou afetar o tipo e quantidade de autocuidado requerido. Esses fatores são denominados por OREM (2001) “condicionantes básicos para o autocuidado” (tradução nossa). A autora identifica dez fatores condicionantes básicos, quais sejam: idade, gênero, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sócio-cultural, fatores do sistema de cuidado à saúde, fatores do sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais e adequação/disponibilidade de recursos.

Os fatores como idade e estado de desenvolvimento influem na capacidade do indivíduo em realizar as ações de autocuidado que necessita, bem como de compreender, fazer julgamentos e tomar decisões acerca das situações que vivencia. A idade também é um fator com relativa importância nas práticas culturais relacionadas ao cuidado, instruções para o autocuidado, a educação para a independência, o ensino de habilidades e a educação formal. A idade cronológica e o sexo da pessoa também se relacionam com a posição e papel na família, como por exemplo os papéis de marido e esposa, mãe e pai, filho e filha, irmão e irmã, sendo que cada papel define as responsabilidades e deveres de cada um em relação aos outros membros da família. Além disso, interferem nas relações sociais entre o paciente e o enfermeiro, nas técnicas de ajuda a serem selecionadas para o cuidado (OREM, 1993).

O estado de saúde condiciona a demanda de autocuidado terapêutico, à medida que surgem novos requisitos de cuidados ou que ocorrem mudanças no grau de satisfação dos requisitos de autocuidado universal e de desenvolvimento e dos meios necessários para satisfazê-los, como por exemplo, a capacidade prejudicada de uma pessoa para alimentar-se.

O padrão de vida, orientação sócio-cultural, fatores do sistema familiar, podem afetar as demandas de autocuidado terapêutico de uma pessoa, à medida que os hábitos de vida, as crenças e orientações culturais relativas ao cuidado com a saúde, interferem na aceitação de meios para satisfazê-los. Os fatores ambientais e adequação/disponibilidade de recursos

afetam a seleção dos meios e recursos necessários para as medidas de cuidado, como por exemplo, a disponibilidade de alimentos, equipamentos necessários ao tratamento, entre outros (OREM 1993).

O conhecimento das limitações de autocuidado dos pacientes, suas habilidades de autocuidado desenvolvidas e operativas e dos fatores que afetam os requisitos de autocuidado, proporcionam uma base para a decisão da enfermeira sobre os métodos de ajuda que são válidos para seu uso na situação da prática (OREM, 2001).

4.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E O MODELO DE OREM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), constitui-se em fator fundamental para a qualidade do cuidado e diversos modelos de sistematização do cuidado têm sido propostos e implementados por enfermeiros nas instituições de saúde, com o objetivo de promover a qualidade da assistência.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001), o processo de enfermagem (PE) é uma abordagem de solução de problemas do cliente, constituindo-se também de uma importante ferramenta na formação de profissionais de enfermagem.

O PE é um dos modelos de sistematização da assistência e pode ser compreendido como a aplicação do método clínico à prática da enfermagem.

Atualmente, é aceito pela maioria dos estudiosos no assunto, que o PE deve compor-se de 5 etapas fundamentais e interdependentes, que são a base para a tomada de decisões dos enfermeiros no planejamento do cuidado. São elas: Coleta de dados ou avaliação inicial,

geralmente denominado de Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Planejamento; Implementação e Avaliação da assistência de enfermagem.

Orem (1993, p.300), define PE como “termo utilizado pelas enfermeiras para referirem-se às operações tecnológicas da prática de enfermagem, associadas às operações de planejamento e avaliação” (tradução nossa). Para a autora, o PE é uma sucessão de ações interrelacionadas e contínuas, selecionadas intencionalmente pelo enfermeiro, ações estas tecnicamente orientadas e realizadas dentro de um sistema que abarca todas as relações sociais. É um processo interpessoal.

Em sua proposição teórica Orem (1993), sugere três etapas para o PE, quais sejam:

1 - Operações de Diagnóstico de Enfermagem – Inclui a investigação dos fatores internos e externos significativos para o autocuidado e da razão pela qual a pessoa está sob cuidados de saúde. Envolve a coleta de dados e a identificação dos DE.

Nesta fase, OREM (1993), propõe a investigação de fatos sobre a capacidade de autocuidado do paciente, da demanda de autocuidado terapêutico existente e a relação atual ou projetada entre ambas.

Para Orem (1993), o DE está centrado nas pessoas que possuem demandas de autocuidado terapêutico e as enfermeiras precisam de dados para poder determinar se a agência de autocuidado está desenvolvida e operativa nos indivíduos, se será exercida por eles e se está adequada para satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico.

Diversos métodos podem ser utilizados para a obtenção de dados para identificar as necessidades das pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, como por exemplo: entrevista, exame físico, observação, consulta a prontuário do paciente, resultados de exames, relatos de outros profissionais, dos familiares, entre outros.

Segundo Waldow (1999), sendo o cuidado uma forma de relacionamento humano, que ocorre na prática profissional, é muito pertinente, num primeiro momento uma análise crítica

para conhecer melhor as necessidades reais do outro para, a partir daí, estabelecer relacionamentos mais autênticos e colaborativos, principalmente com aqueles a quem nos dispusermos a cuidar.

Para identificar o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro buscará conhecer quais são as exigências de cuidado terapêutico (atuais e futuros) do paciente e se o mesmo possui alguma deficiência nas atividades de autocuidado. O enfermeiro identifica a natureza dos déficits e as razões para sua ocorrência, bem como avalia a capacidade operativa do indivíduo, que compreende seu estado de vigília, percepção, atenção, experiências, fatores sociais e culturais, controle emocional.

Completando a avaliação, o enfermeiro investiga o potencial do paciente para engajar-se em atividades de autocuidado, a capacidade de aprendizagem, memória, motivação, para adquirir novos conhecimentos e desenvolver habilidades psicomotoras necessárias ao autocuidado, que a autora denomina adequabilidade da agência de autocuidado (OREM, 1993, 2001).

O enfermeiro deve ser capaz de estabelecer julgamentos clínicos adequados, para identificar as necessidades de saúde reais ou potenciais para os quais a pessoa necessita de intervenções de enfermagem.

Para Orem (1993, p.301), DE é um “processo de análise e síntese cuidadoso dos fatos e de emitir juízos de enfermagem sobre as pessoas, suas propriedades, seus movimentos ou alterações nas propriedades” (tradução nossa), para explicar:

- a relação entre os fatores condicionantes básicos e os requisitos de autocuidado existentes e os meios para satisfazê-los;

- o repertório de práticas de autocuidado do paciente em relação com os componentes conhecidos da demanda de autocuidado terapêutico;

- a limitação para as ações intencionais que intervêm com a capacidade do indivíduo de investigar, tomar decisões e produzir ações do autocuidado;
- a educação do conhecimento, habilidades, disponibilidade e outros componentes das capacidades para realizar as ações de autocuidado terapêutico;
- o potencial para o desenvolvimento e futuro exercício da agência de autocuidado.

Assim sendo, as formulações diagnósticas, para Orem (1993), deveriam descrever essas cinco explicações relacionadas acima. Não possuem, no entanto, uma padronização de linguagem.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2006) propõe uma taxonomia para os diagnósticos de enfermagem, que tem sido adotada internacionalmente e constitui uma importante contribuição para a padronização de linguagem na enfermagem.

Diagnóstico de enfermagem, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2002), é o julgamento clínico sobre as respostas humanas (indivíduo, família ou comunidade), a problemas de saúde ou processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem direciona as ações de cuidado de enfermagem, que são estabelecidas no planejamento da assistência.

De acordo com a padronização estabelecida pela NANDA (2006), são componentes da descrição de um diagnóstico de enfermagem:

Título: um termo ou uma frase concisa, que pode incluir qualificadores, como por exemplo: integridade da pele prejudicada.

Definição: uma descrição clara e precisa, que estabelece o significado e contribui para a diferenciação de diagnósticos similares.

Características definidoras: são inferências observáveis ou manifestações de diagnósticos de enfermagem (sinais ou sintomas). Estão presentes apenas em diagnósticos reais. Não existem em diagnósticos de risco.

Fatores relacionados: mostram algum tipo de relação padronizada, que podem estimular ou contribuir para a condição identificada (relações de causas).

Fatores de risco: fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo a um evento insalubre. Estão presentes apenas em diagnósticos de risco.

Esta taxonomia, organizada em uma estrutura multiaxial em 3 níveis (domínios, classes e DE), propõem uma padronização para a expressão dos DE, nos quais os déficits para o autocuidado e suas relações com fatores condicionantes básicos propostos por Orem (1993), são contemplados por meio dos conceitos diagnósticos e fatores relacionados ou de risco.

De acordo com Marin; Messias e Ostroski (2004), a classificação de diagnósticos proposta pela NANDA (2006), além de ser um instrumento que permite a uniformização da linguagem entre os profissionais de enfermagem, é aplicável a diferentes referenciais teóricos. Desse modo, é possível aplicar a Teoria do Autocuidado para a fundamentação do PE, com a utilização da taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), para a definição dos diagnósticos de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é um processo cognitivo de raciocínio crítico que envolve atividades de análise e síntese das informações coletadas. Para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, o profissional percorre um complexo raciocínio que pode ser distinto.

Para este estudo, adotamos a proposta de raciocínio diagnóstico de Helland (1995), que define análise e síntese como processos de pensamento usados para interpretar dados do cliente e identificar diagnósticos de enfermagem.

A análise é a separação do todo em partes e o exame de cada parte e suas inter-relações. “É a organização da base de dados do cliente pela categorização das peças de dados

de acordo com o modelo conceitual” (HELLAND, 1995, p.122, tradução nossa), inclui ainda a fase de identificação de lacunas.

O processo de síntese é a combinação das partes ou elementos em um rol. Compreende a fase de **agrupamento**, que é o agrupamento de dados relatados em padrões; a fase de **comparação**, quando são aplicadas as teorias, normas, modelos que fundamentam o raciocínio crítico; a fase de **inferências** ou de identificação das respostas humanas aos pontos fortes ou preocupações de saúde; a fase **relações ou causas** é quando os fatores que contribuem para as respostas do cliente são identificados (HELLAND, 1995).

A autora sugere uma seqüência de cinco fases para análise e síntese, que ajudam na elaboração do pensamento crítico e no estabelecimento de diagnóstico:

- a) Os dados coletados devem ser categorizados.
- b) Lacunas e incongruência dos dados são identificadas.
- c) Teorias, conceitos, modelos, normas, modelos apropriados são utilizados para comparar com os padrões.
- d) Inferências e hipóteses são identificadas.
- e) Relações etiológicas para os problemas identificados são propostas.

A partir desta análise, são feitas as afirmações diagnósticas. No âmbito deste estudo, nessa fase será utilizada a taxonomia proposta pela NANDA (2006), que inclui diagnósticos reais, potenciais e de bem-estar. Existem nesta taxonomia alguns DE reais, para os quais as características definidoras ainda não foram desenvolvidas.

De acordo com Potter (2002, p.3), “a tomada de decisões clínicas é fundamental para a prática da enfermagem”. Por meio da avaliação de saúde e exame físico completos, o enfermeiro reúne dados objetivos e subjetivos, a partir dos quais se formam padrões reconhecíveis, que permitem, através de análise crítica, a identificação de problemas de

enfermagem e problemas colaborativos, que nortearão a escolha de ações adequadas para os diagnósticos de enfermagem estabelecidos.

Uma vez identificados os diagnósticos de enfermagem, inicia-se o planejamento dos sistemas de enfermagem, que caracteriza a segunda etapa do processo de enfermagem no Modelo de Orem (1993).

2- Operações de Regulação ou Tratamento – são ações que objetivam o alcance de resultados pelos indivíduos. Esses resultados se expressam pela satisfação contínua da demanda de autocuidado terapêutico do paciente, a regulação do exercício e das capacidades de autocuidado pelo indivíduo e pela proteção das capacidades potenciais ou já desenvolvidas de autocuidado. São ações contínuas ou periódicas e podem ser realizadas pela enfermeira, em conjunto com os pacientes ou com os agentes de cuidado dependente.

Envolvem o planejamento da assistência, por meio da elaboração dos Sistemas de Enfermagem, especificando qual a necessidade de enfermagem do paciente em termos de ações, tempo, quantidade, local e recursos necessários. Um plano, segundo Orem (1993), determina a organização e horário das tarefas essenciais, de acordo com as responsabilidades de papel de cada participante do sistema.

O enfermeiro, em conjunto com o paciente, cria sistemas de cuidado profissional de acordo com o grau de dependência em relação ao autocuidado terapêutico, elegendo métodos de ajuda adequados para a situação, definindo os papéis e estabelecendo contratos. Tais sistemas podem ser do tipo totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio e educação. Para isso se devem organizar as exigências terapêuticas de autocuidado e a seleção dos métodos de ajuda para atender os déficits, no sentido de compensá-los, diminuí-los, ou sobrepujá-los.

Como pode ser visto, esta fase corresponde ao Planejamento da Assistência de Enfermagem, tal como descrito por Christensen (1995), e que envolve, como componentes, o

julgamento de prioridades, o estabelecimento de resultados esperados a curto e a longo-prazo, a identificação de estratégias e a especificação das prescrições de enfermagem a serem implementadas.

Estratégia é um método ou abordagem que serve como guia para prescrição de enfermagem e resultam de ciências e disciplinas práticas, como a psicologia, sociologia, educação e enfermagem. São selecionadas baseadas no modelo incorporado ao processo de enfermagem, bem como nos DE identificados e nos resultados esperados. Mais de uma estratégia pode ser utilizada para o alcance dos resultados esperados (FAYRAM; CHRISTENSEN, 1995).

Quando se utiliza a Teoria de Orem para fundamentar o PE, Fayram e Christensen (1995, p.165), sugerem estratégias que encorajam o autocuidado, tais como “ensino-aprendizagem, contratação e resolução de problemas” (tradução nossa).

As prescrições de enfermagem representam a função independente do enfermeiro, permitem o cuidado individualizado à situação única do cliente, e são determinadas pelas estratégias escolhidas, especificando o comportamento desejado do enfermeiro, do paciente ou de outros para o alcance dos resultados desejados (FAYRAM; CHRISTENSEN, 1995).

Para Nakatani (2000, p. 31), as prescrições de enfermagem

[...] representam uma função independente da enfermeira profissional. Elas definem como, onde, quando e por quem as ações prescritas deverão ser executadas. Cada prescrição deve ser apropriada à meta e ao objetivo, devendo explicitar o sujeito, o verbo e a condição ou os critérios utilizados.

3- Operações de controle – incluem observação e avaliação para determinar se as operações de tratamento e regulação propostas estão sendo realizadas, se estão de acordo com as condições do ambiente do paciente, se as prescrições são ou não válidas e se os resultados de enfermagem estão sendo alcançados e em que grau (OREM, 1993).

Esta etapa inclui a produção e o gerenciamento dos sistemas de enfermagem. O enfermeiro presta auxílio ao paciente e/ ou sua família, no que se refere ao autocuidado, para

o alcance dos objetivos, coletando evidências que descrevam os resultados dos cuidados para avaliação. Nessa fase a evolução apresenta-se como um processo contínuo, examinando quaisquer modificações nos dados que afetam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

Essa fase corresponde à implementação e avaliação, tal como descrito por Kenney (1995), para quem a implementação consiste na realização das ações que validam o plano de assistência. Requer do enfermeiro habilidades psicomotoras, interpessoais e cognitivas.

As ações podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, paciente, família, outros membros da equipe de enfermagem, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos e melhorar, manter ou promover a saúde do cliente. Envolve a necessidade de contínua coleta de dados e a documentação das ações e respostas do cliente.

Avaliação é um processo sistemático, planejado, de coleta de dados, organização, análise e comparação do estado de saúde do cliente com os resultados esperados e o julgamento de discordâncias entre as conquistas dos clientes e os resultados. Esta etapa do PE tem a finalidade de determinar o progresso do cliente, julgar a efetividade dos componentes do processo de enfermagem e determinar a qualidade total do cuidado prestado (KENNEY, 1995).

A avaliação deve ser parte integrante de cada fase do PE e deve considerar aspectos distintos do processo de cuidar. Deve-se então realizar avaliações de estrutura, na qual o foco são as instalações físicas, equipamentos, padrões organizacionais, qualificação dos profissionais, serviços oferecidos; avaliação de processos quando o foco são as atividades de enfermagem; avaliação de resultados, quando são avaliadas as mudanças no estado de saúde do cliente (KENNEY, 1995).

Sem a avaliação, ainda segundo Kenney (1995), os enfermeiros não conhecerão se os cuidados que eles prestam estão sendo eficazes ou não.

Percebe-se que as três fases do PE propostas por Orem (1993, 2001), contemplam as cinco etapas atualmente aceitas e praticadas pela maioria dos estudiosos no assunto. Assim, podemos inferir que não há incongruência em utilizar o Modelo de Orem e o processo de enfermagem com cinco etapas a que nos referimos anteriormente.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Para Polit, Beck e Hungler (2004), estudos descritivos têm por finalidade descrever e documentar os aspectos da situação.

Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001, p.111), estudos desse tipo “coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e prática correntes ou fazer planos para melhorar as práticas de atenção à saúde”.

O estudo foi fundamentado no modelo conceitual proposto por OREM (1993, 2001), no processo de raciocínio clínico proposto por Helland (1995) e no processo de classificação de diagnósticos de enfermagem proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association* (2006).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório de um centro especializado em reabilitação no estado de Goiás, que é uma Organização Social, sem fins lucrativos, especializada em reabilitação física a portadores de grandes incapacidades, que presta assistência tanto em nível ambulatorial como em regime de internação.

A Clínica de Lesão Medular é uma das especialidades existentes nesta instituição, composta por equipe multiprofissional que conta com a participação de assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médicos (fisiatra, neurocirurgião, urologista, angiologista) e também com psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e equipe de apoio como educador físico, médico ortopedista, nutricionista, entre outros.

Os pacientes admitidos para tratamento de reabilitação e readaptação na Clínica de Lesão Medular, são adultos ou crianças, com diagnóstico de lesão medular de qualquer etiologia, que no momento da admissão estejam em condições clínicas de participar do programa de reabilitação e readaptação oferecido pela instituição.

A triagem é realizada apenas uma vez por semana, em dia fixo, no período da manhã, sendo agendados em média 4 pacientes de cada vez.

Nesse contexto, todos os pacientes são avaliados pelos profissionais: fisiatra, enfermeiro, angiologista, urologista, neurologista e assistente social. Cada profissional avalia individualmente o paciente e depois decidem em conjunto os encaminhamentos para os tratamentos de reabilitação oferecidos pela instituição, de acordo com as necessidades identificadas, a disponibilidade de vagas e os pré-requisitos necessários de cada serviço.

Caso o paciente não apresente o perfil de grande incapacitado, para ser admitido na instituição, o médico fisiatra o informa desta decisão e o assistente social o orienta quanto a outros serviços existentes no município para tratamento de pequenas incapacidades.

A avaliação do enfermeiro tem duração aproximada de 1 hora a 1 hora e 30 minutos, uma vez que durante a consulta algumas orientações e procedimentos precisam ser realizados de imediato, como por exemplo, curativos e orientações para esvaziamento da bexiga e cuidados com a pele.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foram pessoas com lesão medular atendidas no Ambulatório de Triagem de Lesão Medular de um centro especializado em reabilitação no estado de Goiás.

A amostra de conveniência constituiu-se de pessoas com lesão medular, independente de sexo, com idade igual ou maior que 18 anos, que foram atendidas no ambulatório de triagem de lesão medular deste centro de reabilitação, no período de novembro de 2005 a dezembro de 2006.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os casos foram selecionados de forma intencional, de acordo com os seguintes critérios:

- ter diagnóstico de lesão medular, independente de sexo, com idade igual ou maior que 18 anos;
- manifestar o aceite em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).
- ter sido o último caso de cada dia da agenda da pesquisadora, que é o profissional enfermeiro que atende na triagem de lesão medular, ou ter sido aquele que no dia da consulta pôde aguardar o retorno do pesquisador, após o último atendimento na triagem, para realizar a coleta de dados com os critérios requeridos para este estudo.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Solicitação da suspensão do consentimento para participar do estudo.

5.6 COLETA DE DADOS:

A coleta de dados para a presente pesquisa foi realizada em um encontro de aproximadamente uma hora e trinta minutos, no qual foi realizada entrevista, exame físico, consulta ao prontuário dos clientes, mediante um roteiro de coleta de dados desenvolvido com fundamentação nos requisitos de autocuidado propostos por Orem (1993, 2001), considerando as possíveis influências da lesão medular nos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento (Apêndice A).

O roteiro de coleta de dados passou por processo de validação realizado por dois juízes com experiência no atendimento a pessoas com lesão medular e com domínio da teoria do autocuidado e experiência na utilização do PE na prática clínica e na pesquisa.

Para a realização da coleta de dados, foram empregados os seguintes procedimentos:

- Aferição da Pressão Arterial:

Para aferir a pressão arterial (PA), o paciente foi colocado em repouso, sentado ou deitado, por 5 minutos, verificado se suas pernas não estavam cruzadas e que o braço era mantido à altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido. A braçadeira ou bolsa de borracha foi colocada cerca de 3 cm acima da fossa cubital. O diafragma do estetoscópio foi posicionado sobre a artéria braquial (fossa anticubital) e inflado o manguito de 10 em 10 mmHg, até que ultrapassasse 20 a 30 mmHg do nível

máximo estimado para a pressão sistólica. Em seguida, foi desinsuflado de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a pressão sistólica (fase I de Korotkoff) e diastólica (fase V de Korotkoff) terem sido identificadas, foi desinsuflado rapidamente o manguito, de acordo com as preconizações da IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2002).

Os níveis pressóricos foram analisados de acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que classifica a pressão arterial para os indivíduos com idade superior a 18 anos da seguinte forma: (SBH; SBC; SBN, 2002).

Ótima – pressão sistólica menor que 120 mmHg e diastólica menor que 80 mmHg.

Normal - pressão sistólica menor que 130 mmHg e diastólica menor que 85 mmHg.

Limítrofe - pressão sistólica entre 130 - 139 mmHg e diastólica entre 85 - 89 mmHg.

Hipertensão leve - pressão sistólica entre 140-159 mmHg e diastólica entre 90-99 mmHg.

Hipertensão moderada - pressão sistólica entre 160-179 mmHg e diastólica entre 100-109 mmHg.

Hipertensão grave - pressão sistólica maior ou igual a 180 mmHg e diastólica maior ou igual 110 mmHg.

- Aferição do Peso

Para pesar os pacientes que não deambulam, foi utilizada balança digital, para cadeira de rodas, calibrada por instituição competente, autorizada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), contratada pela instituição onde foi realizado o estudo.

Os pacientes foram pesados antes ou ao final da consulta de enfermagem, sem calçados, com as roupas que estavam portando, retirando-se agasalhos, em cadeira de rodas da

instituição pesadas anteriormente. Do total do peso aferido do paciente sobre a cadeira de rodas, foi descontado o peso da cadeira e o resultado desta operação foi o peso real do paciente.

Em caso de impossibilidade de pesar o paciente devido à sua condição clínica, foi considerado o peso informado pelo mesmo, referente à mensuração mais recente. No instrumento de coleta de dados, foi assinalado se o peso foi informado ou aferido.

- Verificação da Altura

Para medir os pacientes que não ficam de pé, foi utilizada fita métrica de 1,50 m e solicitado aos mesmos que mantivessem a cabeça ereta. Na posição sentada, foi tomada a medida do alto da cabeça ao trocanter do fêmur, daí até ao epicôndilo lateral da tíbia e daí à base do calcanhar. A soma das medidas foi considerada como a altura estimada do paciente.

Para os pacientes que não podiam assumir a postura sentada ou para aqueles que apresentavam posicionamento comprometido em face à situação clínica, foi considerada a altura informada pelo mesmo.

- Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)

Foi utilizado o índice de Quetelet que consiste na fórmula (PORTO, 2004):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Os valores de classificação do IMC variam considerando diferentes autores e instituições. No âmbito do presente estudo utilizaremos a classificação referida por Porto (2004), para pessoas adultas, na qual são adotados as seguintes categorias:

Baixo peso: IMC menor que 20 Kg/m²

Normal: IMC variando de 20 Kg/m² a 24,99 Kg/m²

Sobrepeso: IMC variando de 25 Kg/m² a 29,99 Kg/m²

Obesidade: IMC variando de 30 Kg/m² a 39,99 Kg/m²

Obesidade mórbida: IMC acima de 40 Kg/m²

Os valores desejáveis do IMC também variam com a idade. Para os idosos os valores diferem dos do adulto mais jovem em decorrência das alterações do peso em decorrência da idade e da diminuição da estatura, resultante do encurtamento da coluna vertebral por redução da altura dos corpos e dos discos intervertebrais e aumento das curvaturas da coluna (COSTA, et al., 2005). Para este estudo, adotaremos os valores desejáveis para faixa etária acima dos 50 anos, conforme descrito por Costa et al. (2005):

Idade entre 45- 54 anos – valor de IMC desejável variando de 22 a 27 Kg/m².

Idade entre 55-64 anos – Valor de IMC desejável variando de 23 a 28 Kg/m².

Idade igual ou acima de 65 anos - Valor de IMC desejável variando de 24 a 29 Kg/m².

Embora a NANDA leve em conta o peso ideal como parâmetro de avaliação da nutrição, no presente estudo, optamos pela sua substituição, devido ao fato de ser mais comum na Enfermagem brasileira a utilização do índice de Quetelet, ao invés do cálculo de peso ideal.

- Aferição da Temperatura Corporal (T)

Foi aferida conforme a técnica de medição axilar, com a utilização de termômetro de mercúrio, posicionado na axila seca, por 5 minutos, conforme recomendação de Potter (2002).

Foram considerados como valores normais a T entre 35,5 °C e 37,5°C (POTTER, 2002).

- Avaliação da respiração (rítimo e qualidade)

Foi identificada por meio das técnicas de inspeção e ausculta pulmonar, com auxílio de um estetoscópio (POTTER, 2002). Foram considerados como valores normais a FR entre 12 e 20 ipm (POTTER, 2002).

- Pulso

Foi avaliado quanto à frequência, rítimo e amplitude, pela palpação do pulso radial ou braquial, utilizando as polpas digitais dos dedos indicador e médio do examinador (POTTER,

2002). Foram considerados como normais valores entre 60 e 100bpm.

-Avaliação de risco para desenvolver Úlcera de Pressão

Foi utilizada a Escala de Braden (SILVA,1998), constituída de seis sub-escalas que são: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, com escores de 1- 4 e fricção e cisalhamento com escores de 1-3. A soma dos pontos de cada sub-escala resulta na classificação do risco para úlceras por pressão (UP), sendo considerado risco mínimo a pontuação entre 18 a 20 pontos, risco moderado de 12 a 17 e alto risco, abaixo de 12 pontos.

- Avaliação e classificação de úlcera por pressão

Foi adotada a classificação para avaliação dos graus ou estágios de comprometimento tecidual definidos pelo Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento em Ulcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP, 2003) descrita como:

Estágio I: pele íntegra, com alteração da coloração: eritema que não empalidece ao pressionar a pele. Pode haver alteração da temperatura local, edema e/ou sensação de dor.

Estágio II: Perda da integridade da pele, que afeta epiderme, derme ou ambas, a ferida ainda é superficial e tem aparência de abrasão ou bolha ou uma cratera superficial.

Estágio III: Há o comprometimento total da pele e tecido subcutâneo, sem atingir o músculo.

Estágio IV: Perda total da integridade da pele, com destruição extensa, necrose do tecido ou lesão de músculo, tendão, podendo atingir o tecido ósseo.

- Avaliação da força muscular

Foi realizado o exame motor para avaliação da força de músculos chaves para o movimento ativo e funcional.

Foram avaliados os grupos musculares responsáveis pelas principais funções dos MMSS e MMII, que têm especial importância para a realização do autocuidado (GREVE;

CASTRO; 2001, p.70): flexores do cotovelo , extensores do punho, flexores do quadril , extensores do joelho , dorsiflexores do tornozelo , flexores plantares do tornozelo.

A força muscular é classificada de acordo com a pontuação abaixo:

N = Não testável

0 - Paralisia Total

1 - Contração visível ou palpável

2 - Movimento ativo sem oposição da força de gravidade

3 - Movimento ativo contra a força de gravidade

4 - Movimento ativo contra alguma resistência

5 - Movimento ativo contra grande resistência

- Avaliação da amplitude de movimentos

Foi solicitada ao paciente a execução de movimentos ativos e na impossibilidade, os movimentos passivos foram realizados pelo examinador, para avaliação da amplitude de movimentos, de acordo com a semiotécnica para exame do aparelho musculoesquelético proposto por Porto (2004). Na avaliação foi informado se os movimentos executados foram ativos ou passivos. Quando o exame não foi realizado devido às condições físicas do paciente, devido à dor, imobilizações por fraturas ou outros motivos, este dado foi informado.

- Avaliação da dor

Foi avaliada a intensidade da dor relatada, mediante uso de escala numérica, sendo o paciente solicitado a quantificar a intensidade de sua dor numa escala de 0 a 10 (GOMES et al, 2006), onde zero é ausência de dor e 10 é a pior dor possível.

- Atividades de autocuidado

Foram obtidas informações do paciente sobre o grau de dependência (total, parcial ou independente), para as seguintes atividades de autocuidado: banho; barbear-se; escovar dentes; usar fio dental; pentear os cabelos; uso do vaso sanitário ou cadeira higiênica; vestir-se: tronco

e membros superiores (MMSS) e pelve e membros inferiores (MMII); colocar / retirar órtese e próteses; calçar sapatos; transferir-se da cama/cadeira/cama; mudanças de decúbito; realizar o exame da integridade da pele e alimentação.

- Avaliação da capacidade cognitiva (de compreensão, comunicação, memória)

Foi avaliado por meio da observação, do estado de vigília, da capacidade demonstrada pelo paciente de atenção e concentração no diálogo, pela consistência e clareza das informações prestadas a respeito de sua identificação pessoal (nome, idade, estado civil, naturalidade e procedência), capacidade para lembrar hábitos (alimentares, padrão de eliminações vesico-intestinais, hora que dorme e acorda e outros dados investigados durante a consulta), datas significativas (data do nascimento, data atual, data da lesão).

- Situação vacinal do adulto

Foi avaliada a situação vacinal de acordo com o preconizado para o adulto, pelo Programa Nacional de Imunização (GOIÁS, 2003), por meio das informações prestadas pelo paciente no momento da consulta.

- Estágio de desenvolvimento

Foram consideradas as etapas propostas por Orem (1993), na identificação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, quais sejam: estado de vida intra-uterina e processo de nascimento, etapa de vida neonatal, infância, adolescência, etapas de desenvolvimento da idade adulta. Como optamos por incluir neste estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, a etapa considerada nesta pesquisa foi a idade adulta.

Atkinson e Murray (1985) consideram adulto jovem a pessoa com idade entre 18 e 40 anos, o adulto com idade entre 40 e 65 anos e adulto idosos aquele com idade acima de 65 anos.

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados foi realizada a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), utilizando o processo de raciocínio diagnóstico, segundo Helland (1995), o qual inclui as etapas de análise e síntese dos dados coletados do paciente.

Neste estudo, utilizamos o próprio instrumento de coleta de dados que foi construído fundamentado pela Teoria do Autocuidado de Orem (1993), para a fase de categorização (Apêndice A), e construímos o formulário para Análise e Síntese dos Dados (Apêndice B).

O processo de raciocínio diagnóstico foi realizado por 2 juízes sendo um experto na área de lesão medular e outro no processo de enfermagem. Em caso de divergências houve um processo de discussão e reflexão, até chegar ao consenso.

Com base nesse processo foi realizada a denominação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia da NANDA (2006). No decorrer da realização deste estudo, percebemos que alguns fenômenos não estavam adequadamente descritos na taxonomia da NANDA (2006), desta forma, foram realizadas algumas modificações que estão assinaladas de acordo com a seguinte legenda:

- As palavras ou expressões acrescentadas estão escritas em *itálico e sublinhadas*.
- As palavras ou expressões suprimidas estão entre colchetes [].
- As explicações ou especificações de eixos da taxonomia, estão entre parênteses, indicando, por exemplo: tipo de alimento (fibras), partes do corpo (MMII) ou sujeito (família).

Os diagnósticos foram analisados quanto à frequência simples e percentual de suas categorias, fatores relacionados e características definidoras.

Para análise da relação entre o número de diagnósticos apresentados pelos sujeitos e as variáveis numéricas idade e tempo de lesão inicialmente foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Assim, para análise da relação entre o número de diagnósticos identificados nos participantes e a idade dos mesmos adotamos a correlação de Pearson.

Para análise da relação entre o número de diagnósticos de enfermagem identificados e a variável tempo decorrido da lesão utilizamos a correlação de Spearman.

Para análise da relação entre o número de diagnósticos identificados e as variáveis nominais dicotômicas, sexo, etiologia da lesão apresentada pelos sujeitos, bem como existência de cuidador e sexo do cuidador utilizamos o teste Mann-Whitney.

Para análise da relação entre o número de diagnósticos identificados e as variáveis nominais estado civil, bem como escolaridade, nível e grau da lesão, renda e grau de parentesco do cuidador, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Para análise da relação entre cada diagnóstico identificado e as variáveis numéricas idade e o tempo de lesão utilizamos a Regressão logística. Nos casos de verificação de associação significativa foi calculado o *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%.

Para análise da relação entre cada diagnóstico identificado e as variáveis nominais grau de lesão (ASIA), disponibilidade de cuidador, escolaridade, estado civil etiologia da lesão, nível da lesão, parentesco do cuidador, renda, sexo da pessoa com lesão medular e sexo do cuidador adotamos o teste qui-quadrado e seus variantes.

Em todos os testes estatísticos usados foi adotado o valor de $p \leq 0,05$ como nível de diferença significante entre os dados encontrados e a hipótese inicial. O programa estatístico utilizado para as análises estatísticas foi o *Epi-info*.

5.6.1 Variáveis estudadas

Sexo: foi atribuído sexo masculino ou feminino, considerando o aspecto morfológico do corpo no geral e da genitália externa.

Idade: o número de anos de vida foi atribuído considerando a data de nascimento anotada na folha de identificação do prontuário, confirmada com o paciente ou responsável, no momento da consulta.

Etiologia da lesão: quanto à etiologia a LM foi considerada a causa da LM a declarada em relatório médico de encaminhamento ao centro de reabilitação e/ou a informada pelo paciente no momento da triagem. Foram classificadas em traumáticas, quando decorrente trauma externo que afetou a medula espinhal e não traumática, quando decorrente de doenças ou causas congênitas que provocaram dano na medula espinhal.

Nível de lesão: foi considerado o diagnóstico médico do nível lesão constante em relatório de encaminhamento médico ou resultante do exame clínico da equipe de saúde no momento da triagem.

Grau de lesão: foi considerada a classificação ASIA, constante no relatório médico ou realizada no dia da triagem pelo fisiatra ou neurologista da equipe.

Tempo de lesão: o número de dias decorrido da lesão foi calculado considerando a data declarada pelo paciente ou responsável legal, da ocorrência da LM, até o dia da coleta de dados.

Escolaridade: foi considerada a escolaridade informada:

- a) Não alfabetizado (para aqueles que declararam esta situação)
- b) Ensino fundamental incompleto para aqueles que iniciaram o processo de escolarização e o interromperam antes da 8ª série;
- c) Ensino fundamental completo (para aqueles que concluíram a 8ª série);

- d) Ensino médio incompleto (para aqueles que interromperam os estudos entre o 1º e o 3º ano do Curso Médio);
- e) Ensino médio completo (para aqueles que concluíram as 3 séries desta fase);
- f) Ensino superior incompleto (para aqueles que iniciaram curso superior, sem completá-lo);
- g) Ensino superior completo (para aqueles que concluíram algum curso superior e receberam certificação).

Renda: Foi considerada a renda familiar constante no prontuário na ficha de avaliação socioeconômica, realizada pelo serviço social, ou quando esta anotação não estava disponível foi considerada a declarada pelo paciente no momento da triagem.

Estado civil: Foi considerado o estado civil relatado pelo paciente no momento da consulta.

Existência de cuidador: Foi considerada a declaração do paciente, quanto a existência ou não de cuidador.

Sexo do cuidador: foi considerada a declaração do paciente quanto ao gênero do cuidador principal.

Grau de parentesco do cuidador: foi considerada a declaração do paciente quanto ao grau de parentesco do cuidador principal. Para fins deste estudo foram consideradas as categorias de parentesco: pai/mãe; irmão/irmã; cônjuge; filho/filha; outro membro da família e outros.

A escolha dessas variáveis de análise deveu-se ao fato de constituírem fatores condicionantes básicos do autocuidado no contexto de lesão medular.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foi encaminhada uma carta à Superintendência Executiva e ao Centro de Estudos da instituição onde ocorreu a pesquisa, solicitando o consentimento para a realização deste estudo. Posteriormente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Após aprovação nestas instâncias, os sujeitos foram convidados a participar, tendo sido esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos envolvidos no estudo e, aqueles que concordaram em participar, manifestaram o aceite por escrito, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Foi garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes, a ausência de constrangimento, danos ou riscos e a inexistência de ônus para os participantes e para a Instituição. Os benefícios esperados para os participantes serão os decorrentes da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, por meio do planejamento dos cuidados a partir dos resultados obtidos na pesquisa.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os 30 casos estudados, conforme pode ser visto na tabela 1, consistiram em 22 pessoas (73,3%) do gênero masculino e 8 (26,7%) do gênero feminino, com idade variando de 18 a 54 anos, com média de idade de 32,6 anos com desvio padrão (*sd*) $\pm 10,29$.

Tabela 1: Distribuição das pessoas com lesão medular, segundo o gênero, idade, procedência, escolaridade, renda, estado civil, existência e sexo do cuidador (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

GÊNERO	Masculino				Feminino							
	n		(%)		n		(%)					
	22		73,3		8		26,7					
IDADE	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	<50				
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
	3 (10)	7 (23,3)	5 (16,7)	4 (13,3)	3 (10)	5 (16,7)	1 (3,3)	2 (6,7)				
PROCEDÊNCIA	Goiânia		Cidades do Entorno		Interior do Estado		Outro Estado					
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)					
	6 (20)		9 (30)		10 (33,3)		5 (16,7)					
ESCOLARIDADE	Não Alfb.	Fund. Inc	Fund.Com	Méd. Inc	Méd. Com	Sup. Inc	Sup. Com					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)					
	5 (16,7)	15 (50)	2 (6,7)	4 (13,3)	3 (10)	1 (3,3)	0 (0)					
RENDA	Sem renda		1 S.M.		>1 a 2 S.M.		>2 a 5 S. M.		>5 S.M.			
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)			
	6 (20)		9 (30)		7 (23,3)		8 (26,7)		0 (0)			
ESRADO CIVIL	Solteiro				Casado				Separado			
	n (%)				n (%)				n (%)			
	13 (43,3)				11 (36,7)				6 (20)			
EXISTÊNCIA DE CUIDADOR	Sim				Não							
	n (%)				n (%)							
	29 (96,7)				1 (3,3)							
SEXO DO CUIDADOR	Feminino				Masculino							
	n (%)				n (%)							
	24 (82,8)				5 (17,2)							

Estes achados corroboram as estatísticas mundiais de que a lesão medular acomete principalmente indivíduos jovens, do sexo masculino em fase economicamente ativa (KOTTKE; LEHMANN, 1994; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; CAFER et al., 2005).

O tempo decorrido da lesão até o atendimento na triagem, variou, de 10 a 1885 dias (5 anos e 2 meses), sendo a média igual a 162 dias de LM ($sd \pm 369,9$) e a mediana de 31 dias e a moda de 10. Esta variação deveu-se ao fato de um dos sujeitos da amostra apresentar 5 anos e 2 meses de lesão.

Seis (20%) pessoas procediam de Goiânia, 9 (30%) de cidades do entorno, 10 (33,3%) do interior do Estado e 5 (16,7%) de outros Estados, sendo que 11 (36,7%) deles relataram ter recebido o atendimento para o tratamento inicial do trauma raquimedular em hospitais de Goiânia, após o atendimento de urgência em suas respectivas cidades ou local do acidente.

Quanto à escolaridade, 5 (16,7%) dos participantes declararam não ter escolarização, 15 (50%) possuem o ensino fundamental incompleto, 2 (6,7%) o ensino fundamental completo, 4 (13,3%) possuem o ensino médio incompleto, 3 (10%) concluíram o ensino médio e 1 (3,3%) o ensino superior incompleto.

A renda familiar declarada foi de um salário mínimo (SM) para nove (30%) dos participantes, maior que 1 até 2 SM para sete (23,3%) dos participantes, mais de 2 até 5 SM para oito (26,7%) deles e seis (20%) indivíduos do estudo relataram não possuir renda e declararam depender da ajuda de outras pessoas (tabela 1).

Como pode se ver trata-se de uma população de baixa renda, a maioria com baixo grau de escolaridade, o que pode repercutir negativamente na capacidade de autocuidado dos participantes, uma vez que o suporte ambiental, compreendido por Orem (1993) como os recursos físicos, materiais e humanos a que as pessoas têm acesso nestas circunstâncias, fica comprometido.

Outros estudos no Brasil, também relatam predomínio de pessoas do sexo masculino, com média de idade predominante abaixo dos 40 anos, de classe social pobre e com baixo nível de instrução. (CAFER et al., 2005; FARIAS; LIMA; SILVÉRIO, 2005; NEVES, 2003).

Em nosso estudo, 3 % da amostra tinham idade igual ou superior a 50 anos. No entanto, Leite (2005), em seu estudo com 30 lesados medulares, observou o predomínio da faixa etária acima de 53 anos em 22,58% dos casos. Além disso, Cafer et al. (2005), relataram a faixa etária de 50 anos ou mais como a segunda mais acometida em seu estudo de 10 casos.

Como Leite (2005), questionamos se esse fato pode estar relacionado ao envelhecimento da população brasileira ou, ainda, ao aumento da violência urbana e da exposição da população ao risco, uma vez que as principais causas da LM estão relacionadas a atos violentos, como relatado a seguir. Apenas uma pessoa (3,3%) declarou não ter cuidador. Dos 29 (96,7%) que referiram dispor de cuidadores, 11 (37,9%) relataram que esta figura era o pai ou a mãe, 9 (31%) eram cônjuges, 3 (10,3%) eram filha/filho, 3 (10,3%) outros membros da família e 3 (10,3%) outras pessoas. Em 82,8 % dos casos o cuidador era do sexo feminino e 17,2% declararam ser o cuidador principal uma pessoa do sexo masculino.

Com relação ao estado civil, 13 (43,3%) dos entrevistados se declararam solteiros, 11 (36,7%) casados e 6 (20%) separados.

Estes dados foram importantes para a compreensão do ambiente que envolve a pessoa com LM e a avaliação da capacidade da agência de autocuidado dependente, que é o responsável pela provisão de cuidados a pessoas adultas, em situações de incapacidade.

Faro (1999), em estudo com 30 cuidadores de pessoas com LM e Madureira (2000), em estudo com 10 cuidadores de pessoas com deficiência física, também verificaram predomínio do sexo feminino como agentes do cuidado dependente. Tal achado nos leva a refletir a respeito da influência dos fatores culturais da sociedade quanto ao cuidar, que ao longo do tempo tem atribuído à mulher, mãe, esposa, filha, o papel de cuidadora.

Quanto à etiologia da lesão, conforme mostrado na tabela 2, 28 (93,3%) foram de origem traumática, sendo que 9 (30%) lesões ocorreram por acidente de trânsito, 8 (26,7%) por queda de altura, 6 (20%) por projétil de arma de fogo, 2 (6,7%) por mergulho em águas rasas e 3 (10%) por outras causas envolvendo acidente de trabalho. Apenas 2 (6,7%) casos desse estudo ocorreram por causas não traumáticas, sendo um de etiologia hemorrágica e outro infecciosa. Mais uma vez, encontramos resultados que corroboram as estatísticas mundiais a respeito da principal etiologia da lesão medular, que é a traumática, liderada pelos acidentes de trânsito (LIANZA, 2001; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; DeLISA et al., 2002).

Quanto ao grau, 16 (53,3%) apresentaram lesões completas da medula espinal (ASIA A) e 14 (46,7%) lesões incompletas, com graus variados de comprometimento. Com relação ao nível da lesão, 8 (26,7%) eram em nível cervical, 18 (60%) torácicas e 4 (13,3%) lombares (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das pessoas com lesão medular, segundo o tempo, etiologia, nível e grau da lesão medular (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

TEMPO DE LESÃO	Até 30 dias		31 a 180 dias		181 a 360 dias		361 a 720 dias		Mais 720 dias	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	14	(46,7)	11	(36,7)	2	(6,7)	1	(3,3)	2	(6,7)
ETIOLOGIA DA LESÃO	Traumática				Não Traumática					
	n		%		n		%			
	28		(93,3)		2		(6,7)			
NÍVEL LESÃO	Cervical		Torácica		Lombar		Sacral			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
	8	(26,7)	18	(60)	4	(13,3)	0	(0)		
GRAU LESÃO	Completa				Incompleta					
	n		%		n		%			
	16		(53,3)		14		(46,7)			

6.2 PROCESSO DE ANÁLISE E SÍNTESE DOS DADOS

Julgamos ser oportuna a apresentação de um caso, detalhando o processo de análise e síntese que deu origem à identificação dos diagnósticos de enfermagem, de modo a dar transparência ao processo mental realizado. Este processo ocorreu para todos os participantes e, como já afirmamos anteriormente, foi realizado por dois expertos, sendo um na área de lesão medular e teoria do Déficit de Autocuidado e o outro na área de processo de enfermagem e Teoria do Déficit do Autocuidado, de modo a aumentar a fidedignidade do julgamento realizado e dos achados.

Escolhemos para esta apresentação um caso envolvendo o sujeito que apresentou o maior número de diagnósticos de enfermagem.

Apresentação do caso 1 - análise e síntese do caso dos dados

A- Categorização

I - Dados de Identificação:

A J S, sexo masculino, 26 anos, procedente do estado de Tocantins, convênio: SUS.

Tempo de lesão: 50 dias.

II – Resumo de informações disponíveis sobre histórico do atendimento médico:

Paciente informa que em 03/10/2005 sofreu acidente de trânsito (moto), com conseqüente trauma raquimedular em nível T5, ASIA A. O relatório médico de encaminhamento informa que o paciente também sofreu lesão em plexo braquial esquerdo e fratura da clavícula e da mão esquerdas. Em 25/10/2005 foi submetido à artrodese de coluna por via posterior e cirurgia para correção de fratura na mão esquerda, em hospital de grande porte em Goiânia, de onde vem encaminhado para a triagem.

III – Avaliação dos requisitos de autocuidado:

1- Requisitos de autocuidado Universal

a) Avaliação do sistema respiratório e circulatório:

Paciente apresenta-se afebril, temperatura axilar 36,8° C, eupneico, com FR 20 ipm, respiração abdominal, simétrica, sem uso de musculatura respiratória acessória. Narinas permeáveis. Nega tosse. Informa ter sido fumante por cerca de 5 anos, fumava 8 cigarros por dia. Parou de fumar no dia do acidente. Informa que teve pneumonia, há cerca de 1 mês, durante a internação anterior, mas que já está curado e parou de tossir.

À ausculta, verifica-se presença de murmúrios vesiculares bilateralmente, na parte anterior e posterior do tórax. Ausência de ruídos adventícios.

Pulso rítmico, cheio, frequência de 76 bpm, pressão arterial 100x60 mmHg, verificada no MSD. Ausência de edemas, pele pálida, anictérica, acianótica. Pulsos pediosos palpáveis bilateralmente. Ausência de sinais flogísticos.

Paciente não trouxe resultados de exames e informa não estar fazendo uso de medicamentos relativos ao sistema cardiovascular. Não faz uso de meias compressivas.

b) Manutenção do aporte adequado de água e alimentos

Peso habitual informado, 85 Kg. O paciente não foi pesado por estar deitado em maca, referir sinais de hipotensão ortostática e estar queixando dor de forte intensidade em MSE. Altura estimada 1,78m. IMC: 26,8 Kg/m².

Paciente está recebendo alimentação por via oral, não faz uso de suplementação alimentar. Informa estar com apetite diminuído, pois não sente vontade de comer, mas come de tudo. Ingestão habitual de alimentos informada:

Desjejum: 1pão com margarina e 1 copo de leite; Não gosta de café. Almoço: Arroz, feijão, carne. Não come verduras porque não gosta. Lanche da tarde: Salada de frutas – todos os dias (sic). Jantar é igual ao almoço.

Ingestão habitual de líquidos: 4 a 5 copos (200 ml) de água , 1 copo de leite e 01 copo de suco/dia – (suco de caju, acerola, manga, ou tamarindo).

Nega alimentos não tolerados. Informa que antes do acidente ingeria bebida alcoólica, diariamente.

Apresenta dentes preservados, ausência de lesões na cavidade oral. Desde o acidente a higiene oral é realizada pelo cuidador, uma vez ao dia.

Apresenta abdômen simétrico, plano, ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes, flácido, sem massas palpáveis, timpânico à percussão. Sem queixas com relação ao aparelho gastrointestinal. Nega uso de medicamentos referentes ao sistema digestivo.

c) Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação:

Não usa vaso sanitário. Refere incontinência urinária e sensibilidade miccional ausente. Está em uso de sonda vesical de demora (SVD) desde o dia do acidente. Refere um episódio passado de infecção urinária, já tratada. Presença de urina amarelo-claro com sedimentos, no coletor urinário.

Refere ausência de sensibilidade ao evacuar, não sente quando está evacuando, não consegue segurar ou retardar a evacuação. Faz uso de fraldas. Padrão de eliminação intestinal a cada 3 dias, geralmente, fezes pastosas. Nega uso de laxantes, informa fazer uso de dieta laxativa (“salada de frutas”), para ajudar no funcionamento do intestino. Relata que já precisou fazer uso de laxantes por via oral e de clister, enquanto esteve internado, mas hoje só usa a dieta.

Nega sinais de disrreflexia autonômica. Desconhece o problema e suas conseqüências. Refere sinais de hipotensão postural quando assume a posição sentada ou quando vai ser mudado de posição. Tem medo que o deixem cair. Informa apresentar sudorese facial

d) Integridade da pele e mucosas

Apresenta pele hidratada. Presença de escoriações nos pés em fase final de cicatrização, em decorrência do acidente. Úlcera por pressão em região glútea, que surgiu há cerca de 8 dias, grau II, com tecido desvitalizado amarelado, exudato seroso em pequeno volume. Pele íntegra ao redor da ferida. Em uso de Hipoglós[®] em casa, para o curativo. Cicatriz de ferida operatória em região torácica posterior, para vertebral, com bom aspecto, cirurgia em 25/10/2005.

Em casa, faz uso de colchão tipo caixa de ovo, para alívio de pressão.

Escala de BRADEN de risco para desenvolver UP: (Umidade: 3; Atividade: 2; Mobilidade:1; Nutrição:2; Fricção e cisalhamento:1) - Escore total: 10 = Alto risco

Refere sensibilidade ao toque ausente, em região do tórax, abaixo do nível de lesão e em MMII. Não consegue identificar qual parte do corpo está sendo tocada, durante o exame sensitivo, abaixo do nível da lesão.

e) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Paciente não deambula, não possui cadeira de rodas ou higiênica, a família informa falta de recursos financeiros para comprar as cadeiras e desconhecem que o SUS fornece a cadeira de rodas e higiênica para pessoas com incapacidade de deambulação. Permanece restrito ao leito. Assume os decúbitos dorsal, lateral direito e esquerdo e sentado (no leito).

Amplitude de movimento limitada em membro superior esquerdo (MSE) devido fratura e dor de forte intensidade em clavícula e mão esquerda. Total e ativa em membro superior direito (MSD). Passiva em MMII, porém o exame ficou limitado devido ao paciente estar queixando dor na mão esquerda.. Sem deformidades estruturadas.

Foi indicado o uso de colete torácico após a cirurgia da coluna, porém o paciente não faz uso, relata que “machuca”.

Apresenta musculatura eutrófica, com tônus preservado em MSD, hipotrófica e hipotônica em MSE e MMII. Força muscular preservada em MSD e paralisia em MSE (lesão de plexo braquial e fraturas em clavícula e mão esquerda) e em membros inferiores (MMII).

O paciente informa ser canhoto. Não consegue segurar ou utilizar utensílios, levar o alimento à boca ou escovar os dentes, com a mão direita que apresenta força muscular preservada.

Queixa dor em mão e hemitórax esquerdos, na região das costelas, tipo dormência e pontada, principalmente na mão, à qual confere nota 10 na escala de dor de 0 a 10, sendo 10 a pior dor, com início desde o acidente, diariamente, a toda hora, contínua, desencadeada com o movimento do MSE, que só alivia com medicamento (Nisufan[®] e Dipirona[®]). Apresenta expressão facial e comportamento expressivo de dor durante o exame (irritação, gemer, medo de que a mão seja tocada). Solicita constantemente à cuidadora para reposicionar a mão para aliviar a dor.

O paciente refere ser dependente total para as atividades de autocuidado, como: barbear-se, escovar os dentes, pentear os cabelos, tirar e vestir roupas na parte superior e inferior do corpo, para as transferências e mudanças de decúbito, para alimentação e para o banho, que é realizado no leito, pela cuidadora. Não consegue manusear a cadeira de rodas. Não realiza o exame de integridade da pele, pois paciente e cuidador desconhecem o exame e sua necessidade. Não utiliza fio dental, não utiliza calçados após a LM. Não realiza fisioterapia ou outro tipo de atividade. Ainda não foi treinado para utilizar a mão direita.

Informa que dorme por volta de 21 ou 22 h e acorda por volta de 8 h, mas que acorda muitas vezes durante a noite, devido à dor na mão esquerda. Às vezes dorme durante o dia, após o almoço. Nega o uso de medicamentos para dormir.

Quando inquirido sobre atividades de lazer antes da LM, informa que apenas trabalhava e visitava os amigos. Atualmente, assiste televisão (TV) e recebe visitas de parentes e amigos. Não gosta de ler.

f) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Paciente alerta, orientado, audição, visão, capacidade de expressão verbal preservadas, demonstra habilidades para compreensão e cálculos, informa que sabe ler mas não gosta. Memória recente e de evocação preservadas. Estava introspectivo no início da entrevista, porém mais comunicativo ao final. Apresentou momentos de irritabilidade, devido à dor. Fez algumas considerações infantilizadas durante a consulta, como:

- “Vou tomar banho na piscina do hospital”?

- “Tem TV nos quartos? Se internar não vou perder nenhum desenho na TV”.

Também, inicialmente, recusou-se a mudar de posição na maca para o exame da face posterior do corpo.

Paciente informa ser casado, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, é natural do Maranhão, porém procedente de cidade do interior do Tocantins, onde mora com a esposa e 2 filhos, em casa de palha, em terreno cedido pelo governo, em bairro da periferia, sem luz elétrica e sem água tratada, Não há banheiro dentro de casa.. A esposa está gestante do 3º filho. A mãe, que mora no estado do Maranhão, veio para cuidar dele. Seus filhos ficaram com a avó materna, em Tocantins. A renda familiar era de um salário mínimo (R\$ 300,00). Atualmente está “parado”, sem renda. Trabalhava como profissional autônomo, como vendedor ambulante de roupas, panelas e calçados.

Informa que não possui nenhuma religião. O principal impacto do problema atual no relacionamento familiar, foi o financeiro e a separação dos filhos. Não contribuía com o INSS, está sem renda. A principal preocupação da família é de que o paciente volte a andar e

a situação financeira. A mãe, que acompanha a consulta, quer voltar logo para o Maranhão e levar o filho, para tentar conseguir o auxílio doença.

Paciente e cuidadores (mãe e esposa), não possuem conhecimento sobre o problema atual, complicações associadas, medidas de prevenção, nem sobre o tratamento de reabilitação.

A principal preocupação do paciente e o seu objetivo em relação à reabilitação é voltar a andar. Veio para tratamento em Goiânia e após a alta hospitalar está hospedado na casa de uma irmã.

Nega outros problemas de saúde associados, refere ter sido vacinado para febre amarela, BCG e Tétano. Está sem o cartão de vacinas. Refere alergia à esparadrapo, sabonete sólido (só utiliza sabonete líquido) e à roupa suja. Informa que “sente coceira e pele fica vermelha”.

3 – Requisitos de autocuidado de desenvolvimento:

Nega ter retornado à atividade sexual após a LM. Informa que não sente o corpo abaixo do nível da lesão e que ainda está em uso de sonda e ainda “não pensou no assunto”. No momento não deseja receber informações sobre o assunto (pareceu constrangido com a presença da mãe).

IV - Outras impressões do entrevistador:

No início da consulta, paciente sentado na cadeira de rodas da instituição, apresentou palidez facial intensa e sudorese facial. PA 100 x 60 mm Hg. Quando perguntado, relatou que estava em jejum (sem tomar café da manhã). Ao ser colocado deitado na maca e providenciado leite com café e açúcar, melhorou o estado geral.

V – Dados sobre o cuidador

Cuidador principal, M.R., mãe, 54 anos, procedente do Maranhão, profissão, lavradora, sem escolaridade. Informa que terá o dia todo para cuidar do filho, pois irá parar de

trabalhar para cuidar dele, quando voltar para o Maranhão. No primeiro hospital foi orientada para “mexer com as pernas” do filho e a mudar de posição e quanto a alimentação (dieta laxante – salda de frutas). Relata que também foi orientada a passar a sonda de alívio, mas não aprendeu e não faz. Acha difícil os cuidados de higiene e os exercícios com as pernas. Também relata que não tem força física para os cuidados. Não possui cadeira de rodas, o que dificulta os cuidados. Mas reforça que a maior dificuldade é a financeira, além do tempo requerido para os cuidados e o desgaste físico. A mãe diz que vai levar o filho para o MA nas próximas 24 horas, para que possa cuidar dele até melhorar do acidente. Ele irá com toda a família.

Rede de apoio: Esposa (R.), 21 anos, gestante no 3º mês, tempo integral disponível para os cuidados. Duas irmãs, que moram em Goiânia, uma de 31 anos, casada, 2 filhos, estuda, só pode ajudar nos fins de semana. A outra irmã de 45 anos mora em Goiânia, onde estão hospedados, é casada, trabalha fora e tem 2 filhos de 7 e 10 anos, só pode ajudar á noite. A esposa quase não participou da consulta, só entrou no consultório no final da entrevista e quase não participou dos diálogos.

B- Lacunas identificadas/ dados divergentes:

Qual é a quantidade (porções) de alimentos ingeridos em cada refeição?

C- Síntese dos dados: Agrupamento, comparação, inferências e relações.

Estas etapas da síntese estão descritas no quadro 1.

D- Identificação dos diagnósticos de enfermagem

Para tornar clara a visualização, do processo de identificação dos diagnósticos de enfermagem, neste caso, os mesmos também foram colocados no quadro 1.

Com o intuito de relembrar a sinalização adotada para as modificações realizadas nas afirmações diagnósticas considerando a taxonomia da NANDA (2006), apresentamos novamente a padronização utilizada:

- palavras ou expressões acrescentadas estão escritas em *itálico e sublinhadas*.
- palavras ou expressões suprimidas da redação original da taxonomia estão entre colchetes [].
- explicações ou especificações de eixos da taxonomia, estão entre parênteses, indicando, por exemplo: tipo de alimento (fibras), partes do corpo (MMII) ou sujeito (família).

No processo de julgamento clínico das respostas humanas dos participantes, optamos por captar detalhadamente todas as situações identificadas, assim, neste caso, foram estabelecidos os diagnósticos de Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, levando em conta a ingestão insuficiente de legumes e verduras e de Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, tendo em vista o relato da preferência por carboidratos, aliado ao IMC acima da normalidade.

Foram considerados todos os eixos da NANDA (2006) para rotular os diagnósticos de enfermagem, assim, quando identificamos o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada em região glútea, não excluimos o de Risco de integridade da pele prejudicada em outras partes do corpo.

Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTO	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	RELAÇÕES	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Aporte de ar / circulação</p> <p>- 26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito.</p> <p>-T= 36,8°C / FR= 20ipm/FC= 76bpm</p> <p>PA= 100x60 mmHg. Eupneico, respiração torácica, simétrica, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, homogeneamente distribuídos. Sem tosse.</p> <p>-Foi fumante por cerca de 5 anos. Parou de fumar no dia do acidente. Fumava 8 cigarros/ dia</p> <p>- Fez tratamento para pneumonia enquanto esteve internado no Hugo. “Já sarou”. (há cerca de 1 mês).</p> <p>-Pele pálida, anictérica, acianótica.</p> <p>-Pulso rítmico, cheio. Ausência de edemas. Pulsos pediosos palpáveis.</p> <p>- Paciente permanece restrito ao leito, não realiza atividades físicas. Não utiliza meias compressivas</p> <p>-Não possui cadeira de rodas.</p> <p>Dependente para mudanças de decúbito e transferências</p> <p>- Apresenta sinais de hipotensão ortostática (sudorese facial, tontura, quando sentado).</p> <p>- Fratura em MSE e lesão em plexo braquial esq.</p> <p>- Musculatura eutrófica, com tônus preservado em MSD, hipotrófica e hipotônica em MSE e MMII.</p>	<p>GREVE, J.M. D’Andrea; CASTRO, A W C. Tratamento Clínico da Lesão Medular Espinhal Fase Aguda. Alterações Cardiocirculatórias no Paciente Lesado Medular Agudo. In: GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap.3, p. 57-64.</p> <p>PORTO, C.C. Exame Clínico. Bases para a prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 13, p..257-317.</p> <p>POTTER, P. Semiologia em Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. cap.12, p.181-202</p>	<p>- Risco pata TVP</p>	<p>-TRM recente (50dias)</p> <p>-mobilidade física prejudicada</p> <p>-hipotonia muscular em MMII e MSE</p> <p>-Fratura MSE</p>	<p>-Risco de disfunção neurovascular periférica, relacionado à imobilização, fratura e <u>hipotonia muscular</u>.</p>

Continuação. Quadro 1 - Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTO	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	RELAÇÕES	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Mobilidade física</p> <p>- Fratura em MSE (clavícula e mão) e lesão em plexo braquial eq.</p> <p>-Peso informado 85 K. Estatura 1,78m - IMC 26,8 Kg/m.</p> <p>É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão eq. e lesão no plexo braquial eq.</p> <p>- Refere dor intensa na mão eq. e dor no tórax à eq. quando movimentada (nota 10 na escala de 0 a 10)</p> <p>- 27º PO artrodese de coluna. Indicado uso do colete torácico mas não usa porque refere que machuca.</p> <p>-Não possui cadeira de rodas ou higiênica.</p> <p>- Passa maior parte do tempo acamado.</p> <p>-Não realiza fisioterapia ou exercícios de alongamento.</p> <p>- Refere que não sente o corpo abaixo da lesão.</p> <p>-Totalmente dependente para transferências e para mudança de decúbito no leito</p> <p>- Amplitude de movimentos total em MSD (ativos) e limitada em MSE (movimentação passiva) devido a fratura clavícula e dor.</p> <p>- Hipotonia muscular em MSE e MMII.</p> <p>- Cuidador refere falta de força para realizar os cuidados.</p>	<p>HALAR, E M; BELL, K R. Imobilidade. Alterações e Efeitos Fisiológicos e Funcionais da Inatividade nas funções corporais. In: DeLISA, J A et al. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática. 3 ed. 2 v. São Paulo: Manole, 2002. cap. 41, p.1067-1084.</p> <p>STAAS Jr., W E; FORMAL, C S; FREEDMAN, M.K; FRIED, G.W; READ, M.E.S. Lesões Medulares e Tratamento médico as Lesões Medulares. In: DeLISA, J A et al. Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípios e Prática. 3 ed. 2 v. São Paulo: Manole, 2002. cap. 51, p 1325-1355.</p> <p>Escala de Deficiência da American Spinal Injury Association (ASIA). In DeLISA, J A et al. Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípios e Prática. 3ed. 2 v. São Paulo: Manole, 2002. p 1328.</p> <p>ARES, M J J; CASALIS, M.E.P. Reabilitação Funcional. Avaliação da Incapacidade e Níveis Funcionais. In: GREVE, J M D'Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4. p 87-92.</p>	<p>Mobilidade física prejudicada para:</p> <p>- Locomoção</p> <p>- Transferências</p> <p>-Mudanças de decúbito</p> <p>Risco par síndrome do desuso</p>	<p>Lesão Medular T5 – ASIA A</p> <p>Lesão de plexo braquial eq. e fratura clavícula e mão eq.</p> <p>Dor</p> <p>Não possui cadeira rodas/ higiênica.</p> <p>Falta de força muscular do cuidador.</p> <p>Não se adaptou ao uso do colete.</p> <p>Lesão Medular T5 – ASIA A</p> <p>Lesão de plexo braquial eq. e fratura clavícula e mão eq.</p> <p>Dor MSE</p>	<p>-Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo neuromuscular, dor, falta de suporte físico e socioambiental, diminuição da força e controle muscular, evidenciada por instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária, dificuldade para virar-se, capacidade limitada para realizar atividades motoras finas e mudança (<i>interrupção</i>) da marcha.</p> <p>-Mobilidade no leito prejudicada evidenciada por capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro, mover-se da posição supina para a posição sentada e da posição sentada para a posição supina.</p> <p>-Capacidade de transferência prejudicada, evidenciada por [capacidade prejudicada] <i>incapacidade</i> de transferir-se da cama para cadeira e da cadeira para acama e transferir-se para cadeira higiênica.</p> <p>Risco de síndrome do desuso, relacionado à paralisia (MMII e MSE) e dor intensa (MSE).</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Autocuidado para banho, higiene, arrumar-se e alimentar-se.</p> <p>-26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito.</p> <p>-27º PO artrodese de coluna. Indicado uso do colete torácico, mas não usa porque refere que machuca.</p> <p>-É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão esq. e lesão no plexo braquial esq.</p> <p>- Refere dor intensa na mão esq. e dor no tórax à esq. quando movimentada</p> <p>- Movimenta ativamente o MSD.</p> <p>-Não possui cadeira de rodas. Restrito ao leito.</p> <p>- Totalmente dependente para o banho, que é realizado no leito, pelo cuidador.</p> <p>-Totalmente dependente para alimentação, não consegue segurar utensílios e levar o alimento à boca com a mão direita.</p> <p>- Sem treino para utilizar a mão direita</p> <p>- Totalmente dependente para vestir e retirar roupas da parte superior e inferior do corpo, escovar os dentes, realizar a higiene íntima.</p> <p>-Não faz uso de sapatos após a LM.</p> <p>- Não usa vaso sanitário ou cadeira higiênica (não possui). Faz uso de fraldas.</p> <p>- Apresenta incontinência urinária. Está em uso de sonda vesical de demora desde o dia do acidente.</p>	<p>USP. MIF para Adultos. Versão Brasileira. Divisão de Medicina de Reabilitação do HC/UPS. Sem data. Impresso.</p> <p>OREM, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería, 1993. (Desarrollo de la Agencia de Autocuidado. p.177-181).</p> <p>ARES, M J J; CASALIS, M.E.P. Reabilitação Funcional. Avaliação da Incapacidade e Níveis Funcionais. In: GREVE, J M D'Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4. p 87-92.</p> <p>Escala de Deficiência da American Spinal Injury Association (ASIA). In DeLISA, J A et al. Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípios e Prática. 3ed. 2 v. São Paulo: Manole, 2002. p 1328.</p>	<p>Dependência para o autocuidado em:</p> <p>Higiene oral</p> <p>Higiene corporal</p> <p>Alimentação</p> <p>Vestir-se e arrumar-se</p> <p>Higiene íntima</p>	<p>Lesão Medular T5 / ASIA A</p> <p>Lesão de plexo braquial esq. e fratura clavícula e mão esq.</p> <p>Dor</p> <p>Falta de treino para usar mão Dir.</p>	<p>-Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a prejuízo neuromuscular, prejuízo musculoesquelético, dor <i>e habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios, incapacidade de pegar alimentos com utensílios, trazer alimentos de um recipiente para a boca.</p> <p>-Déficit no autocuidado para banho / higiene relacionado a prejuízo neuromuscular, prejuízo musculoesquelético e dor, evidenciado por incapacidade de: lavar o corpo; chegar à fonte de água; pegar artigos para banho; secar o corpo.</p> <p>- Déficit no autocuidado para higiene íntima, relacionado a prejuízo neuromuscular, prejuízo musculoesquelético, dor, estado de mobilidade prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidade de: manipular roupas para realizar a higiene íntima; realizar higiene íntima apropriada.</p> <p>Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, relacionado a prejuízo neuromuscular,</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Autocuidado para banho, higiene, arrumar-se e alimentar-se (continuação).</p>				<p>prejuízo musculoesquelético, dor, evidenciado por incapacidade de: colocar roupas na parte superior e inferior do corpo, tirar roupas, pegar roupas, calçar sapatos.</p> <p><i>-Déficit no autocuidado para higiene oral relacionado à <u>prejuízo neuromuscular</u>, <u>prejuízo musculoesquelético</u>, <u>habilidades de adaptação não desenvolvidas</u>, evidenciado por <u>incapacidade de realizar higiene oral apropriada</u>.</i></p>
<p>Cuidados com a pele -26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. -É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão esq. e lesão no plexo braquial esq. -Úlcera por pressão região glútea, com 8 dias de evolução, Grau II, superficial, com tecido desvitalizado amarelado, curativo domiciliar com Hipoglós ®. - Pequenas escoriações no dorso dos pés em fase final de cicatrização, decorrentes do acidente. - Cicatriz de ferida operatória em região posterior do tórax (27º PO), bom aspecto. - Apresenta incontinência fecal, faz uso de fraldas. Não possui cadeira higiênica. - Incontinência urinária. Faz uso de SVD. -Totalmente dependente para mudanças de decúbito e transferências. Em casa possui colchão tipo “caixa de ovo”. Não realiza exame para avaliação da</p>	<p>Escala de BRADEN para risco de Úlceras de Pressão, www.feridologo.com.br/tesesupescalas.htm. Acessado em 02/12/2005.</p> <p>Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento em Ulcera por Presión y Heridas Crônicas (GNEAUPP, 2003) disponível em: http://www.gneaupp.org/. Acessado em 24/06/2006.</p> <p>DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras. 2 ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2001</p>	<p>Integridade da pele prejudicada em região glútea e dorso dos pés.</p> <p>-Potencial para novas lesões na pele</p> <p>- Déficit do conhecimento para cuidados com a pele.</p>	<p>TRM ASIA A -Mobilidade física prejudicada - Umidade</p> <p>- Conhecimento insuficiente sobre os cuidados com a pele</p> <p>-Perda de defesa primária (pele rompida)</p> <p>- Exposição à fezes. - Falta de informação prestada nas instituições de saúde que o atenderam anteriormente</p>	<p>- Integridade da pele prejudicada em região glútea, relacionada à fatores mecânicos (pressão), <u>mobilidade física prejudicada</u>, umidade na pele, sensibilidade alterada, evidenciado por rompimento da superfície da pele (pés) e destruição de camadas da pele (região glútea).</p> <p>- Risco de integridade da pele prejudicada (em outras partes do corpo) relacionado à <u>mobilidade física prejudicada</u>, fatores mecânicos (pressão), umidade, excreções, sensibilidade alterada e <u>conhecimento insuficiente para evitar úlcera por pressão</u>.</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Cuidados com a pele (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - integridade da pele por desconhecer a necessidade. - Na instituição onde esteve internado, recebeu orientações insuficientes antes da alta, sobre os cuidados domiciliares - Escore 10 (alto risco), na escala de Braden, para risco de úlceras por pressão. 				
<p>Eliminação urinária</p> <ul style="list-style-type: none"> -26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. -Relata incontinência urinária total, ausência de sensibilidade miccional. - Não usa vaso sanitário. Refere que faz uso de sonda vesical de demora desde o dia do acidente. Relata 1 episódio passado de infecção urinária, já tratada. - Presença de urina amarelo-claro, com sedimentos, no coletor urinário. - Ingere cerca de 4 a 5 copos (de 200ml) de água/dia, 1 copo de leite e 1 copo de suco/dia (1200 a 1400ml/dia). 	<p>LINSENMEYER, T.A; STONE, J A. Bexiga e Intestino Neurogênicos. In: DeLISA, J.A et al. Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípio e Prática. 3 ed. 2v. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 44, p.1124-1160.</p> <p>D'ANCONA, C.A; RODRIGUES NETTO Jr. Aplicações Clínicas da Urodinâmica. Campinas, SP: Atheneu, 2001.</p>	<p>-Incontinência urinária.</p>	<p>- TRM T5 ASIA A</p>	<p>- Incontinência urinária total, relacionada a trauma que afete nervos da medula espinhal, evidenciada por ausência de sensibilidade miccional e sensação de enchimento vesical.</p>
<p>Eliminação intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> -26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. Não usa vaso sanitário ou cadeira higiênica (não possui). Faz uso de fraldas. - Ausência de sensibilidade ao evacuar, não sente quando está evacuando, não consegue segurar ou retardar a evacuação. - Eliminações intestinais geralmente a cada 3 dias, já fez uso de laxantes orais e clister. -Atualmente refere uso de dieta laxativa (salada de frutas diariamente). Não ingere 	<p>LINSENMEYER, T.A STONE, J.A. Bexiga e Intestino Neurogênicos. In: DeLISA, J.A et al. Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípio e Prática. 3 ed. 2v. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 44, p.1124-1160.</p> <p>POTTER, P. Semiologia em enfermagem. Abdome. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. Cap.15, Abdome. p.251-273.</p>	<p>- Incontinência fecal</p>	<p>-TRM T5 ASIA A</p> <p>- Falta de treino para reeducação intestinal</p>	<p>- Incontinência intestinal relacionada à diminuição geral do tônus muscular, perda de controle do esfíncter anal, imobilidade, déficit no auto cuidado para higiene íntima, evidenciado por <i>perda involuntária de fezes</i>, relato de incapacidade de sentir o preenchimento retal, incapacidade para reconhecer a urgência para evacuar.</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Eliminação intestinal (continuação) verduras e legumes. Toma cerca de 5 a 6 copos líquido/dia (1000 a 1200ml) - Restrito ao leito, não realiza atividades físicas. - Abdome plano, simétrico, sem massas palpáveis. Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes.- Não realiza manobras para esvaziamento intestinal – não foi orientado.</p>	<p>ARES, M J J. Disfunção Intestinal na Lesão Medular. In GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnósticos e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap.5. p. 293-4.</p>	<p>- Risco de constipação.</p>	<p>TRM T5 ASIA A -Mobilidade física prejudicada - Ingestão insuficiente de fibras. - Falta de treino para reeducação intestinal</p>	<p>- Risco de constipação relacionada à lesão neurológica, atividade física insuficiente e ingestão insuficiente de fibras.</p>
<p>Percepção sensorial: -26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. -27º PO artrodese de coluna. Indicado uso do colete torácico, mas não usa porque refere que machuca. -É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão esq. e lesão no plexo braquial esq. -Queixa dor em mão esq. e hemitórax à esq. (costelas), dor tipo dormência e pontadas, sendo o movimento o fator desencadeante. Atribuiu valor 10 à dor na escala de dor de 0 a 10, sendo 10 a maior dor. A dor teve início desde o acidente. - Relata que acorda muitas vezes à noite, devido a dor na mão esq. - Faz uso de Dipirona® e Nisufan®, para controlar a dor. - Apresenta expressão facial e comportamento expressivo de dor durante o exame (irritação, gemer, medo de que a mão seja tocada). Solicita constantemente ao cuidador para reposicionar a mão para aliviar a dor. -Refere sensibilidade ao toque ausente, abaixo do nível de lesão. Não consegue identificar qual parte do corpo está sendo tocada, durante o exame sensitivo.</p>	<p>ROGANOL, L. Dor Crônica Pós- Lesão da Medula e Cone. In: GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 6, p 317-328.</p> <p>SAKATA, R K; ISSY, A M; VLANICH, R. Dor Neuropática. In: CAVALCANTI, I L; MADDALENA, M.L Dor. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2003. Cap.5, p.167-203.</p>	<p>Dor Aguda</p> <p>Sensibilidade tátil alterada.</p>	<p>Lesão plexo braquial esquerdo. - Fratura na clavícula e mão esq.</p>	<p>- Dor aguda, relacionada a agentes lesivos (<u>mecânico</u>), evidenciada por relato verbal, expressão facial, comportamento expressivo (<u>irritação, gemer, medo de que a mão seja tocada</u>) e distúrbio do sono .</p> <p>-Percepção sensorial perturbada (tátil), relacionada a percepção sensorial alterada, recepção , transmissão e/ou integração sensorial alterada, evidenciada por mudança relatada na acuidade sensorial</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Atividades sociais/ lazer - 26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. - Queixa dor em mão esq. e hemitórax à esq. Não deambula, não possui cadeira de rodas. Está totalmente dependente para as atividades de autocuidado. - É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão esq. e lesão no plexo braquial esq. - É casado, tem 2 filhos, mora no estado de Tocantins, em cidade do interior. Profissão anterior à LM: vendedor autônomo. Atualmente, sem trabalho. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental. - A renda familiar antes do acidente era de 1 salário mínimo. Atualmente sem renda. - Quando inquirido sobre atividades de lazer antes da LM, informa que apenas trabalhava e visitava os amigos. Atualmente, assiste televisão e recebe visitas de parentes e amigos. Não gosta de ler.</p>	<p>OREM, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1993. (Suporte ambiental / condicionantes básicos do autocuidado)</p>	<p>Atividades de lazer escassas</p>	<p>Estilo de vida Condições socioeconômicas e culturais</p>	<p>Atividades de recreação deficientes, relacionada à ausência ambiental de atividades de recreação, evidenciada por declarações do paciente (<u>de escassez de atividades de lazer</u>).</p>
<p>Proteção 26 anos, sexo masc. TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias), por acidente de trânsito. - Orientado, alerta, capacidade de expressão verbal e de compreensão preservadas. Estudou até 5ª série do ensino fundamental. - 27º PO artrodese de coluna. Indicado uso do colete torácico, mas não usa porque refere que machuca. - É canhoto, sofreu fratura em clavícula e mão esq. e lesão no plexo braquial esq. - Não deambula, não possui cadeira de rodas. Restrito ao leito.</p>	<p>HALAR, E M; BELL, K R. Imobilidade. Alterações e Efeitos Fisiológicos e Funcionais da Inatividade nas funções corporais. In: DeLISA, J A et al. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática. 3 ed. 2 v. São Paulo: Manole, 2002. cap. 41, p.1067-1084. GOIÁS, SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Esquema Básico de Imunização do Programa Nacional de Imunização no estado de Goiás. Material impresso. 09/03/2003.</p>	<p>- Risco para trauma - Proteção Ineficaz</p>	<p>TRMT5 - ASIA A - Mobilidade física prejudicada - Hipotensão postural - Conhecimento deficiente para evitar complicações decorrentes da LM (do paciente e cuidador).</p>	<p>- Risco de trauma, relacionado a redução da sensação de temperatura e tátil, coordenação reduzida de grandes e pequenos músculos (MSE e paraplegia). - Proteção ineficaz, relacionada à doença (TRM), evidenciada por alteração neurosensorial, úlcera por pressão, <u>mobilidade física prejudicada e conhecimento deficiente para evitar complicações decorrentes da LM</u></p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Proteção (continuação)</p> <p>-Está totalmente dependente para as atividades de autocuidado, para mudar de decúbito e transferências. Não possui autocontrole para movimentar-se no leito. “Não sente o corpo abaixo da lesão”.</p> <p>- Úlcera por Pressão na região glútea</p> <p>- Incontinência urinária. Faz uso de SVD.</p> <p>- Apresenta incontinência fecal, faz uso de fraldas. Eliminações intestinais a cada 3 dias, já fez uso de laxantes orais e clister.</p> <p>- Nega sinais de disreflexia autonômica.</p> <p>Desconhece o problema e suas conseqüências. Refere sinais de hipotensão postural quando assume a posição sentada ou quando vai ser mudado de posição. Tem medo que o deixem cair durante as transferências. Informa apresentar sudorese facial.</p> <p>- Refere medo que o deixem cair durante as mobilizações.</p> <p>-Cuidador relata falta de força física e sem treino para realizar as mudanças de decúbito e transferências. O paciente permanece maior parte do tempo acamado.</p> <p>-Relata alergia à sabonete sólido e à roupa suja. Vacinas em dia: BCG; DT; Febre amarela.</p> <p>- Paciente e cuidadores não possuem conhecimento sobre o problema atual, complicações associadas, medidas de prevenção, nem sobre o tratamento de reabilitação.</p>	<p>ARES, M J J; CASALIS, M.E.P. Reabilitação Funcional. Avaliação da Incapacidade e Níveis Funcionais. In: GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P.</p> <p>Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4. p 87-92.</p>	<p>Risco para disreflexia autonômica</p> <p>- Risco para infecção em feridas, urinária e pulmonar.</p>	<p>TRM T5 - ASIA A</p> <p>-Presença de estímulos nociceptivos.</p> <p>-Perda de defesa primária (pele rompida)</p> <p>- Exposição à fezes</p> <p>-Uso de SVD</p> <p>- mobilidade física prejudicada</p> <p>- restrito ao leito</p>	<p>-Risco de disreflexia autonômica, relacionado à lesão acima de T6, <i>risco de</i> constipação, estimulação cutânea (úlceras de pressão), cateterização, fraturas.</p> <p>Risco de infecção relacionada à defesas primárias inadequadas (pele rompida), exposição ambiental aumentada e conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos (urinária), relacionado a procedimento invasivo (<i>SVD</i>) e (pulmonar), relacionado à estase de fluidos orgânicos..</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Sexualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 anos – sexo masc. - TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias). - estudou até 5ª série do ensino fundamental - Casado, 2 filhos, esposa com 21 anos, está gestante no 3ºmês. - Não deambula, não possui cadeira de rodas. Está totalmente dependente para as atividades de autocuidado, para mudar de decúbito e transferências. -Apresenta úlcera de pressão sacra. - Sem atividade sexual após o acidente. - Refere que não sente o corpo abaixo do nível da lesão. -Não quer pensar no assunto agora. Não deseja receber orientações sobre o assunto. - A mãe está presente na consulta - Sua prioridade é voltar a andar - Trabalhava como vendedor ambulante. Não contribuía com INSS, não tem cobertura para o afastamento do trabalho. - A esposa quase não participou da consulta, só entrou no consultório no final da entrevista e quase não participou dos diálogos. 	<p>MAIOR, I.M.M.L. Disfunção sexual. In: GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 5. p..295-303.</p>		<p>Conseqüente à doença (TRM T5-ASIA A) Cateterização vesical</p> <p>-TRMT5 ASIA A</p> <p>-Mudança no estilo de vida</p>	<p>- Disfunção sexual relacionado a estrutura corporal da função alterada, evidenciado por limitações reais impostas pela doença (<i>TRM</i>).</p> <p>-Risco de baixa auto-estima situacional, relacionado a doença física (TRM), prejuízo funcional (função sexual), mudança de papel social (provedor), auto expectativas não realistas.</p>
<p>Enfrentamento individual / expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> -26 anos – sexo masc. - TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias). Orientado, alerta - Estudou até 5ª série do ensino fundamental. Sabe ler, mas não gosta. -Acuidade auditiva e visual, capacidade de expressão verbal e de compreensão preservadas. 	<p>MENDONÇA, M. Reabilitação Funcional. Aspectos Psicológicos. In GREVE, J M D’Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4, p.142-151.</p>	<p>Risco para enfrentamento individual ineficaz</p>	<p>- TRM T5-ASIA A</p> <p>-Mudança no estilo de vida</p> <p>-Falta de recursos financeiros</p> <p>- Expectativas não realistas</p>	<p>-Enfrentamento ineficaz relacionado a recursos disponíveis inadequados, evidenciado por incapacidade de satisfazer necessidades básicas, incapacidade de atender expectativas de papel, falta de comportamento direcionado a objetivos.</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Enfrentamento individual / expectativas (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa do diálogo, demonstra memória preservada. - Introspectivo no início da conversa e mais comunicativo ao final - Não deambula, não possui cadeira de rodas. Restrito ao leito. <p>-Apresentou alguns comentários infantilizados durante a consulta, tais como: “Vou tomar banho na piscina do CRER? Tem TV nos quartos? Se internar não vou perder nenhum desenho na TV.” Também, inicialmente, recusou-se a mudar de posição na maca para o exame da parte posterior do corpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A principal preocupação do paciente seu objetivo com a reabilitação é voltar a andar. - O principal impacto do problema atual no relacionamento familiar, foi o financeiro e a separação dos filhos. Não contribuía com o INSS, está sem renda. A principal preocupação da família é de que o paciente volte a andar e a situação financeira. -A mãe, que acompanha a consulta, quer voltar logo para o Maranhão e levar o filho, para tentar conseguir o auxílio doença. 	<p>OREM, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería, 1993. (Desarrollo de la Agencia de Autocuidado. p.177-181)</p>			
<p>SUPORTE FAMILIAR / SOCIAL PARA O AUTOCUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> -26 anos – sexo masc. - TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias). Orientado, alerta. Proveniente de cidade do interior de Tocantins (TO), onde trabalhava como 				

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Suporte familiar / social para o autocuidado (continuação)</p> <p>-Vendedor autônomo. Não contribuía com o INSS. Renda mensal era de R\$300,00. Atualmente sem renda.</p> <p>-É casado tem 2 filhos que ficaram no TO com a avó materna. Não falou dos filhos durante a consulta.</p> <p>-Mora na periferia, em terreno cedido pelo governo, em casa de palha, sem luz elétrica, sem água tratada e sem rede de esgoto.</p> <p>-Esposa tem 21 anos, está gestante (3º mês) do 3º filho. Não trabalha fora, tem o dia todo disponível para os cuidados. A esposa quase não participou da consulta, só entrou no consultório no final da entrevista e quase não participou dos diálogos.</p> <p>-Está hospedado em Goiânia na casa de uma irmã. A esposa e a mãe o acompanham.</p> <p>- A mãe reside no Maranhão, veio para acompanhar o tratamento e assumiu o papel de cuidador principal. Diz que vai levar o filho para o MA nas próximas 24 horas, para que possa cuidar dele até melhorar do acidente. Ele irá com toda a família.</p> <p>-A mãe tem 54 anos, não é alfabetizada, é lavradora e informa que irá parar de trabalhar para cuidar do filho. Refere dificuldades para os cuidados por não ter força física.</p>	<p>OREM, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1993. (cap.3. p. 63-84. (La teoria de enfermería del autocuidado. Uma teoria general e Teoria de OREM - Suporte ambiental/ condicionantes básicos do autocuidado)</p> <p>PEREIRA, M E M S M; ARAUJO, T C C F --. Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular, 2005. Arquivos de Neuropsiquiatria. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php? Acessado em 03/01/2006</p> <p>WRIHT, M; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias. Um guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.</p>	<p>Manutenção do lar prejudicada</p> <p>Risco para processos familiares disfuncionais</p> <p>Risco para paternidade prejudicada</p>	<p>- Dificuldades financeiras</p> <p>- Mudanças ocorridas pela incapacidade produzida pelo TRM</p> <p>- Desagregação da família</p> <p>- Doença crônica</p> <p>- Dificuldades financeiras</p> <p>-Separação dos 2 filhos</p> <p>-Falta de previsão de revê-los</p>	<p>Manutenção do lar prejudicada relacionada à lesão do indivíduo e finanças insuficientes, evidenciada por membros da família que expressam crise financeira.</p> <p>- Processos familiares interrompidos, relacionado a troca de papéis na família, alteração do estado de saúde de um membro da família, modificações nas finanças da família, evidenciado por mudanças: nas alianças de poder, nas tarefas designadas, no apoio mútuo, na disponibilidade para resposta afetiva e intimidade.</p> <p>Risco de paternidade prejudicada, relacionado a separação prolongada dos pais.</p>

Continuação. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1. Continua.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Suporte familiar / social para o autocuidado (continuação) A esposa não se manifestou sobre a decisão. Ficou a maior parte do tempo calada e não participou da entrevista. -Refere que a principal dificuldade atual é a falta de recursos financeiros - Tem 2 irmãs em Goiânia: Uma , onde está hospedado, tem 45 anos, casada, 2 filhos, trabalha fora. Só pode ajudar nos cuidados à noite. Outra, de 31 anos, mora em outra casa, também é casada, 2 filhos, estuda e só pode ajudar nos finais de semana.</p>				
<p>Conhecimento e informação. -26 anos – sexo masc. - TRM T5 – ASIA A, recente (50 dias). Orientado, alerta. Proveniente de cidade do interior de Tocantins. Estudou até 5ª série do ensino fundamental. Sabe ler, mas não gosta. -Acuidade auditiva e visual, capacidade de expressão verbal e de compreensão preservadas. -Paciente e cuidadores não possuem conhecimento sobre o problema atual, complicações associadas, medidas de prevenção, nem sobre o tratamento de reabilitação. Na instituição onde esteve internado, paciente e cuidador receberam orientações insuficientes, sobre os cuidados domiciliares: apenas sobre mudança de posição e “mexer com as pernas” do paciente. Cuidador relata ter sido orientado quanto ao cateterismo vesical intermitente, mas que não aprendeu.</p>	<p>OREM, D.E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería em la Práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería, 1993. (Desarrollo de la Agencia de Autocuidado. p.177-181.).</p>	<p>Percepção inadequada da situação atual por desinformação (do paciente e cuidador)</p> <p>Dificuldade para perceber a nova realidade de seu estado de saúde.</p>	<p>Expectativas irreais</p> <p>Falta de acesso à informação nas instituições onde foi atendido.</p>	<p>Conhecimento (do paciente) deficiente sobre o processo de doença e tratamento, relacionado a falta de familiaridade com os recursos de informação, falta de exposição, evidenciado por verbalização do problema.</p> <p>Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento, relacionado a falta de familiaridade com os recursos de informação, falta de exposição, evidenciado por verbalização do problema.</p>

Conclusão. Quadro 1 – Síntese dos dados obtidos e diagnósticos da NANDA identificados no Caso 1.

AGRUPAMENTOS	COMPARAÇÃO	INFERÊNCIAS	CAUSAS	DIAGNÓSTICO DA NANDA
<p>Conhecimento e informação. (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não realiza exame para avaliação da integridade da pele por desconhecer a necessidade. Em uso de Hipoglós® em úlcera por pressão, no curativo domiciliar. - Cuidador sem treino para realizar as mudanças de decúbito e transferências 				

6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

A partir de agora realizaremos a análise do perfil de diagnósticos encontrados, detalhando os fatores relacionados ou de risco e as características definidoras dos DE.

Foram identificados 61 diferentes diagnósticos de enfermagem (DE) na amostra estudada, totalizando 734 diagnósticos levantados para este grupo de 30 pessoas, uma vez que cada sujeito apresentou mais de um DE.

O número de DE variou de 12 a 33 nos sujeitos do estudo, com média de 24,46 e desvio padrão (*sd*) de $\pm 4,62$ sendo a mediana 25,5 diagnósticos por sujeito, moda de 26 diagnósticos, primeiro quartil de 21 diagnósticos, terceiro quartil de 27 diagnósticos.

Este achado corrobora a afirmação de diversos autores de que a lesão medular é um acometimento grave e complexo (LIANZA 2001; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; DeLISA et al., 2002; FARO, 2004; BRUNI et al., 2004), exigindo uma atenção especial pela equipe de saúde.

Autores como Faro (1995), Neves (2003) e Cafer et al. (2005), também estudaram perfil diagnóstico em LM.

Em estudo retrospectivo em 38 prontuários de pessoas com LM em tratamento de reabilitação, Faro (1995), identificou 14 diferentes diagnósticos, com um total de 277 DE na amostra do estudo. Nesse caso, o fato dos diagnósticos terem sido elaborados a partir dos registros dos profissionais, pode ter sido determinante para a identificação de um número menor de categorias diagnósticas, em comparação ao nosso estudo. Por outro lado a NANDA apresentou considerável evolução em sua taxonomia desde então, aumentando o número de diagnósticos identificados e classificados.

No estudo de Cafer et al. (2005), em 10 pacientes com LM internados em Unidade de Ortopedia e Traumatologia no período de Janeiro /2000 a Julho/2002, foram identificados 15 diferentes DE com um total de 74 diagnósticos levantados.

Neste estudo, o número bem menor de sujeitos participantes pode ter influenciado na discrepância do número de categorias diagnósticas identificadas, em relação ao nosso estudo.

Diferenças no método utilizado para a realização do raciocínio diagnóstico nos estudos citados anteriormente podem ter contribuído ainda para essa divergência.

Neves (2003), encontrou 82 diferentes DE, totalizando 533 DE num grupo de 25 pessoas com LM internadas em unidade de reabilitação.

O estudo de Neves (2003), proporcionalmente, foi o que obteve resultados mais semelhantes a esta pesquisa, em relação ao quantitativo de DE identificados, embora alguns DE diferentes tenham sido verificados nos dois estudos. Talvez a proximidade do quantitativo de DE identificado se deva ao fato do autor também, assim como nós, ter aplicado uma teoria de enfermagem que fundamentou a coleta de dados, permitindo uma abordagem mais abrangente dos pacientes que compuseram a amostra.

Quanto à diferença na categoria de alguns dos DE identificados nos dois estudos, tal fato pode ter ocorrido por particularidades da amostra, pela situação onde ocorreu a coleta de dados (internação e ambulatório), por influência do modelo teórico ou de raciocínio diagnóstico adotado ou, ainda, ter sofrido influência da interpretação dos pesquisadores. Em nosso caso, a conduta foi rotular todos os diagnósticos, mesmo que fossem aparentemente divergentes. Esse procedimento não é consensual entre os pesquisadores na área de diagnóstico de enfermagem.

O grande número de diagnósticos encontrados em nosso estudo pode ser um indicador da complexidade e do desafio para o planejamento e implementação da assistência, na medida em que a enfermagem deve estar preparada, tanto tecnicamente quanto em quantitativo de

peçoal, para acolher e atender, de forma individualizada e resolutiva, a demanda desta clientela, quer quando indicada a sua internação ou for encaminhada para atendimento ambulatorial nas diferentes modalidades de assistência, na instituição na qual foi realizada a pesquisa.

6.3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA E OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS DE OREM.

Considerando os requisitos de autocuidado universal propostos na Teoria de Orem (1993, 2001), tentamos estabelecer uma aproximação entre estes e os DE descritos na taxonomia da NANDA (2006), conforme pode ser visto na tabela 1.

Esse movimento ainda não foi empreendido pela enfermagem brasileira, como ocorreu com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta (1979), que foi objeto de análise de Cardoso et al. (2002) e de Benedet e Bub (2001). Dessa forma, consideramos nossa aproximação nesse momento uma proposta preliminar, sujeita à revisões futuras.

Alguns dos DE da NANDA, poderiam ser alocados em mais de um requisito de autocuidado universal, pois os fatores envolvidos nesses diagnósticos interferem em vários aspectos das respostas humanas. Neste estudo, optamos pelo agrupamento dos DE mostrado na tabela 3.

O requisito de autocuidado universal mais afetado, com o maior número de diagnósticos identificados nos sujeitos do estudo, foi o de prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos, com 21 DE e 318 ocorrências, seguido do requisito manutenção do equilíbrio entre atividade repouso, com 9 DE identificados e 140 ocorrências, promoção do

funcionamento e desenvolvimento humano, com 17 DE e 110 ocorrências e o requisito provisão de cuidados associados aos processos de eliminação com 6 DE e 93 ocorrências, o que vem corroborar a situação de fragilidade e dependência e as condições de risco inerentes à situação de lesão medular. O requisito manutenção de aporte adequado de água e alimentos apresentou 7 DE com 60 ocorrências e o requisito manutenção de aporte adequado de ar teve 1 DE com 3 ocorrências.

Tabela 3 – Diagnósticos da NANDA (2006) e os requisitos de autocuidado universal, de Orem (1993), vislumbrados no contexto da lesão medular N = 30. Ambulatório de LM. Goiânia, 2005-2006. Continua.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA	n	%
Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos.	- Déficit no autocuidado para banho/Higiene	28	93,30
	- Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	27	90,00
	- Risco de integridade da pele prejudicada	26	86,70
	- Risco de infecção	26	86,70
	- Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	25	83,30
	- Risco de disfunção neurovascular periférica	23	76,70
	- Proteção ineficaz	23	76,70
	- Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento.	22	73,30
	- Dor aguda	20	66,70
	- Integridade da pele prejudicada	17	56,70
	- Percepção sensorial perturbada (tátil)	16	53,30
	- Risco de quedas	14	46,70
	- Infecção	11	36,70
	- Déficit no autocuidado para higiene oral	9	30,00
	- Risco de disreflexia autonômica	8	26,70
	- Integridade tissular prejudicada	7	23,30
	- Dor crônica	5	16,70
	- Risco de trauma	5	16,70
	- Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	4	13,30
	- Manutenção ineficaz da saúde	1	3,30
- Controle ineficaz do regime terapêutico	1	3,30	
Manutenção do equilíbrio entre atividade-reposo	- Mobilidade física prejudicada	29	96,70
	- Capacidade de transferência prejudicada	25	83,30
	- Mobilidade no leito prejudicada	23	76,70
	- Atividade de recreação deficiente	23	76,70
	- Interação social prejudicada	21	70,00
	- Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	13	43,30
	- Padrão de sono perturbado	13	43,30
	- Deambulação prejudicada	2	6,70
	- Risco de isolamento social	1	3,30

Conclusão.

Tabela 3 – Diagnósticos da NANDA (2006) e os requisitos de autocuidado universal, de Orem (1993), vislumbrados no contexto da lesão medular. N = 30. Ambulatório de LM. Goiânia, 2005-2006.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA	n	%
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano	- Disfunção sexual	20	66,70
	- Risco de tensão para o papel de cuidador	20	66,70
	- Manutenção do lar prejudicada	15	50,00
	- Ansiedade	15	50,00
	- Risco para síndrome do desuso	10	33,30
	- Risco de disfunção sexual	7	23,30
	- Risco de solidão	5	16,70
	- Processos familiares interrompidos	4	13,30
	- <i>Risco de</i> manutenção do lar prejudicada	3	10,00
	- Risco de paternidade prejudicada	3	10,00
	- Risco de baixa auto-estima situacional	2	6,70
	- Enfrentamento ineficaz	1	3,30
	- Processos familiares disfuncionais	1	3,30
	- Disposição para enfrentamento aumentado	1	3,30
	- Paternidade prejudicada	1	3,30
- Baixa auto-estima situacional	1	3,30	
- Tensão devida ao papel de cuidador	1	3,30	
Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação	- Déficit no autocuidado para: Higiene íntima	27	90,00
	- Incontinência intestinal	17	56,70
	- Risco de constipação	17	56,70
	- Incontinência urinária total	15	50,00
	- Eliminação urinária prejudicada	9	30,00
	- Constipação	8	26,70
Manutenção de aporte adequado de água e alimentos	- Dentição prejudicada	17	56,70
	- Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	15	50,00
	- Déficit no autocuidado para: alimentação	10	33,30
	- <i>Risco de</i> dentição prejudicada	5	16,70
	- Risco de volume de líquidos deficiente	6	20,00
	- Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	4	13,30
	- Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	3	10,00
Manutenção de aporte adequado de ar	- <i>Risco de</i> padrão respiratório ineficaz.	3	10,00

Podemos então, a partir destes dados, perceber que estes participantes têm a capacidade de se prevenir dos perigos à vida comprometida, pois há um grande potencial para que ocorram problemas relacionados à alteração neurossensorial, como a perturbação da percepção sensorial tátil, fragilidade e/ou comprometimento da pele, ao risco de traumas e de

quedas, risco de disreflexia autonômica, agravados pelo déficit de conhecimento sobre a doença e tratamento, bem como de medidas preventivas para evitar a instalação de complicações, como observado em muitos casos.

Além disso, pode haver o comprometimento do bem-estar e conseqüente prejuízo à qualidade de vida, relacionado ao déficit de autocuidado para o banho, higiene, vestir-se e arrumar-se, a ocorrência de dor, e a manutenção ineficaz da saúde.

O requisito de manutenção do equilíbrio entre atividade repouso também está alterado nas pessoas incluídas neste estudo, relacionado à alteração no padrão de sono, ao comprometimento da capacidade de locomoção independente, da movimentação independente em cadeira de rodas, da capacidade de transferência prejudicada, do prejuízo na interação social e atividades de recreação deficientes, muitas vezes em decorrência de habilidades de adaptação, à nova situação, ainda não desenvolvidas.

Na amostra estudada, verificamos comprometimento na provisão de cuidados associados aos processos de eliminação urinária e intestinal relacionados a fatores mecânicos, fisiológicos ou funcionais decorrentes da LM, tais como déficit no autocuidado para higiene íntima, constipação ou risco de constipação, eliminação urinária prejudicada e incontinência urinária e intestinal. Muitos dos pacientes avaliados, apesar do déficit neurológico decorrente da LM, poderiam apresentar respostas humanas de bem estar se já tivessem aprendido medidas adequadas para o manejo da bexiga e intestino neurogênicos.

O adequado funcionamento e desenvolvimento humano estão relacionados à existência de condições seguras e ambiente propício à promoção e manutenção da saúde. A partir dos DE identificados, podemos inferir que esse requisito está comprometido na amostra estudada, em decorrência de prejuízo em funções corporais e alteração na auto-estima, ou de recursos materiais e ambientais insuficientes ou inadequados, causando problemas como a manutenção do lar prejudicada, risco de tensão do papel de cuidador, ou ainda, em

decorrência de mecanismos de enfrentamento ineficazes em situações de crise e alterações na dinâmica familiar, tendo como consequência processos familiares interrompidos e paternidade prejudicada. Tais alterações de repostas humanas podem levar ao comprometimento ainda maior da capacidade de autocuidado, por falta de ambiente propício ao atendimento das novas necessidades da pessoa com LM.

A satisfação dos requisitos de autocuidado de forma efetiva proporciona condições humanas e ambientais para os processos vitais e manutenção do funcionamento humano, dentro de parâmetros considerados normais. O aporte adequado de água e alimentos e o aporte adequado de ar foram identificados como comprometidos ou em risco de comprometimento para algumas das pessoas que participaram deste estudo. Verificamos aporte inadequado de alimentos, às vezes para mais (em 13,3 % dos casos) e outras vezes para menos (em 50 %) que as necessidades corporais, relacionados às influências culturais e hábitos alimentares ou à recursos financeiros insuficientes para a obtenção de dieta balanceada. Outros 10% da amostra apresentaram risco de nutrição desequilibrada para mais que as necessidades corporais. A dentição prejudicada, verificado em mais de 50% dos casos deste estudo, é um problema que pode acarretar dificuldades para a mastigação e interferir no processo de alimentação, além de proporcionar desconforto devido à dor e risco de infecção.

A manutenção de aporte adequado de ar apresentou risco de comprometimento em 10% na amostra, relacionada ao risco de padrão respiratório ineficaz, principalmente em decorrência da imobilidade no leito por tempo prolongado.

Caso essas necessidades continuem sendo atendidas de forma insatisfatória, outros problemas e necessidades de cuidado adicionais poderão surgir, com comprometimento ainda maior da capacidade de autocuidado e do processo de reabilitação.

Nesse sentido, o delineamento de sistemas de enfermagem adequados para o atendimento dos requisitos de autocuidado terapêutico nas pessoas com LM e para os quais a enfermagem possui competências para atuar, é uma responsabilidade do enfermeiro.

Segundo Orem (1993), a compreensão e utilização dos fatores condicionantes básicos melhora a capacidade dos enfermeiros em avaliar a complexidade dos elementos que afetam as necessidades do indivíduo, favorecem a identificação de obstáculos a superar, assim como direcionam a escolha da tecnologia e dos métodos a serem utilizados nas intervenções de enfermagem.

Continuaremos a análise dos DE identificados juntamente com os respectivos fatores relacionados (FR) e características definidoras (CD) ou fatores de risco (quando for o caso), adotando a ordem da frequência dos mesmos. No entanto, em alguns momentos foram aproximados diagnósticos na discussão, considerando a sua inter-relação.

O diagnóstico **mobilidade física prejudicada** foi identificado em 29 (96,7%) participantes. O comprometimento da mobilidade física no lesado medular é decorrente principalmente da lesão neurológica que leva a alterações na função musculoesquelética em extensão variável, de acordo com nível e tipo de lesão.

Este diagnóstico também foi identificado como o mais frequente por Faro (1995) e Cafer et al. (2005), tendo sido relatado em 100% dos casos em ambos os estudos.

Neves (2003), relatou a ocorrência de mobilidade física prejudicada em 76% da amostra estudada. Este autor não utilizou a classificação ASIA, dessa forma, não podemos afirmar se esta menor ocorrência de mobilidade física prejudicada está vinculada a diferenças das características da amostra ou diversidade de julgamento clínico dos dados.

O grau de incapacidade física está intimamente relacionado com o nível de independência para o autocuidado, capacidade de locomoção e transferências. Dependendo do nível do trauma, a pessoa pode desenvolver paraplegia ou tetraplegia (DeLisa et al, 2002),

com alterações na marcha do tipo cessação ou interrupção desta capacidade. Em alguns casos os prejuízos no sistema nervoso autônomo alteram profundamente a marcha, contudo, sem interrompê-la. A perda motora não se limita aos membros inferiores, podendo atingir o tronco e membros superiores, o que dificulta a manobra de virar-se, além do equilíbrio postural.

De acordo com Ares e Casalis (2001, p.87) “o prognóstico funcional do lesado medular é determinado principalmente pelo grau de preservação sensitivo motora”, porém outros fatores como idade, obesidade, função cardiorespiratória, deformidades osteoarticulares, problemas emocionais entre outros, podem interferir para o alcance das metas propostas para o tratamento de reabilitação.

O enfermeiro de reabilitação precisa estar familiarizado com os padrões de avaliação para o estabelecimento de metas realistas de intervenções para cada indivíduo. No entanto, outros fatores além do comprometimento neuromuscular, contribuem para o prejuízo da mobilidade física, principalmente na fase aguda da lesão, uma vez que a maior parte das lesões medulares é de origem traumática, podendo acometer outras estruturas orgânicas que necessitam de tratamento, algumas vezes intervenções cirúrgicas e o paciente necessita de tratamento hospitalar permanecendo acamado por longo período (KOTTKE; LEHMANN, 1994; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

A mobilidade física prejudicada é definida como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades“ (NANDA, 2006, p.155). Possui 21 fatores relacionados e 12 características definidoras descritas na taxonomia utilizada. Em nosso estudo, conforme mostrado na tabela 4, encontramos 8 diferentes fatores relacionados, sendo que prejuízos neuromusculares ocorreram em todos os sujeitos, diminuição da força e controle muscular em 26, dor em 8 e falta de suporte físico e/ou socioambiental em 7. As características definidoras identificadas com maior frequência foram

interrupção na marcha, observada em 28 casos, dificuldade para virar-se em 22 casos e instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária em 12.

Tabela 4 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **mobilidade física prejudicada** (n= 29), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízos neuromusculares	29	[Mudança] <u>interrupção</u> na marcha	28
Diminuição da força, controle e/ou massa muscular.	26	Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	28
<u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u>	10	Dificuldade para virar-se	22
Dor	8	Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária	12
Falta de suporte físico e/ ou socioambiental	7	Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas.	5
Restrições de movimentos prescritas	1	Mudança na marcha	1
Enrijecimento das articulações ou contraturas	1		
<u>Hipotensão postural.</u>	1		

Para um dos 30 pacientes, com lesão medular em nível lombar e que apresentou apenas alteração da marcha e passou a necessitar de apoio para a deambulação, não consideramos o diagnóstico de mobilidade física prejudicada. Somando-se esse caso aos demais 29 indivíduos que apresentaram o DE mobilidade física prejudicada, podemos considerar que 100% da amostra estudada possui, em algum grau, comprometimento da capacidade de mover-se. Um dos pacientes apresentou outro fator não descrito na taxonomia e que interferia na capacidade de mobilização, que foi hipotensão postural, também sugerido como fator relacionado para o diagnóstico de capacidade de transferência prejudicada.

Hipotensão postural ou ortostática, na lesão medular, se manifesta com mais frequência nos tetraplégicos ou em pessoas com lesões em nível torácico acima de T6. Manifesta-se com zumbidos, palidez cutânea, sudorese, escurecimento da visão ou perda súbita da consciência e uma taquicardia reflexa por resposta de inibição vagal em resposta à

hipotensão sanguínea que estimula os barorreceptores dos seios carotídeos (GREVE; CASTRO, 2001). Pode ser desencadeada por mudanças bruscas da posição deitada para a sentada, principalmente em pessoas com LM recente. Na vigência de hipotensão ortostática, sobretudo antes do treino gradativo para que a pessoa possa assumir o ortostatismo, a capacidade de movimentação apresenta comprometida, com risco inclusive de quedas.

A mobilidade física prejudicada pode apresentar graus variados e a pessoa acometida pode necessitar de ajuda de artefatos (como por exemplo, a cadeira de rodas) e/ou de pessoas, para mover-se. Este é o caso da maioria dos participantes, como por exemplo, um homem de 23 anos, com TRM lombar, ASIA C, tempo de lesão 33 dias, com força muscular preservada em MMSS, que referiu dificuldades para virar-se no leito e dependia de ajuda para locomoção. Por não ter passado ainda pelo processo de reabilitação, não desenvolveu as habilidades necessárias para suprir seus requisitos de equilíbrio entre atividade e movimento, de acordo com o potencial existente, o que está relacionado ao nível e grau da lesão medular.

Por este motivo, sugerimos a inclusão do fator relacionado habilidades de adaptação não desenvolvidas, para descrever a situação na qual seria esperado menor grau de dependência para o autocuidado, contudo, a pessoa ainda não foi treinada para desenvolver tais habilidades. Esse fator também foi sugerido para os DE capacidade de transferência prejudicada, mobilidade com cadeira de rodas prejudicada e mobilidade no leito prejudicada, apresentados a seguir.

Nesse aspecto, é importante contextualizar a importância do trabalho interdisciplinar em reabilitação, em especial quando se trata da mobilidade física prejudicada, quando a contribuição de cada profissional da equipe de reabilitação, envolvido com o treino do paciente na aquisição de novas habilidades que favoreçam o maior nível de independência possível para o autocuidado é imprescindível.

O diagnóstico de **capacidade de transferência prejudicada**, identificado em 83,3% dos casos, é definido como a “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas” (NANDA, 2006, p.223). Ainda não existem fatores relacionados desenvolvidos na taxonomia para este diagnóstico e sugerimos a inclusão de 4 itens: *Prejuízo neuromuscular* verificado em 22 sujeitos, *habilidades de adaptação não desenvolvidas* em 16 pessoas, *dor* e *hipotensão postural* em 2, como mostrado na tabela 5.

Tabela 5 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **capacidade de transferência prejudicada** (n= 25), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<i>Prejuízo neuromuscular</i>	22	Capacidade prejudicada de transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama.	25
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	16	Capacidade prejudicada de transferir-se para cadeira higiênica	18
<i>Dor</i>	2	Capacidade prejudicada de transferir-se: para dentro ou para fora do chuveiro	03
<i>Hipotensão postural</i>	2		

O prejuízo neuromuscular decorrente da LM foi o principal fator limitador da capacidade de transferência independente, do estudo. Afeta a capacidade de movimento e a força muscular, impedindo ou dificultando a realização de movimentos ou de sustentação do corpo. Também sugerimos a inclusão desse fator relacionado para o DE mobilidade com cadeira de rodas prejudicada e mobilidade no leito prejudicada.

Em 2 pacientes a dor foi identificada como fator limitador do movimento. Sugerimos a inclusão desse fator relacionado para os DE: capacidade de transferência prejudicada, mobilidade com cadeira de rodas prejudicada e mobilidade no leito prejudicada. Dor constitui por si só um DE, com características definidoras e fatores relacionados próprios, que será abordado posteriormente. Dois pacientes apresentavam hipotensão postural como impedimento para realização de transferências entre superfícies próximas.

Há apenas uma característica definidora descrita na taxonomia, subdividida em 7 itens. Nesta pesquisa identificamos 3 desses itens.

No estudo de Neves (2003) a capacidade de transferência prejudicada foi identificada em 12% e na pesquisa de Cafer et al.(2005) esse diagnóstico não foi identificado. Os participantes das referidas pesquisas tinham condições de transferir-se da cadeira para cama e da cama para cadeira em maior frequência do que aqueles que participaram de nosso estudo. Provavelmente no período de internação ou anteriormente a ele os sujeitos que participaram dos estudos de Neves (2003) e Cafer et al. (2005) adquiriam habilidades necessárias à transferência.

No estudo de Faro (1995) esse diagnóstico também não foi identificado entre os participantes. Esse achado nesse contexto pode ser devido ao fato de que essa categoria diagnóstica foi introduzida na NANDA em 1998.

Sabemos que a liberdade para ir e vir é fundamental para a independência funcional, para o auto-conceito, a auto-estima. A maioria dos pacientes deste estudo, bem como seus cuidadores, relataram ter como principal objetivo ou esperança, em relação ao processo de reabilitação, voltar a andar de modo independente. Como já foi comentado anteriormente, a lesão medular traz um impacto abrangente e profundo na vida da pessoa, alterando significativamente suas demandas e capacidades para o autocuidado. A capacidade de locomoção prejudicada pode ser uma limitação para o indivíduo produzir ações do autocuidado e para a interação social. Sendo a deambulação severamente prejudicada na maioria das pessoas com LM, uma outra forma de locomoção desenvolvida no processo de reabilitação é a mobilidade com cadeira de rodas.

De acordo com Haisma et al. (2006), a maioria das pessoas com lesão medular fará uso de cadeira de rodas e dependerão da força dos braços para movê-la e para realizar as atividades de vida diária, de forma que um estilo de vida sedentário pode comprometer sua

capacidade física. Para o autor, a capacidade física é a capacidade do sistema cardiovascular, grupos musculares e o sistema respiratório em prover a atividade física, o que pode estar comprometido nas pessoas com lesão medular, pela perda do controle motor e por influência do sistema nervoso simpático.

Adicionalmente, outros motivos como falta de treino, comprometimento de MMSS devido a dor ou fraturas decorrentes do acidente, insegurança ou outros motivos, algumas pessoas não conseguem manipular adequadamente a cadeira de rodas, configurando-se o DE **mobilidade com cadeira de rodas prejudicada**, que é definido como: “Limitação da operação independente com cadeira de rodas pelo ambiente” (NANDA, 2006, p. 154), ocorreu em 13 casos deste estudo.

Nos estudos de Neves (2003) e de Cafer et al. (2005) esse diagnóstico não foi identificado entre os participantes. Possivelmente durante a internação ou anteriormente a ela habilidades tenham sido desenvolvidas no processo de reabilitação, fazendo com que a amostra não tivesse dificuldades para mover-se em cadeira de rodas. Essa categoria foi incluída na NANDA em 1998 (NANDA, 2006), o que pode justificar a ausência desse diagnóstico no estudo de Faro (1995).

A NANDA (2006) ainda não desenvolveu fatores relacionados para esse DE. Estamos sugerindo a inclusão de 4 fatores, descritos na tabela 6, que foram observados nos participantes deste estudo.

Tabela 6 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **mobilidade com cadeira de rodas prejudicada** (n = 13), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas (falta de treino)</i>	8	Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície regular ou irregular	12
<i>Prejuízo neuromuscular</i>	6	Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície irregular, aclive ou declive	1
<i>Dor</i>	1		
<i>Diminuição da força e controle muscular</i>	1		

A falta de habilidade para o manuseio da cadeira de rodas foi o fator com maior ocorrência, uma vez que esses pacientes ainda não haviam recebido o treino para o manuseio de cadeira de rodas. Em outros casos, o comprometimento neuromuscular em decorrência da LM, a diminuição da força e a dor, foram os principais fatores observados como dificultadores do uso independente da cadeira de rodas.

O DE **mobilidade no leito prejudicada** esteve presente em 76,70% dos casos. Este diagnóstico é definido pela NANDA (2006, p.157), como “a limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra, no leito”. É um DE diretamente relacionado ao de mobilidade física prejudicada, na pessoa com lesão medular.

Ainda não há fatores relacionados desenvolvidos pela NANDA (2006) para esse diagnóstico e estamos sugerindo a inclusão de 4, quais sejam: *prejuízo neuromuscular*; *diminuição da força e controle muscular*; *habilidades de adaptação não desenvolvidas* e *dor*, que foram observados nas pessoas que participaram de nosso estudo (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **mobilidade no leito prejudicada** (n= 23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<i>Prejuízo neuromuscular</i>	17	-Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro	21
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	12	Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para sentada e da posição sentada para a posição supina	19
<i>Diminuição da força, controle muscular.</i>	10	Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama	3
<i>Dor</i>	5	Capacidade prejudicada de esquivar-se	1

É importante ressaltar que esse DE foi introduzido na NANDA em 1998, sendo este o provável motivo de não ter sido relatado nos estudos de Faro (1995). Nos estudos de Bruni et al. (2005), não foi não foi identificado e na pesquisa de Neves (2003), foi encontrado em 8% dos casos. Essas diferenças podem estar relacionadas ao fato da população destes dois estudos terem sido constituídas de pessoas internadas, que possivelmente tenham desenvolvido

habilidades para este autocuidado, ou que apresentassem menor comprometimento, relativo ao grau de lesão medular, de forma a serem mais independentes, ou ainda, por diferenças na coleta ou análise e interpretação dos dados.

De acordo com Halar e Bell (2002), a imobilidade reduz a capacidade funcional do sistema musculoesquelético resultando em fraqueza, atrofia e baixa resistência à fadiga, reduz a capacidade funcional do sistema cardiovascular, também pode ocasionar a osteoporose, contraturas, hipotensão postural, predispõe à estagnação venosa, aumentando o risco de TVP.

Portanto, devido à gravidade dos efeitos indesejáveis da imobilidade nesse grupo de clientes, um plano de cuidados para prevenção dessas complicações e promoção de proteção eficaz deve ser incorporado ao planejamento de intervenções de enfermagem a essas pessoas.

A lesão medular pode afetar a motricidade não só dos membros inferiores, mas, também, do tronco e dos braços, dependendo do nível do trauma (DeLisa et al. 2002). Dessa forma, a mudança de decúbito no leito pode tornar-se um verdadeiro desafio, quando a pessoa ainda não aprendeu as habilidades necessárias. Como pode ser visto, nesse caso, tanto o nível da lesão como a falta de oportunidade de aprendizado atuam concomitantemente como fatores condicionantes básicos do autocuidado para o atendimento ao requisito de equilíbrio entre a atividade e o repouso.

Segundo Brotherton, Krause e Nietert (2007), em alguns casos, pessoas com lesão incompleta da medula espinhal poderão desenvolver a deambulação, no entanto, esta será frequentemente limitada a certas condições como ao lar, curtas distâncias ou haverá a necessidade de tecnologia assistiva.. A deambulação também poderá, no futuro, sofrer o impacto do declínio neurológico, musculoesquelético e cardiovascular.

O DE **deambulação prejudicada** ocorreu em 2 casos deste estudo. Resolvemos considerá-los em separado do DE mobilidade física prejudicada, pois nos casos do estudo, os pacientes em questão, embora tivessem chegado ao consultório em cadeira de rodas,

apresentavam LM incompleta em nível lombar baixo e apresentavam relato de marcha domiciliar com apoio em outra pessoa, com prognóstico de desenvolver o treino para marcha independente, com apoio no processo de reabilitação.

O diagnóstico de deambulação prejudicada é definido pela NANDA (2006, p. 72) como: “Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente” e foi introduzido na NANDA em 1998, posteriormente ao estudo de identificação de DE em LM de Faro (1995). Neves (2003), o relatou em 20 % da mostra de seu estudo. Analisando estes dados com os DE apresentados anteriormente, ressaltamos a importância de conhecermos a classificação do grau de lesão, para verificarmos se naqueles pacientes dos estudos anteriormente mencionados houve menor grau de comprometimento ou se houve diversidade de interpretação dos dados pelos pesquisadores que possa ter interferido neste resultado. Cafer et al. (2005), não identificou esse diagnóstico em seu estudo.

Esse DE não possui a descrição de fatores relacionados na taxonomia. Para este DE também estamos sugerindo a inclusão do fator *habilidades de adaptação não desenvolvidas*, conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **deambulação prejudicada** (n=2), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízo neuromuscular	2	Capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias	2
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	2		

O **risco para a síndrome do desuso** é outro complexo mecanismo a que está sujeito a pessoa com lesão medular, devido aos efeitos adversos da imobilidade física nas funções corporais. Este diagnóstico, identificado em 10 dos casos (33,30%), é definido pela NANDA (2006, p. 85) como “estar em risco de deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável” e está de acordo com a descrição de Halar e Bell (2002), sobre os efeitos da imobilidade no organismo humano, comprometendo a

capacidade funcional do sistema musculoesquelético, acarretando diversos outros problemas, tais como: atrofia muscular, fraqueza, contraturas e deformidades, osteoporose, entre outros, o que prejudica ainda mais a capacidade para o autocuidado. Como já comentado anteriormente, a dor é mais um fator incapacitante para a pessoa com lesão medular.

Os fatores de risco identificados na amostra do estudo são mostrados na tabela 9.

Tabela 9 - Fatores de risco do DE **risco de síndrome do desuso** (n=10), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

FATORES DE RISCO	f
- Paralisia	10
- Dor intensa	1
- Imobilização prescrita	1

Um dos pacientes do estudo apresentou o fator imobilização prescrita, para tratamento de fratura em membro superior, que ocorreu no mesmo acidente que resultou na lesão medular.

Em seus estudos, Cafer et al. (2005) e Faro (1995), não identificaram o DE risco de síndrome do desuso. Neves (2003), relatou a ocorrência de 3 casos (12%) de risco de síndrome do desuso em seu estudo. Mais uma vez destacamos a possibilidade da relação dessa diferença de valores estar associada à menor grau de comprometimento neuromuscular da amostra que compôs os estudos de Neves (2003), ou à possibilidade dos sujeitos já terem desenvolvido algumas habilidades de adaptação, por estarem já internados, em relação à população do presente estudo, que foi abordada na triagem ambulatorial.

Com relação aos diagnósticos de déficit no autocuidado, todos os sujeitos da amostra dependiam de alguma ajuda de terceiros, em graus de complexidade variáveis, de acordo com o nível da lesão, sendo identificados os diagnósticos de **déficit no autocuidado para banho/higiene** em 28 (93,3%), **déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se** e **déficit no autocuidado para higiene íntima** em 27 (90%) e **déficit no autocuidado para alimentação** em 10 (33,30%) pessoas. Também sugerimos, corroborando a proposta de

Neves (2003) a inclusão do diagnóstico *déficit no autocuidado para higiene oral*, que não é descrito na NANDA (2006), que foi observado em 9 (30%) dos casos deste estudo.

Pensamos ser mais apropriada a descrição de um título diagnóstico em separado, uma vez que na NANDA (2006) cada título diagnóstico especifica o tipo ou a área afetada pelo déficit para o autocuidado.

Com exceção do DE *déficit no autocuidado para higiene oral*, que não existe ainda na NANDA e o déficit no autocuidado para higiene íntima identificado apenas por Neves (2003), em 52% dos casos de sua pesquisa, os demais diagnósticos de déficits para o autocuidado foram identificados por Faro (1995), Neves (2003) e Cafer et al. (2005), sendo que para o déficit no autocuidado para banho/higiene Neves (2003), identificou uma frequência de 72%, Faro (1995), de 86,84% e Cafer et al.(2003), de 100%.

Para o déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se Neves (2003), identificou 72% de frequência, Faro (1995), 89,47% e Cafer et al. (2003), de 100%.

O déficit no autocuidado para alimentação foi identificado por Neves (2003) em 28%, por Cafer et al (2005) em 20% e por Faro (1995), em 65,78% de suas respectivas mostras de estudo. Apesar desses resultados não serem muito dispares quando comparados entre si e com este estudo, nos estudos de Neves parece haver um maior nível de independência para o autocuidado por parte das pessoas do estudo, o que pode estar relacionado às diferenças no grau de comprometimento resultante da LM ou às habilidades já desenvolvidas no processo de reabilitação, uma vez que se trata de pacientes internados.

A alta ocorrência dos diagnósticos de déficit para o autocuidado, nos estudos citados e na presente pesquisa, reforça a importância da avaliação da capacidade funcional pelo enfermeiro, para contribuir no processo educativo e de reabilitação de pacientes e cuidadores, para capacitá-los para o autocuidado, como preconiza a Teoria de Orem (1993), contribuindo para a redução do nível de dependência e para a redução da incidência de um dos diagnósticos

de alta frequência até este momento do estudo, que é o risco de tensão para o papel de cuidador, relacionado à quantidade das tarefas de cuidado requeridas.

Para a família ter em casa uma pessoa adulta dependente para o autocuidado representa a necessidade de reorganização de rotinas, de redistribuição de funções, muitas vezes com a sobreposição de tarefas de cuidados com a casa e as tarefas de cuidado dependente, o que requer um gasto extra de tempo e esforço físico. Muitas vezes o espaço de tempo entre a alta hospitalar e a chegada ao centro de reabilitação é longa e a pessoa encarregada do cuidado domiciliar não possui o conhecimento ou informações suficientes para as ações de cuidado requeridas, ou também não está emocionalmente pronta para prestar esse cuidado. Nesse sentido, reforçamos a necessidade de um sistema de enfermagem capaz de preparar o paciente e familiares para a alta hospitalar, desde a fase inicial da LM, bem como o estabelecimento, por parte dos responsáveis pelo estabelecimento das políticas de saúde, de um sistema de referência e contra-referência para esses pacientes, envolvendo os hospitais de urgência, o Programa de Saúde da Família e *Home-Care* e as unidades especializadas em reabilitação, de forma a garantir a continuidade da assistência a essa clientela e diminuir o tempo de internação ou o retardo do início do programa de reabilitação devido a instalação de complicações associadas à falta de conhecimento para o cuidado.

Para o paciente, aprender novas maneiras de cuidar de sua higiene, vestimenta, alimentação e locomoção, tem grande significado para sua auto-estima e bem-estar.

Na taxonomia da NANDA (2006), para cada déficit no auto cuidado há uma definição e um rol de fatores relacionados e características definidoras descritos separadamente, sendo que 8 dos fatores relacionados descritos são os mesmos para todos os diagnósticos de déficit no autocuidado. Portanto, vários desses déficits podem ocorrer concomitantemente no mesmo indivíduo. Poderiam então, ser agrupados em um único diagnóstico, relatando-se todas as

características definidoras encontradas, o que denominaríamos de síndrome do déficit do autocuidado, especificando-se em quais áreas do autocuidado existem os déficits.

O diagnóstico de síndrome já existe na taxonomia da NANDA, para a condição de Risco para síndrome do desuso. De acordo com Carpenito (2002, p.39), em enfermagem, os diagnósticos de síndrome “compreendem um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes ou de alto risco, cuja presença é prevista devida a algum evento ou situação”. Assim, no âmbito do presente estudo, acreditamos ter encontrado dados para descrever a situação de Síndrome do déficit de autocuidado, que pode agregar o conjunto de diagnósticos de déficit de autocuidado em situações de inter-relação.

O **déficit no autocuidado para banho/higiene**, é definido como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de banho/higiene por si mesmo” (NANDA 2006, p. 37). Ocorreu em 28 pessoas e possui 6 características definidoras e 9 fatores relacionados descritos. Os fatores relacionados observados em 100% dos casos foram: Prejuízo neuromuscular e incapacidade para perceber parte do corpo. Como muitos dos sujeitos ainda não passaram pelo processo de reabilitação e nem sempre dispõem dos dispositivos adequados, tais como uma cadeira de rodas e cadeira de banho, não adquiriram autonomia para realizar sua higiene pessoal, especialmente o banho. Por este motivo, estamos sugerindo a inclusão do fator relacionado *habilidades de adaptação não desenvolvidas* identificado em 7 pacientes. Como a *capacidade de transferência prejudicada* interfere para a autonomia do indivíduo para o banho e está listado para o diagnóstico de déficit no autocuidado para higiene íntima, incluímos este fator como causa para este diagnóstico.

Prejuízo musculoesquelético (fratura) e dor foram observados em 2 pacientes com lesões associadas em MMSS, como fator dificultador para a atividade independente do banho.

As características definidoras “incapacidade de chegar à fonte de água e incapacidade de e secar o corpo” ocorreram em 26 sujeitos e “*incapacidade* de lavar o corpo”, em 25 casos

e foram as mais freqüentes, seguidas de incapacidade de pegar artigos para o banho, com 23 ocorrências. Seis pacientes relataram dificuldades para entrar e sair do banheiro, como mostrado na tabela 10.

A incapacidade para chegar à fonte de água está ligada, além do prejuízo da mobilidade física, a inadequações de área física e equipamentos. Às vezes as portas dos banheiros são mais estreitas em relação à cadeira de banho, o que representa uma barreira ambiental para o ir e vir para pessoas com lesão.

Tabela 10 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **déficit no autocuidado para banho/higiene** (n=28), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízo neuromuscular	28	Incapacidade de obter ou chegar à fonte de água	26
Incapacidade para perceber uma parte do corpo	28	Incapacidade de secar o corpo	26
<i>Capacidade de transferências prejudicada</i>	25	Incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo	25
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	7	Incapacidade de pegar os artigos para banho	23
Dor	7	Incapacidade de entrar e sair do banheiro	6
Prejuízos musculoesquelético	2		
Barreiras ambientais	1		

O **déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se**, observado em 27 sujeitos deste estudo, é definido como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de vestir-se/arrumar-se por si mesmo” (NANDA 2006, p. 39). Possui 9 fatores relacionados e 13 características definidoras, sendo aqueles identificados nesta pesquisa mostrados na tabela 11.

Para esse diagnóstico também sugerimos o acréscimo do fator relacionado *habilidades de adaptação não desenvolvidas*, pois em 13 casos estudados observamos que a falta de treino para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado contribui para o déficit. Mais uma vez

a dor aparece como fator relacionado, dificultando o movimento necessário para a atividade de autocuidado, neste caso evidenciado em 7 pacientes.

Tabela 11 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se** (n=27), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005 -2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízo neuromuscular	27	Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	26
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	13	Incapacidade de tirar roupas	26
Dor	7	Incapacidade de pegar roupas	26
Prejuízo musculoesquelético	2	Incapacidade de calçar sapatos	23
		Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo	14
		[capacidade prejudicada] <i>Incapacidade de fechar roupas</i>	1

A maior dificuldade relatada por 26 pacientes, foi a colocação das vestes nos membros inferiores e a incapacidade de tirar roupas, tais como calças, bermudas, em decorrência da falta de equilíbrio do tronco e da perda motora nos MMII. Estas restrições são passíveis de serem contornadas no processo de reabilitação, dependendo do nível e grau de lesão, no qual novas habilidades para o autocuidado são aprendidas. Para um dos sujeitos, substituímos o termo capacidade prejudicada por *incapacidade de fechar roupas*.

O **déficit no autocuidado para higiene íntima** foi identificado em 27 pacientes, é definido como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima” (NANDA 2006, p. 38), com 10 fatores relacionados descritos, dos quais identificamos 6, como mostrado na tabela 12, sendo os mais frequentes, prejuízo neuromuscular em 100% dos casos, estado de mobilidade prejudicada em 96,29% e capacidade de transferência prejudicada em 88,88%. Sugerimos o acréscimo do fator *habilidades de adaptação não desenvolvidas*, verificado em 25, 92% (Tabela 10). Possui 5 características definidoras listadas, das quais identificamos 3, e acrescentamos mais uma para posterior discussão com especialistas, que denominamos *incapacidade de entrar e sair do*

banheiro, sendo que esta situação observada está relacionada ao modelo padrão do artefato auxiliar, no caso a cadeira higiênica, que existe no mercado, não permite que a própria pessoa que possua condições físicas preservadas em MMSS a conduza devido ao tamanho das rodas. Também há a dificuldade relacionada às questões arquitetônicas, pois em muitas construções as portas dos banheiros são mais estreitas que a largura da cadeira.

Tabela 12 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **déficit no autocuidado para higiene íntima** (n= 27), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízo neuromuscular	27	Incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima	20
Estado de mobilidade prejudicada	26	Incapacidade de realizar higiene íntima apropriada	21
Capacidade de transferências prejudicada	24	Incapacidade de chegar à cadeira higiênica	6
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	7	<i>Incapacidade de entrar e sair do banheiro</i>	3
Dor	6		
Prejuízo musculoesquelético	2		
Barreiras ambientais.	1		

Gostaríamos de refletir sobre o atual padrão de construção das residências de modo geral, em que o banheiro ocupa uma área reduzida, sendo a porta desse local, em geral, mais estreita que as demais dependências da moradia. Esse modelo deve ser repensado, não apenas em função da lesão medular, mas também em decorrência do processo de envelhecimento populacional.

Segundo Orem (1993, 2001), o suporte ambiental adequado inclui os recursos físicos e materiais necessários para o autocuidado, além do suporte dos profissionais e cuidadores. Nesse sentido, inadequações de cadeira de banho, cadeira de rodas, área física do banheiro, podem ser grandes obstáculos para a realização do autocuidado.

A dificuldade no autocuidado referente à higienização de um modo geral torna necessária a ajuda de um cuidador, que passa então a ser a agência do cuidado dependente.

O **déficit no autocuidado para alimentação**, é definido pela NANDA (2006, p.36) como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de alimentação”. Possui 14 características definidoras descritas, das quais 4 foram encontradas neste estudo e 9 fatores relacionados, dos quais identificamos 3. Também estamos sugerindo o acréscimo do fator *habilidades de adaptação não desenvolvidas* para 8 pacientes os quais, embora pudessem desenvolver auto-suficiência para esta ação de autocuidado, ainda não haviam recebido treinamento ou adaptações para esta atividade (Tabela 13).

A grande quantidade de características definidoras identificada para cada sujeito, com relação aos déficits no autocuidado, reafirma o alto grau de complexidade do paciente com lesão medular e da grande quantidade de cuidado-dependente que o mesmo necessita.

Tabela 13 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **déficit no autocuidado para alimentação** (n=10), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Prejuízo neuromuscular	10	Incapacidade para manusear utensílios	10
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	8	Incapacidade para pegar alimentos com utensílio	7
Dor	4	Incapacidade para trazer alimentos de um recipiente para a boca	4
Prejuízo musculoesquelético	1	Incapacidade para pegar xícaras ou copos	2

Os indivíduos deste estudo que apresentaram o diagnóstico de déficit no autocuidado para alimentação, não conseguem preparar por si mesmas seu alimento, têm dificuldade de segurar talheres, de sustentar o prato, de segurar o copo. O agente de cuidado dependente nesse caso tem a tarefa de preparar os alimentos, de retirar a porção que será oferecida ao paciente e servir-lhe. No entanto a escala de medida de independência funcional (MIF) considera independente para alimentação a pessoa que consegue alimentar-se a partir da refeição já servida (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, s/d).

Como comentado anteriormente, o diagnóstico de déficit no autocuidado para higiene oral, verificado em 9 participantes, não existe na NANDA (2006) e foi sugerida sua inclusão neste estudo devido alto grau de dependência de alguns participantes para esse tipo de autocuidado.

Assim como para os demais novos diagnósticos sugeridos para esta pesquisa, serão necessários estudos e discussões futuras para melhor estruturação dos componentes de um diagnóstico.

Adotamos como definição para o diagnóstico de déficit no autocuidado para higiene oral “o estado em que a pessoa apresenta capacidade prejudicada para realizar ou completar atividades de higiene oral por si mesma”.

Estamos sugerindo na tabela 14 as características definidoras e fatores relacionados que observamos nos sujeitos para os quais realizamos este diagnóstico. Para 5 desses pacientes o grau de comprometimento da mobilidade física não era o impedimento principal para a realização desta ação de autocuidado e sim, a falta de treino para o desenvolvimento de novas habilidades, para adaptar-se à situação atual.

Tabela 14-Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para higiene oral (n=9), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<u>Mobilidade física prejudicada</u>	6	<u>Incapacidade de realizar higiene oral apropriada</u>	9
<u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u>	5		

O **risco para integridade da pele prejudicada** é outro problema comum em portadores de lesão medular observado em nossa prática cotidiana e ocorreu em 90% dos sujeitos.

Risco para integridade da pele prejudicada é, segundo a NANDA (2006, p.141), “estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa”. Para este diagnóstico existem 20 fatores de

risco relatados e em nosso estudo identificamos 6. Os fatores de maior ocorrência, conforme pode ser visualizado na tabela 15, foram: fatores mecânicos (pressão, fricção) em 26 sujeitos, sensibilidade alterada em 25 e mobilidade física prejudicada em 23. Doze demonstraram não possuir conhecimentos suficientes para prevenir úlceras de pressão e, por este motivo, estamos sugerindo a inclusão deste fator. O termo imobilização física foi modificado para *mobilidade física prejudicada*, como sugestão para este estudo, por entendermos que se adequou melhor à situação do portador de lesão medular e apresentou 23 ocorrências. O fator sensibilidade alterada foi identificado em 25 casos. Como o relato de *conhecimento insuficiente para evitar úlceras de pressão* foi freqüente nos casos estudados, decidimos incluí-lo em nosso estudo mesmo não sendo este um fator de risco descrito pela NANDA (2006).

Tabela 15 - Fatores de risco do DE **risco de integridade da pele prejudicada** (n= 26), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Fatores mecânicos	26
Sensibilidade alterada	25
[Imobilização] <i><u>Mobilidade física prejudicada</u></i>	23
<i><u>Conhecimento insuficiente (do paciente e/ou da família) para evitar UP</u></i>	12
Umidade	1
Excreções	1

No presente estudo, o DE risco para integridade da pele prejudicada foi considerado mesmo para aqueles já possuíam lesão de pele (17 casos) ou lesão tissular (7 casos) em alguma parte do corpo, pois os fatores de risco identificados evidenciaram a possibilidade de novas lesões em outras partes do corpo.

Em seu estudo, Cafer et al. (2005), listou como fatores de risco de prejuízo da integridade da pele a imobilização física, proeminências esqueléticas e sensibilidade alterada para todos os sujeitos nos quais identificou este DE.

Os estudos de Faro (1995), Neves (2003) e Cafer et al. (2005), apontaram este diagnóstico em 100%, 4% e 70% dos casos respectivamente. A diferença na ocorrência desse DE, comparando-se nosso estudo, e os demais, em relação ao Neves (2003) é muito significativa. Considerando que este é um risco permanente para pessoas que apresentam alteração da sensibilidade tátil e/ou dolorosa e que medidas preventivas, nesses casos, também deverão ser permanentes, podemos pensar que este achado está vinculado a diferenças das características da amostra ou na diversidade de julgamento clínico dos dados.

Pode ser que, na presença de integridade da pele prejudicada, pareça contra-senso indicar a presença, na mesma pessoa, de risco para integridade da pele prejudicada. Contudo, retomando o raciocínio descrito anteriormente, argumentamos que na NANDA (2006) a categoria diagnóstica inclui sete eixos, sendo a topografia um deles. Assim, nos pareceu razoável afirmar o diagnóstico de risco para integridade da pele prejudicada em outras partes do corpo, para os participantes, por exemplo, com integridade de pele prejudicada em região sacral.

Nogueira, Caliri e Hass (2006), em estudo retrospectivo de 47 prontuários de pessoas com LM, identificaram úlcera de pressão (UP) em 42,5% dos casos e relatam como principais fatores de risco para UP a mobilidade física prejudicada e alteração da sensibilidade. Para Bruni et al. (2004), úlcera por pressão é um risco constante à pessoa com lesão medular, devido à imobilidade física, incontinência urinária e fecal, perda de sensibilidade, alterações circulatórias, entre outras. A equipe de enfermagem bem preparada, pode contribuir para a prevenção da instalação desta complicação, desde a fase aguda da lesão, a partir do reconhecimento do diagnóstico de risco para integridade da pele prejudicada, por meio da identificação dos fatores de risco tão evidentes nesses pacientes e a implementação de intervenções de cuidados e de educação junto aos pacientes e familiares, iniciando precocemente o preparo para os cuidados domiciliares.

Conforme pode ser observado na tabela 16, o DE **integridade da pele prejudicada**, observado em 17 pacientes deste estudo (56,70%), é definido como “epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA, 2006, p.140) e possui 19 fatores relacionados, dos quais, 4 foram identificados na amostra e 3 características definidoras, todas elas identificadas na amostra. O fator mecânico (pressão, atrito), mobilidade física prejudicada e sensibilidade alterada foram identificados em 100% dos casos. Para o fator relacionado descrito na taxonomia como “imobilidade física prejudicada” sugerimos a substituição do termo “imobilidade” por *mobilidade física prejudicada*, por descrever melhor a situação observada na população deste estudo. Também consideramos o fator *procedimento cirúrgico*, pois 3 pacientes ainda apresentavam incisão cirúrgica com pontos, no momento da triagem

Tabela 16-Fatores relacionados e características definidoras do DE **integridade da pele prejudicada** (n= 17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Fatores mecânicos	17	Destruição de camadas da pele	17
Mobilidade física prejudicada	17	Invasão de estruturas do corpo	3
Sensibilidade alterada	17	Rompimento da superfície da pele	2
Proeminências ósseas	5		
Procedimentos cirúrgicos	3		
Umidade na pele	2		

A característica definidora mais freqüente, com 17 ocorrências foi destruição de camadas de pele (derme), conforme mostra a tabela 16. Alguns pacientes apresentavam mais de uma lesão com graus de profundidade diferentes e por este motivo os DE “integridade tissular prejudicada” e “integridade da pele prejudicada” foram identificados no mesmo sujeito. A característica: invasão de estruturas do corpo foi considerada naqueles que apresentavam feridas em fase de cicatrização por lesões perfurantes por projétil de arma de fogo ou em ponto de inserção de dreno de tórax.

Este diagnóstico também foi encontrado em estudos realizados por Cafer et al. (2005), com freqüência de 30%; Neves (2003), 44% e Faro (1995) 18, 2% dos casos. A diferença dos

resultados verificados por esses autores em relação à presente pesquisa nos leva a pensar que os pacientes que compuseram nossa amostra chegam para a reabilitação com maior ocorrência de feridas. Isto pode estar relacionado à informação ou treino insuficientes dessas pessoas no preparo para a alta por parte dos profissionais das instituições onde receberam o tratamento inicial do trauma ou doença que causou a LM. Por outro lado, essas pessoas podem ter recebido orientação e treinamento e ocorreu falta de adesão. Outra possibilidade é a não implementação de cuidados preventivos para úlceras de pressão durante o período de internação nas instituições que realizaram o atendimento inicial, uma vez que várias pessoas da amostra informaram terem adquirido UP durante a hospitalização.

Úlcera de pressão é definida por Dealey (2001, p. 96), como “[...] uma lesão localizada na pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou uma combinação desses três fatores”. É um problema comum em pessoas com LM, em decorrência de alteração da sensibilidade e da mobilidade física, principalmente. Com a diminuição dos movimentos a pessoa tende a permanecer muito tempo numa mesma posição, o que favorece as forças de cisalhamento nas regiões de proeminências ósseas, colocando a área em risco de solução de continuidade. Ao mesmo tempo, com a perda de sensibilidade, o desconforto e a dor nesses locais podem passar despercebidos, tornando essa população mais susceptível à integridade de pele prejudicada (O’CONNOR; KIRSHBLUM,2002).

Nos casos estudados, pode-se dizer que os pacientes não tiveram suas necessidades de cuidado dependente atendidas desde o momento precoce da lesão e não tiveram condições pessoais ou de suporte do cuidador, para realizar o exame diário de integridade da pele e a mudança de decúbito nos intervalos adequados.

Faro (1999) enfatiza que úlcera de pressão é uma das mais severas complicações na LM, sendo a identificação dos fatores de risco pelo enfermeiro, fundamental na prevenção das

mesmas. Enfatiza ainda que intervenções preventivas devam ser encorajadas, com vistas a facilitar a reintegração da pessoa com lesão medular, muitas vezes comprometida pela ocorrência de úlceras de pressão.

Nesse contexto é importante também que a pessoa com LM desenvolva habilidades de autocuidado com vistas à promoção da saúde do tegumento e prevenção de lesões, ou seja, na perspectiva do Modelo de Orem (1993), atender aos requisitos de promoção da saúde e prevenção dos perigos à vida. A falta de conhecimento pode comprometer a capacidade de autocuidado da pessoa nessa área. Desta forma, processos educativos devem iniciar precocemente, por enfermeiros, junto aos pacientes e membros da família da pessoa com lesão medular, para prevenção dessa complicação, lembrando que além do custo monetário para o tratamento das lesões, a ocorrência de úlceras de pressão pode também retardar o processo de reabilitação do indivíduo.

O DE **integridade tissular prejudicada** ocorreu em 7 sujeitos; é definido como “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”. (NANDA, 2006, p. 142). Nesses indivíduos optamos por este diagnóstico, em decorrência da profundidade das lesões observadas com comprometimento não só da pele e tecidos subcutâneos, mas também de tecido muscular. Os fatores relacionados identificados em 100% dos casos são os mesmos que ocorreram no DE integridade da pele prejudicada com esta frequência (Tabela 17).

Sugerimos a inclusão do fator sensibilidade alterada que não foi listado pela NANDA (2006), para este DE.

Tabela 17-Fatores relacionados e características definidoras do DE **integridade tissular prejudicada**, (n=7), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Fatores mecânicos	7	Tecido lesado ou destruído	7
Mobilidade física prejudicada	7		
<i>Sensibilidade alterada</i>	7		

Para algumas pessoas deste estudo, que apresentaram mais de uma ferida com diferentes graus de comprometimento dos tecidos, foram identificados mais de um DE referente à integridade da pele. Assim, num mesmo indivíduo, puderam ser identificados os DE “integridade da pele prejudicada”, “integridade tissular prejudicada” e “risco de integridade da pele prejudicada” em outras partes do corpo.

Integridade tissular prejudicada não foi identificada nos estudos de Cafer et al. (2005) e de Faro (1998), podendo este fato estar relacionado a diferenças das características da amostra. Neves (2003), encontrou esse DE em 9 casos de seu estudo (N=25).

Risco de infecção ocorreu em 26 sujeitos da amostra (86%) e é definido na taxonomia como “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA, 2006, p.137), possui 13 fatores de risco descritos, dos quais encontramos 7 em nosso estudo (Tabela 18). Alguns sujeitos apresentaram risco de infecção em mais de um sistema orgânico.

Tabela 18 - Fatores de risco do DE **risco de infecção** (n=26), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Defesas primárias inadequadas	17
Procedimentos invasivos	17
Exposição ambiental a patógenos aumentada	10
Imunidade adquirida inadequada	8
Destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada	4
Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos	2
<i>Estase de fluidos orgânicos</i> (pulmonar)	2

O risco para desenvolver infecções nesta população esteve associado à exposição aumentada à patógenos devido à realização de procedimentos invasivos, necessários para o esvaziamento vesical, pela presença de úlceras por pressão e ao risco para exposição ambiental aumentada, além do conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos, como por exemplo, na realização de curativos no domicílio. Em dois casos identificamos o risco de infecção pulmonar devido risco de estase de fluidos orgânicos nos pulmões,

relacionado à restrição da pessoa ao leito, ao tempo de lesão (recente, até 30 dias) e ao tipo de lesão que levou ao uso anterior de dreno de tórax. Por este motivo, estamos sugerindo a inclusão do fator de risco para infecção: *estase de fluidos orgânicos*, para posterior discussão com especialistas. Na fase aguda, de hospitalização, o paciente com LM ainda pode ocorrer exposição ao risco por outros fatores, como procedimentos cirúrgicos, presença de drenos e cateteres, utilização de respiradores mecânicos, punção venosa e outros.

Esse DE também foi identificado como freqüente na área de lesão medular em outros estudos de enfermagem. Faro (1995), referiu a ocorrência de potencial para infecção em 68,42% dos casos de seu estudo; Neves (2003), em 68% e Cafer et al.(2005), em 80%.

O diagnóstico real de **infecção** não existe na taxonomia proposta pela NANDA (2006), apenas o diagnóstico de risco está descrito. No entanto, na prática nos deparamos com situações em que processos infecciosos estavam visivelmente instalados, como por exemplo, feridas com exudato purulento, tecido necrosado e odor fétido, cáries, em que o DE risco para infecção ficaria sem sentido. Por este motivo, estamos sugerindo o acréscimo desse diagnóstico na taxonomia, sabendo, no entanto, que discussões e estudos futuros serão necessários com vistas ao estabelecimento dos fatores relacionados, características definidoras e uma definição para esse diagnóstico.

Adotamos no presente estudo a definição provisória para este diagnóstico “invasão de estruturas do corpo por microrganismos patogênicos, com alteração na função, na estrutura ou na fisiologia do tecido”.

Este DE foi estabelecido para 13 (43,3%) sujeitos desta pesquisa. Alguns pacientes apresentaram mais de uma característica definidora. Em 100% dos casos foi verificada a destruição de tecidos, sendo que 8 deles apresentavam cáries dentárias e outros 5, feridas com grave comprometimento das estruturas subcutâneas e musculares no local afetado.

Na tabela 19, apresentamos os fatores e características que identificamos nos casos estudados.

Tabela 19 - Fatores relacionados e características definidoras do DE *infecção* (n=11), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<i>Defesas primárias inadequadas (destruição de tecidos)</i>	13	<i>Cáries e dentes deteriorados</i>	8
		<i>Exudato purulento</i>	5
		<i>Presença de tecido necrótico</i>	3
		<i>Mau odor (feridas)</i>	3
		<i>Febre</i>	1

Juntando-se a todas as respostas humanas acima relatadas o **conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento** por parte da maioria dos pacientes (83,30%), e o **conhecimento familiar deficiente**, identificado em 73,30% dos casos, visualizamos um quadro extremamente preocupante com relação às condições de manutenção da saúde e bem estar da população deste estudo, que podem levar a situação de proteção ineficaz, observado em 23 sujeitos e ao risco de controle ineficaz do regime terapêutico, em 04 casos do estudo.

O diagnóstico de **conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento** é definido pela NANDA (2006, p.59), como “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”. Possui 4 características definidoras (CD) e 6 fatores relacionados (FR), sendo que os 2 FR que identificamos nesta pesquisa ocorreram em 100% dos pacientes com esse diagnóstico (Tabela 20).

Tabela 20 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **Conhecimento deficiente** (do indivíduo) – (n= 25), sobre o processo de doença e tratamento em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Falta de familiaridade com os recursos de informação	25	Verbalização do problema	25
Falta de exposição	25	<i>Interpretação equivocada de reações do corpo</i>	1

São eles a falta de exposição à informação pelos profissionais que os atenderam previamente em outras instituições (relatado pelos participantes) e a falta de familiaridade com os recursos de informação disponíveis. Para descrever uma situação encontrada, acrescentamos a CD *interpretação equivocada de reações do corpo*, pois uma pessoa demonstrava o desconhecimento a respeito das contrações involuntárias de MMII, interpretando-as como sinais de recuperação para o retorno à deambulação.

Este DE foi identificado nos estudos de Neves (2003) e de Cafer et al. (2005), com frequência de 76% e 20%, respectivamente. A menor ocorrência desse DE nos estudos de Cafer et al. (2005) pode estar relacionado à oportunidades de orientações anteriores à admissão.

Orem (1993, 2001) enfatiza que o autocuidado dirigido à manutenção e promoção da saúde requer um fundo de conhecimentos científicos, a respeito dos objetivos e práticas do cuidado e das habilidades necessárias. Aponta ainda que a capacidade para o autocuidado é aprendida, que a escolaridade e o suporte ambiental, no qual estão inseridos profissionais competentes e interessados, são condicionantes básicos do autocuidado. Pode-se inferir então, que o domínio de informações por parte do paciente é crucial no sentido de facilitar a capacidade para o autocuidado. Percebemos na coleta de dados junto aos participantes, que a comunicação entre os mesmos e os profissionais de saúde tem sido muito rápidas e superficiais, não havendo por parte das equipes um planejamento para um processo de aprendizagem progressiva e significativa fora da instituição de referência, além de avaliação das ações de ensino/aprendizagem implementadas.

Identificamos 22 ocorrências do DE **conhecimento familiar deficiente sobre o processo de saúde/tratamento**. Este diagnóstico é o mesmo relatado pela NANDA (2006 p. 59), para conhecimento deficiente do paciente. Apenas especificamos entre parênteses, o eixo que representa a unidade de cuidado (familiar), para diferenciarmos do DE do paciente. Como

já comentado anteriormente, muitas vezes a pessoa que assume o papel de cuidador não possui conhecimentos suficientes relacionados às necessidades de saúde da pessoa com LM que está sendo cuidada. A tabela 21 mostra os fatores relacionados e características definidoras observadas para este diagnóstico.

Tabela 21 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento (n=22)**, em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Falta de exposição	18	Verbalização do problema	16
Falta de familiaridade com os recursos de informação	13		

Para Neves (2003), a deficiência do conhecimento acerca da LM impossibilita o indivíduo de enfrentar as dificuldades decorrentes de alterações em suas necessidades de ordem psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais.

Segundo Mancussi (1998), os familiares envolvidos no processo de reabilitação nesta fase de adaptação à nova situação de vida precisam ser assistidos em suas dúvidas, medos, ansiedades. Para a autora, identificar diagnósticos de enfermagem e discutir intervenções dirigidas às famílias de lesados medulares, é fundamental.

No momento da consulta, muitos familiares que estavam exercendo ou iriam exercer o papel de cuidador principal, relataram desconhecimento a respeito de complicações associadas à LM, tais como os sinais de disreflexia autonômica, prevenção de deformidades, e úlceras por pressão, comprometimento do funcionamento intestinal, entre outros, bem como das medidas preventivas ou de suporte nos casos de problemas já instalados. Dessa forma, a agência de cuidado dependente, segundo Orem (1993, 2001), não desenvolveu as habilidades necessárias para a promoção do cuidado em quantidade e qualidade necessária para garantir a segurança e bem-estar da pessoa que recebe os cuidados.

O DE **risco de disfunção neurovascular periférica** segundo a NANDA (2006, p. 165), significa “estar em risco de distúrbios na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade”. Foi identificado em 76,70% pessoas deste estudo (Tabela 22). Foi também relatado nos estudos de Neves (2003), com 64% de frequência. Não houve relato desse DE nos demais estudos de perfil diagnóstico em LM que identificamos.

Tabela 22 - Fatores de risco do DE **risco de disfunção neurovascular periférica** (n= 23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Imobilização	18
<i>Hipotonia muscular</i>	16
<i>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</i>	9
<i>Mobilidade física prejudicada</i>	7

Esse DE apresenta 7 fatores de risco descritos na taxonomia, dos quais identificamos 1 (imobilização), que consideramos como a incapacidade do indivíduo em mover ativamente os MMII em decorrência da LM e sugerimos o acréscimo de outros, quais sejam: *hipotonia muscular*, *mobilidade física prejudicada*, *habilidades de adaptação não desenvolvidas* (Tabela 22). A hipotonia muscular é situação freqüente em pessoas com LM, como conseqüência da tetraplegia ou paraplegia e, em conjunto com a mobilidade física prejudicada, contribuem para a estagnação venosa e aumento da coagulabilidade do sangue, aumentando o risco de formação de trombos principalmente em membros inferiores (trombose venosa profunda – TVP).

“O local mais comum de formação de TVP é nas veias da panturrilha. Geralmente, esses trombos se prendem à parede da veia dentro de 1 semana; contudo, 20% dos trombos na panturrilha se estendem para as veias poplíteas e para as da coxa e metade deles provoca embolia nos pulmões, ameaçando seriamente a vida do paciente” (HALAR e BELL, 2002, p. 1081).

O treino para realizar as mudanças de decúbito, mobilizações passivas ou ativas, orientações quanto aos sinais de TVP, informações sobre terapia anticoagulante introduzida

pelo médico, foram algumas das medidas preventivas que consideramos como habilidades para o autocuidado na prevenção desse diagnóstico as quais não foram evidenciadas em 9 participantes.

Proteção ineficaz, segundo a NANDA (2006, p. 195), é a diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões. Foi identificado em 23 (76,7%) participantes desta pesquisa (Tabela 23).

Tabela 23 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **proteção ineficaz** (n=23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Doença (<i>Trauma Raquimedular</i>)	23	Alteração neurosensorial	23
<i>Conhecimento insuficiente para evitar complicações decorrentes da doença ou lesão</i>	9	<i>Mobilidade física prejudicada</i>	23
		Úlcera de pressão	10

Neves (2003) descreveu este DE para 1 caso de seu estudo sobre o perfil de diagnósticos em LM, sendo que esta diferença entre os dois estudos possa ter ocorrido devido características entre as amostras estudadas, como pensamos que tenha ocorrido para os DE de déficit para o autocuidado, ou por divergências no julgamento dos dados. Os demais autores que desenvolveram estudos de perfil diagnóstico em LM, não relataram esse DE.

A proteção ineficaz possui 7 fatores relacionados, dos quais identificamos o fator “doença” (trauma raquimedular) em 100% dos casos e sugerimos a inclusão do fator *Conhecimento insuficiente para prevenir complicações decorrentes da doença ou lesão*, pois 9 pacientes e seus cuidadores declararam desconhecer os cuidados necessários para preveni-las. Das 3 CD listados, identificamos 2, sendo que a CD alteração neurosensorial ocorreu em todos os casos e úlcera de pressão em 10 pessoas com este DE. Estamos, mais uma vez, sugerindo a substituição da característica “imobilidade”, por *mobilidade física prejudicada*, também verificado em 100% dos casos.

Algumas das características definidoras para esse diagnóstico, como úlceras por pressão, alteração da sensibilidade em parte do corpo, mobilidade física prejudicada, são frequentemente observadas em pessoas com LM. Assim sendo, esse tema merece atenção do profissional enfermeiro, na orientação para o autocuidado ou cuidado dependente, com vistas à prevenção de riscos para a vida e o desenvolvimento humanos.

Outros DE apresentam relação com a proteção e prevenção de perigos para o indivíduo, em especial na pessoa com LM: são os diagnósticos de risco de trauma e risco de quedas, que apresentam correlação com a mobilidade física prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, uso de cadeira de rodas e serão discutidos a seguir.

As alterações de sensibilidade ou na mobilidade física que comumente ocorrem na pessoa com LM, podem favorecer a ocorrência de acidentes que ocasionem traumas para o indivíduo. O diagnóstico de **risco de trauma** descrito na taxonomia da NANDA (2006, p. 224) define esse DE como: “Risco acentuado de lesão tecidual acidental (p.ex., ferida, queimadura, fratura)”, foi identificado em 5 (16,70%) pacientes, cujos fatores de risco observados são mostrados na tabela 24.

Tabela 24 - Fatores de risco do DE **risco de trauma** (n = 5), em pessoas com LM (N =30).Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Redução da sensação de temperatura e tátil	5
Coordenação reduzida de grandes e pequenos músculos	5
Paraplegia	5

Como comentado anteriormente, o risco de trauma na pessoa com LM está relacionado com as alterações funcionais e sensitivas decorrentes da lesão, pode ser prevenido e o enfermeiro tem papel fundamental no preparo de pacientes e cuidadores para o cuidado domiciliar, orientando sobre o posicionamento correto no leito, técnicas para mudanças de decúbito que evitem o atrito e cisalhamento, medidas de proteção para evitar quedas, cuidados

com a água do banho para evitar queimaduras e outras orientações de acordo com as necessidades de cada paciente.

Neves (2003), identificou o DE “risco de lesão” em 2 pacientes (8%) de seu estudo.

O **risco de quedas** esteve presente em 14 (46,70%) participantes do estudo. Este DE é definido pela NANDA (2006, p.196), como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Para o adulto, a NANDA (2006) apresenta 43 fatores de risco, relacionados aos aspectos fisiológicos, cognitivos, medicações e ambientais. Nos indivíduos desta pesquisa identificamos os fatores de risco especificados na tabela 25, sendo que o fator mobilidade física prejudicada apareceu em 100% e o uso de cadeira de rodas em 76,92% dos casos. Hipotensão ortostática e força diminuída em MMII apareceram em 23,07%. De acordo com Claydon, Steeves e Krassioukov (2006), a ocorrência de hipotensão ortostática é maior em pacientes com níveis mais altos de LM, sendo mais comum em pessoas com tetraplegia

Os demais fatores com 1 ocorrência cada, foram: dificuldades para a marcha, história de quedas, equilíbrio prejudicado, fraqueza e sonolência e, *crise convulsiva*, por ter sido relatado como causa anterior de queda do leito em um dos pacientes do estudo.

Tabela 25 - Fatores de risco do DE **risco de quedas** (n =14), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Mobilidade física prejudicada	14
Uso de cadeira de rodas	10
Hipotensão ortostática	3
Força diminuída nas extremidades inferiores	3
Dificuldades para a marcha	1
História de quedas	1
Equilíbrio prejudicado	1
Fraqueza e sonolência	1
<i>Crise convulsiva</i>	1

O risco de quedas é um DE potencial que deve ser considerado pelo enfermeiro, pois está associado à condição de proteção e segurança, principalmente para os pacientes no início do processo de reabilitação quando são mais freqüentes as ocorrências de hipotensão postural,

bem como na fase de aprendizado para as transferências e manipulação da cadeira de rodas e naqueles que apresentam grau mais severo de espasticidade, com riscos de cair da cama ou da cadeira em decorrência dos movimentos involuntários bruscos. Trauma conseqüente a quedas, pode limitar ainda mais a capacidade para o autocuidado.

Este DE também foi identificado por Neves (2003), em 28% dos casos. Assim como para o DE “risco de lesão”, essa diferença entre os estudos, pode estar relacionada à possibilidade do paciente já ter adquirido mais conhecimentos e habilidades que previnam o risco, em virtude do processo de reabilitação já estar em curso para os pacientes internados, ou ainda em virtude de maior grau de independência funcional dos indivíduos que compuseram a amostra de Neves (2003), como já comentado anteriormente para outros DE.

Atividades de recreação deficientes, diagnóstico definido pela NANDA (2006, p. 198), como “estimulação (ou interesse, ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer”. Foi identificado neste estudo em 23 (76,7%) participantes (Tabela 24). Neves (2003) identificou este diagnóstico em 64 % dos casos.

Nos estudos de Faro (1995) e Cafer et al. (2005), sobre DE em pessoas com LM, este diagnóstico não foi relatado. Tal fato pode estar relacionado às condições de adaptação alcançada pelas pessoas que participaram daqueles estudos, ou ainda, das condições de infraestrutura das instituições onde foram realizados tais estudos.

Na taxonomia, há 1 FR e 2 CD descritas, que se referem principalmente à pacientes internados. Por este motivo, em alguns casos deste estudo, na CD “passatempos habituais que não podem ser realizados”, sugerimos a supressão das palavras [no hospital], para os pacientes que declararam passatempos ou atividades de recreação que gostavam de realizar antes da LM e que, após a lesão, não estão podendo realizar, quer seja devido às incapacidades resultantes, ou por falta de recursos ambientais (Tabela 26).

Também observamos que os pacientes deste estudo, caracterizaram-se por pertencer a classes sociais de menor poder aquisitivo, sendo o relato de atividades de lazer escassas para estas pessoas, mesmo antes da ocorrência da LM. Muitas delas relataram sentir falta do trabalho ou da escola, como forma de “passa-tempo”. Talvez, para essas pessoas, o trabalho e a escola representassem as poucas oportunidades de intercâmbio sócio-cultural disponíveis.

Tabela 26 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **atividades de recreação deficientes** (n=23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Ausência ambiental de atividades de recreação	22	Passatempos habituais que não podem ser realizados [no hospital]	18
<i>Desinteresse por atividades de recreação</i>	1	Declaração do paciente [quanto a enfado, desejo de que houvesse algo para fazer] – (falta da escola, do trabalho)	4
		Declaração do paciente (de desinteresse)	1

De acordo com Vall, Braga e Almeida (2006), os aspectos sociais representaram o domínio mais acometido nos pacientes com lesão medular, quando avaliaram aspectos relativos à qualidade de vida nessa população. Essas dificuldades, segundo os autores, se devem às modificações no estilo de vida da pessoa, que se instalam de forma gradual ou cumulativa, nas quais o indivíduo vivencia dificuldades de ordem pessoal, econômica e social, difíceis de serem enfrentadas. Há a dificuldade de reinserção no trabalho ou de continuar os estudos, por exemplo.

Interação social prejudicada pode ser uma outra consequência da LM, quando a pessoa não conta com infra-estrutura adequada. A NANDA (2006, p. 143), define esse DE como a “quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social”. Neste estudo, 21 (70%) dos pacientes apresentaram esse DE.

O fator relacionado mobilidade física prejudicada foi identificado nos 21 casos como a principal relação de causa para o problema. A característica definidora mais freqüente, também

nos 21 casos, foi o relato de mudança do estilo ou padrão de interação. As palavras “*pessoal ou*” foram acrescentadas, uma vez que muitas vezes os próprios pacientes relataram a mudança no padrão de interação (Tabela 27).

Tabela 27 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **interação social prejudicada** (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Mobilidade física limitada	21	Relato <i>pessoal ou</i> familiar de mudança no padrão de interação.	21
Ausência de pessoas significativas disponíveis	4	Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais	1
<i>Hospitalização prolongada</i>	4		
Barreiras ambientais	1		
<i>Estado depressivo</i>	1		

Neves (2003), relata que esse DE ocorreu em de 20% dos pacientes que avaliou. Esse DE não foi descrito nos estudos de Faro (1995) e de Cafer et al. (2005). Talvez esse fato possa estar relacionado à maior suporte social e/ou familiar ou ainda de recursos ambientais por parte das pessoas que compuseram as amostras destes outros estudos.

É importante que as pessoas tenham um equilíbrio entre as interações sociais e a solidão (Orem, 1993, 2001). No caso da pessoa ter mobilidade física prejudicada, capacidade de transferência prejudicada e antes dos processos de reabilitação, as interações ocorrem principalmente passivamente, isto é, o lesado medular depende da iniciativa das outras pessoas (fora do núcleo familiar) para a interação. No caso dessa iniciativa não ocorrer o paciente tende a ficar isolado.

Para Silva e Heidemann (2002, p. 79), “ao adquirir uma deficiência, a pessoa sofre limitações para exercer o controle sobre suas condições de vida, acesso à escola, trabalho, lazer”. Esses indivíduos sofrem grande dificuldade de inserção social, se encontram excluídos da vida de uma comunidade. Para as autoras, não só o Estado, mas também a sociedade parece ser responsável pela deficiência no ir e vir dos portadores de deficiência, dificuldades

essas, desencadeadas pela organização das cidades, barreiras arquitetônicas, transporte inadequado, falta de acessibilidade aos recursos de trabalho e educação (SILVA; HEIDEMANN, 2002).

Concordamos com Silva e Heidmann (2002), de que ainda há muitos obstáculos à inserção social, participação e direito à cidadania ao portador de deficiência e que o processo educativo pode mediar a construção dessa cidadania, permitindo a integração dos portadores de deficiência no universo do trabalho, relações sociais, econômicas e políticas e, ainda, para que esse tema integre as estratégias governamentais, se faz necessário que a população, os portadores de deficiência e aqui acrescento, os profissionais de saúde que os assistem, “tomem consciência de seu real direito de cidadania” (p.87).

Em Goiânia, já existem algumas iniciativas do setor público no sentido de facilitar a locomoção das pessoas com deficiência. Podemos citar como exemplo o sistema de transporte “Conduzir”, com ônibus adaptados para o transporte de pessoas em cadeira de rodas e que se destinam ao transporte dessas pessoas aos centros de tratamento especializados. Isto já significa um avanço, no entanto ainda é necessário muito mais, como por exemplo, a ampliação desse tipo de transporte e campanhas na mídia de esclarecimento à população e de combate ao preconceito. Também podemos citar como exemplo de organização dessa população, a existência em Goiás, da Associação dos Portadores de Deficiência, que desenvolve ações informativas, de lazer, busca de oportunidades para inserção no mercado de trabalho, entre outras, que proporciona diversas oportunidades de integração.

O **risco de solidão** identificado para 5 (16,7%) participantes (Tabela 28), conforme comentado anteriormente, é muito influenciado pela situação de mobilidade física prejudicada, pela dependência de alguns pacientes para a locomoção e também, pela rede de apoio às vezes insuficiente, tornando o relacionamento social com pessoas de fora do círculo familiar mais restrito.

Tabela 28 - Fatores de risco do DE **risco de solidão** (n=5), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Isolamento social	5
Isolamento físico	2
Privação afetiva	1
Falta de energia	1

Outra situação que pode favorecer o sentimento de solidão é o afastamento da pessoa de seus familiares para tratamento prolongado, muitas vezes em localidades distantes, ocasionando privações afetivas. Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico são mostrados na tabela 28, tendo o fator isolamento social ocorrido em todos os casos.

Neves (2003), relatou o DE “isolamento social” em 1 paciente de seu estudo e não identificou o DE risco de solidão. Cafer et al. (2005) e Faro (1995), não identificaram esses diagnósticos. O DE risco de solidão foi introduzido na NANDA a partir de 1994, o que pode estar relacionado à sua não identificação nos estudos de Faro (1995).

O **diagnóstico de risco de isolamento social**, também identificado neste estudo com apenas uma ocorrência, não é proposto pela NANDA (2006). Sugerimos o acréscimo do termo “*risco de*” à frente do título e sugerimos a definição: “estar em *risco de* experimentar solidão imposta por outros”. Para este diagnóstico evidenciamos apenas o fator de risco *deficiência física*, que nesse participante, constituía um dificultador para o relacionamento social, intervindo em sua capacidade de ir e vir (Tabela 29).

Tabela 29- Fatores de risco do DE **risco de isolamento social** (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores de risco	f
<i>Deficiência física</i>	1

A constatação de uma deficiência, segundo Silva e Heidemann (2002), representa uma situação de crise na família e nos processos familiares, da qual decorrem alterações psicológicas, sentimentos de negação, vergonha, medo da rejeição social e sentimentos de pena, que podem levar a família ao isolamento social e ao risco de solidão.

Outro DE identificado nesta pesquisa foi o de **risco de tensão do papel de cuidador** observado em 20 (66,70%) participantes (Tabela 30). Segundo a NANDA (2006, p.177), significa que “o cuidador está vulnerável por sentir dificuldade em desempenhar o papel de cuidador da família”. O DE real de **tensão do papel de cuidador**, foi observado em 1 caso (Quadro 2).

Tabela 30 - Fatores de risco do DE **risco de tensão do papel de cuidador** (n=20), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005- 2006.

Fatores de risco	f
Duração dos cuidados requeridos	19
O cuidador é mulher	18
<i>Rede de apoio insuficiente</i>	16
<i>Cronicidade da doença</i>	14
Inexperiência quanto ao cuidar	14
O cuidador é o cônjuge	6
Quantidade das tarefas de cuidado	6
Presença de agentes estressores situacionais que normalmente afetam famílias (vulnerabilidade econômica)	6
Falta de descanso e de recreação para o cuidador	5
Ambiente físico inadequado	2
Adicção (receptor de cuidados)	1

Encontramos estudos relacionados ao cuidador domiciliar da pessoa com LM, no entanto, não identificamos a descrição concreta dos DE tensão de papel do cuidador e de risco de tensão do papel de cuidador como descrito na NANDA (2006), pelos autores pesquisados, embora os estudos de Faro (1998) e de Madureira (2002), caracterizam esse cuidador e identificam a mulher como cuidadora principal, fazem referência à qualidade de vida da pessoa investida nesse papel, da falta de preparo adequado para assumi-lo e à sobreposição

das tarefas de cuidado com as demais atividades do lar, que são alguns dos fatores identificados neste estudo como de risco para tensão.

É importante considerar que além das alterações nas funções biológicas na pessoa que sofreu a lesão, efeitos psicológicos intensos acometem não apenas o sujeito mas também a família. A mudança de um membro da família afeta a todos, em graus variados, inclusive seus relacionamentos, como ocorre, por exemplo, em casos de doenças crônicas ou incapacitantes, onde se faz necessário a reorganização da família para o cuidar (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A NANDA (2006) descreve 24 fatores de risco para o diagnóstico de risco para tensão do papel de cuidador. Os fatores identificados neste estudo estão mostrados na tabela 30, sendo duração dos cuidados requeridos o mais freqüente, com 19 ocorrências, seguido de o cuidador é mulher em 18 casos. Optamos por incluir o fator *rede de apoio insuficiente*, com 16 ocorrências, por ser um fator importante no surgimento desse diagnóstico e ter sido relatado em mais de 50% dos casos do estudo. Incluímos ainda o fator *cronicidade da doença*, pois está descrito para o diagnóstico real de tensão do papel de cuidador e não está no diagnóstico de risco, sendo este fator observado em 14 situações estudadas. A inexperiência para o cuidar foi relatado em 14 casos. O cuidador era o cônjuge para 6 dos pacientes. É importante estar atento nessa situação, para as possíveis complicações advindas da mudança de papel de companheiro conjugal para o de cuidador, no relacionamento do casal. O enfermeiro, ao perceber esta situação, deve buscar oportunizar medidas de suporte psicológico para que ambos, cuidador e ser cuidado, compreendam a situação que estão experienciando. A vulnerabilidade econômica (6 ocorrências) pelo afastamento do trabalho, tanto do paciente e, às vezes, do próprio cuidador, o gasto com deslocamentos para outra cidade em busca de tratamento também provocam mudanças bruscas na estrutura familiar.

O papel de cada membro da família pode mudar para atender às novas necessidades de autocuidado da pessoa que sofreu a lesão medular. Essas mudanças podem variar, na

dependência da rede de apoio existente e do grau de envolvimento das pessoas pertencentes a esta rede. Além disso, mais de 50% dos agentes de cuidado dependentes eram mulheres, que na maioria queixaram-se de falta de força para as mudanças de decúbito e transferência. Associado a esses fatores, soma-se a duração dos cuidados requeridos e a cronicidade do problema, o tempo gasto para as ações de cuidado, a inexperiência e falta de conhecimentos para o cuidar, ficando configurada a situação de risco de tensão do papel de cuidador,

Ambiente físico inadequado foi compreendido em situações que envolviam a estrutura física inadequada como ausência de instalações sanitárias no domicílio, a falta de equipamentos que favorecem o cuidado, como cadeira de rodas e cadeira higiênica. Este fator foi relatado em 2 casos. Adicção por parte do receptor do cuidado foi relatada em um caso, o que dificultava o relacionamento com o cuidador.

Tensão devida ao papel de cuidador é a “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família” (NANDA, 2006, p. 174) e apresentou apenas uma ocorrência neste estudo. Os fatores relacionados e características definidoras para esse DE estão no quadro 2.

Quadro 2-Fatores relacionados e características definidoras do DE **tensão devida ao papel de cuidador** (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006

Fatores relacionados	Características definidoras
Cronicidade da doença Quantidade de atividades de cuidado Complexidade das atividades de cuidado Responsabilidades referentes as 24 hora de cuidado referente ao receptor de cuidados Recreação insuficiente	<i>O cuidador é mulher</i> O cuidador é o cônjuge Preocupação com a rotina de cuidado Falta de tempo pra atender as necessidades pessoais Falta de descanso e de recreação para o cuidador

Para OREM (1993), a conduta do cuidado dependente é afetada pelo nível de maturidade do indivíduo, pelas práticas derivadas da cultura, seus conhecimentos sobre saúde, pelos membros da família e de seus grupos sociais. A falta de preparo para lidar com

situações inesperadas, a exigência de tempo para os cuidados muitas vezes complexos para os quais o cuidador não se encontra preparado, o impacto econômico na renda familiar, são agentes estressores que colocam em risco a saúde do cuidador e comprometem a capacidade de cuidar.

Algumas vezes as famílias se encontram em situações transitórias, nas quais o autocuidado dependente pode ser provido. São exemplos disso momentos em que um dos membros adultos está desempregado, porém, já tem um trabalho em vista, ou ainda quando a esposa ainda é gestante. Com o reingresso do cuidador no mercado de trabalho ou com o nascimento do filho, a situação da família muda e as condições de provisão de cuidados se deterioram. Nesse contexto a atuação das equipes do Programa de Saúde da Família seria muito importante, aliado aos serviços de *Home-Care*, como rede de apoio social ao paciente e cuidador.

As alterações neurológicas decorrentes da lesão medular podem se manifestar como modificação na percepção sensorial ao tato e, também, como dor neuropática..

A perda de sensibilidade tátil na lesão medular está relacionada ao déficit neurológico, com conseqüente alteração na recepção e transmissão de estímulos sensoriais. A percepção sensorial na pessoa com LM pode estar modificada ou abolida abaixo do nível de lesão, de acordo com a etiologia e o grau de lesão. Pessoas com lesão incompleta podem relatar sensação de dormência ou formigamento, ou ainda sensibilidade aumentada à estímulos leves, como o roçar de roupas, que muitas vezes é interpretado como “dor”.

O DE **percepção sensorial perturbada (tátil)** é descrito pela NANDA (2006, p.188), como “mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos”. Foi identificado em 16 (53,3%) dos casos estudados que não souberam identificar a área do corpo tocada, abaixo do nível de lesão, durante a execução do teste de sensibilidade. Os

fatores relacionados identificados em 100% das pessoas com este DE foram a “percepção sensorial alterada” e “recepção, transmissão e/ou integração sensorial alterada”. A característica definidora “mudança relatada na acuidade sensorial” foi verificada em todos os casos, como mostra a tabela 31.

Tabela 31 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **percepção sensorial perturbada (tátil)** – (n=16), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Percepção sensorial alterada	16	Mudança relatada na acuidade sensorial	16
Recepção, transmissão e/ou integração sensorial alterada.	16		

Este diagnóstico também foi relatado por Neves (2003), com frequência de 68 % . Além dos FR e CD já citadas, o autor identificou como CD a mudança na resposta usual aos estímulos, a irritabilidade, mudança da capacidade de resolução de problemas e mudança no padrão de comportamento. A diferença na frequência desse DE nos dois estudos, pode estar relacionada à características da amostra estudada, como por exemplo o grau da lesão, de acordo com a classificação ASIA.

A dor após lesão da medula espinhal tem sido observada com frequência na prática clínica e relatada por diversos autores (ROGANO, 2001; LIANZA, 2001; DeLISA et al., 2002; NEVES, 2003). A maioria destes tem abordado a dor secundária à lesão medular como dor neuropática ou central e como **dor crônica**. No entanto, como a maioria dos pacientes que participaram do estudo até o momento são vítimas de lesões recentes, o diagnóstico de dor foi caracterizado como **dor aguda**, que, segundo a taxonomia da NANDA (2006, p.90) é definida como “experiência sensorial desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”. Foi identificado o DE dor aguda em 20 participantes (Tabela 32) e dor crônica em 5 pacientes (Tabela 33).

O DE dor aguda, possui um fator relacionado subdividido em 4 agentes diferentes e 14 características definidoras. O fator relacionado foi identificado em todos os sujeitos da amostra (Tabela 32).

Tabela 32 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **dor aguda** (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Agentes lesivos (físicos, biológicos, <i>mecânicos</i>)	17	Relato verbal	20
Mobilidade física prejudicada	9	Expressão facial	3
		Distúrbio do sono	3
		Posição antálgica para evitar a dor	1
		Comportamento expressivo	1
		<i>Relato de hipersensibilidade à estímulos leves.</i>	1
		Evidência observada	1

Como a fisiopatologia da dor neuropática é um mecanismo complexo e segundo Sakata, Issy e Vlainich, (2003, p.168) “é decorrente de mecanismos periféricos e centrais que resultam em transmissão facilitada [...] que incluem a ação de mediadores sobre as terminações nervosas” e ainda, que após a lesão do sistema nervoso, ocorre uma “cascata de eventos que inclui alterações biológicas importantes [...] como a neuroplasticidade”, identificamos assim, os fatores químicos e biológicos que interferem no mecanismo da dor. Como a causa da lesão traumática da medula nos casos estudados foi um fator mecânico, estamos propondo a inclusão desse agente no fator relacionado, que não é descrito na taxonomia, para posterior discussão com outros pesquisadores.

Quanto às características definidoras, 6 das 14 descritas na NANDA (2006), foram identificadas nos sujeitos estudados, sendo que o relato verbal ocorreu em todos os sujeitos, seguidos de expressão facial e distúrbio do sono com 3 ocorrências cada. . Sugerimos ainda o acréscimo da evidência *“relato de hipersensibilidade à estímulos leves”*, pois foi uma

declaração de interpretação de dor por um dos pacientes, relacionado à alteração da sensibilidade que pode ocorrer em pessoas com lesão medular (Tabela 32).

Neves (2003), em seu estudo de perfil diagnóstico, descreveu a dor aguda em 72% dos pacientes estudados e relatou que esteve associada, entre outros fatores, à hipersensibilidade ao toque e ao uso de roupas. O autor identificou também a dor crônica em 12% dos pacientes. Cafer et al. (2005), identificou dor em 1 paciente, não especificando se aguda ou crônica. Faro (1995) não identificou o diagnóstico de dor em sua pesquisa, sendo que o DE dor crônica foi este DE foi descrito na taxonomia NANDA a partir de 1986 e de dor aguda em 1996.

“Dor neuropática é decorrente de lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central” (SAKATA; ISSY; VLAINICH, 2003, p.167). Quando a lesão acomete o sistema nervoso central, medula ou encéfalo pode ser chamado de dor central, sendo as causas mais frequentes a lesão vascular, esclerose múltipla, trauma medular, siringomielia, tumores, processos inflamatórios.

Segundo Rogano (2001), a dor central no paciente lesado medular se manifesta precocemente, sendo a maioria nos primeiros meses de lesão, havendo relatos de diversos casos do surgimento de dor desde o primeiro dia de lesão. É descrita como contínua diária e com períodos de piora, sendo mais um fator incapacitante para o indivíduo.

A Dor crônica foi diagnosticada em 5 pacientes. No entanto este dado deve ser interpretado considerando-se que 25 dos participantes, 83,4%, tinham até 180 dias de lesão e que, dor aguda foi identificado em 21 casos.

Existem 10 características definidoras e um fator relacionado descrito pela taxonomia. O fator relacionado foi verificado em todos os casos e 3 características definidoras. A CD identificada em todos os participantes foi o relato verbal (Tabela 33).

Tabela 33 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **dor crônica** (n =5), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
- Incapacidade física (<i>TRM</i>)	5	Relato verbal	5
		Evidência observada de comportamento de proteção e defesa	1
		Mudança no padrão de sono	2

Como já comentamos anteriormente, a queixa de dor é freqüente em pessoas com lesão medular. A dor crônica é definida como:

“Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de 6 meses (NANDA, 2006, p.91).

A incidência da dor crônica neuropática, pós-lesão medular, apesar de variável, é sempre alta, havendo predominância em indivíduos do sexo masculino, ocorrendo em todas as faixas etárias, com acometimento maior em jovens, nos quais há predomínio de lesões de origem traumática e por arma de fogo (ROGANO, 2001). No presente estudo nos 4 casos com o DE dor crônica a LM ocorreu por trauma, no entanto em nenhum deles a etiologia foi por arma de fogo.

Esse tipo de dor, conforme verificamos neste estudo e também relatado por Rogano (2001), é referida pela maioria dos pacientes como diária, constante, exacerbada por atividades físicas, estresse e mudanças no clima, em forma de queimor, choque, pressão ou latejante, de intensidade moderada a intensa, sendo mais um fator incapacitante pra essas pessoas.

Segundo Forslund (2007), pessoas com paraplegia podem experimentar dor nos membros superiores, com o aumento do temo da paraplegia, em decorrência dos esforços repetitivos necessários às atividades de transferências. Segundo o autor, a prevalência de dor aumenta com o acréscimo número de anos da LM e também da idade da pessoa.

A **disfunção sexual**, conforme pode ser observado na tabela 34, foi um diagnóstico identificado em 20 casos do estudo (66,7%) e é definido como “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2006, p.209).

Tabela 34 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **disfunção sexual** (n=21), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Estrutura corporal da função alterada	21	Limitações reais impostas pela doença	18
		Verbalização do problema	4

Esse DE também foi relatado por outros autores que estudaram DE em LM, sendo que Cafer et al. (2005) identificou esse DE em 80% dos casos, Neves (2003), em 76% e Faro (1995), em 13,15%. É provável que nos estudos de Faro (1995) possa ter havido variação da abrangência na fase de avaliação inicial ou nos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes pelos enfermeiros da assistência e que isso possa ter interferido na identificação de mais casos desse DE na população estudada, uma vez que seu estudo baseou-se em análise retrospectiva de prontuários.

Há 10 FR e 9 CD listados na taxonomia para este diagnóstico. Um dos FR, a estrutura corporal da função alterada, em decorrência da lesão neurológica, foi identificado em todos os casos. Das características definidoras identificamos 2, sendo que limitações reais impostas pela doença (TRM), foi observada em 18 casos e verbalização do problema em 4. (Tabela 34).

Na fase de choque medular, ocorre a depressão reflexa dos segmentos medulares, abaixo do nível da lesão, que causa alterações do sistema nervoso autônomo, arreflexia da bexiga, atonia intestinal e alterações na função sexual. Após a fase de choque medular, reiniciam as atividades reflexas desses órgãos, de acordo com o nível e complexidade da lesão (LIANZA, 2001).

A função sexual depende da integridade dos órgãos genitais, de influências hormonais, do controle neurológico encefálico e medular, além de sofrer influências das condições emocionais. A interrupção de estímulos aos centros medulares nos segmentos T12 a L2 e de S2 a S4 e inclusive lesões no cone medular e cauda eqüina, podem levar a “alterações de excitação, ereção, emissão e ejaculação e da experiência psicofísica correspondente ao orgasmo ou prazer” (MAIOR, 2001, p.295), além disso, as limitações físicas também podem dificultar as relações sexuais.

De acordo com Maior (2001), a função sexual tem um componente psicogênico, consciente, comandado pelo centro superiores no encéfalo e pelo centro medular toracolombar simpático, localizado nos segmentos T11 a L1, que desencadeiam reações genitais evocada por lembranças, fantasias, influências sensoriais, e outro componente reflexo, comandado pelo centro parassimpático medular sacral, nos segmentos de S2 a S4, responsável pela recepção dos estímulos periféricos oriundos de fibras aferentes do nervo podendo levando-as ao encéfalo, sendo que esses dois centros agem de forma integrada na ativação da função sexual. A interrupção na passagem do estímulo em nível do centro toracolombar, interfere nas respostas genitais evocadas pelo componente psicogênico. Lesões ao nível do centro sacral interferem nas respostas reflexas, comprometendo a função sexual em extensão variável, dependendo do nível e extensão da lesão, tanto no homem quanto na mulher.

Quando perguntamos aos participantes deste estudo sobre suas atividades sexuais, a maioria revelou interrupção da mesma, ou ainda, tentativas frustradas, insatisfatórias, mas que no momento não desejavam atendimento nessa área. Apenas 4 pacientes demonstraram interesse em receber orientações mais detalhadas sobre o assunto. Tal fato pode ter ocorrido em função de que a maioria dos casos tratou-se de lesões recentes, em que a grande expectativa, que mobilizava a atenção e as preocupações desses pacientes na fase aguda da

lesão medular, era a possibilidade de voltar a andar. Assim, a expressão de sua sexualidade ficava em segundo plano, na maioria das vezes.

No entanto, é preciso considerar que a sexualidade é uma necessidade do ser humano e mesmo nas situações de desajustes físicos e emocionais, continua a existir interesse sexual e a necessidade de reafirmar laços afetivos (MAIOR, 2001). Por este motivo, as equipes de saúde que atendem à essa população, precisam capacita-se para incluir o tema da sexualidade em suas abordagens.

O tratamento da disfunção sexual também requer a atuação de uma equipe interdisciplinar, na qual o enfermeiro está incluído e deve atualizar-se sobre o tema. Orientações são necessárias não só à pessoa com LM, mas também ao parceiro, sempre que houver oportunidade. DeForge et al. (2006), relatam a existência de diversos tipos de tratamento da disfunção erétil para homens com LM, desde as abordagens de terapia comportamental bem como intervenções relacionadas ao uso de medicamentos como agentes tópicos intrauretral, injeções intracavernosas, implante de prótese peniana, estimulação sacral e uso de medicação por via oral.

Também para **disfunção sexual** a NANDA não prevê o diagnóstico de risco, que optamos por incluir neste estudo devido alguns ainda se encontrarem na fase de choque medular, outros pacientes não terem relatado essa alteração, talvez por constrangimento ou porque seu foco de preocupação no momento era o de voltar à normalidade e negando a existência do problema. Todavia, como em lesões medulares acima da cauda equina é comum o surgimento de algum tipo de alteração na função sexual e, também, porque as alterações da auto-estima em decorrência das alterações motoras e sensitivas conseqüentes à LM podem influenciar no relacionamento sexual, estamos sugerindo este diagnóstico de risco, para 7 (23,3%) dos participantes deste estudo. Os fatores de risco identificados para as pessoas com esse DE são apresentados na tabela 35. Em alguns pacientes foi observado mais

de um fator de risco. Sugerimos como definição para este DE: estar em risco de apresentar mudança na função sexual.

Tabela 35 - Fatores de risco do DE *risco de disfunção sexual* (n=7) , em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

FATORES DE RISCO	f
<i>Mobilidade física prejudicada</i>	2
Afastamento de pessoa significativa	2
Alteração biopsicossocial da sexualidade	2
Estrutura corporal da função alterada	4

Outras alterações freqüentes em decorrência da lesão medular são as relacionado às eliminações intestinais e vesicais.

O DE risco de **constipação** se fez presente em 17 pessoas, 56,70 % da amostra (Tabela 36) e o diagnóstico real de constipação em 8 pessoas, 26,70% (Tabela 35), representando uma abrangência de mais de 80% dessa população.

Segundo a NANDA (2006, p. 63), risco de constipação significa “risco de diminuição da freqüência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou eliminação incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas”.

Tabela 36 - Fatores de risco do DE **risco de constipação** (n=17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Lesão neurológica	15
Atividade física insuficiente	15
Ingestão insuficiente de fibras	5
<i>Falta de treino para procedimentos de reeducação intestinal</i>	5
Fraqueza dos músculos abdominais	4
Relato de freqüência diminuída das evacuações	3
Ingestão insuficiente de líquidos	2

A NANDA (2006) relaciona 46 fatores de risco para esse diagnóstico, dos quais identificamos 6 nos casos estudados, como mostra a tabela 36, sendo o mais observado a

lesão neurológica e atividade física insuficiente, com 15 ocorrências, seguido de ingestão insuficiente de fibras e *falta de treino para procedimentos de reeducação intestinal*, em 5 casos. Sugerimos a inclusão deste fator, pois, mais uma vez, as habilidades para lidar com as limitações impostas pela LM ainda não haviam sido desenvolvidas nessas pessoas. Fraqueza dos músculos abdominais foi verificado em 4 casos, o relato de frequência diminuída em 3 e ingestão insuficiente de líquidos em 2 deles.

Assim como na função urinária e sexual, os centros medulares toracolombar e sacral são os responsáveis pelo controle da função intestinal. Segundo ARES (2001, p.293), “a integração dos reflexos de armazenamento e esvaziamento retal e anal se dá na medula e na calda eqüina, nos centros entre T11 e L2 e S2 e S4”.

Na lesão medular aguda, ainda segundo Ares (2001, p.293), “é comum a ocorrência de íleo paralítico ou adinâmico, podendo provocar distensão abdominal severa ou desconforto respiratório”, sendo necessário a implementação de medidas que promovam o esvaziamento intestinal adequado, tendo em vista o risco de crise de disreflexia autonômica em razão da distensão intestinal, principalmente em pessoas com LM acima do nível T6

Vários outros fatores, como diminuição da atividade física, alteração da força da musculatura abdominal, os padrões alimentares, como a inclusão de alimentos ricos em fibras na dieta e a ingestão de líquidos, o uso de determinados medicamentos, interferem no padrão de eliminação intestinal na pessoa com lesão medular, mesmo após a fase aguda da lesão, sendo necessário aprender novas formas de favorecer o esvaziamento intestinal, denominado na reabilitação, de reeducação intestinal.

O diagnóstico real de **constipação**, de acordo com a NANDA (2006, p.60) é a “diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas”. Foi identificado

em 8 sujeitos que participaram desta pesquisa. Os fatores relacionados observados nesses casos são apresentados na tabela 37.

Tabela 37 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **constipação** (n = 8), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Lesão neurológica	6	Frequência diminuída	6
Atividade física insuficiente	6	Fezes duras e secas	3
Ingestão insuficiente de fibras	4	<i>Relato verbal do uso de laxantes</i>	2
Ingestão insuficiente de líquidos	3		

Mesmo quando o padrão de eliminação intestinal relatado foi o de constipação, a maioria dos pacientes (56,7%) também relataram **incontinência intestinal** (Tabela 38), definido pela NANDA (2006, p. 130), como “mudança nos hábitos intestinais normais caracterizadas por passagem involuntária das fezes”. Esse DE possui 19 fatores relacionados e 10 características definidoras descritos na NANDA (2006).

Tabela 38-Fatores relacionados e características definidoras do DE **incontinência intestinal** (n=17) em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Perda do controle do esfíncter anal	16	Perda [constante] involuntária de fezes [amolecidas]	15
Déficit no autocuidado para higiene íntima	15	Relato de incapacidade de sentir o preenchimento retal	15
Imobilidade	12	Incapacidade para reconhecer a urgência para evacuar	11
Diminuição geral do tônus muscular	10	Incapacidade para retardar a evacuação	4
Esvaziamento intestinal incompleto	1	Relato de [incapacidade] <i>capacidade diminuída</i> de sentir o preenchimento retal	1
		Relato de <i>capacidade diminuída</i> para reconhecer a urgência para evacuar	1

A lesão neurológica decorrente da LM pode afetar a alterações no controle voluntário dos esfíncteres anais e também na sensação ou percepção do enchimento da ampola retal. Esses pacientes relataram não sentir a urgência para evacuar, nem a passagem das fezes no momento da evacuação e também queixavam os sintomas de constipação.

Os FR e CD encontradas nos pacientes com o diagnóstico de incontinência intestinal, são mostrados na tabela 38. Perda do controle do esfíncter retal foi verificada em 17 pacientes, o déficit para higiene íntima em 15, imobilidade em 12 e diminuição geral do tônus muscular em 10. As CD com maior ocorrência foram a perda involuntária de fezes e incapacidade de sentir o preenchimento retal em 15 sujeitos e a incapacidade de reconhecer a urgência para evacuar relatada por 11 pessoas. A incapacidade para retardar a evacuação foi citada por 4 participantes. Para um dos casos, que apresentava lesão medular incompleta com relato de sensibilidade diminuída ao evacuar, acrescentamos a modificação *capacidade diminuída* de sentir o preenchimento retal e para reconhecer a urgência para evacuar, em substituição à palavra “incapacidade”, nas características definidoras.

Os DE relacionados ao processo de eliminação intestinal identificados nos estudos de Neves (2003), foram: constipação, em 84%, risco para constipação em 12%, diarreia, em 16% e incontinência intestinal, em 68% dos casos. Este resultado nos mostra que a maioria das pessoas que compuseram a amostra daquele estudo apresentavam o DE “constipação” instalado, ao contrário da amostra do presente estudo, em que o risco de vir a apresentar este problema foi maior. Cafer et al. (2005), identificou apenas o DE “constipação”, em 30% dos casos. Faro (1995), identificou “obstipação percebida” em 52,63% e “incontinência intestinal” em 7,89%.

A **incontinência urinária total**, que ocorreu em 15 (50%) dos casos estudados e apresentou como principal fator relacionado o trauma ou doença que afete nervos da medula espinhal, o que era esperado, uma vez que este estudo aborda as pessoas com lesão medular. A característica definidora identificada foi a ausência de sensibilidade miccional e ausência de sensação de enchimento vesical, que são manifestações características desse tipo de lesão neurológica (Tabela 39).

Segundo Trigo-Rocha et al. (2001), o sistema nervoso central controla todas as fases do ciclo miccional por intermédio de centros localizados na medula espinhal, ponte e centros suprapontinos e uma rede de nervos periféricos (nervos simpáticos, parassimpáticos e somáticos).

Tabela 39 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **incontinência urinária total** (n = 15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Trauma ou doença que afete nervos da medula espinhal	15	Ausência de sensibilidade perineal e sensação de enchimento vesical	15

A lesão neurológica pode afetar de forma variada as funções do trato urinário. Nas lesões medulares supra sacrais, a interrupção da comunicação entre os níveis sacrais da medula com o centro pontino da micção resulta na liberação do reflexo miccional (centros medulares S2-S4 preservados), com perda de coordenação entre a contração vesical e esfíncter externo (contração vesical não acompanhada de relaxamento esfíncteriano), causando elevação da pressão intravesical e esvaziamento incompleto. Em casos de lesão incompleta, a influência dos centros pontinos no esfíncter externo pode estar preservada e o padrão miccional resultante é de hiper-reflexia vesical com coordenação vésico-esfíncteriana (TRIGO-ROCHA et al., 2001). Ainda segundo os autores, outro padrão de comportamento vesical é o de arreflexia, que ocorre em lesões completas nos níveis sacrais da medula por comprometimento do centro vesical parassimpático (que promovem a contração vesical). Nos casos de lesão incompleta os padrões de funcionamento vesical são variáveis, podendo ocorrer combinação dos padrões acima descritos.

Devido a essas alterações, a principal preocupação com relação à função vesical no paciente com lesão medular, é a preservação da função renal e a prevenção de infecção, que era uma das principais causas de morte nessa população, antes da Primeira Guerra Mundial (KOTTKE; LEHMANN, 1994; D'ANCONA; RODRIGUES NETTO, 2001).

Nesse aspecto, as intervenções de enfermagem na educação de pacientes e cuidadores para a realização dos procedimentos de cateterismo vesical intermitente limpo e acompanhamento da adesão ao tratamento, são de suma importância.

O DE **eliminação urinária prejudicada** foi identificado em 9 (30%) participantes. É definido pela NANDA (2006, p. 93) como: “Distúrbio na eliminação urinária”, possuindo 4 fatores relacionados descritos, dos quais identificamos apenas o dano sensório-motor entre os participantes. Das 7 características definidoras descritas na NANDA (2006), identificamos 2 e acrescentamos *dificuldade para iniciar a micção*, que foi relatado por um paciente (Tabela 40).

Tabela 40 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **eliminação urinária prejudicada** (n=9), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Dano sensório-motor	9	Retenção	6
		Incontinência	2
		<i>Dificuldade para iniciar a micção</i>	1

Trata-se de pacientes com lesão medular incompleta, que relataram a ocorrência de alterações urinárias do tipo retenção ou incontinência e sensibilidade miccional diminuída, motivo que, segundo relato dos pacientes, gerou a indicação do uso de cateterismo vesical de demora desde os primeiros dias de LM e que muitos deles ainda faziam uso no momento da consulta da triagem de LM. Dois pacientes com lesão completa, em uso de SVD, relataram que o motivo da instalação da sonda foi retenção urinária. Um participante relatou dificuldade para iniciar a micção.

Como no momento da triagem não havia meios de definir com melhor precisão o padrão de eliminação urinária, pois os exames para tal diagnóstico, solicitados pelo urologista da equipe, não são realizados no mesmo dia, optamos, então, por escolher o DE: **eliminação urinária prejudicada** para esses casos, por ser o que melhor se adequava à situação.

O diagnóstico de incontinência urinária total foi também identificado por Cafer et al. (2005); Faro (1995) e Neves (2003). As duas primeiras autoras citadas também identificaram o DE “incontinência urinária”, que descrevemos como CD do diagnóstico “eliminação urinária prejudicada”. Neves (2003) identificou o DE “incontinência urinária reflexa” em 1 caso, que não identificamos nos participantes de nosso estudo. O autor também relata o DE “retenção”, que neste estudo foi considerado como CD do DE “eliminação urinária prejudicada”. Essa diferença pode ter ocorrido por características da amostra ou por diferenças no julgamento dos pesquisadores para a tomada de decisão na afirmação dos diagnósticos.

O **risco para disreflexia autonômica** em pessoas com lesão medular é mais freqüente naquelas com nível lesão acima de T6 (DeLISA et al., 2002; MAIOR, 2001; ARES, 2001). Este diagnóstico foi verificado em 9 casos da pesquisa (30,0%). Na tabela 41, apresentamos os fatores de risco que observamos nos indivíduos deste estudo.

Tabela 41 - Fatores de risco do DE **risco de disreflexia autonômica** (n=9) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

FATORES DE RISCO	f
Lesão acima de T6	5
Conhecimento insuficiente do paciente e cuidador	5
Cateterização (SVD)	3
Estimulação cutânea (Úlcera de pressão)	3
<i>Risco de constipação</i>	2
Flutuação de temperatura (febre)	1
Fraturas	1

A NANDA (2006), define o risco de disreflexia autonômica como: “Estar em risco de sofrer uma resposta do sistema nervoso simpático não-inibida e ameaçadora à vida, pós-choque medular, em um indivíduo com lesão de medula espinal ou lesão em T6 ou acima”. Como fatores de risco, além do nível de LM a partir de T6, a NANDA (2006) apresenta um rol de estímulos nocivos que podem desencadear a crise.

Também foi identificado risco de disreflexia autonômica por Neves (2003) com frequência de 56%. O autor verificou também a ocorrência do diagnóstico real de disreflexia autonômica, em 4% dos casos. É provável que o fato do mesmo ter realizado seus estudos em pacientes internados, tenha favorecido a observação desse DE.

Cafer et al. (2005), também relataram a ocorrência deste DE em 30% dos casos que estudaram. Como esse DE foi introduzida na NANDA em 2000, não apareceu nos estudos de Faro (1995).

Segundo Maior (2001), o quadro clínico da crise de disreflexia caracteriza-se por hipertensão arterial, dor de cabeça pulsátil, piloereção, rubor facial, congestão nasal e palidez do corpo abaixo do nível da lesão. É uma resposta simpática, resultante da liberação abrupta de noradrenalina, a estímulos nociceptivos, como por exemplo, distensão vesical ou intestinal, ejaculação induzida, pressão na pele. É uma situação que pode ser prevenida, porém quando instalada a crise, configura-se uma situação de emergência clínica, principalmente em decorrência das conseqüências da crise hipertensiva, como convulsões e acidente vascular cerebral (DeLISA et al., 2002).

Com relação à situação nutricional dos pacientes deste estudo, foram identificados 15 casos (50%) de **nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais** entre os participantes, 4 casos (13,3%) de **nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais** e 3 casos (10%) de **risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais**, além de 6 casos (20%) de risco de **volume de líquidos deficiente**

Os DE relacionados à alimentação não foram identificados nos estudos de Cafer et al. (2005) e de Faro (1995). Tal fato pode estar relacionado à abrangência do instrumento de avaliação inicial aplicado aos pacientes do estudo. Neves (2003), identificou outros DE além dos verificados no presente estudo, tais como: deglutição prejudicada (12%), náusea (24%) e o DE real de volume de líquido deficiente (4%). Estes diferentes DE podem ter sido

verificados naquele estudo, em decorrência de problemas específicos que ocorreram nos participantes e que não foram identificadas neste estudo.

O DE nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, definido como: “ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas” NANDA (2006, p.169), possui apenas 1 fator relacionado descrito para o qual, neste estudo, sugerimos uma adaptação na redação, que passou a ser: incapacidade para ingerir a porção diária recomendada (PDR) de nutrientes, em decorrência dos relatos da qualidade alimentar dos participantes. Sugerimos ainda a inclusão dos fatores culturais, como relacionado a essa incapacidade de provisão adequada da PDR de alimentos, que não é descrita pela NANDA. (Tabela 42).

Tabela 42-Fatores relacionados e características definidoras do DE **Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais** (n=15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Incapacidade para ingerir <u>a porção diária recomendada (PDR) de nutrientes</u> por <u>Fatores culturais</u>	10	Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR.	14
Incapacidade para ingerir <u>a porção diária recomendada (PDR) de nutrientes</u> por fatores econômicos.	3	Falta de interesse por <u>esse tipo</u> de comida	5
Incapacidade para ingerir <u>a porção diária recomendada (PDR) de nutrientes</u> por fatores biológicos	2	<u>Relato de dificuldades para ingerir alimentos sólidos</u>	1
		Perda de peso [com ingestão adequada de comida]	1

Neste estudo, foram identificadas 2 das características definidoras descritas na taxonomia, sendo o “relato de ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada (PDR)” observado em 14 sujeitos, considerando o relato dos mesmos a respeito de sua alimentação atual, constatando a não inclusão de alimentos de todos os grupos necessários de alimentos na dieta. Acrescentamos as palavras ‘por esse tipo’ na característica definidora “falta de interesse por comida” (NANDA, 2006, p.169), para justificarmos qual tipo de

alimento estava deficiente na alimentação descrita pelo paciente e, também, sugerimos a inclusão de outra característica definidora que não consta na lista da NANDA, devido ao relato de um paciente, que foi o *relato de dificuldades para ingerir alimentos sólido*. Para a CD perda de peso, sugerimos a supressão do termo [com ingestão adequada de comida], por ter sido relatado a perda de peso em um dos pacientes do estudo (Tabela 42).

Na pessoa com lesão medular, a avaliação do estado nutricional se faz necessária de forma rotineira, pois

[...] fatores como o imobilismo, a perda de peso acentuada, a anorexia alimentar, a dificuldade para evacuação e complicações clínicas, tais como anemia, úlceras de pressão e infecções urinárias, podem se desenvolver ao longo do tratamento de reabilitação, determinando sua depauperação física. (BOM, 2001.p.142).

Ainda de acordo com Bom (2001), o Índice de Massa Corpórea (IMC) é um dos métodos para avaliação do estado nutricional, em conjunto com outras informações, como situação socioeconômica, o exame físico e bioquímico, para o manejo adequado do paciente.

Sabe-se que uma alimentação equilibrada, com a ingestão adequada de nutrientes, é muito importante para a manutenção da saúde e melhor qualidade de vida, o que é de suma importância ao portador de LM, uma vez que, nesses casos, a alimentação está intimamente relacionada à ingestão de fibras e outros alimentos, incluindo o controle da ingestão hídrica, que favorecem o melhor funcionamento intestinal, geralmente comprometido nesta população, sendo também importante para o processo de cicatrização de feridas e, no caso da ingestão de líquidos, para o controle da função vesical.

Uma alimentação é considerada equilibrada, quando a refeição contém alimentos de todos os grupos: grupo dos alimentos construtores (alimentos protéicos, principalmente os de origem animal), o grupo dos reguladores (verduras, legumes, frutas e líquidos) e o grupo dos energéticos (açúcares, amido, farinhas, óleos e gorduras) organizados num cardápio diário, em proporções que permitam atender às necessidades corporais (ATKINSON; MURRAY, 1989; BOM, 2001).

A porção diária recomendada (PDR) para os alimentos de cada grupo, para um indivíduo adulto, de acordo com Atkinson e Murray (1989), deve ser: Gorduras, óleos, doces, usar com moderação; leite com pouca gordura e derivados: 2 porções; carne de vaca, porco, galinha, peixe, ovos e leguminosas secas (feijões, ervilhas, nozes): 2 porções; frutas, verduras, sucos: 4 porções; cereais (pão, pasta, granulado): 4 porções. Para manter o aporte adequado de vitaminas, minerais, carboidratos e proteínas, um adulto deve comer, no mínimo, o menor número de porções dos cinco grupos (SMELTZER; BARE, 2002).

O diagnóstico de **nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais**, ocorreu em 4 (13,3%) sujeitos. A ingestão excessiva de alimentos (carboidratos) foi o FR evidenciado em todos os casos com este DE. Apresentamos na tabela 43, os fatores relacionados e características identificadas para este diagnóstico, no grupo estudado.

Tabela 43 -Fatores relacionados e características definidoras do DE **nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais** (n = 4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Ingestão excessiva de alimentos em relação às necessidades metabólica	4	Nível de atividade sedentário	4
		Padrão alimentar disfuncional relatado	4
		Peso [20%] acima do ideal para a altura e compleição	2
		Comer em resposta a estímulos internos	1

As CD nível de atividade sedentário e relato de padrão alimentar disfuncional ocorreu em todos os casos A mobilidade física prejudicada decorrente da LM, contribui para o nível de vida sedentário que, por sua vez, favorece o aumento de peso. È sabido que os hábitos culturais familiares e, em alguns casos a insuficiência de recursos financeiros, pode levar à alimentação desequilibrada. O peso acima do ideal para a altura e compleição foi verificado em 2 casos com esse DE. Nesses casos excluímos o índice 20%, pois o aumento de peso

observado não chegava a esse quantitativo. Comer em resposta a estímulos internos foi verificado em 1 pessoa, que apresentava sintomas depressivos.

O diagnóstico de **risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais**, foi levantado para 3 (10%) dos participantes. É definido pela NANDA (2006, p. 168) como “estar em risco de ingestão de nutrientes que exceda as necessidades metabólicas”. Possui 10 fatores de risco descritos na taxonomia, dos quais identificamos 2 na amostra estudada, sendo que para o fator “peso acima da faixa de normalidade relatado ou observado” (Tabela 44), estamos sugerindo a exclusão da frase [no início de cada gravidez], pois este fator se aplica aos indivíduos do estudo, independente do sexo e de gestação associada. Estamos sugerindo o acréscimo do fator nível de atividade sedentário, pois, como comentado anteriormente, a mobilidade física em decorrência da LM, principalmente antes da pessoa passar pelo programa de reabilitação, favorece o sedentarismo e ao consumo menor de calorias.

Tabela 44 - Fatores de risco do DE **risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (n=3)**, em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Disfunção dos padrões alimentares	2
Peso acima da faixa de normalidade relatado ou observado [no início de cada gravidez]	2
<i>Nível de atividade sedentário</i>	2

Risco de volume de líquidos deficiente é o “risco de desidratação vascular, celular ou intracelular” (NANDA, 2006, p. 244). Este diagnóstico foi identificado em 6 (20%) pessoas que fizeram parte do estudo e está relacionado à ingestão insuficiente de líquidos, menor que as quantidades recomendadas para as necessidades corporais. Como mostra a tabela 45, os fatores de risco evidenciados foram os desvios que afetam o acesso de líquido, nos casos em questão, a mobilidade física prejudicada e o fator deficiência de conhecimento relacionado ao

volume de líquidos, pois estas pessoas relataram consumir menor que as necessidades corporais diárias de líquidos e não relacionaram esse hábito à manutenção da saúde.

Tabela 45 - Fatores de risco do DE **risco de volume de líquidos deficiente** (n = 6), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Desvios que afetem o acesso, a ingestão ou a absorção de líquidos (p.ex., imobilidade física).	6
Deficiência de conhecimento relacionado ao volume de líquidos	4

De acordo com Atkinson e Murray (1985, p.406), “a água representa o mais essencial dos nutrientes para a sobrevivência, sendo necessária à formação de todos os líquidos corporais e às reações químicas do corpo”.

A água necessária às funções corporais geralmente provém dos líquidos e alimentos ingeridos diariamente e das reações químicas do corpo que geram CO₂ e água. A ingestão média de líquidos de um adulto é de cerca de 1300ml/dia, cerca de 1000ml de líquidos provêm da ingestão diária de alimentos sólidos e outros 300ml das reações químicas. Em condições normais, a produção e ingestão diária de líquidos pelo organismo de um indivíduo saudável gira em torno de 2600 ml, sendo que o organismo busca manter o equilíbrio eliminando a mesma quantidade de líquidos, em forma de urina (cerca de 1500ml/dia), por meio das fezes (cerca de 100 a 200ml) e das perdas insensíveis (cerca de 900ml), por sudorese e respiração (ATKINSON; MURRAY, 1985).

Algumas situações podem interferir no equilíbrio do volume de líquidos, tais como a temperatura do ambiente, a temperatura corporal, exercícios físicos, perdas excessivas (p. ex. diarreia, vômitos, aspiração gástrica) e também, ainda segundo Atkinson e Murray (1985), a aprendizagem e os hábitos de vida das pessoas.

Na pessoa com LM é importante considerar ainda, a possibilidade de ingestão insuficiente de líquidos em decorrência das necessidades de acesso à fonte de água, nos casos

em que o déficit de mobilidade não permita esse tipo de ação de autocuidado e quando a rede de apoio para o cuidado dependente não é suficiente.

A saúde bucal é importante não apenas para um início eficaz do processo de digestão, mas também para manutenção do bem-estar e da saúde de todo o organismo, evitando que lesões dos dentes e mucosa oral possam se tornar foco de infecção.

Em 17 sujeitos deste estudo (56,70%) identificamos o diagnóstico de **dentição prejudicada**, para os quais os fatores relacionados mais observados foram: higiene oral ineficaz, verificado em todos os casos e barreiras de acesso ao cuidado profissional, em 7 deles. As características definidoras identificadas foram a perda de dentes, observada em 16 pessoas, presença de cáries em 8 e halitose em 1, como demonstrado na tabela 46.

Tabela 46- Fatores relacionados e características definidoras do DE **dentição prejudicada** (n = 17), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados		f	Características definidoras		f
Higiene oral ineficaz		17	Perda de dentes		16
Barreiras econômicas	ao cuidado profissional	7	Cáries na coroa dos dentes		8
			Halitose		1

A lesão medular em si não afeta diretamente a integridade e função dos dentes, no entanto, a incapacidade física resultante pode interferir na capacidade para o autocuidado de higiene oral. Por este motivo, estamos sugerindo a inclusão do DE *déficit no autocuidado para higiene oral*, que não é descrito na taxonomia NANDA (2006). Com exceção da higiene oral ineficaz, os demais fatores relacionados já existiam antes da ocorrência da lesão medular, problemas esses, comuns na população de baixa renda do país.

Encontramos na literatura pesquisada sobre perfil de diagnósticos de enfermagem em LM, a descrição do DE “dentição prejudicada” por Neves (2003), em 64% dos sujeitos de sua pesquisa, o que vem reforçar a importância desse problema junto a essa população.

O diagnóstico de ***risco de dentição prejudicada*** também não existe na taxonomia adotada para este estudo, apenas o diagnóstico real de dentição prejudicada. No entanto, em virtude das características dessa população, pelo alto nível de dependência para o autocuidado e déficits na locomoção, que dificultam ou inviabilizam o acesso aos objetos ou locais de higiene pessoal, optamos por incluí-lo neste estudo, uma vez que a higiene inadequada da boca pode acarretar em prejuízo para os dentes. Os fatores que evidenciam esse risco, que observamos nos participantes da pesquisa foram a constatação de higiene oral ineficaz naqueles que ainda possuem a dentição preservada (5 pessoas) e habilidades de adaptação não desenvolvidas (4 casos), que estão relatados na tabela 47.

Tabela 47 - Fatores de risco do DE *risco de dentição prejudicada* (n = 5), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Higiene oral ineficaz	5
Habilidades de adaptação não desenvolvidas	4

Como definição para este diagnóstico, sugerimos: estar em risco de apresentar distúrbio da integridade estrutural dos dentes.

As intervenções de enfermagem junto aos pacientes com déficit no autocuidado de higiene oral, quanto ao aspecto educativo de educação para a saúde oral, tanto do paciente ou para o agente de cuidado dependente, são de suma importância para promoção da qualidade de vida nessa população.

O diagnóstico de **manutenção do lar prejudicada**, que é definido como “a incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento” (NANDA, 2006, p.147) foi observado em 15 dos sujeitos deste estudo (50%). Possui 8 fatores relacionados descritos na taxonomia e 12 características definidoras. Os fatores relacionados mais frequentes nas afirmações diagnósticas foram os de doença ou lesão do indivíduo ou membro da família e finanças insuficientes, com 15 ocorrências e sistema de

apoio inadequado com 4 ocorrências. A principal característica identificada foi a de membros da família (ou próprio paciente), que expressam dificuldades para manter a casa de modo confortável (Tabela 48).

Este DE foi relatado por Neves (2003) em 7 pacientes (28%). Cafer et al. (2005) e Faro (1995), em seus estudos de perfil diagnóstico do LM não citaram esse DE.

Tabela 48-Fatores relacionados e características definidoras do DE **manutenção do lar prejudicada**, (n= 15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Lesão do indivíduo ou membro da família	15	Membros da família (<i>ou paciente</i>) expressam dificuldades para manter a sua casa de forma confortável	11
Finanças insuficientes	14	Membros da família expressam <i>que recebem</i> ajuda para manutenção da casa	8
Sistema de apoio inadequado	4	Membros da família descrevem crise financeira	7

Esse diagnóstico em conjunto com os DE: *risco de* manutenção do lar prejudicada, observado em outros 3 casos, de manutenção ineficaz da saúde relacionado à falta de recursos materiais, que ocorreu em 1 dos sujeitos e o *risco de* controle ineficaz do regime terapêutico, em 4 casos, estão relacionados principalmente aos fatores da doença incapacitante em membro da família e às dificuldades econômicas pois a família precisa reestruturar-se em decorrência das necessidades de cuidados da pessoa que sofreu a lesão, e, além da própria pessoa acometida, o familiar que assume o papel de cuidador precisa, muitas vezes, afastar-se do trabalho, comprometendo a renda e, portanto, capacidade de manutenção do lar, como observado nos casos estudados.

Na maioria das vezes o cuidador do lesado medular é mulher, a esposa, a mãe, que tradicionalmente se ocupam da arrumação da casa. Ao se envolverem com o cuidado dependente da pessoa com lesão medular, acabam se desviando das atividades rotineiras, o que pode contribuir para a manutenção do lar prejudicada. Como já foi dito anteriormente,

essas famílias são de baixa renda, o que impede a contratação de pessoas para ajudar nas tarefas domésticas. Muitas vezes a pessoa que sofreu lesão medular era profissional autônomo, que não recolhia pagamento de INSS. Na vigência do trauma, cessa sua capacidade laborativa usual e assim a renda da família diminui mais ainda.

Esse DE vem confirmar as afirmações de que a lesão medular acomete pacientes em sua fase de vida mais produtiva, (KOTTKE; LEHMANN, 1994; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001), o que ocasiona graves problemas de ordem social, com conseqüências na estrutura familiar e na manutenção do lar.

O ***risco de manutenção do lar prejudicada***, foi identificado em 3 casos (10%) deste estudo. Este diagnóstico não existe na taxonomia da NANDA (2006) e estamos sugerindo sua inclusão para a amostra estudada, considerando os aspectos socioeconômicos que envolvem a pessoa e a família do lesado medular. A disfunção física, em especial antes do tratamento de reabilitação e readaptação, pode levar as limitações do que a pessoa pode fazer por si mesma e por aqueles que estejam sob seus cuidados (OREM, 1993), pode limitar a capacidade para as atividades de vida diária necessárias à manutenção de ambiente doméstico seguro, bem como das atividades laborais remuneradas do indivíduo, necessárias para obtenção de recursos financeiros para a manutenção do lar. Por estes motivos, estamos sugerindo os 2 fatores de risco apresentados na (tabela 49).

Tabela 49 - Fatores de risco do DE ***risco de manutenção do lar prejudicada***, (n =3) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
Lesão do indivíduo	3
Finanças insuficientes	3

Como definição para esse DE, estamos sugerindo: estar em risco de não poder de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento.

Além do que já foi comentado anteriormente, a separação da família devido ao longo período de internação hospitalar após a LM e as dificuldades econômicas que se estabelecem ou se agravam, após a ocorrência da LM, como observado nos casos estudados, também podem favorecer a desestabilização da dinâmica familiar, com a possibilidade do surgimento dos DE: risco de paternidade prejudicada, observado em 3 casos, paternidade prejudicada em 1 caso e processos familiares interrompidos, em 4 casos.

O diagnóstico de **processos familiares interrompidos**, definido pela NANDA (2006, p. 120), como “mudança no relacionamento e/ou funcionamento da família”, foi observado em 4 casos (13,3%) deste estudo. A NANDA (2006), descreve 8 fatores relacionados, dos quais 3 foram identificados entre os participantes e 15 características definidoras, das quais identificamos 5 (Tabela 50).

Tabela 50- Fatores relacionados e características definidoras do DE **processos familiares interrompidos** (n = 4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Alteração no estado de saúde de um membro da família	4	Mudança no apoio mútuo	4
Modificações nas finanças da família	3	Mudanças nas alianças de poder	3
Troca de papéis na família	2	Mudanças nas tarefas designadas	2
Crise de situação	1	Mudanças na disponibilidade de apoio emocional	2
		Mudanças na disponibilidade para respostas afetiva e intimidade	1
		Expressões de conflito entre a família	1

Este DE também foi relatado por Neves (2003), em 1 sujeito de seu estudo. Embora tenha apresentado uma ocorrência pequena entre os casos estudados, esse diagnóstico tem relevância quando instalado. Com o surgimento de uma doença crônica ou incapacitante muitas mudanças podem ocorrer na estrutura familiar e nos papéis sociais dos membros da família. Tem sido evidenciada a ocorrência de alterações radicais na vida das pessoas investidas no papel de cuidador, desencadeando quase sempre, segundo Serna e Sousa (2006),

sofrimento e problemas físicos ou psíquicos, sendo essas mudanças menores quando há maior suporte social.

Segundo Migiyama, Souza e Mota (2006), muitas vezes há uma discordância entre o que é prioridade para o cuidador e o ser cuidado, o que também pode gerar divergências e conflito entre os familiares.

Além das mudanças que ocorrem em função da doença ou trauma, pela hospitalização prolongada ou pela reorganização das rotinas do lar para o cuidado dependente, também ocorrem alterações nos aspectos econômicos e no papel desempenhado por cada membro da família. Por exemplo: a esposa geralmente torna-se cuidadora ou provedora da manutenção econômica, os filhos precisam abandonar os estudos para trabalhar ou ajudar nos cuidados. Em algumas famílias, em que o casal já havia se separado, o ex-conjuge retornou para auxiliar, mesmo que temporariamente, na condução da situação nova. Em outra situação foi relatada a ruptura total dos laços familiares após a LM, ficando a pessoa sem cuidador e sem renda, configurando-se um grave problema para a pessoa em questão.

Assim sendo, os enfermeiros que trabalham com reabilitação precisam envidar esforços na aquisição de conhecimentos para abordagem de famílias, que é o meio onde está inserida a pessoa com LM e do qual sofrerá e exercerá influências que poderão interferir na quantidade e qualidade da provisão de autocuidado ou de cuidado dependente necessários à manutenção da saúde e bem estar.

Processos familiares disfuncionais – alcoolismo foi identificado em 1 caso (3,3%). Este DE é definido pela NANDA (2006, p.117) como: “as funções psicossociais, espiritual e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência à mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas”. Nesta situação em questão, as condições sócio-econômicas e os vínculos entre os membros da família apresentaram-se seriamente comprometidos. Tanto o

padrasto do paciente quanto o próprio paciente apresentavam problemas com relação ao consumo de álcool e outras drogas. Os FR e CD identificados para este DE são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Fatores relacionados e características definidoras dos DE **Processos familiares disfuncionais – alcoolismo** (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores relacionados	Características definidoras
Abuso de álcool	Conflito [crescente]
Influências bioquímicas	Abuso de álcool
	Problemas econômicos

O DE **risco de paternidade prejudicada**, identificado em 3 (10%) participantes é definido como “risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança” (NANDA, 2006, p. 183). Está associado a fatores de risco relacionados aos aspectos sociais, de conhecimento, fisiológicos e psicológicos, como descritos na taxonomia. Os fatores identificados nos sujeitos desta pesquisa são mostrados na tabela 51.

Tabela 51- Fatores de risco do DE **risco de paternidade prejudicada** (n = 3), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.

Fatores de risco	f
Separação da criança	3
Deficiência	3
Mudança na vida da família	1

Paternidade prejudicada, identificado em 1 caso (3,3%), é definido como a “incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança” (NANDA, 2006, p. 180). Para a pessoa que apresentou este DE identificamos os FR e CD mostradas no quadro 4

Quadro -4- Fatores relacionados e características definidoras dos DE **paternidade prejudicada** (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores relacionados	Características definidoras
Separação da criança	Abandono
Mudança de domicílio	
Falta de coesão da família	
Mudança na unidade familiar	

Nos autores pesquisados, não encontramos referência aos DE “paternidade prejudicada” e “risco de paternidade prejudicada”. Neves (2003) identificou os diagnósticos de processos familiares interrompidos e desempenho de papel ineficaz, que são os que apresentam maior semelhança com os mesmos, embora possuam definições diferentes pela taxonomia da NANDA (2006) .

A limitação física também afeta as estruturas emocionais, mas cada pessoa reage à situação de acordo com suas características individuais. Um dos tipos de resposta observado nos sujeitos que participaram deste estudo foi **ansiedade**, presente em 15 casos (50%) deste estudo, é definido pela NANDA (2006, p.28) como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo”.

A ameaça ao estado de saúde foi o FR presente nos 15 sujeitos e a CD preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida esteve presente em 14 deles. Os demais FR e CD identificados são apresentados na tabela 52.

Cafer et al. (2005), relatou este diagnóstico para 30% de seus sujeitos de estudo e Neves (2003), para 4%. Talvez, o fato dos pacientes daqueles estudos estarem internados, tenha contribuído para que a ocorrência de ansiedade tenha sido menor, em relação à este estudo, que ocorreu no ambulatório de triagem de LM.

Tabela 52 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **ansiedade** (n=15), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
Ameaça de mudança no estado de saúde.	15	Preocupação expressa devida a mudanças em eventos da vida	14
Ameaça de mudança na função do papel	10	Preocupado, apreensivo	5
Ameaça de mudança no status econômico	7	Distúrbio do sono	4
Ameaça de mudança nos padrões de interação	3	Incerteza	2
Crises situacionais	3	Ansiedade	1
Ameaça ao autoconceito	2	Foco em si mesmo	1
Ameaça de mudança no ambiente	1	Irritabilidade	1
		<i>Emotividade</i>	1

As pessoas que sofrem um processo de mudança brusca em suas condições de vida, como foi o caso da maioria dos participantes deste estudo, passam por um momento inicial de angústias e incertezas com relação ao seu presente e futuro, o que as torna apreensivas, ansiosas, às vezes emotivas e irritadas, pois sentem-se ameaçadas em sua integridade.

A emotividade, incluída aqui como uma CD não listada pela NANDA (2006), foi evidenciada em 1 paciente, que se apresentou emocionada ao responder algumas perguntas, com choro fácil, durante a consulta de enfermagem na triagem de LM

Bruni et al. (2004), comentam que geralmente leva tempo para o paciente e seus familiares compreenderem a magnitude da lesão medular e podem passar por estágios de ajuste, que incluem a fase de choque, descrença, negação, depressão, luto e aceitação.

MANCUSSI (1998), afirma que o processo de adaptação a uma nova vida envolve os familiares, que também apresentam sentimentos de ansiedade, medos e dúvidas, os quais devem ser considerados no planejamento das intervenções de enfermagem.

DE **padrão de sono perturbado**, definido como “distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono” (NANDA, 2006, p.213), é um distúrbio comum em pessoas que passam por mudanças radicais em suas rotinas de vida e foi verificado em 13 dos sujeitos da amostra representando 43,3% dos participantes . Possui 15 características definidoras e 54

fatores relacionados descritos na taxonomia, dos quais identificamos 4 neste estudo apresentados no tabela 53 e, estamos sugerindo o acréscimo dos fatores relacionado *dor* e *mudança de vida*, que não constam na taxonomia, para discussão com expertos, pois estes fatores foram relatados por 3 e 11 pacientes deste estudo, respectivamente, como causa da alteração no padrão de sono.

Identificamos 7 das CD descritas na taxonomia e estamos sugerindo o acréscimo da CD *pesadelos*, que foi relatada por 2 pacientes como causa de alteração no sono. Os mesmos relataram sonhar com o momento do acidente que resultou no trauma (Tabela 53).

Tabela 53 - Fatores relacionados e características definidoras do DE **padrão de sono perturbado** (n=13), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores relacionados	f	Características definidoras	f
<i>Mudança de vida</i>	11	Três ou mais despertares durante a noite	9
<i>Dor</i>	3	Queixas verbais de dificuldades para adormecer	5
<i>Estímulos sensoriais internos</i>	2	Despertares prolongados	3
Ansiedade	2	Insatisfação com o sono	2
Pensar sobre o lar	1	<i>Pesadelos</i>	2
Preocupação com o tentar dormir	2	Insônia de manutenção do sono	2
Pensamentos ruminantes pré-sono	1	Prazo de início do sono maior que 30 minutos	1
		Tempo total de sono menor do que o padrão da idade.	1

Padrão de sono perturbado foi também descrito por Neves (2003) e por Faro (1995), em 44% e 23,68% de ocorrência em seus estudos, respectivamente. Os achados de Neves (2003), são semelhantes aos deste estudo. Os valores referidos por Faro, podem estar relacionados às características das pessoas que compuseram o estudo.

Alterações no padrão de sono, segundo Schluter (1985), podem ocorrer por influência de fatores como estresse, ansiedade, que surge por modificações no estilo de vida, na situação conjugal, preocupações financeiras, problemas de saúde, preocupações com parentes, com o trabalho entre outras causas, situações essas, observadas em muitos pacientes com LM. A

autora também cita como fatores que podem interferir no padrão de sono: a idade, o uso de medicamentos, o ambiente, certos tipos de alimentos e a prática de exercícios.

O sono é uma necessidade humana, um momento de repouso imprescindível para o equilíbrio físico e mental. Para Schluter (1985, p. 466), “quando uma pessoa se priva do sono, suas energias diminuem, a concentração desaparece, a atividade torna-se lenta, o juízo crítico fica embotado e o corpo apresenta maior sensibilidade à dor e ao desconforto”.

A insônia, uma queixa comum entre os participantes com o DE padrão de sono perturbado, “caracteriza-se pela impossibilidade de adormecer num prazo de 30 minutos após o paciente ter ido deitar-se, diminuição da quantidade de tempo de sono total, despertar por uma hora ou mais cada noite e sensação de cansaço durante o dia” (SCHLUTER, 1985, p.469). Ainda segundo a autora, pessoa que não repousa adequadamente pode desenvolver comportamentos de ansiedade e irritação, dor e desconforto, angústia, medo e depressão.

O conhecimento a respeito das principais alterações do sono e dos fatores que o influencia, contribuem para o planejamento de intervenções de enfermagem com vistas a facilitar as condições de sono e repouso, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes com esse DE.

O diagnóstico de **risco de baixa auto-estima situacional** foi identificado em 2 casos (6,7%) deste estudo e o diagnóstico real de baixa auto-estima em 1 caso (3,3%), conforme pode ser visualizado na tabela 54.

Tabela 54 - Fatores de risco do DE **risco de baixa auto-estima situacional** (n=2), em Pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005,2006.

Fatores de risco	f
Doença física	2
Prejuízo funcional	2
Mudança no papel social	1
Auto-expectativas não realista	1

O risco de baixa auto-estima situacional é definido pela NANDA (2006, p. 42) como: “estar em risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual”.

O DE real de **baixa auto-estima situacional** tem como definição “desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” (NANDA, 2006, p.41). Os FR e CD são apresentados no quadro 5.

Quadro 5-Fatores relacionados e características definidoras dos DE **baixa auto-estima situacional** (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores relacionados	Características definidoras
Distúrbio da imagem corporal Prejuízo funcional	<i>Relato verbal de sentimento de desafio situacional ao seu próprio valor</i>

Como afirmado anteriormente, as conseqüências da LM não são apenas físicas, mas envolvem também os aspectos psicológicos do indivíduo, que tem seus referenciais abalados e necessita de um período para compreender e elaborar o processo de mudanças que está vivenciando, inclusive o de construção de uma nova imagem corporal (MENDONÇA, 2001).

A ocorrência da limitação física, de alterações no nível de independência, podem levar à sentimentos de baixa auto-estima .

No entanto, é importante lembrar que os comportamentos não podem ser estereotipados e que cada pessoa apresenta respostas às situações traumáticas de acordo com suas características individuais, sendo que, de acordo com Mendonça (2001, p. 167), algumas variáveis como: “sexo, idade, etiologia, personalidade, nível intelectual, antecedentes socioculturais, hábitos, interesses, nível e tempo de lesão, profissão, momento emocional e estrutura familiar”, podem influenciar o comportamento.

Na tabela 55 apresentamos os fatores de risco identificados para o DE **risco de controle ineficaz do regime terapêutico**. Este diagnóstico observado em 4 (13,3%) casos

deste estudo, também não existe na NANDA (2006), apenas o diagnóstico real, identificado em 1 caso (quadro 6), que é definido como “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (NANDA, 2006, p. 69).

Tabela 55 - Fatores de risco do DE *risco de controle ineficaz do regime terapêutico* (n =4), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
<i>Dificuldades econômicas</i>	4
<i>Déficit de conhecimento</i>	3
<i>Intensidade do regime terapêutico</i>	1
<i>Rede de apoio insuficiente</i>	2

No quadro 6 apresentamos os fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico real de controle ineficaz do regime terapêutico .

Quadro 6-Fatores relacionados e características definidoras dos DE *controle ineficaz do regime terapêutico*, (n=1), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores relacionados	Características definidoras
[Desconfiança] <i>falta de credibilidade atribuída</i> ao regime terapêutico indicado.	Escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento e prevenção Verbaliza que não agiu para incluir os regimes terapêuticos nas rotinas diárias

A **manutenção ineficaz da saúde** é definida como a “Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde” (NANDA 2006, p. 208) e ocorreu em 1 (3,3%) caso nesse estudo. Para esse DE identificamos 1 FR e 2 CD, mostrados no quadro 7.

Os dois DE acima citados e o diagnóstico de manutenção ineficaz da saúde, estão intimamente relacionados à insuficiência de recursos materiais na população estudada, como já comentado anteriormente. Nesse caso, além do relato de insuficiência de recursos

financeiros, também foi relatado uma rede de suporte insuficiente devido a processos familiares disfuncionais. Neves (2003), relatou a ocorrência de 13 casos com esse DE em seu estudo.

Quadro 7- Fatores relacionados e características definidoras dos DE **Manutenção ineficaz da saúde (n=1)**, em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Fatores relacionados	Características definidoras
Falta de recursos materiais	-Falta relatada de recursos financeiros -Prejuízo relatado dos sistemas de apoio pessoal

Segundo Orem (1993), o autocuidado requer o uso de recursos que compreendem desde viver em ambiente físico e social saudável, como o consumo de insumos como água, alimentos, medicamentos, o uso de dispositivos artificiais para auxiliar no movimento ou posicionamento do corpo, entre outros. Deste modo, podemos inferir que finanças e informações insuficientes, o tipo e quantidade de tratamento requerido e rede de apoio insuficiente, podem afetar diretamente a eficácia do regime terapêutico.

O **risco de padrão respiratório ineficaz** é uma complicação associada à LM, em especial nos casos de lesões completas acima do quarto seguimento cervical, que comprometem o funcionamento do diafragma e provocam comprometimentos respiratórios graves. Lesões abaixo de C4 preservam o funcionamento do diafragma, para a respiração espontânea (KOTTKE; LEHMANN, 1994).

Mesmo em pacientes com lesões mais baixas e que permanecem por muito tempo restritos ao leito, com mobilidade no leito prejudicada, existe o risco de pneumonias relacionadas à estase dos fluidos orgânicos. Também se faz necessário considerar a etiologia do trauma, muitas vezes associado a lesões em outros órgãos, como ocorre nos caso de LM

por projétil de arma de fogo, em que não é infrequente a lesão pulmonar e a necessidade do uso de drenagem torácica na fase aguda da lesão.

O diagnóstico de *risco de* padrão respiratório ineficaz não existe na NANDA (2006) e estamos sugerindo sua inclusão neste estudo, em decorrência das características da população estudada, em relação à mobilidade física e mobilidade no leito prejudicada podem favorecer à estase de líquidos orgânicos, que associadas a outras situações de risco como rede de apoio insuficiente, falta de recursos ambientais e econômicos, podem favorecer o surgimento desse diagnóstico. Foi identificado em 3 (10%) dos participantes. Os fatores de risco propostos para esse novo DE são apresentados na tabela 56.

Tabela 56 - Fatores de risco do DE *risco de padrão respiratório ineficaz* (n=3), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

Fatores de risco	f
[Imobilidade] <i>Mobilidade física prejudicada</i>	2
<i>Estase de fluídos orgânicos</i>	2
Disfunção neuromuscular	1
<i>Lesão na medula espinhal</i>	1

O diagnóstico real de padrão respiratório ineficaz é definido pela NANDA (2006, p.204) como: Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada” e não foi identificado nos participantes deste estudo.

Os DE apresentados a seguir, **enfrentamento ineficaz** e **disposição para enfrentamento aumentado**, tiveram apenas uma ocorrência neste estudo, e os FR e CD identificadas são apresentadas no quadro 8.

Enfrentamento ineficaz é definido como “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis” (NANDA 2006, p.103). Esse comportamento pode estar relacionado ao DE real de controle ineficaz do regime terapêutico

observado em 1 paciente e o de *risco de* controle ineficaz do regime terapêutico, observado em 4 casos deste estudo.

Disposição para enfrentamento aumentado tem como definição “Um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.94). O único caso em que pudemos afirmar este diagnóstico chamou a atenção pela criatividade para lidar com os obstáculos à sua independência funcional e o desejo de buscar aperfeiçoamento às habilidades já desenvolvidas.

Quadro 8 - Fatores relacionados e características definidoras dos DE **enfrentamento ineficaz e disposição para enfrentamento aumentado (n=1)**, em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 200-2006.

Título do DE	Fatores relacionados	Características definidoras
Enfrentamento ineficaz	Recursos disponíveis inadequados	Incapacidade de satisfazer necessidades básicas Incapacidade de atender expectativas de papel Falta de comportamento direcionado a objetivos
Disposição para enfrentamento aumentado	Não há descrito na NANDA	Procura de suporte social Utiliza [uma grande variedade de] estratégias voltadas [à emoção]ao problema em si Procura conhecer novas estratégias

Alguns DE identificados neste estudo parecem ser contraditórios ao aparecem no mesmo indivíduo, como por exemplo, o diagnóstico de incontinência fecal e de constipação, o diagnóstico de integridade da pele prejudicada e o de risco de integridade da pele prejudicada. Lembramos que nesses casos, ambas as situações podem ocorrer na pessoa com LM. No caso do funcionamento intestinal por exemplo, a lesão neurológica pode ocasionar a perda do controle dos esfíncteres e a mobilidade física prejudicada , ingestão insuficiente de fibras e de líquidos pode causar a constipação. A integridade da pele prejudicada em uma área do corpo,

não impede o risco do surgimento de lesões em outra área. O mesmo indivíduo pode apresentar ainda o DE integridade tissular prejudicada, pois pode ter mais de uma lesão, com graus de comprometimento diferenciado dos tecidos acometidos. Assim, optamos neste estudo por apresentar esses DE na tentativa de abranger o maior número possível de respostas humanas identificadas.

Algumas vezes, um diagnóstico apareceu como fator relacionado de outro, o que nos leva a supor que existe uma inter-relação entre os DE e que alguns podem ser consequência de outros, como, por exemplo, o DE mobilidade física prejudicada, que aparece como fator relacionado dos diagnósticos de déficits para o autocuidado.

No diagnóstico de risco de infecção, que ocorreu em 86% dos casos, foi comum a ocorrência do risco para mais de um sistema orgânico, pois muitos pacientes apresentavam integridade da pele prejudicada, uso de procedimento invasivo como SVD e em alguns, o risco para infecção pulmonar. Consideramos apenas uma vez para o mesmo indivíduo esse DE, quando ocorreu mais de uma fonte de risco de infecção e o sistema em risco foi explicitado na redação do DE.

Muitos DE estiveram relacionados à falta de conhecimento e às habilidades de adaptação não desenvolvidas, característica da amostra estudada, uma vez que a pesquisa ocorreu em ambulatório de triagem, portanto, antes do processo de reabilitação na maioria dos casos da amostra, nos permitindo uma idéia de como a pessoa com LM chega ao cenário de estudo, reforçando a importância de unidades especializadas no tratamento de incapacidades, bem como da necessidade da difusão da práxis, em hospitais e unidades de saúde em geral, de estratégias de assistência voltadas à prevenção de complicações decorrentes de doenças que podem causar incapacidade, incluindo a participação do cuidador familiar (FARO, 2006).

Podemos considerar ainda que uma parte dos DE identificados possam ser solucionados. Contudo, mesmo após a reabilitação e o desenvolvimento de habilidades para o

autocuidado ou cuidado dependente, alguns desses DE serão perenes nessa população, tais como risco para integridade da pele prejudicada, risco de infecção urinária, entre outros. Estes fenômenos são decorrentes das alterações funcionais e/ou sensoriais inerentes à situação de lesão medular, para os quais novos hábitos de cuidado deverão ser incorporados, para a prevenção de complicações.

É provável que não tenhamos esgotado as possibilidades de identificação de DE nos casos estudados. Alguns DE podem não ter sido identificados por lapsos na coleta de dados ou na fase de análise, ou ainda, por influência da nossa interpretação dos dados. Embora alguns DE possam não ter sido identificados neste estudo, acreditamos que tomamos vários cuidados para assegurar a fidedignidade daqueles que foram identificados.

Prosseguindo, passaremos a apresentar a segunda etapa de nossa análise.

6.4 - RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS COM AS VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O ESTUDO

Nesse momento passamos a examinar a Hipótese 1 = O número de diagnósticos de enfermagem apresentado pelas pessoas com LM não apresenta relação com a idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

Constatamos que o número de diagnósticos identificados em cada participante e a idade dos mesmos têm distribuição normal (p com valores respectivamente de 0,474 e 0,333), o que não ocorreu com o tempo de lesão ($p = 0,001$).

Para todos os testes realizados o valor de p encontrado foi maior que 0,05 como mostrado no quadro 9. Desta forma, podemos inferir que para a amostra estudada, não há relação estatisticamente significativa entre o número de diagnósticos de enfermagem apresentado pelas pessoas com LM na amostra estudada e as variáveis idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

Quadro 9 - Relação entre as variáveis do estudo e o número de DE identificados na amostra estudada.

Variáveis	Teste	p
Idade	Coeficiente de correlação de Pearson	p= 0,502
Sexo	Mann-Whitney	p = 0,160
Escolaridade	Kruskal-Wallis	p = 0,584
Estado civil	Kruskal-Wallis	p= 0,674
Renda	Kruskal-Wallis	p= 0,462
Etiologia (tipo de lesão)	Mann-Whitney	p= 0,143
Grau de lesão	Kruskal-Wallis	p = 0,109
Tempo de Lesão	Correlação de Spearman	p= 0,857
Nível de lesão	Kruskal-Wallis	p= 0,057
Existência de cuidador	Mann-Whitney	p = 0,486
Sexo do cuidador	Mann-Whitney	p= 0,468
Grau parentesco do cuidador	Kruskal-Wallis	p = 0,848

Para a análise da Hipótese 2 = Os diagnósticos identificados não apresentam relação com as variáveis: sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade das pessoas com lesão medular, etiologia da lesão, nível da lesão, grau da lesão, tempo decorrido de lesão, existência de cuidador, sexo do cuidador e grau de parentesco do cuidador, foi utilizada a regressão logística para as variáveis numéricas. No caso de variáveis nominais foi utilizado o teste Qui-quadrado, com suas variantes e hipótese de igualdade de diagnósticos para cada variável adjunta (independente). Quando ocorreu zero em alguma frequência foi aplicado o fator de correção de Yates e obtido o valor de Qui-quadrado corrigido. Nos casos de frequências esperadas menor que 5, com duas amostras independentes, foi utilizado o Teste Exato de Fischer.

Apresentados a seguir, as análises de cada variável em relação aos diagnósticos identificados no estudo.

Na análise da relação dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra e o sexo da pessoa com lesão medular, verificamos pelo teste Qui-quadrado que, houve associação significativa dessa variável apenas para o DE “conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento” ($p = 0,011$), conforme mostra o quadro 10. Os homens apresentaram maior ocorrência desse diagnóstico em relação às mulheres.

Quadro 10 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **sexo da pessoa com lesão medular** e as respectivas probabilidades ($GL= 1$ e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,340
Atividade de recreação deficiente	0,623
Capacidade de transferência prejudicada	0,101
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,103
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,011
Constipação	0,287
Déficit no autocuidado para alimentação	0,153
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,109
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,165
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,213
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,165
Dentição prejudicada	0,514
Disfunção sexual	0,230
Dor Aguda	0,230
Dor Crônica	0,101
Enfrentamento ineficaz	0,591
Incontinência intestinal	0,212
Incontinência urinária total	0,340
Integridade da pele prejudicada	0,485
Integridade tissular prejudicada	0,376
Infecção	0,362
Interação social prejudicada	0,213
Manutenção do lar prejudicada	0,340
Manutenção ineficaz da saúde	0,591
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,212
Mobilidade física prejudicada	0,591
Mobilidade no leito prejudicada	0,260
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,283
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,107
Padrão de sono perturbado	0,514
Processos familiares disfuncionais	-
Processos familiares interrompidos	0,716
Proteção ineficaz	0,059

Conclusão.

Quadro 10 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **sexo da pessoa com lesão medular** e as respectivas probabilidades ($GL= 1$ e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de baixa auto-estima situacional	-
Risco de constipação	0,485
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	-
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,059
Risco de disfunção sexual	0,059
Risco de Infecção	0,283
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,716
Risco de Isolamento Social	0,591
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,620
Risco de paternidade prejudicada	0,679
Risco de síndrome do desuso	0,153
Risco de solidão	0,101
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,548
Risco de Trauma	0,595
Risco de queda	0,574
Risco de volume de líquidos deficiente	0,256
Tensão devida ao papel de cuidador	0,59
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,679
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,679
Eliminação urinária prejudicada	0,452
Baixa auto-estima situacional	0,591
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,591
Deambulação prejudicada	0,109
Risco de disreflexia autonômica	0,284
Paternidade prejudicada	0,591
Risco de dentição prejudicada	0,355
Disposição para enfrentamento aumentado	0,468

Ainda serão necessários estudos futuros para melhor compreender essa associação. Na amostra estudada, as mulheres apresentaram, proporcionalmente, maior grau de escolaridade. Todas eram alfabetizadas, apenas uma cursou até o 1º ano do ensino fundamental, 1 cursou até a 4ª série, 4 possuíam no mínimo a 5ª série do ensino fundamental e 2 completaram o ensino médio. Entre os homens, 5 não eram alfabetizados, 3 estudaram menos que a 4ª série do ensino fundamental, 2 estudaram até a 4ª série, 11 possuíam no mínimo a 5ª série do ensino fundamental e 1 possuía o ensino superior incompletos.

Na análise da relação entre os diagnósticos identificados na amostra e o tempo de lesão e a idade da pessoa com lesão medular, verificamos no teste de Regressão logística que não foi encontrada associação significativa entre os diagnósticos identificados na amostra e a

idade dos sujeitos, contudo, foi encontrada associação significativa entre os DE “conhecimento deficiente (família) sobre a doença e o tratamento” com o tempo de lesão ($p = 0,043$), sendo $IC (95\%) = 0,9758 < 0,9876 < 0,9996$ e o DE “dor crônica” e o tempo de lesão ($p = 0,038$) sendo $IC (95\%) = 1,0006 < 1,0116 < 1,0227$ como pode ser visualizado no Quadro 11.

Quadro 11-Valores obtidos na regressão logística na análise da relação entre os diagnósticos identificados na mostra e a **idade** das pessoas com lesão medular e **tempo de lesão** ($p \leq 0,05$).

Diagnóstico	Valor de p para Idade	Valor de p para Tempo de lesão
Ansiedade	0,565	0,318
Atividade de recreação deficiente	0,359	0,712
Capacidade de transferência prejudicada	0,923	0,984
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,331	0,043
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,961	0,120
Constipação	0,928	0,203
Déficit no autocuidado para alimentação	0,260	0,277
Déficit no autocuidado para o banho/ higiene	0,235	0,427
Déficit no autocuidado para higiene íntima	0,545	0,638
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,950	0,797
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,545	0,638
Dentição prejudicada	0,058	0,312
Disfunção sexual	0,158	0,432
Dor Aguda	0,542	0,112
Dor Crônica	0,112	0,038
Enfrentamento ineficaz	0,534	0,774
Incontinência intestinal	0,487	0,433
Incontinência urinária total	0,692	0,506
Integridade da pele prejudicada	0,948	0,212
Integridade tissular prejudicada	0,331	0,384
Infecção	0,586	0,254
Interação social prejudicada	0,981	0,674
Manutenção do lar prejudicada	0,353	0,589
Manutenção ineficaz da saúde	0,486	0,541
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,591	0,563
Mobilidade física prejudicada	0,664	0,681
Mobilidade no leito prejudicada	0,871	0,747
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,153	0,690
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,746	0,511
Padrão de sono perturbado	0,465	0,456
Processos familiares disfuncionais	0,954	0,516
Processos familiares interrompidos	0,849	0,476
Proteção ineficaz	0,871	0,585
Risco de baixa auto-estima situacional	0,318	0,643
Risco de constipação	0,695	0,574

Conclusão.

Quadro11-Valores obtidos na regressão logística na análise da relação entre os diagnósticos identificados na mostra e a **idade** das pessoas com lesão medular e **tempo de lesão** ($p \leq 0,05$).

Diagnóstico	Valor de p para Idade	Valor de p para Tempo de lesão
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,688	0,595
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,616	0,189
Risco de disfunção sexual	0,121	0,252
Risco de Infecção	0,983	0,288
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,516	0,894
Risco de Isolamento Social	0,795	0,968
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,318	0,576
Risco de paternidade prejudicada	0,584	0,496
Risco de síndrome do desuso	0,217	0,481
Risco de solidão	0,847	0,103
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,121	0,554
Risco de Trauma	0,417	0,765
Risco de queda	0,756	0,389
Risco de volume de líquidos deficiente	0,699	0,419
Tensão devida ao papel de cuidador	0,810	0,687
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,773	0,632
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,962	0,365
Eliminação urinária prejudicada	0,712	0,479
Baixa auto-estima situacional	0,997	0,997
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,664	0,681
Deambulação prejudicada	0,489	0,568
Risco de disreflexia autonômica	0,604	0,610
Paternidade prejudicada	0,429	0,696
Risco de dentição prejudicada	0,160	0,832
Disposição para enfrentamento aumentado	0,489	0,679

O aumento do tempo decorrido de lesão levou ao decréscimo do déficit do conhecimento da família das pessoas com LM, na amostra estudada. Tal fato pode estar relacionado a maiores oportunidades de exposição e a busca de informações a respeito da LM, bem como de assimilação das mesmas pelos familiares, com o decorrer do tempo e a medida que vão convivendo com o problema. As fases psicológicas pelas quais passa a pessoa que sofreu a LM e seus familiares, explicam parte dessa relação tempo x aprendizagem. Essas incluem a fase inicial de choque, caracterizada pela ausência de ação e desorientação, a fase de negação, caracterizada por uma expectativa irreal e por uma conduta rígida centralizada na recuperação total e às vezes de ignorar as informações recebidas, seguida da fase de reconhecimento que é o momento de conscientização de suas reais limitações e

potencialidades, podendo nesta fase surgir os comportamentos de revolta, agressividade ou depressão, dependendo da estrutura psíquica de cada pessoa. Por fim, a fase de adaptação, que se caracteriza pela conscientização dos recursos disponíveis pela busca sua reestruturação física, emocional, social e afetiva (MENDONÇA, 2001).

Assim, podemos inferir que o tempo favorece aquisição e assimilação do conhecimento, e, portanto à diminuição da ocorrência do DE déficit do conhecimento sobre a doença e tratamento, como evidenciado pelo teste aplicado.

Com relação à ocorrência da dor crônica, parece haver uma relação inversa, ou seja, o aumento do tempo decorrido de lesão favorece o aparecimento deste DE. Segundo Rogano (2001), a dor, nas pessoas com LM é predominantemente precoce e se manifesta desde os primeiros meses de lesão.

Segundo Sakata; Issy; Vlainichi (2003), a dor neuropática conseqüente à LM geralmente tem início após poucas semanas ou meses, podendo ocorrer depois de anos ou imediatamente após a lesão, no entanto possui característica de cronicidade. A dor crônica, neuropática, ocorre em 7,5 a 77% dos pacientes após a LM. “Pacientes tetraplégicos podem desenvolver siringomielia (mielopatia cística pós-traumática), sendo o tempo médio para o aparecimento de 4 anos após a lesão completa e de 10 anos, após incompleta” (SAKATA; ISSY ; VLAINICHI , 2003. p178).

Estudos de Forslund et al. (2007), relatam que a prevalência de dor no ombro em paraplégicos, aumenta com os anos de lesão, em decorrência de movimentos repetitivos requeridos para as transferências e locomoção em cadeira de rodas.

Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre os DE identificados e a variável etiologia da lesão, como mostrado no quadro 12. Assim, podemos inferir que os DE identificados independem da etiologia da lesão.

Quadro 12 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a **etiologia da lesão** e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$)

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,464
Atividade de recreação deficiente	0,954
Capacidade de transferência prejudicada	0,310
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,468
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,310
Constipação	0,468
Déficit no autocuidado para alimentação	0,795-
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,131
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,193
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,873
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,193
Dentição prejudicada	0,312
Disfunção sexual	0,563
Dor Aguda	0,563
Dor Crônica	0,310
Enfrentamento ineficaz	0,077-
Incontinência intestinal	0,687
Incontinência urinária total	0,464
Integridade da pele prejudicada	0,349
Integridade tissular prejudicada	0,954
Infecção	0,723
Interação social prejudicada	0,517
Manutenção do lar prejudicada	0,758
Manutenção ineficaz da saúde	0,077
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,687-
Mobilidade física prejudicada	0,077
Mobilidade no leito prejudicada	0,418
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,252
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,758
Padrão de sono perturbado	0,588
Processos familiares disfuncionais	0,281
Processos familiares interrompidos	0,615
Proteção ineficaz	0,418-
Risco de baixa auto-estima situacional	0,281
Risco de constipação	0,349
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,252-
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,954
Risco de disfunção sexual	0,418
Risco de Infecção	0,252
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,252
Risco de Isolamento Social	0,077
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,193-
Risco de paternidade prejudicada	0,464

Conclusão.

Quadro 12 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a **etiologia da lesão** e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$)

Diagnóstico	p
Risco de síndrome do desuso	0,795
Risco de solidão	0,743
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,195
Risco de Trauma	0,743
Risco de queda	0,724-
Risco de volume de líquidos deficiente	0,854
Tensão devida ao papel de cuidador	0,077
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,464
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,464
Eliminação urinária prejudicada	0,150
Baixa auto-estima situacional	0,077
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,077
Deambulação prejudicada	0,281
Risco de disreflexia autonômica	0,956
Paternidade prejudicada	0,077
Risco de dentição prejudicada	0,743
Disposição para enfrentamento aumentado	0,131-

Encontramos associação significativa entre o DE “déficit no autocuidado para alimentação” e o nível da lesão ($p = 0,0006$), conforme pode ser visto no Quadro 13.

Esta associação pode ser verificada nos níveis de lesão cervicais altos, com maior comprometimento da capacidade funcional. A pessoa com lesão medular completa nível C4 é totalmente dependente para as AVD nas quais está incluída a atividade de alimentação. Pessoas com nível de lesão C5 que apresentam movimentação voluntária e funcional do músculo deltóide e bíceps braquial, com abdução do ombro e flexão do cotovelo, podem atingir independência para alimentação com o uso de adaptações. Lesão em nível C6 a pessoa será independente em alimentação com a utilização de talheres de cabo engrossado ou ainda com uso de utensílio com substituição de preensão. Nas pessoas com lesão medular em nível torácico, os MMSS estão com a função preservada, com independência total para as AVD (ARES; CASALIS 2001).

Quadro 13 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao nível da lesão e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,302
Atividade de recreação deficiente	0,121
Capacidade de transferência prejudicada	0,860
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,985
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,606
Constipação	0,161
Déficit no autocuidado para alimentação	0,0006
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,4895
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,329
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,004
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,329
Dentição prejudicada	0,118
Disfunção sexual	0,666
Dor Aguda	0,286
Dor Crônica	0,606
Enfrentamento ineficaz	0,708
Incontinência intestinal	0,367
Incontinência urinária total	0,086
Integridade da pele prejudicada	0,834
Integridade tissular prejudicada	0,489
Infecção	0,207
Interação social prejudicada	0,887
Manutenção do lar prejudicada	0,199
Manutenção ineficaz da saúde	0,708
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,388
Mobilidade física prejudicada	0,034
Mobilidade no leito prejudicada	0,178
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,391
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,542
Padrão de sono perturbado	0,388
Processos familiares disfuncionais	0,684
Processos familiares interrompidos	0,391
Proteção ineficaz	0,014
Risco de baixa auto-estima situacional	0,489
Risco de constipação	0,474
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,441
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,345
Risco de disfunção sexual	0,508
Risco de Infecção	0,758
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,214
Risco de Isolamento Social	0,708
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,015
Risco de paternidade prejudicada	0,484
Risco de síndrome do desuso	0,196
Risco de solidão	0,074
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,910

Conclusão.

Quadro 13 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao nível da lesão e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).

Risco de Trauma	0,522
Risco de queda	0,450
Risco de volume de líquidos deficiente	0,450
Tensão devida ao papel de cuidador	0,708
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,329
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,769
Eliminação urinária prejudicada	0,637
Baixa auto-estima situacional	0,241
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,034
Deambulação prejudicada	0,0009
Risco de disreflexia autonômica	0,377
Paternidade prejudicada	0,241
Risco de dentição prejudicada	0,332
Disposição para enfrentamento aumentado	0,684

Também foi verificada associação estatisticamente significativa para o diagnóstico “déficit no autocuidado para higiene oral” com o nível da lesão ($p = 0,004$). Como se trata de atividade que requer movimento ativo e funcional de MMSS, assim como para o DE “déficit para alimentação”, haverá maior comprometimento para estas ações nas lesões medulares acima de T1, que comprometem a capacidade funcional dos membros superiores. Segundo Ares e Casalis (2001, p.90-91), “[...] pacientes com níveis torácicos têm potencial para se tornarem independentes nas AVD e AVP, transferências, mudanças de posicionamento e no manejo de cadeira de rodas em terrenos planos ou inclinados”.

Julgamos oportuno ponderar que para os demais DE de déficit no autocuidado na amostra estudada, para os quais não foram verificadas associações estatisticamente significativas com o nível de lesão, é provável que as pessoas não estão conseguindo fazer isso de forma independente, não devido ao nível da lesão, mas por outros motivos associados, tais como a necessidade de muito esforço, ainda não receberam treinamento, estão com outros problemas de saúde associados ou outras causas.

Para o DE “mobilidade física prejudicada” ($p = 0,034$) e o DE “deambulação prejudicada” ($p = 0,0009$) também foram verificadas associações estatisticamente significativas

com nível de lesão. Como já foi comentado, quanto mais alto o nível da lesão maior o comprometimento funcional na pessoa acometida para a movimentação independente. No entanto, é necessário lembrar que o grau de incapacidade ou de potencialidades no indivíduo com lesão medular, não está relacionado apenas ao nível de lesão, mas também a outros fatores, como por exemplo, o grau da lesão, se incompleta ou completa, estado de saúde, motivação.

Encontramos ainda associação significativa para o DE “proteção ineficaz” e o nível de lesão ($p = 0,014$). A LM resulta tanto em alterações motoras quanto de sensibilidade em graus variáveis, segundo o nível e grau da lesão, além de alterações vasomotoras e autonômicas. A lesão da medula em níveis cervicais causa a tetraplégica, com diminuição da função motora e sensitiva nos MMSS, tronco, MMII e órgãos pélvicos. Lesões nos segmentos torácico, lombar ou sacral da medula, resultam em paraplegia, situação em que a função dos MMSS é preservada (GREVE; CASTRO, 2001). O comprometimento dessas funções põe em risco a integridade do indivíduo, que fica dependente para as ações de autocuidado e de controle do ambiente. Assim, podemos inferir que o nível de LM está associado à diminuição da capacidade do indivíduo de proteger-se, quando se verifica que é um dos fatores determinantes do nível de incapacidade.

Para o DE “controle ineficaz do regime terapêutico”, também houve diferença significativamente estatística ($p = 0,034$), como mostrado no quadro 12. Fundamentado nos comentários acima, acerca dos prejuízos funcionais decorrentes da LM, podemos inferir que níveis mais altos de LM acarretam maior prejuízo da mobilidade física, o que pode constituir uma barreira para as exigências de autocuidado terapêutico.

O DE “risco de manutenção do lar prejudicada” também apresentou associação estatística significativa com o nível de lesão ($p = 0,015$). Da mesma forma, considerando que quanto maior o grau de incapacidade, mais dificuldades a pessoa terá na realização de

atividades de vida diária e de vida prática, inclusive de readaptação à profissão exercida, podemos inferir que níveis mais altos de LM acarretam maior prejuízo da mobilidade física, o que pode constituir uma barreira para a manutenção do lar, tanto relacionado à manutenção financeira quanto de manutenção de ambiente imediato seguro, como definido pela NANDA (2006).

Com relação à variável grau de lesão, os testes realizados evidenciaram associação estatisticamente significativa para o DE “deambulação prejudicada” e o grau de lesão ($p = 0,007$). A extensão do dano funcional, motor e sensitivo causado pela lesão medular, está associado ao grau da lesão. Lesões completas estão associadas a maior prejuízo da capacidade funcional. Segundo Brotherton, Krause e Nietert (2007), algumas pessoas com lesão incompleta podem ser capazes de andar, porém na maioria das vezes é uma marcha limitada, ou não funcional.

Os testes realizados evidenciaram associação estatisticamente significativa para o DE “disfunção sexual” e grau de lesão ($p = 0,005$). Na amostra estudada, 15 dos 20 pacientes com esse diagnóstico eram ASIA A, ou seja, apresentavam LM completa. Assim como já comentado, o risco da pessoa com LM medular apresentar alteração na função sexual após TRM é alto e o tipo de alteração pode apresentar associação com o grau da lesão. O tipo de disfunção sexual na lesão medular, explica DeForge et al. (2006), depende da severidade e localização da injúria medular e atinge tanto homens quanto mulheres.

Também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para os DE de “incontinência intestinal” e “incontinência urinária total” e grau de lesão, com valores de $p = 0,033$ e $p = 0,0006$, respectivamente. Assim como ocorre com a função sexual, os centros medulares que intermedeiam as funções urinárias e intestinais estão localizados nos níveis toraco-lombar e sacral da medula espinhal e fazem conexão com encéfalo. O tipo de alteração no funcionamento vesical e intestinal está associado, além do nível, também ao grau de

comprometimento da lesão (ARES, 2001; TRIGO-ROCHA, 2001). Nos casos estudados, a grande maioria dos casos que apresentaram esses diagnósticos, tinha lesão completa da medula espinhal.

Para alguns DE existem referências que abordam de algum modo a relação entre as variáveis, contudo, para algumas dessas associações, como por exemplo entre o DE “infecção” e grau de lesão, outros estudos entre essa associação ainda precisam ser realizados. Como a maioria dos fatores que condicionaram esse DE na amostra estudada esteve relacionado ao déficit neurológico, motor e sensitivo conseqüente à LM e como sabemos que o grau da lesão interfere nesse déficit, é possível que à partir desse pensamento possa ser estabelecida uma associação.

Foi também verificado diferença estatisticamente significativa entre o DE “integridade tissular prejudicada” e o grau de lesão ($p=0,016$) e o diagnósticos “proteção ineficaz” e grau de lesão ($p= 0,0004$),. Da mesma forma, a integridade tissular está associada às alterações sensitivas e motoras, relacionadas à LM, sendo que o grau dessas alterações relaciona-se com o grau de lesão.

Encontramos ainda diferença estatisticamente significativa entre o grau de lesão e os diagnósticos “risco de disfunção neurovascular periférica” ($p= 0,002$) e “risco de síndrome do desuso” ($p= 0,015$), como apresentado no quadro 14. Também para o estudo de associação entre esses DE e o grau de lesão, estudos futuros serão bem vindos. É possível que essa associação se devido ao grau de lesão medular ser um dos fatores que interferem na capacidade motora , funcional e do controle simpático do organismo, as quais estão implicadas na fisiopatologia da disfunção neurovascular e da síndrome do desuso, como já discutido anteriormente.

Quadro 14 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **grau da lesão medular** (classificação ASIA) e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,162
Atividade de recreação deficiente	0,592
Baixa auto-estima situacional	0,923
Capacidade de transferência prejudicada	0,217
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,454
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,788
Constipação	0,625
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,151
Deambulação prejudicada	0,007
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,786
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,885
Déficit no autocuidado para alimentação	0,066
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,270
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,786
Dentição prejudicada	0,548
Disfunção sexual	0,005
Disposição para enfrentamento aumentado	0,885
Dor Aguda	0,531
Dor Crônica	0,281
Eliminação urinária prejudicada	0,109
Enfrentamento ineficaz	0,923
Incontinência intestinal	0,033
Incontinência urinária total	0,0006
Infecção	0,024
Integridade da pele prejudicada	0,320
Integridade tissular prejudicada	0,016
Interação social prejudicada	0,515
Manutenção do lar prejudicada	0,472
Manutenção ineficaz da saúde	0,151
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,292
Mobilidade física prejudicada	0,151
Mobilidade no leito prejudicada	0,116
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,659
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,273
Padrão de sono perturbado	0,304
Paternidade prejudicada	0,923
Processos familiares disfuncionais	0,578
Processos familiares interrompidos	0,828
Proteção ineficaz	0,0004
Risco de baixa auto-estima situacional	0,758
Risco de constipação	0,415
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,063
Risco de dentição prejudicada	0,693
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,002

Conclusão.

Quadro 14 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **grau da lesão medular** (classificação ASIA) e as respectivas probabilidades (GL = 4 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de disfunção sexual	0,002
Risco de disreflexia autonômica	0,120
Risco de Infecção	0,267
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,213
Risco de Isolamento Social	0,923
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,786
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,571
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,342
Risco de paternidade prejudicada	0,904
Risco de queda	0,402
Risco de síndrome do desuso	0,015
Risco de solidão	0,693
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,247
Risco de Trauma	0,693
Risco de volume de líquidos deficiente	0,531
Tensão devida ao papel de cuidador	0,923

A variável grau de escolaridade apresentou associação estatisticamente significativa com os DE “risco de baixa auto-estima situacional” ($p=0,010$) e com o DE “risco de disfunção sexual” ($p=0,029$), como mostra o quadro 15. Não encontramos estudos que estabeleçam associações entre esses DE e a variável escolaridade, é possível que a compreensão da situação e dos fatores emocionais que envolvem a pessoa com LM possa apresentar relação com o grau de escolaridade.

Quadro 15 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **grau de escolaridade** e as respectivas probabilidades (GL = 5 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	Probabilidade
Ansiedade	0,287
Atividade de recreação deficiente	0,368
Baixa auto-estima situacional	0,959
Capacidade de transferência prejudicada	0,773
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,953
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,538
Constipação	0,392
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,959
Deambulação prejudicada	0,223
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,648
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,509

Conclusão.

Quadro 15 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **grau de escolaridade** e as respectivas probabilidades (GL = 5 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	Probabilidade
Déficit no autocuidado para alimentação	0,835
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,210
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,648
Dentição prejudicada	0,192
Disfunção sexual	0,064
Disposição para enfrentamento aumentado	0,509
Dor Aguda	0,252
Dor Crônica	0,826
Eliminação urinária prejudicada	0,487
Enfrentamento ineficaz	0,959
Incontinência intestinal	0,265
Incontinência urinária total	0,530
Infecção	0,339
Integridade da pele prejudicada	0,681
Integridade tissular prejudicada	0,855
Interação social prejudicada	0,387
Manutenção do lar prejudicada	0,761
Manutenção ineficaz da saúde	0,959
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,455
Mobilidade física prejudicada	0,959
Mobilidade no leito prejudicada	0,368
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,739
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,830
Padrão de sono perturbado	0,447
Paternidade prejudicada	0,959
Processos familiares disfuncionais	0,829
Processos familiares interrompidos	0,902
Proteção ineficaz	0,136
Risco de baixa auto-estima situacional	0,010
Risco de constipação	0,510
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,464
Risco de dentição prejudicada	0,471
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,535
Risco de disfunção sexual	0,029
Risco de disreflexia autonômica	0,898
Risco de Infecção	0,739
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,805
Risco de Isolamento Social	0,959
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,393
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,056
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,565
Risco de paternidade prejudicada	0,869
Risco de queda	0,626
Risco de síndrome do desuso	0,563
Risco de solidão	0,223
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,734
Risco de Trauma	0,160
Risco de volume de líquidos deficiente	0,367
Tensão devida ao papel de cuidador	0,959

Foi verificada associação estatisticamente significativa entre a variável estado civil da pessoa com LM e os DE: “disfunção sexual” ($p = 0,048$) e “risco de disfunção sexual” ($p = 0,008$), conforme mostrado no quadro 16.

De acordo com DeForge et al. (2006), a disfunção sexual é um problema freqüente após a LM. Utida et al (2005), reforça que a LM acomete, na maioria, indivíduos jovens, na idade reprodutiva e que a disfunção erétil e a disfunção ejaculatória está presente em mais de 90% dos homens. Nos pacientes deste estudo, dos 11 que se declararam casados, 10 relataram alteração na função sexual, dos 19 que se declararam solteiros ou separados, 10 informaram alteração na função sexual. É possível que tal fato tenha ocorrido, porque entre os casados, a preocupação com o relacionamento do casal.

Verificamos também associação estatisticamente significativa entre o DE “disposição para enfrentamento aumentado” e estado civil ($p = 0,013$). Este DE foi identificado em apenas 1 caso deste estudo, e a pessoa se declarou separada e demonstrava grande interesse em aumentar seu potencial de independência.. É provável que nesta situação, além de fatores internos da própria pessoa, a situação de estar sem o companheiro que a pudesse auxiliar em suas necessidades de autocuidado ou nas atividades da vida prática, a estava mobilizando para comportamento de busca de novos recursos. Também foi verificada associação estatisticamente significativa entre a variável estado civil e o DE “interação social prejudicada” ($p=0,043$). Este DE foi mais freqüente entre os solteiros, tendo ocorrido em 11 casos.

Para o DE “mobilidade com cadeira de rodas prejudicada” e estado civil”, também foram verificadas diferenças estatisticamente significativa ($p = 0,039$), sendo mais freqüente entre os que se declararam casados.

Quadro 16 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **estado civil** das pessoas com LM e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,658
Atividade de recreação deficiente	0,070
Baixa auto-estima situacional	0,508
Capacidade de transferência prejudicada	0,131
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,339
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,131
Constipação	0,339
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,508
Deambulação prejudicada	0,412
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,379
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,412
Déficit no autocuidado para alimentação	0,845
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,262
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,379
Dentição prejudicada	0,396
Disfunção sexual	0,048
Disposição para enfrentamento aumentado	0,013
Dor Aguda	0,350
Dor Crônica	0,983
Eliminação urinária prejudicada	0,547
Enfrentamento ineficaz	0,409
Incontinência intestinal	0,127
Incontinência urinária total	0,658
Infecção	0,492
Integridade da pele prejudicada	0,592
Integridade tissular prejudicada	0,884
Interação social prejudicada	0,043
Manutenção do lar prejudicada	0,168
Manutenção ineficaz da saúde	0,508
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,039
Mobilidade física prejudicada	0,508
Mobilidade no leito prejudicada	0,216
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,339
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,919
Padrão de sono perturbado	0,335
Paternidade prejudicada	0,126
Processos familiares disfuncionais	0,412
Processos familiares interrompidos	0,550
Proteção ineficaz	0,222
Risco de baixa auto-estima situacional	0,757
Risco de constipação	0,433
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,550
Risco de dentição prejudicada	0,983
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,699
Risco de disfunção sexual	0,008

Conclusão.

Quadro 16 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **estado civil** das pessoas com LM e as respectivas probabilidades ($GL = 2$ e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de disreflexia autonômica	0,721
Risco de Infecção	0,271
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,271
Risco de Isolamento Social	0,508
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,278
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,458
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,578
Risco de paternidade prejudicada	0,278
Risco de queda	0,257
Risco de síndrome do desuso	0,468
Risco de solidão	0,657
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,493
Risco de Trauma	0,081
Risco de volume de líquidos deficiente	0,379
Tensão devida ao papel de cuidador	0,409

Houve associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de Manutenção do lar prejudicada e a renda da pessoa com lesão medular ($p = 0,012$), conforme pode ser visto no quadro 17. As pessoas com renda menor ou igual a dois salários mínimos apresentaram maior ocorrência desse diagnóstico. É importante considerar, que a amostra estudada constituiu-se de pessoas de baixa renda, que possuíam esta situação mesmo antes da LM e que foi agravada em muitas famílias, em decorrência do afastamento temporário do trabalho, tanto da pessoa que sofreu a LM, como às vezes também de outras pessoas da família que irão assumir o papel de cuidador, o que além dos gastos com tratamento, pode comprometer a renda familiar com conseqüente prejuízo na manutenção do lar.

Quadro 17 -Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação à **renda da pessoa com lesão medular** e as respectivas probabilidades (GL = 3 e $\leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,972
Atividade de recreação deficiente	0,964
Capacidade de transferência prejudicada	0,529
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,575
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,954
Constipação	0,575
Déficit no autocuidado para alimentação	0,450
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,585
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,235
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,062
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,235
Dentição prejudicada	0,824
Disfunção sexual	0,911
Dor Aguda	0,911
Dor Crônica	0,330
Enfrentamento ineficaz	0,491
Incontinência intestinal	0,613
Incontinência urinária total	0,463
Integridade da pele prejudicada	0,558
Integridade tissular prejudicada	0,711
Infecção	0,556
Interação social prejudicada	0,605
Manutenção do lar prejudicada	0,012
Manutenção ineficaz da saúde	0,334
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,115
Mobilidade física prejudicada	0,416
Mobilidade no leito prejudicada	0,537
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,495
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,327
Padrão de sono perturbado	0,625
Processos familiares disfuncionais	0,418
Processos familiares interrompidos	0,340
Proteção ineficaz	0,964
Risco de baixa auto-estima situacional	0,585
Risco de constipação	0,973
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,671
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,537
Risco de disfunção sexual	0,640
Risco de Infecção	0,362
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,434
Risco de Isolamento Social	0,491
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,326
Risco de paternidade prejudicada	0,150
Risco de síndrome do desuso	0,183
Risco de solidão	0,675

Conclusão.

Quadro 17 -Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação à **renda da pessoa com lesão medular** e as respectivas probabilidades (GL = 3 e $\leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,203
Risco de Trauma	0,529
Risco de queda	0,296
Risco de volume de líquidos deficiente	0,952
Tensão devida ao papel de cuidador	0,334
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,830
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,767
Eliminação urinária prejudicada	0,203
Baixa auto-estima situacional	0,491
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,416
Deambulação prejudicada	0,647
Risco de disreflexia autonômica	0,717
Paternidade prejudicada	0,247
Risco de denteição prejudicada.	0,889
Disposição para enfrentamento aumentado	0,508

Os testes estatísticos realizados evidenciaram associação significativa entre a variável existência de cuidador e os seguintes DE: enfrentamento ineficaz ($p= 0,008$); manutenção ineficaz da saúde ($p= 0,008$); risco de isolamento social ($p= 0,008$); baixa auto-estima situacional ($p= 0,008$); controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada ($p= 0,008$), tensão devida ao papel de cuidador ($p= 0,008$), como pode ser visto no quadro 18.

Apenas um dos participantes deste estudo declarou não ter cuidador. A associação entre os DE acima e a existência de cuidador, pode estar em função de diversos fatores como o despreparo do cuidador, tanto técnico como emocional, para lidar com a situação de ter um ente da família em situação de lesão medular, ou por falta de recursos financeiros, que dificultam a aquisição de medicamentos ou materiais necessários ao tratamento e, também pela rede de apoio insuficiente, o que muitas vezes sobrecarrega o cuidador, levando à tensão e ao desgaste das relações. Migiyama e Souza (2006), estudaram as relações entre o cuidador

e ser cuidado em situações de lesão medular, e relatam que muitas vezes as interpretações sobre as ações de cuidado são diferentes entre eles, o que pode gerar insatisfação.

Para o DE “paternidade prejudicada” também foi verificado estatisticamente significativa com a variável “existência de cuidador ($p= 0,008$). Este DE foi identificado em apenas um paciente, que possuía cuidador. Estudos futuros serão necessários, para compreender a associação identificada na amostra desta pesquisa.

Quadro 18 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a **existência de cuidador** e as respectivas probabilidades ($GL = 1$ e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Ansiedade	1,000
Atividade de recreação deficiente	0,521
Capacidade de transferência prejudicada	0,362
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,591
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,362
Constipação	0,591
Déficit no autocuidado para alimentação	0,719
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,077
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,175
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,657
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,175
Dentição prejudicada	0,891
Disfunção sexual	0,719
Dor Aguda	0,719
Dor Crônica	0,362
Enfrentamento ineficaz	0,008
Incontinência intestinal	0,891
Incontinência urinária total	1,000
Integridade da pele prejudicada	0,891
Integridade tissular prejudicada	0,521
Infecção	0,778
Interação social prejudicada	0,657
Manutenção do lar prejudicada	1,000
Manutenção ineficaz da saúde	0,008
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,891
Mobilidade física prejudicada	0,008
Mobilidade no leito prejudicada	0,521
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,272
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1,000
Padrão de sono perturbado	0,891
Processos familiares disfuncionais	0,077
Processos familiares interrompidos	0,272
Proteção ineficaz	0,521
Risco de baixa auto-estima situacional	0,933
Risco de constipação	0,891
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,272
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,521

Conclusão.

Quadro 18 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação a **existência de cuidador** e as respectivas probabilidades (GL = 1 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de disfunção sexual	0,591
Risco de Infecção	0,272
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,272
Risco de Isolamento Social	0,008
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,175
Risco de paternidade prejudicada	0,175
Risco de síndrome do desuso	0,719
Risco de solidão	0,362
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,719
Risco de Trauma	0,362
Risco de queda	0,945
Risco de volume de líquidos deficiente	0,445
Tensão devida ao papel de cuidador	0,008
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,175
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,175
Eliminação urinária prejudicada	0,657
Baixa auto-estima situacional	0,008
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,008
Deambulação prejudicada	0,077
Risco de disreflexia autonômica	0,521
Paternidade prejudicada	0,008
Risco de dentição prejudicada	0,362
Disposição para enfrentamento aumentado	0,077

Encontramos associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de Tensão devida ao papel de cuidador e a variável sexo do cuidador ($p = 0,022$), conforme pode ser visualizado no quadro 19, o sexo feminino apresentou maior ocorrência desse diagnóstico em relação ao masculino. Faro (1998) e Madureira (2002), também relatam a predominância da mulher no cuidado à pessoa com LM, sendo que muitas vezes a esse cuidar, estão associados outras tarefas do lar e outros agentes estressores, que contribuem para esse DE.

Quadro 19 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **sexo do cuidador** e as respectivas probabilidades (GL = 1 e $p \leq 0,05$)

Diagnóstico	p
Ansiedade	0,465
Atividade de recreação deficiente	0,516
Capacidade de transferência prejudicada	0,642
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,347
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,642
Constipação	0,111

Continuação.

Quadro 19 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **sexo do cuidador** e as respectivas probabilidades (GL = 1 e $p \leq 0,05$)

Diagnóstico	p
Déficit no autocuidado para alimentação	0,424
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,320
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,446
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,574
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,446
Dentição prejudicada	0,329
Disfunção sexual	0,575
Dor Aguda	0,502
Dor Crônica	0,552
Enfrentamento ineficaz	0,377
Incontinência intestinal	0,292
Incontinência urinária total	0,534
Integridade da pele prejudicada	0,292
Integridade tissular prejudicada	0,416
Infecção	0,355
Interação social prejudicada	0,502
Manutenção do lar prejudicada	0,143
Manutenção ineficaz da saúde	0,377
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,236
Mobilidade física prejudicada	0,377
Mobilidade no leito prejudicada	0,347
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,552
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,143
Padrão de sono perturbado	0,329
Processos familiares disfuncionais	0,763
Processos familiares interrompidos	0,446
Proteção ineficaz	0,347
Risco de baixa auto-estima situacional	0,763
Risco de constipação	0,107
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,126
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,416
Risco de disfunção sexual	0,347
Risco de Infecção	0,446
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,552
Risco de Isolamento Social	0,377
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,143
Risco de paternidade prejudicada	763
Risco de síndrome do desuso	0,424
Risco de solidão	0,786
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,022
Risco de Trauma	0,637
Risco de queda	0,534
Risco de volume de líquidos deficiente	0,516
Tensão devida ao papel de cuidador	0,377
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,977
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,446
Eliminação urinária prejudicada	0,497
Baixa auto-estima situacional	0,377
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,377
Deambulação prejudicada	0,76

Conclusão.

Quadro 19 - Valores do Qui-Quadrado corrigido (Yates) ou do Teste Exato de Fisher obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao **sexo do cuidador** e as respectivas probabilidades ($GL = 1$ e $p \leq 0,05$)

Diagnóstico	p
Risco de disreflexia autonômica	-
Paternidade prejudicada	0,37
Risco de dentição prejudicada	0,78
Disposição para enfrentamento aumentado	-

Verificamos associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico Conhecimento (familiar) deficiente e o grau de parentesco do cuidador ($p = 0,0181$), conforme mostra o quadro 20. Quando o cuidador era a mãe ou o pai esse diagnóstico teve maior ocorrência em comparação aos demais graus de parentesco. É provável que tal fato possa estar associado à idade e grau de escolaridade dos pais, a maioria pessoas de baixo nível sócio econômico.

Também foi encontrada associação significativa do diagnóstico “dentição prejudicada e o grau do parentesco do cuidador ($p = 0,0284$). Quando o cuidador era o cônjuge, a filha ou outro membro da família a ocorrência desse diagnóstico foi maior, em comparação à quando o cuidador era mãe/pai. Não encontramos estudos que apontem essa relação, é possível que os pais se envolvam mais com as questões dos cuidados íntimos, tanto por questões culturais e também pelo relato de maior disponibilidade de tempo para o cuidado, uma vez que, muitas vezes os cuidadores com outros graus de parentesco geralmente assumiam outras atividades fora do domicílio, como estudo ou trabalho.

O diagnóstico risco de infecção mostrou associação significativa com o grau do parentesco do cuidador ($p = 0,0055$). Sua ocorrência foi maior quando o cuidador era mãe/pai. Também não identificamos literatura que apontem alguma relação entre esse DE e a variável, è possível que esteja relacionado ao conhecimento deficiente do cuidador em prevenir exposição à patógenos, uma vez que, na maioria dos casos, o cuidador principal era a mãe e

entre esse grupo de cuidadores, foi verificado maior ocorrência de déficit do conhecimento a respeito da doença e tratamento.

Quadro 20 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao grau de parentesco do cuidador e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	P
Ansiedade	0,883
Atividade de recreação deficiente	0,125
Capacidade de transferência prejudicada	0,475
Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,018
Conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento	0,475
Constipação	0,376
Déficit no autocuidado para alimentação	0,736
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene	0,083
Déficit de autocuidado para higiene íntima	0,306
Déficit no autocuidado para higiene oral	0,460
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	0,306
Dentição prejudicada	0,028
Disfunção sexual	0,387
Dor Aguda	0,461
Dor Crônica	0,615
Enfrentamento ineficaz	0,791
Incontinência intestinal	0,312
Incontinência urinária total	0,428
Integridade da pele prejudicada	0,541
Integridade tissular prejudicada	0,859
Infecção	0,205
Interação social prejudicada	0,314
Manutenção do lar prejudicada	0,724
Manutenção ineficaz da saúde	0,791
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	0,343
Mobilidade física prejudicada	0,061
Mobilidade no leito prejudicada	0,957
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,615
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	0,594
Padrão de sono perturbado	0,867
Processos familiares disfuncionais	0,347
Processos familiares interrompidos	0,383
Proteção ineficaz	0,368
Risco de baixa auto-estima situacional	0,910
Risco de constipação	0,343
Risco de controle ineficaz do regime terapêutico	0,615
Risco de disfunção neurovascular periférica	0,859
Risco de disfunção sexual	0,098
Risco de Infecção	0,005
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	0,707

Conclusão.

Quadro 20 - Valores de Qui-quadrado obtidos para cada diagnóstico encontrado em relação ao grau de parentesco do cuidador e as respectivas probabilidades (GL = 2 e $p \leq 0,05$).

Diagnóstico	p
Risco de Isolamento Social	0,791
Risco de manutenção do lar prejudicada	0,657
Risco de paternidade prejudicada	0,347
Risco de síndrome do desuso	0,956
Risco de solidão	0,615
Risco de tensão devida ao papel de cuidador	0,194
Risco de Trauma	0,414
Risco de queda	0,594
Risco de volume de líquidos deficiente	0,595
Tensão devida ao papel de cuidador	0,680
Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	0,657
Risco de padrão respiratório ineficaz	0,777
Eliminação urinária prejudicada	0,461
Baixa auto-estima situacional	0,791
Controle ineficaz do regime terapêutico	0,061
Deambulação prejudicada	0,347
Risco de disreflexia autonômica	0,109
Paternidade prejudicada	0,061
Risco de dentição prejudicada	0,282
Disposição para enfrentamento aumentado	0,083

7 CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a analisar o perfil dos DE da NANDA em pessoas com LM atendidas no ambulatório de triagem de um centro especializado em reabilitação, usando o referencial de Orem, da teoria do déficit do autocuidado, bem como analisar a relação dos diagnósticos de enfermagem identificados com as variáveis: idade, sexo, renda, estado civil e escolaridade da pessoa com lesão medular, etiologia, nível e grau da lesão, tempo decorrido da lesão, existência de cuidador, sexo e grau de parentesco do cuidador.

Mediante estudo de características da amostra podemos dizer que predominou o sexo masculino, com idade de 20 a 30 anos, procedentes do interior do Estado de Goiás e cidades do entorno de Goiânia, com escolaridade até ensino fundamental incompleto, renda de até 5 salários mínimos, com estado civil solteiro ou casado, com disponibilidade de cuidador do sexo feminino.

Os participantes apresentaram lesão medular na maioria das vezes de origem traumática, ocorrida mais freqüentemente até 180 dias, afetando o nível torácico, de modo completo ou incompleto.

Foi identificada uma grande diversidade de diagnósticos de enfermagem nos participantes (61 diferentes categorias), sendo no total realizadas 734 afirmações diagnósticas, resultando em uma média de 24,46 DE ($\pm 4,62$), o que dá uma dimensão da complexidade da situação de saúde em que chegam ao local onde foi realizada a pesquisa.

Foram identificados 25 DE com freqüência maior ou igual a 50%, sendo estes: Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado para banho/higiene; Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se; Déficit no autocuidado para higiene íntima; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de infecção; Conhecimento deficiente sobre o processo

de doença e tratamento; Capacidade de transferência prejudicada; Risco de disfunção neurovascular periférica; Proteção ineficaz; Mobilidade no leito prejudicada; Atividade de recreação deficiente; Conhecimento (familiar) deficiente sobre o processo de doença e tratamento; Interação social prejudicada; Risco de tensão do papel de cuidador; Dor aguda; Disfunção sexual; Risco de constipação; Integridade da pele prejudicada; Incontinência intestinal; Dentição prejudicada; Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Manutenção do lar prejudicada; Percepção sensorial perturbada (tátil); Incontinência urinária total e Ansiedade.

Outros 36 DE com frequência menor que 50% foram identificados: Risco de quedas; Padrão de sono perturbado, Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada; Infecção; Risco para síndrome do desuso; Déficit no autocuidado para alimentação; Eliminação urinária prejudicada; Déficit no autocuidado para higiene oral; Risco de disreflexia autonômica; Constipação; Risco de disfunção sexual; Integridade tissular prejudicada; Risco de volume de líquidos deficiente; Risco de traumas; Risco de solidão; Risco de dentição prejudicada; Dor crônica; Risco de controle ineficaz do regime terapêutico; Processos familiares interrompidos; Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Risco de manutenção do lar prejudicada; Risco de paternidade prejudicada; Risco de padrão respiratório ineficaz; Risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Risco de baixa auto-estima situacional; Processos familiares disfuncionais: alcoolismo; Disposição para enfrentamento aumentado; Deambulação prejudicada; Tensão do papel de cuidador; Risco de isolamento social; Paternidade prejudicada; Manutenção ineficaz da saúde relacionado à falta de recursos materiais; Enfrentamento ineficaz; Controle ineficaz do regime terapêutico; Baixa auto-estima situacional.

De acordo com o agrupamento sugerido no presente estudo, o requisito de autocuidado universal mais afetado, foi o de prevenção de perigos para a vida funcionamento e bem-estar

humanos, seguido do requisito manutenção do equilíbrio entre atividade repouso; promoção do funcionamento e desenvolvimento humano.

O perfil de diagnósticos encontrado revela a complexidade do desafio para a enfermagem, quanto ao planejamento e implementação da assistência à pessoas com LM, na medida em que a mesma deve estar preparada, tanto tecnicamente quanto em quantitativo de pessoal, para atender a demanda desta clientela.

Apesar do instrumento de coleta de dados também ter abordado aspectos psicossociais, houve um predomínio dos DE ligados aos aspectos fisiopatológicos da lesão medular na população estudada, talvez porque esse tipo de DE seja mais perceptível no momento da primeira consulta, na triagem, e representem a demanda mais urgente de requisitos de autocuidado de desvios da saúde nessa população que chega ao centro de reabilitação, pois a lesão medular pode predispor a pessoa à situações de risco ou perigos para a vida e o desenvolvimento humanos, devido ao grande número de complicações associadas à essa situação.

Devido à gravidade das seqüelas da lesão medular, os diagnósticos de “risco” foram freqüentes nos casos analisados, despertando a atenção para a necessidade de atividades preventivas educativas do enfermeiro junto ao paciente e seus cuidadores, para evitar as complicações potenciais.

Foram identificados DE que não estão diretamente associados à lesão medular, podendo mesmo ser anteriores à sua instalação, como por exemplo, o DE dentição prejudicada ou paternidade prejudicada, para os quais o enfermeiro precisa estar atento e não “olhar” a pessoa com LM a partir de uma concepção reducionista.

Observamos entre os participantes, alta ocorrência de conhecimento insuficiente sobre o processo de doença e tratamento, por falta de exposição de informações ao paciente e seus familiares nas instituições onde receberam o tratamento inicial, para a prevenção de

complicações associadas à situação de lesão medular, como cuidados com a pele e com as funções urinárias e intestinais, prevenção de deformidades entre outras, o que é muito preocupante, uma vez que algumas dessas complicações são de instalação rápida e podem ser prevenidas quando as pessoas com LM recebem orientações adequadas e aderem às mesmas. Nesse sentido, programas de educação permanente para a qualificação e uniformização de condutas, realizados em conjunto com as instituições envolvidas, poderiam facilitar a continuidade dos cuidados e o controle das situações de risco.

O impacto da lesão medular na situação financeira das famílias também foi um problema identificado com alta frequência neste estudo o que, além do impacto de uma pessoa com grau de dependência e necessidades de cuidados complexos, provoca uma desestruturação que exige uma reorganização profunda na dinâmica familiar. O enfermeiro, como profissional da equipe de saúde precisa preparar-se para trabalhar com a família em situações de crise.

Verificamos que a lesão medular pode afetar as necessidades de autocuidado universais dos indivíduos acometidos, uma vez que afeta os meios até então utilizados para satisfazê-los, como por exemplo, a capacidade de locomoção independente. Assim, podemos dizer que na LM o indivíduo precisa aprender novas maneiras de satisfazer os requisitos de autocuidado, sendo este um dos objetivos da reabilitação.

Embora não fosse objetivo desta pesquisa avaliar a aplicabilidade da taxonomia da NANDA, julgamos oportuno destacar que a identificação de diagnósticos de enfermagem a partir desta taxonomia (NANDA, 2006) para uma situação de especialidade clínica, como é a lesão medular, ainda requer estudos futuros, pois a taxonomia proposta nem sempre descreve com clareza todas as respostas observadas nesses pacientes. Acreditamos que tal fato se dê porque a taxonomia ainda está em desenvolvimento e também por ser mais voltada às situações gerais que de especialidades clínicas.

Neste estudo, sugerimos a inclusão de 8 novos DE suas definições e fatores relacionados e características definidoras. São eles: Déficit no autocuidado para higiene oral; infecção; risco de dentição prejudicada, risco de manutenção ineficaz da saúde, risco de controle ineficaz do regime terapêutico, risco de manutenção do lar prejudicada e risco de padrão respiratório ineficaz.

Para os demais 53 diagnósticos identificados, foram propostas modificações em x DE da NANDA, tais como a inclusão de fatores relacionados para os DE para os quais a NANDA ainda não desenvolveu esses fatores e, a inclusão de algumas características definidoras para DE em que foram observadas evidências ainda não descritas na taxonomia, muitas delas características da situação de lesão medular .

O fator relacionado *Habilidades de adaptação não desenvolvidas* foi sugerido para 11 DE, pois na LM a capacidade funcional pode estar comprometida em diferentes níveis e o processo de reabilitação pode favorecer o aprendizado de novas maneiras para melhorar o desempenho funcional que favoreçam o maior nível de independência possível para o autocuidado. No caso dos participantes deste estudo, 28 ainda não haviam iniciado o processo de reabilitação.

O FR *Prejuízo neuromuscular* descrito na NANDA para alguns DE, também foi proposto para outros 3 DE relativos ao prejuízo das funções motoras e funcionais, nos quais não estava descrito, por ser um fator limitador, presente na situação de LM, assim como o FR *Dor* , sugerido para 4 DE deste estudo. *Mobilidade física prejudicada* foi sugerido como fator de risco ou como fator relacionado para 5 dos DE identificados.

Estas sugestões são no sentido de contribuir para o refinamento da taxonomia da NANDA. Esta flexibilização crítica tem sido uma postura adotada recentemente por alguns pesquisadores, entre os quais destacamos Neves (2003).

Ao estudar a relação das variáveis de interesse, que podem ser consideradas como condicionantes básicos do autocuidado, com os diagnósticos identificados na amostra, concluímos que para os sujeitos da presente pesquisa, o nível e o grau da lesão medular, a existência de cuidador e o estado civil dos sujeitos tiveram maior número de associações com os diagnósticos identificados, configurando-se em condicionantes mais relevantes para esse grupo.

As variáveis sexo e grau de parentesco do cuidador, sexo, renda e escolaridade da pessoa com lesão medular e tempo de lesão apresentaram associação com até três diagnósticos identificados. A idade da pessoa e a etiologia da LM não apresentaram associação com os DE identificados, revelando, para os participantes do estudo, serem condicionantes de menor influência.

O conhecimento dos DE mais frequentes nessa população, bem como os fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco e as possíveis associações com as variáveis estudadas, é de suma importância para fundamentar a prática profissional e contribuir para as decisões de enfermagem no estabelecimento de estratégias de cuidado, para o alcance dos objetivos da reabilitação, que estão de acordo com a teoria do autocuidado de Orem (1993 e 2001). Nesse sentido, acreditamos serem necessários estudos futuros, com outras e maiores amostras com vistas a permitir maior generalização com respeito à associação entre estas variáveis de interesse.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do perfil de diagnósticos identificados, podemos inferir que devido à variedade das alterações orgânicas conseqüentes à incapacidade causada pela injúria medular, que o paciente com lesão medular necessita de cuidados complexos, que requerem preparo tanto da equipe profissional quanto dos cuidadores domiciliares, questões estas de competência do enfermeiro, o que está em acordo com a Teoria de Orem (1993), pois apoiar/ensinar é um dos métodos de ajuda do sistema de enfermagem, com vistas ao desenvolvimento de habilidades particulares para o cuidado e à promoção do bem-estar.

A identificação desse perfil diagnóstico nos faz perceber que há uma fragilidade do sistema de saúde quanto a eficácia de uma rede de suporte à essa população e que políticas de saúde precisam ser instituídas, articuladas interinstitucionalmente, para atender essa população, desde a rede hospitalar de urgência, onde o paciente recebe o atendimento inicial ao trauma ou doença, até o acompanhamento domiciliar após a alta do centro de reabilitação, a partir de sistemas de referência e contra-referência eficientes.

O processo de realização deste estudo também nos fez refletir a respeito do trabalho do enfermeiro na área de reabilitação e de como tem se dado sua inserção na equipe interdisciplinar. A partir da identificação dos DE, verificamos que alguns deles são reconhecidos pela equipe de saúde como campo do cuidado de enfermagem, como por exemplo, os relacionados aos cuidados com a pele e eliminações e os relacionados aos cuidados com a higiene corporal. No entanto, outros diagnósticos, como por exemplo os relacionados aos aspectos psicossociais e os que envolvem especialistas de outras áreas, como por aqueles relacionados ao treino para as transferências, adequação postural e o manuseio de artefatos auxiliares, não são percebidos, às vezes nem pelos próprios profissionais de

enfermagem, como área de competência do enfermeiro para identificar e intervir, configurando-se desta forma um dos desafios que se impõe para a enfermagem em reabilitação, consolidar o conhecimento necessário para sua atuação em conjunto com a equipe de reabilitação, no sentido de somar esforços para intervenções mais resolutivas junto aos pacientes com LM.

A avaliação inicial fundamentada nos preceitos da Teoria do Autocuidado de Orem nos permitiu uma abordagem ampla dos participantes e a utilização do raciocínio diagnóstico proposto por Helland (1995), favoreceu a identificação de problemas para os quais a enfermagem tem ou precisa desenvolver competências para atuar.

Também refletimos acerca do tempo necessário para aplicação do processo de raciocínio diagnóstico de modo a possibilitar sua utilização na prática diária da assistência de enfermagem.

É importante esclarecer que para a realização desta pesquisa, para garantir o rigor científico necessário, o processo foi minucioso e demandou gasto considerável de tempo, pois a intenção era a de identificar todos os DE possíveis, com maior aprofundamento. As atividades da prática diária possuem outra dinâmica, a de continuidade, sendo possível o estabelecimento de prioridades e a identificação de DE com vistas a intervenções a curto e médio prazo, sendo então possível sua operacionalização na prática.

Estudos desta natureza são importantes para a identificação de diagnósticos, que às vezes, podem passar despercebidos na prática diária, permitindo a ampliação da abordagem de enfermagem na assistência à seus clientes.

Uma das principais dificuldades na realização deste estudo, diz respeito à interpretação dos significados de alguns termos descritos na taxonomia da NANDA (2006), para os fatores relacionados ou características definidoras. Parece ser necessário a descrição do significado de alguns termos, talvez um glossário, para termos mais clareza do

significado. Há também palavras com significados semelhantes que confundem a interpretação no momento de estabelecer os DE.

Não era finalidade inicial de este estudo sugerir alterações na taxonomia da NANDA. No entanto, a presença de algumas situações práticas que não encontraram descrição correspondente na taxonomia, nos levou a sugerir os acréscimos e modificações que tomamos a liberdade de inserir no corpo deste estudo, para posterior discussão com especialistas.

No decorrer da análise de perfil de diagnósticos identificados, verificamos que alguns deles também foram identificados por outros pesquisadores, no entanto apenas um estudo apresentou abrangência semelhante a esta pesquisa. A identificação dos DE por outros pesquisadores pode contribuir para a identificação e análise de um perfil mais amplo para esta população, o que é de grande importância para a consolidação do saber na área de reabilitação, podendo favorecer o ensino nesta área, tanto na academia quanto na educação continuada, favorecendo o planejamento de intervenções preventivas e mais resolutivas. Estudos desta natureza precisam ser melhor divulgados.

O processo de realização deste estudo já trouxe mudanças para o atendimento na instituição onde está sendo realizado. O anexo construído para a realização deste estudo foi adaptado para uso na instituição. O processo de avaliação do paciente na Triagem, pelo enfermeiro, era menos detalhado do que após o início deste estudo, passamos a focar dados importantes para as decisões de enfermagem e para a discussão junto à equipe interdisciplinar. Além disso, nos cursos de atualização ou capacitação para a equipe de enfermagem os temas sistematização da assistência e teoria do autocuidado têm despertado interesse e participação da equipe.

Em nossa experiência profissional em centro de reabilitação, temos desenvolvido ações de educação permanente na área de processo de enfermagem fundamentado na Teoria do Déficit do Autocuidado e nesse contexto temos observado os relatos dos enfermeiros

envolvidos no sentido da transformação de sua prática de atendimento e percepções a respeito da pessoa com lesão medular.

Compreendemos que a atuação do enfermeiro junto a pessoas com lesão medular é de grande abrangência, quer em unidades especializadas em reabilitação ou outro tipo de instituição, e requer dos profissionais conhecimentos voltados às características dessa população. O conhecimento dos DE que ocorrem nesse grupo de pessoas poderá auxiliar na implementação de sistemas de enfermagem mais eficazes, em especial no campo da prevenção da instalação de complicações associadas à lesão medular, sem, no entanto, deixar de estender o olhar para mais além.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para fundamentação da práxis de enfermagem, junto às pessoas com lesão medular, tanto na instituição onde foi realizada quanto nas demais, que prestam atendimento a essa população.

9 REFERÊNCIAS

ARES, M J J. Disfunção Intestinal na Lesão Medular. In: GREVE, J M D'Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. **Diagnósticos e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap.5. p. 293-4.

ARES, M.J.J; CASALIS,M.E.P. Reabilitação Funcional. Avaliação da Incapacidade e Níveis Funcionais. In: GREVE, JM D'Andrea; CASALIS, MEP; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap.4, p.87-92.

ATKINSON, L D; MURRAY, M E. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1989.

BENEDET, S.A; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BIAZIN, D.T. **Lócus de controle e desempenho no autocateterismo**: estudo em paciente paraplégico. 1987.204 f Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

BOM, J.C.P. Conduta Nutricional no Paciente Lesado Medular. In: GREVE, JM D'Andrea; CASALIS, MEP; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap.4. p.142-151.

BORS e COMMAR, 1960, apud MAIOR, I.M.M. L Disfunção Sexual. In: GREVE, J.M. D'Andrea; CASALIS, M.E.P.; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p.297.

BROTHERTON, S.S; KRAUSE, J.S; NIETERT, P.J. Falls in individuals with incomplete spinal cord injury. **Spinal Cord**, v.45, n. 1, p.37-40, 2007. Disponível em <http://www.nature.com/sc/journal/v45/n1/pdf/3101909a.pdf> Acessado em 3/2/2007.

BRUNI, D.S. et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v.38, n.1, p. 71-9, 2004.

CARDOSO, M.C.S et al. Maslow: Teoria das Necessidades Humanas na Enfermagem. In: III Fórum Mineiro de Enfermagem. 2002. Uberlândia. MG. Anais III Fórum Mineiro de Enfermagem. 2002. p.196.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de Enfermagem**: Aplicação à prática clínica. Trad. Ana Thorell. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAFER, C.R. et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Rev. Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.18, n.4, p.347-53, out.- dez. 2005.

CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY. J. W. **Nursing Process: Application of Conceptual Models**. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1995.

CLAYDON, V.E.; STEEVES, J.D.; KRASSIOUKOV. Orthostatic hypotension following spinal cord injury: understanding clinical pathophysiology. **Spinal cord**. v.44. n. 6. p.341-351. 2006. Disponível em <<http://www.nature.com/sc/journal/v44/n6/pdf/3101855a.pdf> > Acessado em 3/2/2007.

COSTA, E.F.de A. et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C.P. **Semiologia Médica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 9, p.154-183.

D'ANCONA, C.A.; RODRIGUES NETTO JR. **Aplicações Clínicas da Urodinâmica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2001.

DeFORGE, D. et al. Male erectile dysfunction following spinal cord injury: a systematic review. **Spinal cord**, v.44, n. 8, p.465-473, 2006. Disponível em <<http://www.nature.com/sc/journal/v44/n8/pdf/3101880a.pdf> > Acessado em 3/2/2007.

DeLISA, J.A. *et al.* **Tratado de Medicina de Reabilitação**. Princípios e Prática. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002. v. 2.

FARIAS, G.M.de; LIMA, P.D.de; FREIRE, I.L.S.. Vítimas de trauma raquimedular e a aplicabilidade da Teoria do Autocuidado de Orem. In: 56º **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Gramado. Anais. 2005. Associação Brasileira de Enfermagem. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. ISBN 85-87582-23-2. Acessado em 4/1/2006.

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

_____. O Ensino de Reabilitação: Expectativa de Estudantes de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.30, n.2, p.332-9, ago. 1996.

_____. Fatores de risco para úlceras de pressão: subsídios para prevenção. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.33, n.3, p.279-83, set.1999.

_____. A Reabilitação da Pessoa com Lesão Medular: Tendências da Investigação no Brasil. **Rev. Enfermería Global**. Múrcia, Esp, n.3, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/>>. Acesso em: 27 out. 2004.

_____. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 40, n.1, p128-33.2006.

FAYRAM, E.S; CHRISTENSEN, P.J. Planning. Strategies and Nursing Orders. In: CHRISTENSEN, P.J; KENNEY. J.W. **Nursing Process: Application of Conceptual Models**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995. p.164 -185.

FORSLUND, E.B. et al. Transfer from table to wheelchair in men and women with spinal cord injury: coordination of body movement and arm forces. **Spinal cord**, v.45, n.1, p.41-48, 2007. Disponível em <<http://www.nature.com/sc/journal/v45/n1/pdf/310935.a.pdf>> Acessado em 3/2/2007.

GEORGE, J.B. *et al.* **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GREVE, J.M D'Andrea; CASALIS, MEP; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001.

GREVE, J.M.D'Andrea; CASTRO, A.W.C. Tratamento Clínico da Lesão Medular Espinhal Fase Aguda. Alterações cardiocirculatórias no paciente lesado medular agudo. In: GREVE, J.M.D'Andrea; CASALIS, M.E.P; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap.3. p. 57-64.

_____. Avaliação Clínica e Funcional da Lesão Medular – Índices Motores e Sensitivos e Funcionais Utilizados. In: GREVE, JM D'Andrea; CASALIS, MEP; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. cap.3. p. 65 – 74.

GOIÁS. Secretaria do Estado da Saúde. **Esquema Básico de Imunização**: Programa Nacional de Imunização no Estado de Goiás. Material impresso. Goiânia, 09 mar.2003.

GOMES, R.T. et al. Dor. O quinto sinal vital. **Rev. Prática Hospitalar**. São Paulo, Ano VIII. n.44. Mar/abr.2006. Office Editora e Publicidade LTDA. Disponível em: <www.praticahospitalar.com.br>. Acessado em 24/06/2006.

GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EM ULCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. **Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión**. Logroño . Espanha.2003. Disponível em www.gneaupp.org. Acessado em 24/06/2006.

GUERRA, E.M.D; SANTOS, F.L.M.M; ARAUJO,T.L. O Cuidar Fundamentado em Orem. **Rev. Nursing**. v.49, n.5, p. 24-9, jun. 2002.

HALAR, E.M.; BELL, K.R. Imobilidade: Alterações e Efeitos Fisiológicos e Funcionais da Inatividade nas Funções Corporais. In: DeLISA, J.A. *et al.* **Tratado de Medicina de Reabilitação**. Princípios e Prática. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002. v2. p.1067- 84.

HAISMA, J.A. et al. Physical capacity in wheelchair-dependent persons with a spinal cord injury: a critical review of the literature. **Spinal cord**, v. 44, n. 1, p.642-652, 2006. Disponível em <<http://www.nature.com/sc/journal/v44/n1/pdf/3101915.a.pdf>> Acessado em 3/2/2007.

HELLAND, W.Y, Nursing Diagnosis. Diagnostic Process. In: CHRISTENSEN, PJ; KENNEY. J W. **Nursing Process: Application of Conceptual Models**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995. p.120 -138.

KENNEY, J W. Evaluation. In: CHRISTENSEN, P.J; KENNEY. J. W. **Nursing Process: Application of Conceptual Models**. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1995. p.195-207.

KOTTKE, F.J; LEHMANN J. F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. Trad. Solange Aparecida Colombo Pessini Siepierski. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994. v.2.

LEITE, V.B.E. **Análise do efeito de possíveis fatores determinantes de úlcera por pressão em paraplégicos**. 2005. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, 2005.

LEITE, V.B.E., FARO, A.C.M. e. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.39, n.1, p.92-6. 2005.

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

LINSENMEYER, T.A ; STONE, J.A. Bexiga e Intestino Neurogênicos. In: DeLISA, J.A; GANS, B.M et al. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação: Princípio e Prática**. 3.ed. 2v. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 44, p.1124-1160.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MADUREIRA, N.C.M. **O saber-fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física: um estudo no pré e trans-reabilitação**. 2002. 75f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem - USP. São Paulo, 2000.

MAIOR, I.M.M. L Disfunção Sexual. In: GREVE, J.M. D’Andrea; CASALIS, M.E.P.; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p.295-303.

MANCUSSI, A.C. Assistência ao binômio Paciente / Família na Situação de Lesão Medular Traumática da Medula Espinhal. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.4, out.1998.

MARIN, M.J.S; MESSIAS, D.C.C.; OSTROSKI, L.E. Análise das Publicações sobre Diagnósticos de Enfermagem no Brasil. **Rev. Nursing**, v.76, n.7, p. 23-8, set. 2004.

MENDONÇA, M. Reabilitação Funcional. Aspectos Psicológicos. In: GREVE, J.M. D’Andrea; CASALIS, M.E.P.; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap. 4, p.167-178.

MIGIYAMA, A.C; SOUZA, S.S.B.; MOTA Z.S. A percepção do cuidador e ser cuidado acerca das respostas adaptativas secundárias à Lesão Medular. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 8., 2006, João Pessoa, PB. **Anais do VIII Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem**. João Pessoa, 2006. IBSN8599135-78. CD-ROM.

NAKATANI, AYK. **Processo de Enfermagem: Uma Proposta de Ensino Através da Pedagogia da Problematização**. 2000. 228 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

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

NOGUEIRA, P.C; CALIRI, M.H.L.; HASS, V.J. Profile of patients with spinal cord injuries and occurrence of pressure ulcer. University Hospital. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. v.14, n.13, p.372-7, maio-junho, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/rlae> > acesso em 3/2/2007.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (org). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2001-2002**. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (org). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2005-2006**. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel; Alba Lúcia Bottura Leite Barros. Porto Alegre: Artmed, 2006.

O'CONNOR, K.C; KIRSHBLUM, S.C. Úlceras por Pressão. In: DeLISA, J.A et al. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. Princípios e Prática. 3.ed. São Paulo: Manole, 2002. 2 v Cap. 43. p. 1113-25.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Building Standard-based Nursing Information Systems**. Washington, PAHO. 2001.

OREM, D.E. **Modelo de Orem**. Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4. ed. Barcelona: Masson/ Salvat; 1993.

OREM, D.E. **Nursing. Concepts of Practice**. 6. ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.

PEREIRA M.E.M.S.N.; ARAUJO, T.C.C.F. Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V.63, n. 2b, jun.2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?)>. Acessado em 03/01/2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.**Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5 ed.Porto Alegre:Artmed, 2004.

PORTO, C.C. **Exame Clínico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POTTER, P. A. **Semiologia em Enfermagem**. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

ROCHA, M.L. **Assistência de enfermagem a clientes traumato-ortopédicos fundamentada no marco conceitual e teoria de Imogene King**. 1991; 144 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

ROGANO, L. Dor Crônica Pós-Lesão da Medula e Cone. In GREVE, J M D'Andrea; CASALIS, M E P; BARROS FILHO, T E P. **Diagnósticos e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. Cap. 6, p. 317 – 27.

SANTOS, L.C.R. **Re dimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática**. 2000.144f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2000.

SAKATA, R.K; ISSY, A.M; VLAINICH, R. Dor Neuropática. In: CAVALCANTI, I.L; MADDALENA, M.L. **Dor**. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p.167-203.

SCHLUTER, J D. Necessidade de Repouso e Sono. In: ATKINSON, L D; MURRAY, M E. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1985. Cap. 25, p. 466- 75.

SERNA, E.C.H; SOUSA, R.M.C. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Rev. Latino Americana de enfermagem**. Ribeirão Preto v.14, n.2,mar/abr.2006. Disponível em < <http://www.scielo.br> > acesso em 28 jun.2006.

SILVA, M.S.M.L. Escalas para avaliação do risco para úlcera de pressão. Revisão da literatura. 1998. In: Feridoteca, Tese de mestrado. Úlcera de Pressão. Disponível em: < <http://www.feridologo.com.br/teleupescala.htm> >. Acesso em 02 dez.2005.

SILVA, A.M.F; HEIDEMANN, I.T.S.B. desvelando a deficiência em Busca da Cidadania. **Acta Paul. Enf.** v 15, n.1, p.79-89, jan./mar.,2002.

SMELTZER, S.C; BARE, BG. **Brunner e Sudart**. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2002**. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/ivdiretriz/ivdiretriz.asp>>

STAAS Jr., W.E; FORMAL, C.S; FREEDMAN, M.K; FRIED, G.W; READ, M.E.S. Lesões Medulares e Tratamento médico as Lesões Medulares. In: DeLISA, J.A; et al. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. Princípios e Prática. 3.ed. São Paulo: Manole, 2002. 2 v. Cap. 51, p 1325-55.

TRIGO-ROCHA et al. Disfunção Vésico-Esfíncteriana. In: GREVE, J.M. D'Andrea; CASALIS, M.E.P.; BARROS FILHO, T.E.P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p. 269-292.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Divisão de Medicina de Reabilitação do HC/UPS. **MIF para Adultos**. Versão Brasileira. Sem data. Impresso.

UTIDA, C.et al. Male Infertility in Spinal Cord Trauma. **International Braz J Urol.**, v.31, n.4, p.375-83, jul-aug, 2005.

VALL, J.; BRAGA, V.A.B; ALMEIDA, P.C.de.Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuropsiquiatria**. v.64, n.2-B., p.451-55, 2006.

VALL, J.; LEMOS, K I.L; JANEIRO, A.S.I. O Processo de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Lesão Medular Baseado nas Teorias de Enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: Um Estudo Teórico. **Cogitare Enferm.** v.10, n.3, p.63-70, set/dez, 2005.

Horta, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU: Ed da Universidade de São Paulo, 1979.

WALDOW, VR. **Cuidado Humano**: O resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WRIHT, M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**. Um guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - TRIAGEM LM

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data da Coleta Dados: __/__/__

Nome: _____	Nº. Prontuário: _____
Data Nascimento: __/__/____ Idade (anos) _____	Sexo: _____

II - Resumo de informações disponíveis sobre histórico do atendimento médico:

--	--

III - AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

<p>A)- avaliação do sistema respiratório e circulatório:</p> <p>Sinais Vitais: T: _____°C FR : _____ ipm Pulso : _____ bpm - Local verificação: _____ PA: _____ mmHg</p> <p>Respiração – () Torácica () Abdominal () simétrica () Assimétrica: _____ () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Agônico - Uso de musculatura acessória () não () sim _____ - Narinas: () permeáveis () obstruídas _____ - Tosse: () Sim () Não - () seca () produtiva - secreção: () clara () amarela () sangue _____ - Fumante: () não () sim - Há quanto tempo: _____ Nº. cigarros/dia _____ - Queixas:(dor, fatores que modificam a função respiratória): _____</p> <hr/> <p>Ausculta Pulmonar:</p> <p>Parte Anterior Tórax: Murmúrios vesiculares: () Presente () Aumentado () Diminuído - Localização: _____ Ruídos adventícios () Presentes () Ausentes () Sibilos () Estertores () Roncos Localização: _____</p> <p>Parte Posterior Tórax: Murmúrios vesiculares: () Presente () Aumentado () Diminuído - Localização: _____ Ruídos adventícios () Presentes () Ausentes - () Sibilos () Estertores () Roncos Localização: _____</p> <p>Sistema Circulatório : -Ritmo Cardíaco: () rítmico () arritmico – Descrever: _____ - Frequência: () Normal () Bradicardia () Taquicardia - Pulso: () Cheio () filiforme () Não palpável _____ - Cor da pele: () Corada () pálida () cinzenta () Cianótica () ictérica () Anictérica _____ - Edema: () não () sim - Localização _____ Diâmetro do membro afetado: _____ Sinais flogísticos presentes? () não () sim - Descrever _____</p> <hr/> <p>-Pulso pedioso D - () Palpável () Não palpável - Pulso pedioso E - () Palpável () Não palpável</p> <p>Queixas (dor, palpitação, síncope, etc.): _____</p> <hr/> <p>Procedimentos terapêuticos e medicamentos em uso relativos ao sistema cardiorespiratório e circulatório:</p> <hr/> <p>Resultados de exames pertinentes:</p> <hr/> <p>B)- Manutenção do aporte adequado de água e alimentos. (I= informado / A= aferido / E= Estimado) - Peso Habitual _____ kg (____) Peso Atual _____ kg (____) Altura _____ cm (____) IMC _____</p>

-Presença de: () SNG () SNE () Gastrostomia -- () Aberta () Fechada- Aspecto da drenagem _____

- DIETA: () Suplemento: Via _____ Volume/Frequência _____
() Via Oral: Ingestão habitual de alimentos (Tipo, volume, nº. de refeições, horário) _____

-Apetite: () preservado () diminuído () aumentado – Motivo _____

- Ingestão habitual de líquidos (Tipo, volume, horários) _____

- Alimentos / Líquidos não tolerados _____

- Consumo de () álcool () cafeína - Frequência _____

- Condições dos dentes, mucosa oral e higiene bucal _____

Abdômen-Inspeção: () Simétrico () assimétrico () Globoso () Plano () escavado

Ausculata - Ruídos Hidroaéreos () Presentes – Localização: _____
() Ausentes – Localização: _____

Palpação superficial: () Flácido () Distendido () Em tábua - Percussão: () Timpânico () Hipertimpânico () Maciço

- Queixas (dor; vômitos, náuseas, etc.) _____

Procedimentos terapêuticos e medicamentos em uso relacionados ao sistema digestivo: _____

C)-) Provisão de Cuidados Associados aos Processos de Eliminação.

***Padrão Miccional** – () continência total () urgência () urgência/incontinência () incontinência total () retenção
() Outros _____ **Sensibilidade Miccional** () normal () diminuída () ausente

-Manuseio da Bexiga Neurogênica:

() fraldas () coletor externo () Micção Espontânea () Sonda vesical de demora – tempo de uso: _____
() CVIL – Data Início ___/___/___ Periodicidade () 4/4h () 6/6h () 8/8h () outro _____
() autocateterismo () CVIL Assistido _____

- Perdas nos intervalos do CVIL: () sim () não - () leve () moderada () intensa

- Manobras: () crede ; () Valsalva; () Nenhuma; () outras _____

-Aspecto da urina: () Límpido () Sedimentos () Hematúria () colúria () Outros: _____

- Complicações urológicas presentes : _____

Funcionamento Intestinal:

- Presença de Colostomia: () Sim () Não _____

- Padrão de Evacuação: () Incontinência () continência () Constipação () Diarréia

- Periodicidade: () diário () 2/ 2 dias () 3/3 dias () Outro : _____ - Data última evacuação: ___/___/___

-Sensibilidade ao evacuar: () normal () diminuída () ausente

- Manuseio do Intestino Neurogênico:
() fraldas () estímulo dígito anal () exercício no vaso / massagem abdominal
() laxante – tipo e frequência: _____ - () automedicação () Prescrição Médica
() Outros: _____

- Aspecto das fezes: _____

-Complicações gastrintestinais presentes: _____

Procedimentos Terapêuticos / Medicamentos em uso relativos ao aparelho urinário e segmento intestinal. _____

Queixas: _____

Sinais de disreflexia autonômica: () sim () Não - Especificar _____

D) Integridade da pele e mucosas:

Características da pele () Hidratada () Ressecada () Sudoreica () outro -----

Presença de Lesões LOCALIZAÇÃO Data de surgimento da lesão

() pele íntegra

() Escoriações _____

() Hematoma _____

- () Equimose/Petéquia _____
 () Queimadura _____
 () Ferimento cortante _____
 () Ferimento perfurante _____
 () Fratura _____
 () Úlcera por Pressão _____

() Outros _____

DESCRIÇÃO: Estruturas comprometidas/ Tipo de ferida (fístulas; plana/ superficial ; profunda) / **Tipo do tecido no leito da ferida** (necrose, crostas, esfacelo, granulação) / **Exudato** (aspecto/ quantidade) - **se mais de uma, especificar em separado.**

Tratamento em uso: _____

Risco para desenvolver UP-(escala de BRADEN*- escores de 1 a 4) - (Obs - Alto risco: 6 a 11 / Médio risco; 12 a 17 / Baixo risco: 18 a 20)

Percepção sensorial _____

Umidade _____

Atividade _____

Mobilidade _____

Nutrição _____

Fricção e cisalhamento _____ (* escore de 1 a 3)

ESCORE TOTAL: _____

Equipamento para alívio de pressão ()sim ()não - **Qual** _____

E)- Manutenção do equilíbrio entre atividade / repouso:

***Movimentação/Locomoção:**

() deambula sem auxílio - Equilíbrio: () firme () inseguro _____

() deambula com auxílio: _____

() não deambula - () restrito ao leito -

- Utiliza cadeira de rodas? ()sim ()não _____

- Utiliza cadeira Higiénica? ()sim ()não _____

*** Posições que assume:**

() Decúbito dorsal () Decúbito ventral () lateral D () Lateral E. () Sentado _____

* Amplitude de Movimentos: (Total/ limitada/qual - segmento) _____

* Deformidades estruturadas: _____

* Próteses/ Órteses /Adaptações / almofadas em uso _____

* Massa Muscular: -	Localização	* Tônus Muscular	Localização
() Eutrófica	_____	() Normal	_____
() Hipotrófica	_____	() hipertônico	_____
() Hipertrófica	_____	() Hipotônico	_____

* **Força Muscular:** Flexores cotovelo ()D ()E / Extensores do Punho ()D ()E / Extensores dos dedos Mãos ()D ()E
 Flexores dos Dedos mãos ()D ()E / Flexores do Quadril ()D ()E / Extensores do joelho ()D ()E /
 Dorsiflexores Tornozelo ()D ()E / Flexores plantares do tornozelo ()D ()E

LEGENDA:

N = Não testável

0 → Paralisia Total

1 → Contração visível ou papável

2 → Movimento ativo sem oposição da força de gravidade

3 → Movimento ativo contra a força de gravidade

4 → Movimento ativo contra alguma resistência

5 → Movimento ativo contra grande resistência

OBS _____

Dor ()sim ()não

Local _____

Tipo _____

Intensidade (0-10) _____ Data início _____

Frequência _____

Fator Desencadeante _____

O que alivia : _____

* **ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA:** (TD=Totalmente dependente/ PD=Parcialmente dependente/ I= Independente)

- **Banho:** () no leito () no chuveiro () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Barba:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Escovar dentes:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Fio Dental** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Pentear os cabelos:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Uso do vaso sanitário:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Vestir-se: Tronco e MMSS:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Pelve e MMII:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Calçar:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Colocar / retirar órtese e próteses:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Transferências - Cama/cadeira/cama:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Mobilidade com cadeira de rodas:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Mudanças de decúbito:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Exame da integridade da pele:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza
 - **Alimentação:** () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza

* **Atividades físicas que realiza:** () fisioterapia; () esportes; () tarefas domésticas; () exercícios de alongamento ; () outros

• **Padrão de sono-reposo:**

-Horas de sono/noite: _____ Hora que acorda: _____

-Repouso diurno : _____

-Alterações no padrão de sono: () Nenhum () insônia () pesadelos () outros : _____

Usa medicamentos p/ dormir () sim () não - Qual (freq./hora) _____

* **Atividades Sociais/Lazer (antes lesão e atual):** _____

F)- Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Nível de consciência:

() Orientado () Alerta () sonolento () Confuso /Desorientado () Outros _____

-Capacidade cognitiva/ perceptual / Comunicação:

- Audição Preservada () sim () Não _____

- Visão Preservada () sim () Não Uso de óculos/lentes () sim () Não - Com o paciente? _____

- Capacidade de expressão verbal: () Preservada () afasia; () fala arrastada; () Outros : _____

- Habilidade para compreensão () sim () não _____

- Habilidade para ler: _____

- Memória recente: () preservada () comprometida // Memória e evocação: () preservada () comprometida

- Capacidade atenção /cálculo: () preservada () comprometida

- Comportamento: () Comunicativo () Introspectivo () tranqüilo () ansioso () agressivo () agitado () inseguro

() confiante () deprimido () outros: especificar: _____

Características sociocultural e ambiental:

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____ Renda Familiar: _____

Composição da família: _____

Condição e de Moradia: () Meio Rural () Centro Urbano () Casa () Apartamento - () Própria () Alugada () Cedida
 Água Tratada: Sim () Não () Banheiro dentro de casa: Sim () Não () - **Obs.** _____

Valor / Crença /

Religião _____ Requer assistência Religiosa durante a internação? _____

Padrão de papel / relacionamento

Profissão / _____ Ocupação atual _____

Ocupação anterior à lesão _____ Família e ampla _____

Impacto do problema atual no relacionamento familiar _____

Preocupações da família com relação ao problema de saúde atual: _____

Adaptação/ controle do estresse

Conhecimento sobre o problema atual e o tratamento proposto _____

Principais preocupações do cliente com relação ao problema de saúde atual _____

Objetivos em relação à reabilitação _____

Imunizações -

() DT () Febre amarela () gripe () Haemophylus () Hepatite B () MMR (Sar. Cax. Rub) () BCG

() Outras _____

() Não sabe informar (motivo) _____

História de Alergias (descrever a reação) _____

2-REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DA SAÚDE

<p>Percepção / Manutenção da Saúde – - Outros problemas de saúde em curso? (informar data da detecção do problema) <input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão _____ <input type="checkbox"/> Respiratório _____ <input type="checkbox"/> Cardíaco _____ <input type="checkbox"/> Gástrico _____ <input type="checkbox"/> Neurológico _____ <input type="checkbox"/> Renal _____ <input type="checkbox"/> Ginecológico _____ <input type="checkbox"/> Urológico _____ <input type="checkbox"/> Infecto-contagioso _____ <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	<p>-Cuidados que necessita realizar relacionados à esses problemas. _____ _____ _____ _____ - Está seguindo o programa de tratamento proposto? ()sim ()não Porque _____ _____ _____ - Precisa da ajuda de alguém para realizar algum desses cuidados? Quais? De quem? _____ _____ _____</p>
--	---

<p>A)- Estágio de desenvolvimento: <input type="checkbox"/> infância ()adolescência ()adulto ()idoso B)- Presença de desvio da saúde/ situação de vida relacionado ao estágio de desenvolvimento: () sim () não Especificar: _____ C)- Padrão sexual/ reprodutivo Ciclo Menstrual (Mulheres): ()ausente () fisiológico <input type="checkbox"/> irregular _____ - Data última menstruação ____/ ____/ ____ - Atividade sexual: Antes da lesão () Sim () Não Após a lesão () Sim () Não</p>	<p>Observou alterações da sua função sexual? Quais? _____ _____ _____ -Tem adotado algum método contraceptivo? Qual? _____ Gostaria de receber orientações sobre o problema? _____ _____ _____ _____</p>
---	--

3- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

IV - OUTRAS OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR:

--	--

V - DADOS SOBRE CUIDADORES – REDE DE APOIO:

Cuidador principal (nome /Parentesco): _____ Idade: _____ anos
 Profissão/Ocupação: _____ Escolaridade: _____
 Procedência _____ Tempo disponível para o cuidado _____

Preparo anterior recebido para assumir o papel de cuidador _____

Facilidades ou dificuldades para o cuidado _____

Cuidadores de Apoio: (Rede de suporte p/ o cuidador principal)

NOME/ Relacionamento	Idade	Tempo disponível / Tipo de ajuda
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observações: _____

CÓDIGO: NA= Não se Aplica / NP= Não Prioritário no Momento / NI= Não Investigado (Justificar).

 Assinatura e carimbo do enfermeiro.

Goiânia, ____/____/____

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE E SÍNTESE DOS DADOS

Lacunas	Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico Enfermagem NANDA

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PORTADORES DE LESÃO MEDULAR, SEGUNDO A TAXONOMIA DA NANDA E O MODELO CONCEITUAL DE OREM**, que tem o objetivo de identificar os problemas de enfermagem mais freqüentes nas pessoas com lesão medular atendidas nesta instituição.

Meu nome é **Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito**, sou a **pesquisadora responsável**, enfermeira, gerente do Serviço de Enfermagem do CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Solicitamos o seu consentimento para utilização dos dados registrados em seu prontuário.

Esta pesquisa irá facilitar o planejamento dos cuidados de enfermagem, com vistas a **melhorar a qualidade** da assistência, o que resultará em **benefícios** para todos os pacientes deste hospital. Você **não estará exposto a nenhum risco**, pois se trata de uma consulta de enfermagem dentro dos padrões já realizados no CRER, na qual você apenas será entrevistado e examinado pela pesquisadora e os dados coletados fazem parte do protocolo de avaliação já padronizado pela instituição.

Após ter sido esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado em seu tratamento. Caso sofra algum dano decorrente deste estudo, você terá direito de pleitear indenização perante os órgãos competentes. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora, **nos telefones: 3232. 3070 ou 3232. 30 71**.

Informamos que sua participação é livre, o seu nome não constará na pesquisa, sendo garantidos o sigilo quanto sua identidade. A sua participação ocorrerá apenas neste encontro, através das informações solicitadas durante a consulta, não haverá necessidade de retornos, não lhe causará nenhum constrangimento, dano, prejuízo ou despesas financeiras. Você também não receberá nenhum pagamento ou gratificação para participar da pesquisa. **É permitida a retirada deste consentimento em qualquer etapa da coleta de dados**. Os resultados serão posteriormente divulgados em eventos científicos e publicados em revistas científicas, sendo mantido o sigilo quanto sua identidade e não serão armazenados para estudos futuros..

Goiânia, ____/____/____

Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito.
Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____,
RG nº. _____ SSP _____ / CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PORTADORES DE LESÃO MEDULAR, SEGUNDO A TAXONOMIA DA NANDA E O MODELO CONCEITUAL DE OREM**, como sujeito. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência/ tratamento por este motivo.

LOCAL: _____ Data: ____ / ____ / ____.

Nome do sujeito ou responsável : _____

Assinatura: _____