



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KARENINE MARIA HOLANDA CAVALCANTE

CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PARAPLEGIA
FUNDAMENTADO NO MODELO ROPER-LOGAN-TIERNEY

FORTALEZA

2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KARENINE MARIA HOLANDA CAVALCANTE

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PARAPLEGIA FUNDAMENTADO
NO MODELO ROPER-LOGAN-TIERNEY**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Área: Cuidado em lesões medulares.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

FORTALEZA

2007

KARENINE MARIA HOLANDA CAVALCANTE

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PARAPLEGIA FUNDAMENTADO
NO MODELO ROPER-LOGAN-TIERNEY**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª. Dr^ª. Lúcia de Fátima da Silva
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Prof^ª. Dr^ª. Lígia Barros Costa
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª. Dr^ª. Maria Dalva Santos Alves
Universidade Federal do Ceará-UFC

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro, em forma de bolsa de mestrado, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Dedico à minha eterna e amada mãe, Márcia, que me estimulou a seguir a profissão de enfermeira e que, com seu exemplo, me ensinou o que é ser humano e qual o real significado da palavra amor.

Às razões do meu viver: meus irmãos, Caroline e Glauber, minha linda sobrinha, Amelie, e meu pai, Ronaldo, que são fontes de estímulo e alegria para mim.

À minha prima, Josefa Cileda, e à amiga Alaíde, que apesar da lesão medular, são exemplos de força e coragem, transformando perdas em ganhos.

Agradeço a Deus, meu mentor espiritual e toda espiritualidade pela proteção e força.

Agradeço em especial aos participantes do estudo, pela disponibilidade, atenção e confiança.

Ao meu namorado e amigo, Joselito, pelo apoio, compreensão e amor, e a sua família (Joselito, Fátima, Mikaelly, Michelly) pelo carinho e amizade.

Agradeço a minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, pelos ensinamentos fundamentais para a realização dessa dissertação e pelas “portas abertas” no meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade para meu crescimento profissional.

Ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica – NUPEN, pelo aprendizado sobre neurologia.

Às minhas “ex” e eternas-tutoras do PET-Enfermagem-UFC, Profª Drª Lorena Ximenes e Profª Drª Ana Karina Pinheiro, pelos conselhos, ensinamentos e, principalmente, pelo carinho.

Às especiais professoras, Profª Drª Thelma Araújo, Profª Drª Lorita Pagliuca, Profª Drª Escolástica Moura e Profª Drª Marli Galvão, pelo carinho, conselhos e estímulos ofertados a mim.

Às companheiras “petianas”, pela amizade e alegria que me proporcionam.

A todos meus colegas do mestrado (Islene, Fernanda, Regina, Janaina, Leilane, Áthilla, Simone, Tatiane, Klívia, Eglídia), e especialmente, às amigas Renata, Priscila, Kylvia, Aline Arrais e Quitéria.

Às amigas Camilla, Bárbara, Zélia, Pacífica e Allyne Fortes, pelo companheirismo e apoio.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo: **MUITO OBRIGADA!**

Imagine

Imagine there's no heaven,
It's easy if you try,
No hell below us,
Above us only sky,
Imagine all the people
living for today...

Imagine there's no countries,
It isn't hard to do,
Nothing to kill or die for,
No religion too,
Imagine all the people
living life in peace...

Imagine no possessions,
I wonder if you can,
No need for greed or hunger,
A brotherhood of men,
Imagine all the people
Sharing all the world...

You may say I'm a dreamer,
but I'm not the only one,
I hope some day you'll join us,
And the world will live as one

John Lennon

RESUMO

O Traumatismo Raquimedular (TRM) é uma das principais causas de seqüelas graves em paciente politraumatizado. Após qualquer tipo de lesão raquimedular, a pessoa precisa enfrentar um processo de reabilitação detalhado para que possa readquirir a capacidade de realizar suas atividades de vida, e viver de maneira independente. Este estudo teve como objetivo analisar a eficácia do cuidado de enfermagem fundamentado no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney prestado a pessoas com lesão medular, bem como, conhecer a contribuição da utilização de um modelo teórico para o cuidado direcionado a pessoas com lesão medular no domicílio. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa de campo convergente-assistencial. Participaram do estudo três pessoas (duas mulheres e um homem) com lesão raquimedular do tipo paraplegia, que estão incluídos no cadastro feito com os participantes das pesquisas realizadas pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica. O processo de investigar-cuidar se deu por meio de 10 visitas domiciliares (por sujeito), sendo os encontros fundamentados no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney, utilizando o instrumento proposto pelas autoras, por meio do qual se abordou e identificou o desempenho das atividades de vida, destacando os problemas reais e potenciais, para ser traçado o plano de cuidados e serem realizadas as intervenções necessárias, mantendo a constante avaliação das respostas dos sujeitos. Para a obtenção das informações foram utilizadas a observação participante, a entrevista informal e a entrevista estruturada. No desenvolvimento dos processos assistenciais foram utilizados diagnósticos de enfermagem, NANDA, resultados de enfermagem, NOC, e intervenções de enfermagem, NIC. Após detalhada síntese dos dados, foi dado significado a alguns achados provenientes do desempenho das atividades de vida pelos portadores de paraplegia, buscando contextualizá-los para uma ampliação para a prática assistencial dirigida a essa clientela. Com a análise do comportamento dos três sujeitos, o estudo mostra que a maior barreira para a efetividade do cuidado proposto é a dificuldade para mudança de hábitos; entretanto, com a persistência e a utilização de esclarecimentos e informações necessárias obtêm-se importantes resultados. Assim, ressalta-se a necessidade da promoção da auto-responsabilização da saúde, para fortalecer a busca por mudanças de condutas. A utilização do modelo teórico Roper-Logan-Tierney no cuidado domiciliar, direcionado a esses portadores de paraplegia, contribuiu intensamente para a aquisição do conhecimento sobre comportamentos e crenças em relação a cada atividade de vida para que, diante disso, fosse feito o planejamento e implementado o cuidado. Com isso, o processo assistencial deixa de ser generalizado e passa a ser individualizado, trazendo melhores resultados. Foi possível constatar a eficácia deste processo de investigar-cuidar, uma vez que foi notório o benefício resultante, por meio da conquista de maior independência e capacidade de solucionar problemas pelos participantes do estudo e seus familiares. Além disso, a utilização de um modelo teórico para o cuidado direcionado a pessoas com lesão medular no domicílio trouxe importantes contribuições: proporcionou a sistematização da assistência, facilitando a abordagem ao paraplégico e seu cotidiano e a eficácia do processo de cuidar proposto pela pesquisa; e promoveu uma fundamentação teórica consistente para o desenvolvimento do cuidado.

Palavras-chave: Traumatismo Raquimedular; Paraplegia, Modelos de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

ABSTRACT

The Spinal Cord Injury (SCI) is one of the main causes of serious sequels in trauma patient. After any type of spinal cord injury, the person will need to face a detailed process of rehabilitation, to reacquire the capacity to do its activities of life, and to live in independent way. The aim of this study was to analyze the effectiveness of the nursing care based on the Model of Nursing Roper-Logan-Tierney to people with spinal cord injury, as well as, knowing the contribution of the use of a theoretical model for the care directed to people with SCI in their home. It is a convergent-assistencial research. The participants of the study had been three people, two women and a man, with paraplegia, which are enclosed in a cadastre of participants of researches made by NUPEN. The process of investigating and taking care happened by means of 10 domiciliary visits (for each participant). The meetings were based on the Model of Nursing Roper-Logan-Tierney, using the instrument considered by the authors, in which it was approached and identified the performance of the activities of life, detaching the real and potential problems to be drawn the plan of cares up and to be done the necessary interventions, keeping the constant evaluation. The participant observation, the informal interview and the structuralized interview had been used for getting the information. In the development of the care process, it had been used nursing diagnosis, NANDA, nursing outcomes, NOC, and nursing interventions, NIC. After sum up in detail the data, I tried to give meaning to some information about the performance of the activities of life, trying to contextualize them for expanding for the care directed to people with spinal cord injury. When I was analyzing the behavior of the three participant of the study, I understood that the biggest barrier for the effectiveness of the considered care is the difficulty for change habits; however, with the persistence and the use of clarifications and necessary information important results are gotten. Therefore, I point out the importance of the promotion of the self-responsibility for health, to fortify the search for changes in behaviors. The use of the theoretical model Roper-Logan-Tierney in the domiciliary care directed to these clients contributed intensely for the acquisition of the knowledge about behaviors and beliefs related to each activity of life and up against this, planning and implementing the care. So, the care process leaves of being generalized and becomes individualized, causing better results. It was possible to detect the effectiveness of this process of investigating and taking care, once it was well-known the resultant benefit, by means of the conquest of more independence and more ability to solve problems for the participants of the study and its family. Moreover, the use of a theoretical model for the care directed to people with spinal cord injury in home brought important contributions: it provided the systematization for the assistance, facilitating the approach to the person with paraplegia and its daily and effectiveness of the process of taking care considered for the research; and promoted a consistent theoretical basis for the development of the care.

Key-Word: Spinal Cord Injury; Paraplegia, Models of Nursing; Processes of Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde
TRM – Traumatismo Raquimedular
NUPEN – Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica
UFC – Universidade Federal do Ceará
AVD - Atividades de Vida Diária
AL – Atividade de vida
ALs – Atividades de vida
TVP - Trombose Venosa Profunda
C1-C8 - Nervos espinhais cervicais
T1-T12 – Nervos espinhais torácicos
L1-L5 - Nervos espinhais lombares
S1-S5 - Nervos espinhais sacrais
DAA - Disability Awareness in Action
ml – Mililitro
kJ – Quilojoule
cm – Centímetro
kg – Quilogramas
°C – Grau Celsius
mmHg – Milímetros de mercúrio
rpm – Respirações por minuto
bpm – Batimentos por minuto
ADM - Amplitude do movimento
RBC - Reflexo bulbocavernoso
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
NOC – Nursing Outcomes Classification
NIC - Nursing Interventions Classification
SUS – Sistema Único de Saúde
UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família
AP – Antero-posterior
MMII – Membros inferiores
EIC – Espaço intercostal
B1-B4 - Bulhas cardíacas
PROM – Exercícios passivos
AROM – Exercícios ativos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney.....	19
3.2	Atividades de vida da pessoa com paraplegia.....	25
3.2.1	Individualidade da vida da pessoa com lesão medular.....	60
4	Trajectoria metodológica.....	61
4.1	A investigação convergente-assistencial.....	61
4.2	Participantes do estudo.....	62
4.3	Cenário do estudo.....	63
4.4	Estratégias para obtenção das informações - perscrutação.....	64
4.5	Organização e análise das informações.....	65
4.6	Processos assistenciais.....	66
4.7	Desenvolvimento das visitas domiciliares.....	68
4.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	71
5	PROCESSO DE INVESTIGAR-CUIDAR.....	72
5.1	Violeta.....	72
5.2	Rosa.....	117
5.3	Cravo.....	156
6	REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO INVESTIGADO- TRANSFERÊNCIA.....	200
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	207
	REFERÊNCIAS.....	209
	APÊNDICE.....	214
	ANEXO.....	215

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2006) estima que 10% da população mundial seja constituída por pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, das quais 20% apresentam deficiência física.

Devido ao crescimento de episódios de violência urbana, como acidentes de trânsito e agressões por arma de fogo, o número de cidadãos que enfrenta o sofrimento e as limitações conseqüentes à lesão medular é fato alarmante no mundo atual.

Desse modo, tanto no Brasil como no exterior, a lesão medular traumática tem sido considerada um problema de saúde pública. Embora não haja dados epidemiológicos nacionais organizados, nos Estados Unidos da América, a incidência de Traumatismos Raquimedulares (TRM) varia entre 28 e 55 casos por milhão de pessoas com aproximadamente 10.000 casos novos por ano, dentre os quais 55% são paraplégicos e 44% são tetraplégicos. Dependendo de fatores como nível da lesão, idade e complexidade das lesões associadas, a mortalidade por TRM pode variar entre 7% e 36% (MANTOVANI, 2005).

A literatura aponta que a lesão raquimedular ocorre mais freqüentemente entre pessoas do sexo masculino, sendo que a maior parte dessas lesões ocorre em homens jovens de 16 a 30 anos. Entre os fatores que mais contribuem para a ocorrência de TRM, pode-se citar: acidentes causados por veículos motorizados (40%), quedas (21%), acidentes por arma de fogo (25%), acidentes por mergulho (10%) e acidentes desportivos ou de trabalho (4%) (CARVALHO; DAMASCENO, 2003; CARDOZO-GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001).

A partir dos anos 90, houve um importante aumento no número de pesquisas de enfermagem voltadas para a assistência especializada na reabilitação de pessoas com lesão medular (FARO, 2003). Estudos vêm pesquisando conseqüências da lesão para o sujeito e seu meio social e, ainda, expectativas de progresso em um programa de reabilitação (PEREIRA; ARAÚJO, 2005).

O TRM é uma das principais causas de seqüelas graves em paciente politraumatizado. Poucas doenças ou lesões têm o potencial de gerar efeitos tão devastadores na vida e qualidade de vida como uma lesão na medula espinhal (CAVALCANTE, 2005; CARVALHO, 2002a).

Qualquer fator que interrompa a continuidade da medula vertebral provoca isolamento do seguimento corpóreo abaixo do nível da lesão, acarretando déficit de sensibilidade, perda de movimento, disfunções vasomotoras e autonômicas, alterações esfinterianas, como deficiência para esvaziamento vesical e intestinal, e disfunção sexual. Isso é o que chamamos de lesão medular (SMELTZER; BARE, 2006; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

A lesão medular, que de acordo com sua fisiopatologia pode ser provocada por trauma ou fatores sistêmicos, pode ocorrer em diferentes alturas e profundidades. A altura da lesão juntamente com a extensão em que a medula espinhal foi afetada é que vão determinar o grau do comprometimento corpóreo. Ou seja, quanto mais alta e espessa uma lesão, maior a perda de movimento e sensibilidade do corpo abaixo do nível da lesão e maior o comprometimento de órgãos e esfínteres. Consequentemente, quanto mais baixo o nível da lesão, mais movimentos e sensibilidade estarão preservados.

A lesão medular pode ser classificada em direta, primária ou traumática, quando decorrente de um trauma ou fratura inicial; e indireta, secundária ou não-traumática, quando provocada por tumores, acidentes vasculares e hérnias de disco. Pode ser ainda agrupada em completa, quando não existe movimento voluntário e sensação abaixo do nível da lesão, e incompleta, quando ainda existe algum movimento voluntário ou sensação abaixo do nível da lesão, ou os mesmos vão retornando aos poucos no decorrer de vários meses.

Devido à complexidade da lesão medular, o paciente demanda assistência específica de equipe interdisciplinar, tanto na fase aguda como na reabilitação, para atuar nas dimensões social, psicológica e física, assegurando o cuidado holístico e contínuo (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006; FARO, 2006).

O cuidado é muito mais que uma ação momentânea. Ao cuidar de uma pessoa, deve-se promover o bem desta continuamente. O cuidar envolve uma relação de compromisso moral, preocupação, ocupação e envolvimento afetivo (BOFF, 1999).

A enfermagem, como profissão do cuidar, tem necessidade de que seus profissionais além de possuir conhecimento científico adequado e uma boa capacitação, também sejam altruístas e vejam os clientes como um ser holístico, sendo empáticos com os mesmos.

Lidar com pessoas vivenciando TRM exige um conhecimento específico. Entretanto, parece que essa especificidade ainda não é abordada com profundidade adequada nos currículos de enfermagem, mas apenas de forma superficial.

Após qualquer tipo de lesão raquimedular, a pessoa precisa enfrentar um processo de reabilitação detalhado para que possa readquirir a capacidade de realizar suas atividades de vida, e viver de maneira independente. O processo de reabilitação estimula o cliente a se adaptar à sua incapacidade, utilizando suas habilidades e recursos adequados para manter uma boa qualidade de vida, independência e auto-respeito.

O enfermeiro é o coordenador da prática de cuidar e tem participação ativa no processo de reabilitação. Ele atua como cuidador, professor e, até mesmo, como conselheiro. Mediante o processo de enfermagem, o enfermeiro desenvolve um plano de assistência designado a operacionalizar o cuidado na reabilitação, manter um ótimo nível de saúde e prevenir complicações. Além disso, ajuda o paciente a identificar seus potenciais e a desenvolver metas (SMELTZER; BARE, 2006).

O enfermeiro envolvido na reabilitação deve ouvir pacientemente as queixas e angústias do cliente e esclarecer com seriedade suas dúvidas. Muitas vezes os clientes enfrentam maior dificuldade em adaptar-se à sua realidade devido à falta de ensinamentos. Por isso, um dos principais papéis do enfermeiro é oferecer os conhecimentos necessários para que a própria pessoa busque sua reabilitação.

Convivendo com pessoas com lesão medular, mesmo antes da graduação, devido à convivência com uma parente, que em decorrência de um trauma medular tornou-se paraplégica, tive despertado enorme interesse pelo tema traumatismo raquimedular. Perceber que essa pessoa que levava a vida de forma tão independente, tornou-se limitada por uma deficiência física, que a dificultava ou até a impedia de fazer e viver coisas que antes eram tidas como simples e fáceis, sensibilizou-me a compreender quão angustiante é essa situação.

Quando acadêmica, pude perceber que a Enfermagem é uma profissão que se encontra em uma importante posição para promover saúde a pessoas com lesão medular. Todavia, me surgiu uma preocupação quando ficou claro que esse é ainda um tema pouco explorado pelas pesquisas de Enfermagem no Ceará, apesar da existência de instituições como o Instituto José Frota e a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, que assistem a essa clientela.

Participando como membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN) do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, procurei, através da realização de trabalhos¹, conhecer a complexidade dos

¹ “Formas de enfrentamento na reconstrução da vida social da pessoa com lesão medular -atenção no cuidado de enfermagem” apresentado no XXIII Encontro Universitário de Iniciação à Pesquisa da UFC em 2004.

problemas das pessoas portadoras de lesão medular, assim como, conhecer a importância de promover cuidados de enfermagem específicos a essa clientela.

Então, desenvolvi a monografia de graduação² nesta área. O foco do estudo foi a sexualidade, com o intuito de identificar as alterações físicas e emocionais relacionadas e as dificuldades enfrentadas nesse contexto, já que alterações na sexualidade geram tantos transtornos para uma pessoa e, ao mesmo tempo, essa é uma temática pouco abordada por parte dos profissionais de saúde. A partir dos resultados, compreendi que estas pessoas sofrem consideráveis mudanças na vida sexual. Foi possível detectar alterações e dificuldades enfrentadas por estes, no processo de retorno e mesmo na realização das atividades sexuais.

Essas alterações identificadas na atividade de vida expressão da sexualidade estimularam-me a desejar conhecer todas as atividades de vida da pessoa com lesão medular, e ainda, dedicar cuidado aos mesmos diante das alterações detectadas.

Descrever o processo de vida ao qual está envolvido o ser humano, certamente demanda a inclusão de uma série de atividades que, independente de qualquer circunstância em que este se encontra, estão inseridas no seu “viver”. Ou seja, atividades como comer, beber, dormir e ter lazer fazem parte integral da vida de todo e qualquer indivíduo. Por consequência, é necessário que o programa de reabilitação da pessoa com lesão medular seja abrangente, envolvendo todos os aspectos inerentes ao ser humano.

O desenvolvimento dessas atividades de vida é diretamente influenciado pela etapa de vida na qual o indivíduo se encontra e pelo nível de dependência/independência que a pessoa possui para a realização das mesmas. Essa independência pode ser diminuída em consequência de determinadas situações, como uma deficiência física. A deficiência originada por uma lesão medular irá desencadear mudanças em diversos aspectos da realização das atividades de vida pela pessoa acometida. Em consequência de danos neurológicos, o portador de lesão medular sofre alterações na sua mobilidade, função sexual, eliminação, higiene pessoal, lazer, entre outros aspectos.

Essas alterações acarretam mudanças na auto-estima, auto-imagem e na auto-realização da pessoa, já que suas necessidades básicas não são atendidas corretamente. Por isso, o apoio social, emocional e espiritual também deve estar incluído na atenção a essa clientela. Geralmente, os profissionais não percebem a importância desses itens. Uma pessoa

“Percepção dos familiares cuidadores acerca do cuidado de enfermagem no domicílio com pessoas portadoras de lesão medular” apresentado no XXIII Encontro Universitário de Iniciação à Pesquisa da UFC em 2004. “Interação família-hospital: na ótica dos familiares cuidadores” apresentado no I Congresso Cearense de Neurologia e Neurocirurgia em 2004.

² “A sexualidade como atividade de vida do portador de lesão medular” aprovada pela Universidade Federal do Ceará em junho de 2005.

jamais se sentirá um membro da sociedade se ela não puder realizar suas atividades sociais, como por exemplo, trabalho e lazer.

É extremamente importante que o portador de lesão medular receba os devidos cuidados não só em nível hospitalar, mas desde o momento da lesão até a sua completa reabilitação e reintegração social. Por isso, se faz necessário o conhecimento acerca do modo que as pessoas com lesão medular desempenham suas atividades de vida, para que haja o direcionamento de um cuidado integral, individualizado e holístico, elevando a qualidade de vida destas pessoas.

Diante disso, optei, neste estudo, por utilizar como referencial teórico o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney (1995, 2001), pois acreditava que poderia proporcionar uma boa fundamentação para o tipo de trabalho que desejava realizar, já que esse modelo de enfermagem é baseado em um modelo de vida e tem como conceito principal 12 atividades de vida realizadas pelo ser humano. Estas atividades guardam estreita relação entre si e sofrem influencia de fatores biológicos, psicológicos, ambientais, socioculturais e político-econômicos.

Leite e Faro (2005, p. 94) pontuam que no processo de reabilitação da pessoa com lesão medular, “com enfoque na realização das atividades de vida diária (AVD) da maneira mais independente possível, torna-se necessário que o enfermeiro reabilitador conheça os hábitos e estilo de vida do paciente no contexto da família e da sociedade”.

Em um estudo realizado com adolescentes grávidas, Saraiva (2003) mostra que utilizando o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney, o enfermeiro pode detectar problemas reais e potenciais que podem ser trabalhados conjuntamente com a adolescente.

Murphy (2000) avaliando a utilização do modelo citado para o planejamento do cuidado de enfermagem direcionado a pessoas com doenças mentais, enfatiza que o sucesso da utilização de tal modelo depende de um adequado preparo dos enfermeiros. Ainda sobre tal modelo, Tomey e Alligood (2003) afirmam que, independente da especialidade, todo enfermeiro pode aplicá-lo, devendo, entretanto, adaptá-lo a cada clientela.

Finalmente, para que os propósitos desta investigação fossem atendidos, compreendi como essencial responder aos seguintes questionamentos:

- Como as pessoas com paraplegia desempenham suas atividades de vida?
- A utilização do modelo teórico Roper-Logan-Tierney pode contribuir para o cuidado direcionado aos portadores de paraplegia em domicílio?

Acredito que a investigação realizada possui múltiplas relevâncias, as quais se destacam:

Relevância social: a lesão medular é um problema bastante presente na sociedade brasileira e traz transtornos não só para o acometido, mas também para toda sua família e sociedade. Tal investigação contribui tanto para a reintegração social do indivíduo, através da promoção da reabilitação, como para a conscientização da sociedade acerca da problemática do portador de deficiência, que desempenha atividades de vida como todo ser humano.

Relevância cultural: por ser fundamentado em um modelo teórico baseado em atividades de vida, a pesquisa destaca hábitos no desempenho dessas atividades e comportamentos frente às práticas de saúde, que são observados e interpretados.

Relevância psicológica: o modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney considera o fator psicológico como um dos fatores que influenciam a realização das atividades de vida, explicitando o entendimento de que a saúde física está intimamente relacionada às condições emocionais e mentais.

Relevância científica na Enfermagem e na Saúde: a carência de estudos que versam sobre a temática do cuidado na lesão medular envolvendo modelo de enfermagem, torna este estudo significativo para a Enfermagem, promovendo seu crescimento e autonomia enquanto profissão e ciência. Com o conhecimento acerca do desempenho das atividades de vida pelo portador de lesão medular por meio da utilização de tal modelo, os Enfermeiros, bem como outros profissionais da saúde, poderão promover um cuidado mais direcionado às necessidades reais destes, de forma sistemática, proporcionando maior qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

- Analisar a eficácia do cuidado de enfermagem fundamentado no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney prestado às pessoas com paraplegia;
- Conhecer a contribuição da utilização de um modelo teórico para o cuidado direcionado às pessoas com paraplegia no domicílio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney

Existe um vasto número de modelos de enfermagem, sendo quase todos interessantes e aplicáveis às mais variadas situações. A adoção coletiva de um modelo assegura uma melhor coesão da equipe de enfermagem, favorecendo a pessoa cuidada, a organização do trabalho e a identidade profissional do enfermeiro.

Um modelo conceitual é uma maneira concreta de lidar com uma realidade complexa, a fim de apreender as ligações entre os seus componentes intrínsecos e suas relações com o exterior (PHANEUF, 2001). Entretanto, a autora defende que os modelos não podem ser concretos em demasia, pois a experiência humana é tão complexa que os modelos não abrangem todos os seus aspectos.

Em termos práticos, um modelo de enfermagem pode oferecer estrutura para o que o enfermeiro faz, como deve fazê-lo, e contribuir para o delineamento de objetivos e execução de cuidados.

A opção por utilizar o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney deu-se pelo fato de o mesmo ser baseado num modelo de vida, permitindo ao enfermeiro a compreensão da realidade que se deseja atuar, favorecendo a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial.

Tal modelo baseia-se no realismo e na acessibilidade. A relativa simplicidade do modelo permite que seja facilmente compreendido e aplicável à prática de enfermagem, permitindo ainda a individualização do cuidado (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O modelo Roper-Logan-Tierney não foi essencialmente criado com a finalidade de contribuir para a literatura teórica, mas para fins educacionais. Em 1970, como parte da dissertação de mestrado, Roper buscou encontrar um “núcleo” de enfermagem comum a todas as várias especialidades, para que os acadêmicos e seus professores pudessem identificar determinados conhecimentos e competências necessários a todas essas especialidades (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Roper, então, detectou um núcleo relacionado às atividades de vida, pois todos os doentes têm que continuar a viver enquanto recebem os cuidados de enfermagem, apoiando a sua idéia de basear o modelo de enfermagem num modelo de vida. Assim, Roper, Logan e

Tierney aperfeiçoaram o modelo iniciado por Roper e fizeram a primeira publicação no *The elements of nursing*, em 1980.

Enfermeiros em exercício da prática mostraram interesse pelo modelo, então, este se tornou o primeiro modelo britânico a ser amplamente utilizado em diversos contextos práticos. Com isso, o modelo foi sofrendo alterações e aperfeiçoamentos, de maneira que, em 1985 foi publicada a segunda edição, em 1990, a terceira, em 1996, a quarta e em 2000 foi publicada uma monografia como uma explicação final do modelo de enfermagem.

Tomey e Alligood (2003) afirmam que o modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney tem sido aplicado na Europa em uma grande variedade de áreas clínicas.

O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney envolve cinco componentes. São estes:

- Atividades de vida (ALs);
- Duração da vida;
- *Continuum* dependência/independência;
- Fatores que influenciam as atividades de vida;
- Enfermagem individualizada.

Por ser baseado num modelo de vida, ele compreende uma série de atividades que, independente da idade e circunstâncias nas quais o indivíduo se encontra, fazem parte do complexo processo do “viver”. As atividades de vida perfazem um total de 12 atividades e constituem o conceito principal desse modelo. Estas são: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir sexualidade, dormir e morrer.

Apesar desta classificação, as atividades de vida têm uma estreita relação entre si, desse modo, qualquer alteração em uma das atividades levará a modificações no desempenho das demais.

Cada pessoa tem uma duração de vida que vai do nascimento até a morte, e as fases de vida – lactência, infância, adolescência, idade adulta, velhice – influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida (AL). Ou seja, o modo como são desempenhadas as atividades de vida sofre enorme influência da idade em que se encontra o indivíduo. Essa compreensão é fundamental para que o cuidado seja adequado e eficaz.

O *Continuum* dependência/independência é um componente do modelo que

considera que para cada uma das atividades de vida, cada pessoa tem um diferente nível de dependência/independência, que está em contínua variação.

Independência é a capacidade de realizar a AL num padrão pessoal e socialmente aceitável, sem ajuda de outras pessoas (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Para Phaneuf (2001), é importante levar em consideração o nível de independência que a pessoa pode realmente atingir, de acordo com a sua situação. A autora também afirma que a dependência manifesta-se através de alterações na satisfação das atividades de vida, que podem ser expressas pela própria pessoa ou observadas pelo enfermeiro. Essas alterações constituem-se por queixas, sinais e sintomas indicando perturbação de ordem física, psicológica, social ou espiritual, e hábitos de vida que prejudiquem a saúde.

O estado de dependência/independência de um indivíduo relativo às ALs está relacionado com a duração da vida, já que o estado de dependência de uma criança é bastante diferente do estado de um adulto. Também é interferido pelos chamados fatores que influenciam as ALs. Embora todas as pessoas realizem as ALs (seja qual for a fase de vida e o grau de independência) cada indivíduo as desempenha de maneira diferente, devido a uma diversidade de fatores ter influenciado ou estar a influenciar esse processo. Por isso, o modelo de vida apresenta ainda um componente denominado “fatores que influenciam as atividades de vida”, que são: fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos.

Circunstâncias como doença ou acidente são consideradas fatores biológicos, e podem resultar em dependência em uma ou mais atividades de vida. Nesse contexto pode-se inserir a deficiência física resultante de uma lesão medular. A pessoa que sofre uma lesão na medula terá seus movimentos limitados e, conseqüentemente, dependência em diversas atividades de vida.

Considera-se, portanto, que o nível de dependência/independência em cada atividade de vida revela as necessidades de cuidado de Enfermagem.

A Enfermagem individualizada, sendo o quinto componente do modelo, compreende a atuação do Enfermeiro, tendo como fundamento a individualidade de cada pessoa. Esta constitui o processo de enfermagem e é composta pelas seguintes etapas: apreciar, planejar, implementar e avaliar.

Em geral, os criadores de modelos de enfermagem incorporam nos seus modelos o processo de enfermagem. Tal atitude visa adicionar uma abordagem lógica para que os enfermeiros avaliem, planejem, implementem e desenvolvam a prática de enfermagem.

Contudo, como colocam Roper, Logan e Tierney (1995), o processo de enfermagem não pode ser descrito como um modelo de enfermagem, este deve ser utilizado no contexto de um esquema conceitual.

A otimização do cuidado requer a utilização do processo de enfermagem, o que permite ao enfermeiro focalizar não apenas os problemas médicos, mas também as respostas da pessoa, sua forma de reagir aos problemas clínicos, aos planos de tratamento e às mudanças nas atividades de vida com o enfoque sistêmico.

A Enfermagem individualizada propõe a promoção do cuidado cientificamente embasado, planejado conjuntamente com a clientela (SARAIVA, 2003). O enfermeiro deve encorajar a responsabilidade do cliente pela sua saúde, envolvendo-o no processo e na tomada de decisões sobre as intervenções que se fizerem necessárias no desempenho das atividades de vida.

A primeira fase do processo de enfermagem proposto pelo modelo é a apreciação, que envolve:

- Coleta de informações sobre a pessoa, através de observações, entrevistas, exames, medições e testes;
- Revisão das informações recolhidas;
- Identificação dos problemas reais, atuais e potenciais da pessoa nas ALs;
- Identificação da ordem de prioridades dos problemas.

Quanto maior a experiência do enfermeiro, maior a facilidade de tomar decisões acerca de prioridades de cuidados (TOMEY; ALLIGOOD, 2003).

A segunda fase é o planejamento, composto por: descrição dos objetivos ou resultados esperados para cada problema, data em que se espera alcançar esses objetivos e as intervenções de enfermagem. Vale ressaltar que para o alcance dos objetivos é fundamental que o planejamento seja desenvolvido com a colaboração da pessoa cuidada.

A implementação é a terceira etapa do processo, que significa a colocação do plano de enfermagem em prática. Segundo Alfaro-Lefevre (2005), a implementação envolve:

- preparo, no qual o enfermeiro deve ter segurança do que vai fazer, os motivos e a forma de fazer, além da maneira como prevenir riscos;
- execução das intervenções;
- determinação da resposta;
- implementação das mudanças necessárias.

A quarta fase desse processo de enfermagem é a avaliação, fundamental para

verificar se o planejamento e a implementação das intervenções trouxeram resultados benéficos para a pessoa cuidada. Essa etapa também proporciona base para uma contínua apreciação e planejamento, para que sejam feitas mudanças quando necessário.

O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney dispõe de um diagrama no qual estão dispostos seus elementos constituintes para facilitar a compreensão do modelo, sendo este:

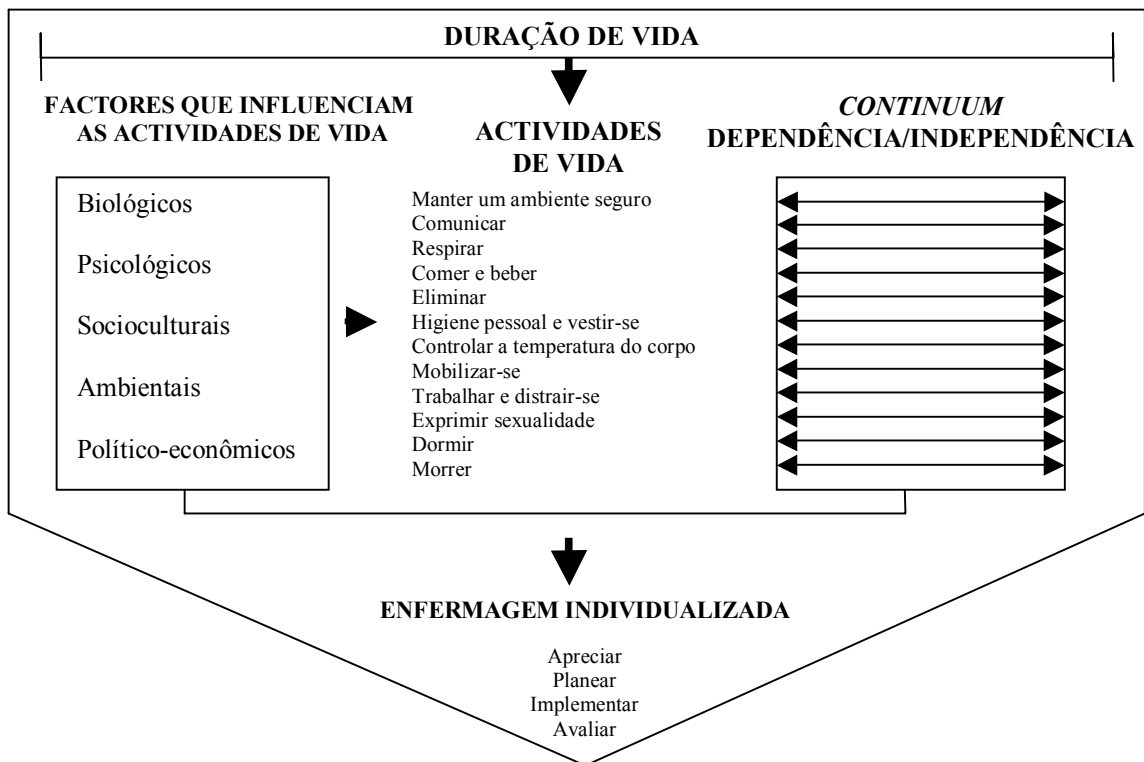


Diagrama 1 - O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney (2000)

Fonte: Roper, Logan e Tierney (2001)

Os pressupostos do modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney direcionaram as seguintes idéias norteadoras deste estudo:

- O cotidiano da pessoa com paraplegia pode ser descrito como um conjunto de atividades de vida;
- A forma como as atividades de vida são executadas por cada pessoa com paraplegia contribui para a sua individualidade;
- O portador de paraplegia é valorizado em todas as fases da vida;
- Ao longo de toda a vida até a idade adulta, a maioria dos indivíduos tende a tornar-se cada vez mais independente nas ALs;

- Embora a independência nas ALs seja valorizada, a dependência não deverá diminuir a dignidade do indivíduo com lesão medular, daí a importância de um adequado acompanhamento do processo de reabilitação;
- O conhecimento de uma pessoa com paraplegia sobre as ALs, as suas atitudes e o seu comportamento relativo a elas são influenciados pela diversidade de fatores que podem ser categorizados de uma forma geral como biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos;
- A forma como o paraplégico desempenha as ALs pode flutuar consoante os limites do que ele considera a normalidade;
- No indivíduo que possui lesão medular podem haver problemas (reais ou potenciais) relativamente às ALs;
- Ao longo da duração da vida, a maioria dos indivíduos experiencia acontecimentos de vida significativos ou desagradáveis, como uma lesão medular, que podem afetar a forma como desempenha as ALs e dar origem a problemas reais ou potenciais;
- O conceito de problemas potenciais incorpora a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, e identifica o papel do enfermeiro como professor de saúde;
- No contexto dos cuidados de saúde, o enfermeiro tem uma relação profissional com a pessoa portadora de paraplegia, na qual a pessoa continua um indivíduo autônomo, capaz de tomar decisões, embora às vezes não se sinta apta;
- Os enfermeiros fazem parte de uma equipe multidisciplinar que coopera para o benefício da pessoa com paraplegia;
- A função específica do enfermeiro é ajudar a pessoa com paraplegia a prevenir, aliviar, solucionar, ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as ALs.

Diante do exposto, sendo o modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney baseado num modelo de vida, os enfermeiros que o utilizarem terão um amplo campo de ação para o ensino da saúde, para promover e manter a saúde, prevenir doença e proporcionar reabilitação.

3.2 Atividades de vida da pessoa com paraplegia

a) Manter um ambiente seguro

Pessoas com lesão medular necessitam proteger-se contra agressões internas e externas para manter sua integridade física e mental, sendo necessário manter controle sobre si e sobre o ambiente.

Fatores biológicos

O sistema nervoso controla todas as atividades do corpo, sejam elas voluntárias ou involuntárias. Este é responsável pela interpretação de mensagens recebidas em qualquer parte do corpo e pelo envio das respostas.

O sistema nervoso está subdividido em sistema nervoso central e sistema nervoso periférico. O sistema nervoso central, formado pelo cérebro e pela medula, constitui a porção de comando do sistema, que recebe estímulos e desencadeia respostas. Por sua vez, o sistema nervoso periférico, formado pelos nervos cranianos e espinhais, constitui as vias condutoras de estímulos ao sistema nervoso central ou desse para os órgãos efetadores (GUYTON; HALL, 2002).

Assim como o cérebro possui o crânio como revestimento ósseo de proteção contra lesões externas, a medula espinhal possui a coluna vertebral, que a reveste e protege contra traumas. Além disso, a coluna vertebral é de grande importância para a manutenção da postura, para o suporte do peso e para a locomoção.

As vértebras são pequenos ossos com um orifício central que, alinhados uns sobre os outros, compõem a coluna vertebral. A coluna vertebral é constituída por 24 vértebras móveis e 9 fixas, que formam o sacro e o cóccix. As 24 vértebras móveis são assim divididas: 7 vértebras cervicais, 12 torácicas e 5 lombares. As 5 vértebras abaixo da lombar formam o sacro e as 4 mais inferiores formam o cóccix. As vértebras estão articuladas entre si através dos discos intervertebrais, formados de material cartilaginoso que fornece maleabilidade à coluna (SMELTZER; BARE, 2006).

A interrupção da continuidade da medula vertebral provoca isolamento do seguimento corporal abaixo do nível da lesão, acarretando falta de sensibilidade, perda de movimento, disfunções vasomotoras e autonômicas, alterações esfínterianas e disfunção sexual.

Uma das possíveis complicações da lesão medular é o choque medular, que representa uma repentina perda da atividade reflexa na medula espinhal (arreflexia). Nesse caso, todos os reflexos abaixo do nível da lesão estão ausentes por um período que pode durar semanas ou meses. Os músculos enervados pelo segmento da medula abaixo do nível da lesão ficam flácidos, paralisados e sem sensibilidade. O retorno dos reflexos marca o fim do choque medular (SILVEIRA, 2007).

Uma circulação adequada de sangue no corpo é essencial para manter a vitalidade da pele. Quando, por algum motivo, a circulação é interrompida por um longo período, as células morrem e surgem as feridas, que são chamadas de escaras ou úlceras de pressão. A causa mais comum dessas feridas é a pressão do colchão da cama, de um assento de cadeira ou de alguma superfície dura sobre a pele. Em pacientes com lesão raquimedular, as úlceras de pressão são comuns devido à imobilidade, à perda da sensibilidade e às alterações no turgor e na elasticidade da pele. Estas podem se desenvolver dentro de 6 horas, principalmente nas regiões como occipital, escapular, do ombro, sacro, cotovelo e calcanhar, que têm ossos pouco protegidos por músculos (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2007).

Diante disso, o cliente com TRM deve ser orientado quanto à mudança de decúbito a cada 2h, quando acamado, e quanto ao alívio de pressão na cadeira de rodas, sendo indicado manter a mudança na posição por 60 segundos, em intervalos de 30 a 60 minutos.

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma complicação comum em pessoas com lesão medular, pois é decorrente da imobilidade. A TVP aumenta o risco para embolia pulmonar. Desse modo, é necessário avaliar através de mensuração se há aumento da panturrilha. Execução de exercícios fisioterápicos, uso de meias elásticas, hidratação adequada e anticoagulantes em doses baixas contribuem para evitar a TVP (BRUNI et al., 2004)

A disreflexia autonômica ocorre frequentemente em pessoas com lesões cervicais ou acima do nível torácico T6. Qualquer estímulo que normalmente causaria dor e desconforto, mas que a pessoa com lesão medular não sente, pode causar uma crise de disreflexia. Essa síndrome pode causar cefaléia, pupilas dilatadas, visão embaçada, piloereção, sudorese e bradicardia (RODRIGUES; BRITO; BARROS, 2006).

A espasticidade é o aumento do tônus muscular com exaltação dos reflexos superficiais e profundos. Com a ausência do controle modulador do cérebro, a medula lesionada não é capaz de selecionar e responder adequadamente aos estímulos que chegam desde a periferia, especialmente na existência de lesão de alguma parte dos neurônios

motores. Desse modo, as respostas são desordenadas e anárquicas. A espasticidade pode aparecer nas lesões medulares acima de L₁. Esta pode ser benéfica, quando os espasmos são bem controlados e convenientemente direcionados. A hipertonia muscular causada pela espasticidade acaba prevenindo a hipotrofia muscular, a desmielinização óssea, trombose venosa profunda e edemas de extremidade. Também pode ser prejudicial, afetando as atividades de transferências e de autocuidado da pessoa (MACHADO, 2007).

Venturini, Decesaro e Marcon (2006) mostraram em um estudo que a espasticidade está presente na maioria dos indivíduos da amostra (81,2%) e que em alguns casos é necessário usar medicações para aliviar o desconforto.

O enfermeiro deve, entre outros fatores, identificar a força ou fraqueza física da pessoa, seus limites visuais, vertigens ou hipotensão ortostática que podem limitar as suas deslocamentos e provocar acidentes.

Os medicamentos utilizados constituem outros fatores de riscos, tais como a sobredose, a dependência, a intoxicação ou certos efeitos indesejados.

Além disso, os hábitos de vida e higiene da pessoa com lesão medular merecem consideração, uma vez que exercem influência sobre a integridade biológica e o equilíbrio psicológico. Por causar danos à integridade da pessoa, a lesão medular provoca desconforto, dor, depressão e ansiedade.

Fatores psicológicos

No cuidado ao portador de lesão medular, o enfermeiro deve observar o nível de capacidade da pessoa em compreender os riscos de complicações da doença ou de acidentes e de como os evitar. Uma boa compreensão irá facilitar o aprendizado das orientações.

As emoções têm um papel importante na integridade física e psicológica da pessoa. É preciso avaliar problemas psicológicos, manifestações de ansiedade, medo e desgosto, e apreciar a imagem que ela tem de si mesma. Também é importante considerar a existência de acontecimentos difíceis, além do traumatismo raquimedular, como luto, divórcio e desemprego, identificando os mecanismos de defesa e de adaptação utilizados.

O processo de reabilitação emocional é iniciado logo após o recebimento da notícia da lesão medular. Primeiramente, o cliente entrará na fase de impacto ou choque, ou seja, num estado de confusão mental no qual não consegue compreender o que está acontecendo. No segundo momento, instala-se a fase de repercussão ou negação, na qual há uma busca por balancear as perdas e suas implicações, procurando fugir da realidade

encontrada. Em seguida, inicia-se a fase de ajustamento ou reconhecimento, nesse caso o cliente começa a tomar consciência da realidade devido à persistência do quadro, o início do processo de reabilitação e a convivência com outras pessoas na mesma situação. Esse contexto pode gerar depressão. Posteriormente, será iniciada a fase da reconstrução, na qual a pessoa decide empenhar-se na sua reabilitação (MACHADO, 2007).

Fatores ambientais

Certos ambientes (calmos, higienizados, com iluminação adequada) podem proporcionar tranquilidade à pessoa, enquanto outros podem ser prejudiciais. Locais cercados de violência urbana ou com falta de saneamento básico tornam impossível a manutenção de um ambiente saudável.

Além desses fatores, é imprescindível que o enfermeiro observe as condições do domicílio do cliente com TRM, visando identificar risco para acidente ou para complicações da doença. Alguns pontos a serem notados, sugeridos por Hoeman (1996), são:

- Disposição da mobília e a habilidade de usá-la seguramente;
- Habilidade de manusear fogão, microondas, facas e lavar louças, seguramente;
- Habilidade para usar as instalações do banheiro seguramente;
- Adequação de degraus e tapetes;
- Número da casa claramente visível e legível para rápidas identificações em caso de emergência;
- Varandas e entradas bem iluminadas e protegidas do clima;
- Fechaduras e trincos seguros e habilidade da pessoa para utilizá-los;
- Habilidade para ver e falar com um visitante na porta sem ser visto;
- Capacho antiescorregadio;
- Habilidade para usar o telefone;
- Habilidade para controlar temperatura da água;
- Instalações elétricas seguras;
- Habilidade de transportar alimentos da cozinha para a mesa;
- Ventilação em todos os compartimentos.

Fatores socioculturais

A família e o grupo social oferecem em geral suporte e proteção. Contudo a vida em sociedade aumenta os riscos de contágio de infecções diversas e de acidentes, devendo o enfermeiro estar atenta para prevenir esses danos.

A cultura é um ponto de conhecimento importante para pessoas que cuidam. A noção da cultura do cliente irá facilitar a articulação do relacionamento e das intervenções, promovendo melhores resultados (FRANCO, 1996).

Fatores político-econômicos

Tanto os fatores políticos como as condições econômicas de uma pessoa irão influenciar na manutenção do ambiente seguro. Em geral, situações como violência urbana e falta de saneamento básico, estão mais presentes entre os grupos sociais mais pobres.

De acordo com a organização *Disability Awareness in Action – DAA*, em todo o mundo os portadores de deficiência estão entre as pessoas mais pobres, sendo-lhes negado o acesso a edifícios, à informação, à independência e a inúmeras oportunidades. Estas pessoas são impedidas de fazer escolhas ou opções e de ter controle sobre suas próprias vidas devido, principalmente, às condições político-econômicas (CEDIPOD, 2007).

Venturini, Decesaro e Marcon (2006), em uma pesquisa, detectaram o baixo padrão econômico das vítimas de trauma raquimedular, acrescentando o fato de que antes da lesão a maioria trabalhava regularmente e contribuía com a renda familiar.

Clientes de comunidades rurais freqüentemente têm maior dificuldade de acessar serviços de assistência porque essas áreas são pouco supridas por serviços de saúde, principalmente especializados (ROCHA, 2006).

Quando ocorre uma lesão medular, suficiente suporte financeiro é essencial para as despesas necessárias à reabilitação da pessoa: comprar equipamentos, usar os serviços de saúde, suprir as necessidades da casa, medicamentos, realizar as modificações estruturais na casa e acessar atividades sociais. Entretanto, em geral, o custo de cuidar de um membro da família com tal deficiência excede o suporte financeiro familiar. Isso ocorre, principalmente, porque na maioria das vezes o esposo(a) tem que abandonar o emprego para cuidar do companheiro(a) que também está sem trabalhar.

Portanto, a manutenção do ambiente seguro é fundamental para melhorar a qualidade de vida da pessoa com paraplegia. A segurança envolve um leque de fatores que visam manter e promover a integridade física e psicológica da pessoa, nesse caso, facilitando a sua reabilitação.

b) Comunicar

A comunicação é essencialmente importante em qualquer tipo de relação. É por meio dela que as pessoas podem conhecer-se e criar um relacionamento positivo ou negativo. Para que a comunicação seja eficaz e tenha funções construtivas é fundamental que ela seja usada de maneira clara e sensata.

Fatores biológicos

Todos os níveis de lesão raquimedular podem adquirir independência para as habilidades necessárias à atividade de vida comunicar. De acordo com Atrice et al. (2004), na reabilitação da pessoa com lesão medular, a comunicação inclui atividades como utilização de telefone, sistema de chamada, unidade de controle do ambiente e de computador, além da capacidade de escrever, digitar e virar páginas.

Pessoas com paraplegia não necessitam de aparelhos para a realização dessas atividades relativas à comunicação. Entretanto, pessoas com tetraplegia podem requerer aparelhos acessórios devido ao déficit de mobilidade nos membros superiores.

Fatores psicológicos

A capacidade de comunicar depende de aptidões cognitivas que permitem à pessoa captar mensagens ou informações e responder-lhes.

A reação afetiva de uma pessoa a outras pessoas ou situações influencia intensamente as relações interpessoais. Com isso, é interessante que o enfermeiro observe no portador de lesão medular manifestações de retraimento, apatia ou agressividade.

Além disso, é muito importante avaliar a sua capacidade de exprimir necessidades e opiniões, pois a imagem positiva que a pessoa com lesão medular tem de si e a sua autoconfiança também repercutem na comunicação.

Fatores socioculturais

A participação da família no processo ensino-aprendizagem e também, inicialmente, no apoio à realização das atividades de vida e autocuidado é fundamental para a obtenção do sucesso na reabilitação.

Para dar início ao programa de reabilitação deve-se primeiramente avaliar as necessidades de ensinamento e o estilo de aprendizagem do cliente e sua família. Além disso, precisam ser conhecidos a motivação para a aprendizagem, as habilidades e o contexto cultural destes. Isso permite que seja feito um plano dos objetivos e metas utilizando os recursos disponíveis.

Existem hábitos relacionais dentro de um grupo familiar ou social que favorecem a comunicação e outros que a prejudicam. Um exemplo de variação cultural em grupos é que algumas culturas valorizam as relações calorosas e abertas, enquanto outras apóiam o individualismo. Portanto, é importante que o enfermeiro esteja ciente desses hábitos para planejar adequadamente o cuidado.

Fatores ambientais

O ambiente também pode influenciar positiva ou negativamente a comunicação e o equilíbrio da pessoa. O excesso de estímulos em uma pessoa com paraplegia pode torná-la ansiosa, enquanto que a privação de estímulos pode conduzi-la ao isolamento social ou à apatia.

Um bom ambiente familiar é essencial para a reabilitação adequada da pessoa com lesão medular. É importante que a pessoa sinta-se à vontade e livre para expressar seus pensamentos e sentimentos. Para isso o apoio familiar é básico.

Carvalho et al. (2006) relatam que o envolvimento desenvolvido entre o profissional e a família no hospital deve ser continuado no domicílio, pois os familiares precisam adquirir ferramentas que os tornem participantes do cuidado ao parente com lesão medular.

Sendo assim, o cuidado voltado para a independência na atividade de vida comunicar é indispensável, notadamente nesse caso do traumatismo raquimedular, que é uma situação nefasta, afetando intensamente a integridade emocional da pessoa, conduzindo-a ao isolamento social.

c) Respirar

O ar é elemento essencial à vida. Quando experimentamos dificuldade seja para inspirar ou expirar, percebemos a vitalidade da função respiração.

Fatores biológicos

Em situações de lesão medular, o gerenciamento da função respiratória deve concentrar-se na prevenção de complicações pulmonares e na melhora da função pulmonar disponível. Com exceção dos traumatismos raquimedulares que afetam somente as regiões sacrais e lombares mais inferiores, algum grau de deficiência ventilatória estará presente e deverá ser abordada em seções terapêuticas. Nesse sentido, os cuidados podem incluir treinamento de músculos inspiratórios, exercícios de mobilidade da parede torácica e fisioterapia respiratória (MONTEZELI, 2007).

A resistência cardiopulmonar é um fator preocupante para o processo de reabilitação, pois esta é essencial para a conquista da independência pelo paciente enquanto realiza atividades de vida. Algumas habilidades exigem quantidade de tempo e esforço consideráveis. Contudo, quando a resistência torna-se uma barreira para o desenvolvimento de algumas atividades de vida, os pacientes devem optar por realizar outras atividades enquanto recebem auxílio para as que exigem maior esforço.

Além da capacidade de resistência, o enfermeiro deve examinar amplitude, frequência e ritmo da respiração dessa pessoa. Deve perceber a presença de secreções, ruídos, tosses e utilização de músculos acessórios.

A imobilidade abrandando a respiração, diminui a profundidade, e em longo prazo, reduz a mobilidade do diafragma e dos músculos intercostais, alterando assim a capacidade mecânica de respirar. Outro fator que afeta a função respiratória é a obesidade, ao limitar a expansão da caixa torácica, o que provoca respirações superficiais e frequência respiratória aumentada (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

É necessário também que o enfermeiro esteja atenta a infecções pulmonares ou outros tipos de infecções que causam febre e aumentam a frequência respiratória.

Fatores psicológicos

Existe uma estreita relação entre as emoções e a respiração. O medo e a ansiedade podem modificar a frequência respiratória, acelerando-a; a amplitude, diminuindo-a; e o ritmo, tornando-o irregular.

Sendo assim, o enfermeiro deve observar as condições emocionais da pessoa em situação de TRM, que podem estar bastante alteradas, e proporcionar calma e tranquilidade.

Fatores socioculturais

Hábitos de vida como o tabagismo ou a prática de esportes interferem na função respiratória. O tabagismo é demasiadamente prejudicial à função pulmonar, podendo reduzir a resistência cardiopulmonar necessária à pessoa com TRM na realização das atividades de vida. Já o hábito de praticar esportes pode ser muito benéfico a essas pessoas, aumentando a resistência às atividades.

Fatores ambientais

A poluição do ar, a umidade excessiva e a secura do ar são elementos prejudiciais à respiração. Tais fatores estão mais presentes em certos ambientes que em outros, por isso o enfermeiro deve identificar o clima da região e o nível de poluição local do ar.

Além disso, casas quentes, pouco arejadas e com muita poeira podem desencadear problemas respiratórios. Por outro lado, ambientes ventilados, frescos e com árvores são benéficos à função pulmonar.

Em suma, como a atividade de vida respirar envolve uma função vital e, em geral, o portador de lesão medular tem esta atividade afetada, mesmo que em diferentes níveis de gravidade, é importante que ao cuidar do cliente, o enfermeiro estabeleça como meta o desenvolvimento da função respiratória, e busque identificar todos os fatores que a interfiram, para evitar as complicações.

d) Comer e beber

A absorção de líquidos e nutrientes é necessária ao metabolismo e ao bom funcionamento do organismo.

Fatores biológicos

O portador de paraplegia, diferentemente do tetraplégico, apresenta independência para ingerir líquidos e alimentar-se.

Para indivíduos com lesão medular, em função da estase urinária e da diminuição do peristaltismo, a manutenção de volumes hídricos adequados é de suma importância, facilitando o melhor funcionamento intestinal e vesical. Em um estudo, Venturini, Decesaro e Marcon (2006) detectaram ingesta hídrica bastante insuficiente entre os participantes.

Para manter o equilíbrio hídrico deve-se ingerir entre 1000 ml e 1500 ml de líquidos por dia. No caso de insuficiência de líquidos ingeridos, certos sinais manifestam-se, como: pele seca, formação da prega cutânea, língua com cor acastanhada, conjuntivas ressecadas e maior concentração da urina e diminuição no seu volume (PHANEUF, 2001).

Para satisfazer as necessidades alimentares de um adulto, há necessidade de aproximadamente 7.140 kj a 8.400 kj por dia, segundo a sua estatura, idade e nível de atividade (PHANEUF, 2001). O seu regime deve fornecer-lhe proteínas, gorduras, açúcares, vitaminas e sais minerais essenciais. Na ausência de uma alimentação apropriada podem aparecer sinais de insuficiência nutricional: massa e tamanho inferiores ao normal, palidez da pele, cabelos e unhas quebradiços, fraqueza muscular, fadiga e etc.

A ingesta insuficiente de líquidos e nutrientes afeta, entre outros, o sistema imunológico, circulatório e tegumentar. Diante disso, a pessoa com TRM terá o risco aumentado de complicações como infecções urinárias e respiratórias, úlceras de pressão, e trombose venosa profunda.

Fatores psicológicos

Emoções exercem importante interferência sobre a alimentação. Alterações emocionais podem reduzir o apetite ou estimular a pessoa a comer compulsivamente. Além disso, situações de estresse estão ligadas a problemas digestivos desagradáveis, como náuseas, úlceras e gases.

A auto-imagem e, mais ainda, a imagem que a pessoa deseja projetar dela própria são outros fatores psicológicos importantes. Nesse contexto, pessoas submetem-se a dietas de emagrecimento descontroladas, deixando de ter uma alimentação nutritiva; enquanto outros, mais raramente, desejam engordar, consumindo alimentações prejudiciais.

Pessoas também podem reduzir a ingesta hídrica para controlar o número de micções. Isso é comum em pessoas com lesão medular quando estão fora de suas casas devido à incontinência urinária.

Fatores socioculturais

Alimentar-se traduz um comportamento de socialização e representa uma oportunidade de comunicar-se. Portanto, comumente, quando uma pessoa come sozinha acontece desinteresse pela sua alimentação (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Os hábitos culturais e os meios materiais de produzir ou adquirir os alimentos são fatores importantes. Cada cultura tem suas próprias tradições agrícolas, alimentares e culinárias.

Os hábitos familiares e pessoais são determinantes para uma adequada ingesta hídrica e alimentar, envolvendo opções alimentares, rotina e higiene na preparação dos alimentos, tratamento da água e frequência e quantidade da ingesta de líquidos e alimentos.

Fatores ambientais

Quanto à atividade de vida comer e beber, o ambiente em que vive a pessoa com lesão medular deve ser observado principalmente quanto a questões de saneamento básico e higiene. Uma boa higiene na preparação dos alimentos, assim como, origem e formas de tratamento da água são fatores extremamente importantes para que essa atividade de vida seja desempenhada com independência.

Fatores político-econômicos

Em geral, o ambiente em que uma pessoa vive é determinado pela sua situação econômica. Nesse caso, se a pessoa com lesão medular tem baixas condições econômicas, como tem sido bastante detectado em estudos com essa clientela, esta poderá viver em um ambiente inadequado, prejudicando a atividade de vida comer e beber em todos os fatores

citados anteriormente. Essas condições econômicas fazem parte das responsabilidades políticas.

Outra responsabilidade política relativa a essa atividade de vida é a problemática da “fome”, que tem repercussão mundial devido ao número de pessoas que passam fome no Brasil e em todo o mundo, das quais pessoas com TRM não estão excluídas.

Frente ao explicitado, fica claro que a atividade de vida comer e beber requer atenção considerável devido à sua forte influência em todo o contexto da pessoa com trauma medular, interferindo não só na recuperação durante a fase aguda, mas também na reabilitação para as outras diversas atividades de vida e prevenção de complicações.

e) Eliminar

O organismo tem necessidade de eliminar para o exterior do corpo todas as substâncias inúteis e nocivas ao corpo e os resíduos resultantes do metabolismo.

Fatores biológicos

Na lesão medular o controle da eliminação urinária inclui: determinar e realizar um programa de treinamento vesical, gerenciar o vestuário, posicionar o corpo adequadamente, colocar e limpar o equipamento, descartar a urina e limpar-se. Para determinar o programa ideal de treinamento, estudos urodinâmicos de vídeo são realizados, nos quais a situação da bexiga da pessoa é avaliada (ATRICE et al., 2004).

Após um trauma medular, a bexiga pode funcionar diferentemente de acordo com o tipo de lesão. No caso de lesão acima da cauda equina e do cone medular, a pessoa terá espasticidade e a eliminação da urina será em decorrência do reflexo ocasionado pela bexiga cheia. Caso ocorra uma lesão no cone medular ou na cauda equina, o reflexo não estará preservado, ocorrendo um grande acúmulo de urina devido à capacidade de extensão (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

A bexiga reflexa é esvaziada de forma reflexiva, quando a bexiga está cheia, e as metas terapêuticas para o seu gerenciamento incluem a eliminação de urina de baixa pressão e volumes de urina residual baixos. Manobras específicas podem ser requeridas para o esvaziamento: Manobra de Crede, compressão em baixo ventre com a mão espalmada ou fechada; e Valsalva, inspiração profunda seguida de expiração forçada.

A bexiga não-reflexa não será esvaziada de forma reflexiva e precisa ser esvaziada manualmente a intervalos regulares. Nesse caso as metas incluem estabelecer um esquema de esvaziamento regular e continência entre o esvaziamento, através de cateterismo intermitente. Geralmente, os pacientes com esse tipo de bexiga sofrem lesão no nível T12 ou abaixo e não precisarão de equipamento adaptado para a realização do autocateterismo.

Venturini, Decesaro e Marcon (2006) afirmaram que o autocateterismo, quando realizado adequadamente e respeitando os princípios científicos, tem vantagens como: fácil execução, reduz a frequência de infecções, preserva a função vesical e estimula a sua reeducação, torna o paciente mais independente, conserva seu sistema urinário e principalmente, oferece a oportunidade de convivência social, já que possui intervalos determinados.

As mulheres, geralmente, durante a realização do autocateterismo precisam estar na cama e utilizar um espelho para obter a posição exata do orifício a ser introduzido a sonda. O cateterismo vesical deve ser realizado a cada 4 ou 6h, de acordo com o balanço hídrico para evitar superdistensão da bexiga e infecção do trato urinário. O volume urinário em cada esvaziamento não deve ultrapassar 500ml. Na realização desse procedimento é fundamental a lavagem de mãos com água abundante e sabão (BRUNI et al., 2004.).

Na eliminação urinária é necessário notar a cor, o odor e a concentração da urina, assim como a sua quantidade e a presença de substâncias anormais. A frequência da micção, a sua urgência e a presença de dor são igualmente manifestações importantes a notar. Tudo isso cabe ao enfermeiro ensinar e estimular o cliente e o cuidador a registrar, além da ingesta hídrica. A ingesta hídrica entre 2 a 3 litros por dia aumenta o débito urinário, contribuindo com a prevenção de infecções urinárias.

Assim como a bexiga, o portador de lesão medular apresenta intestino reflexo ou flácido. No caso de intestino reflexo, o tônus do esfíncter anal interno e externo está presente.

O reflexo bulbocavernoso positivo é indicativo de intestino reflexo. Este pode ser obtido por meio da estimulação do pênis ou clitóris, provocando contração do esfíncter anal (DEFINO, 1999).

O programa de treinamento para intestino reflexo frequentemente envolve o uso de um supositório seguido por estimulação digital retal de 20 minutos. Já o programa para o intestino flácido é muito mais difícil de conduzir porque não há tônus no esfíncter interno ou externo. O tempo e a dieta são importantes para o alcance dos resultados esperados. Um supositório pode ser necessário para auxiliar o processo e, nessa situação, o reto deveria ser esvaziado antes da inserção do supositório. Se o planejamento estabelecido para o intestino

não for seguido de forma constante, movimentos involuntários do intestino podem ocorrer durante qualquer atividade extenuante (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2007).

O treinamento do intestino deve começar assim que o paciente estiver clinicamente estável. O enfermeiro deve observar: organização do vestuário, posicionamento do corpo, preparação e limpeza do equipamento, realização do programa real do intestino, eliminação das fezes e a auto-limpeza. É necessário também estar atenta às medicações do paciente que podem afetar o intestino, à hora do dia em que o paciente planeja realizar o programa e a todo o equipamento que será utilizado.

Dos indivíduos com paraplegia é esperada a independência total para a realização completa das habilidades de gerenciamento do intestino. As orientações para o programa de reeducação intestinal envolvem (HOEMAN, 1996):

1. Realizar o programa de reeducação intestinal na mesma hora todos os dias;
2. Seguir uma dieta rica em fibras;
3. Beber pelo menos oito copos de água por dia;
4. Beber um líquido quente 30 minutos antes de iniciar o programa de reeducação intestinal;
5. Realizar o programa de reeducação intestinal em posição ereta;
6. Considerar o programa de reeducação intestinal pré-mórbido.

Na eliminação intestinal é importante investigar hábitos alimentares e padrão de eliminação intestinal anterior à lesão medular. A quantidade de fibras ingeridas favorece grandemente a eliminação. É preciso o enfermeiro notar, além de ensinar ao paciente e ao cuidador: a cor, o odor, a consistência das fezes, frequência da eliminação, presença de substâncias anormais e dores abdominais ou retais durante a evacuação. É necessário também conhecer a quantidade de água ingerida e o nível de estresse, ansiedade e de atividade da pessoa.

Venturini, Decesaro e Marcon (2006) detectaram em um estudo que mais da metade dos indivíduos consegue reconhecer quando vai evacuar (através de estímulo sensitivo, sudorese, piloereção), porém, menos da metade realiza o treinamento intestinal diariamente.

Fatores psicológicos

As emoções podem agir sobre a frequência das micções e das evacuações. Situações de ansiedade podem aumentar a frequência tanto das eliminações urinárias como das intestinais, simultaneamente ou não.

As alterações emocionais, como no estresse, também podem estar envolvidas na origem de constipações. E ainda, a ativação do peristaltismo intestinal nas pessoas nervosas causa comumente dores abdominais.

Fatores socioculturais

As pessoas com TRM apresentam alterações permanentes desencadeadas pelo desenvolvimento da bexiga neurogênica e do intestino reflexo ou flácido. Entretanto, apesar dessas limitações as atividades de eliminações continuam a fazer parte de suas atividades de vida, sendo influenciadas pelos seus hábitos pessoais e familiares.

Culturalmente, as funções de excreção são rodeadas de uma procura de privacidade. Diante disso, o enfermeiro deve orientar aos familiares que busquem proporcionar essa privacidade para o paraplégico, respeitando seus desejos.

Fatores ambientais

Por serem as eliminações consideradas por muitas pessoas uma atividade íntima, como relatado anteriormente, o ambiente no qual serão realizadas deve proporcionar sentimento de liberdade, para que a pessoa sinta-se à vontade e os programas das eliminações sejam efetuados da melhor maneira possível.

Fatores político-econômicos

Tanto o programa de treinamento vesical como intestinal demandam determinados materiais e medicações. Desse modo, esses treinamentos geram custos para as pessoas com lesão medular.

Em determinados locais, como Fortaleza-CE, o governo tem fornecido às pessoas com lesão medular, que buscam o serviço, o material necessário para a realização do autocateterismo. Entretanto, esse projeto é ainda muito falho, tanto pela carência do material

nos postos de fornecimento, como pela falta de acesso à essa informação por muitos portadores de paraplegia, principalmente pelos que mais precisam.

Diante do que foi exposto, percebe-se a importância do papel do enfermeiro nessa atividade de vida como educador e facilitador da reabilitação e reintegração do indivíduo e sua família na sociedade, buscando adaptação à sua condição de saúde e tornando-o cada vez mais independente e responsável pelo seu autocuidado.

f) Higiene pessoal e vestir-se

As pessoas com lesão medular, assim como as demais, têm necessidade de manter-se higienizados e de vestir-se para proteger-se contra frio, vento e outros agressores externos, além de manter boa auto-estima.

Fatores biológicos

Para ser capaz de vestir ou despir roupas e sapatos é preciso certa força física, coordenação de movimentos e flexibilidade articular suficiente. A mobilidade da pessoa, seus limites, a dor e a fraqueza são fatores a notar que dificultam a capacidade de uma pessoa realizar seus autocuidados de higiene e vestuário.

O ato de tomar banho inclui lavar e enxaguar as extremidades superiores e inferiores e o tronco. Pessoas com paraplegia são independentes para banhar-se mas podem precisar de equipamentos para facilitar. Também são capazes de lavar o rosto, pentear o cabelo, fazer higiene oral, barbear-se e aplicar maquiagem.

A independência na habilidade de vestir-se para pacientes com lesões tetraplégicas e paraplégicas pode depender de onde a habilidade é realizada. Vestir a parte inferior do corpo geralmente é realizado na cama, e não na cadeira de rodas, considerando a resistência, força e questões de tipo de corpo. Espera-se que os pacientes com paraplegia vistam-se com independência total na cama, mas eles podem precisar de equipamentos como um elevador para a perna ou uma calçadeira com cabo longo para vestir-se na cadeira de rodas (MACHADO, 2003).

A segurança básica no banho deve ser ensinada a todos os clientes. A garantia de segurança no banho inclui verificar a temperatura da água com uma área conhecida de sensação intacta, verificar a pele antes e após o banho, protegê-la durante as transferências e

evitar quedas. Essas precauções são necessárias para evitar queimaduras e lacerações da pele durante o banho (HOEMAN, 1996).

Fatores psicológicos

A roupa reforça a autoconfiança e o sentimento de identidade pessoal e social. Por isso, é importante permitir que a pessoa com TRM se vista da forma que deseja e se sente bem. Alguns fatores comportamentais a serem observados pelo enfermeiro para direcionar o cuidado incluem: a importância que a pessoa atribui a sua aparência, o pudor e o grau de constrangimento.

Os hábitos de higiene, a capacidade de assumir seus cuidados de higiene e o valor atribuído à limpeza e à sua apresentação devem ser considerados, pois a partir desses fatores serão realizados os planejamentos e as orientações de enfermagem.

Fatores socioculturais

Do ponto de vista cultural, as normas sociais exercem grande influência na higiene e vestuário de uma pessoa. Em geral, as pessoas escolhem suas vestimentas de acordo com a moda, esquecendo-se, muitas vezes, de adequar ao clima local. Entretanto, os cuidados com a higienização do corpo, pele e anexos, estão principalmente ligados a convenções familiares.

Fatores ambientais

É de grande importância para aquisição de independência nessa atividade de vida que haja estrutura ambiental adequada, como no banheiro para o posicionamento ideal da cadeira de rodas, na cama para a realização de trocas de roupas, além da existência dos equipamentos necessários.

O clima da região é um fator, que juntamente com a cultura, influencia a maneira como as pessoas costumam vestir-se e determinar os hábitos de higiene, principalmente a quantidade diária de banhos.

Fatores político-econômicos

O meio econômico tem forte poder para determinar a disponibilidade de instalações de higiene e a capacidade financeira da pessoa para adquirir os produtos necessários e suas vestimentas.

Enfim, a atividade de vida higiene pessoal e vestir-se tem forte influência nas condições psicológicas de uma pessoa. Por isso, levando em consideração a cultura pessoal e familiar, o enfermeiro deve estimular bons hábitos de higiene e vestuário na pessoa com paraplegia, além da auto-responsabilidade, para que esta mantenha uma boa auto-estima e uma auto-imagem positiva.

g) Controlar a temperatura do corpo

O organismo tem necessidade de manter o equilíbrio entre a produção de calor pelo metabolismo e a sua perda pela superfície corporal.

Fatores biológicos

As variações da temperatura corporal consideradas normais são entre 36.5°C e 37.5°C. A febre ou hipertermia é frequentemente acompanhada por dor de cabeça e sensação de abatimento. Certas substâncias podem ter influência sobre a temperatura corporal, por exemplo, o álcool (provoca a hiperemia de superfície e depois abaixa a temperatura por vasodilatação gástrica e periférica), o ácido acetilsalisílico (Aspirina[®]) e o acetaminofene (Tylenol[®]) (PHANEUF, 2001).

A hipotermia pode envolver os seguintes sinais e sintomas: sensação de frio e tremor, queda de temperatura corporal a 35°C ao menos, confusão, dispnéia, batimentos cardíacos irregulares, parada cardíaca, parada respiratória e morte. Contudo, o reaquecimento rápido da pessoa é perigoso porque pode provocar colapso circulatório, desse modo, o reaquecimento corporal deve ser lento para que volte à temperatura normal sem riscos (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1995).

Os pacientes com lesão raquimedular são susceptíveis a infecções como urinária ou respiratória. Diante disso, o enfermeiro deve verificar frequentemente a temperatura corporal dessas pessoas, já que a febre pode ser um indicativo de infecção.

Fatores psicológicos

As emoções intensas e a fadiga podem provocar elevação da temperatura corporal. O estresse emocional ou físico eleva a temperatura através da estimulação do sistema nervoso simpático, que eleva os níveis de adrenalina e noradrenalina, aumentando a taxa metabólica, que por sua vez, aumenta a produção de calor.

Desse modo, o enfermeiro precisa estar atenta à etiologia real da febre na pessoa com paraplegia para não fazer confusão, já que essa clientela sofre fortes abalos emocionais e ao mesmo tempo tem grande risco para infecções.

Fatores socioculturais

A cultura e hábitos familiares interferem nas reações e cuidados frente às mudanças na temperatura corporal. Algumas famílias, em uma situação de febre, agem resfriando o corpo da pessoa através de banho e ventilador, já outras aquecem com cobertores para estimular o suor e a perda de calor.

Assim, é essencial que o enfermeiro conheça esses hábitos para fazer as orientações necessárias.

Fatores ambientais

Em geral, as alterações nas temperaturas ambientais não afetam a temperatura central, mas a exposição a temperaturas extremamente quentes ou frias pode alterar a temperatura corporal (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Consequentemente, o local de habitação, o clima, o sistema de aquecimento e o ar-condicionado constituem fatores de modificação da temperatura.

Fatores político-econômicos

Alguns fatores ambientais podem ser influenciados pela condição econômica da pessoa. Aquelas que possuem melhor remuneração, frequentemente, podem adquirir sistemas de aquecimento ou ar-condicionado, além de roupas adequadas ao clima.

Portanto, a atividade de vida controlar a temperatura do corpo, apesar de parecer culturalmente pouco valorizada pelas pessoas, é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do portador de lesão medular. A independência em tal atividade de vida é um indicativo de saúde e bem-estar.

h) Mobilizar-se

Assim como toda pessoa, o portador de lesão medular tem necessidade de movimentar-se e locomover-se, além de manter um alinhamento adequado dos segmentos corporais para assegurar uma boa circulação e conforto.

Fatores biológicos

O enfermeiro deve conhecer a capacidade da pessoa de se levantar, se sentar, se locomover com a cadeira de rodas, de se lavar e comer sozinha. É preciso observar dor ligada ao movimento, fraqueza muscular, rigidez das articulações e intolerância ao esforço de origem cardíaca ou respiratória. Certos medicamentos podem ocasionar efeitos como a hipotensão ortostática que afeta a locomoção.

Componentes de mobilidade no leito incluem virar de um lado para o outro e da posição supina para prona, além de sentar e sair para todas as direções. O treinamento inicial para a mobilidade no leito para portador de TRM, geralmente, é conduzido no tatame, porque o movimento em uma superfície firme é mais fácil e leva a um resultado melhor. Por causa da força funcional na extremidade superior do paciente com paraplegia, as habilidades de mobilidade no leito geralmente são aprendidas rápida e facilmente.

O paraplégico comumente aprende a fazer uma elevação para alívio da pressão na cadeira de rodas. Esse método de alívio de pressão é compatível com uma elevação completa através dos braços na cadeira de rodas. O tempo apropriado para manter a mudança na posição é de 60 segundos com intervalos de 30 a 60 minutos. O tratamento deve incluir instrução ao paciente para garantir que o plano de alívio da pressão seja mantido em todos os ambientes. Relógios e atenção do cuidador podem ser necessários (MACHADO, 2003).

O tipo de transferência utilizado por um paciente é determinado pelo nível da lesão, pelo auxílio necessário, pela preferência do paciente e pela segurança da transferência. Ao realizar transferências, tanto o paciente quanto a pessoa que o auxilia devem prestar atenção no uso adequado da Mecânica Corporal. Transferências auxiliadas independentes

incluem o uso de tábuas de transferência, transferências com elevação e transferências com pivô de pé.

Transferências para a cadeira de rodas em geral começam em superfícies niveladas e progridem para superfícies desniveladas a medida que a força individual e as habilidades permitem. Craven e Hirnle (2006) fazem as seguintes colocações acerca das transferências:

- Transferência para o carro: a maioria das pessoas paraplégicas não necessita de equipamentos para se transferir para o carro. A pessoa aproxima-se do carro pelo lado do motorista e abre a porta, posiciona a cadeira de rodas e faz uma transferência com elevação para o assento do carro, posiciona suas extremidades inferiores e pega a almofada e a cadeira de rodas e coloca-as dentro do carro. Dependendo do modelo do automóvel e do modelo da cadeira de rodas (dobrável ou rígida), a cadeira de rodas é colocada no banco de trás ou transferida pelo paciente e colocada no banco do passageiro. Para transferir-se para fora do carro o processo é inverso, começando pela retirada da cadeira de rodas.
- Transferência para o chão: o desempenho independente de uma transferência para o chão é uma meta para a maioria dos paraplégicos. A pessoa pode usar técnicas diferentes para passar para o chão. Em geral, posiciona seus pés fora do descanso da cadeira e move-se para frente para a borda dianteira de sua almofada. Ele alcança o chão com ambas as mãos, abaixa os joelhos até o chão e avança com as mãos até que seu corpo esteja fora da cadeira de rodas. Para voltar a cadeira de rodas ele se aproxima dela de frente e usa a estrutura da frente, o banco e/ou encosto da cadeira de rodas a fim de empurrar-se para a cadeira de rodas, virando simultaneamente para assumir a posição sentada equilibrada.

Tanto a mobilidade na cadeira de rodas elétrica quanto na manual começa em superfícies planas. O treinamento da habilidade para mover-se na cadeira de rodas progride da seguinte forma: mobilidade em áreas abertas, preparação para transferências, mobilidade em áreas com muitas pessoas, rampas para subir e descer, portas que abrem para dentro ou para fora, empinar, mobilidade em terreno acidentado, subir e descer meios-fios e degraus (HOEMAN, 1996).

Algumas técnicas de mobilização na cadeira de rodas são descritas pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2005):

- Para subir uma rampa é necessário que a pessoa incline-se para frente, ficando longe do encosto da cadeira de rodas enquanto dá um impulso para empurrar a cadeira. O paciente deve ser instruído sobre as recomendações de segurança da cadeira de rodas e sobre o percentual de inclinação da rampa;
- Empinar a cadeira é uma habilidade de mobilidade funcional que melhora a independência social da pessoa. Descer um meio fio é uma habilidade avançada. A pessoa assume a posição de empinar equilibrada e aproxima-se do meio fio à frente. A posição empinada é mantida à medida que ele desce o meio fio;
- Para descer degraus usando um corrimão a pessoa aproxima-se dos degraus de costas e usando o corrimão em seu lado direito e a mão que está no aro da cadeira de rodas em seu lado esquerdo desce os degraus.

Quando a deambulação é indicada, o programa de tratamento pode ser curto e relativamente simples para alguns e trabalhoso para outros. Os critérios para tentar a deambulação envolvem (NAKAZAWA, 2001):

- Desejo claro de deambulação com metas adequadas;
- Peso do corpo não exceder a 10% do ideal;
- Amplitude do movimento (ADM): extensão do quadril a 5 graus, extensão completa do joelho, dorsiflexão do tornozelo a 5 a 15 graus e levantamento da perna sem dobrá-la 110 graus;
- Pele intacta;
- Sistema cardiovascular estável;
- Espasticidade controlada;
- Função independente em cadeira de rodas.

A deambulação é composta por quatro categorias: somente fica de pé; anda distâncias curtas - exercício; anda dentro de casa ou no trabalho, mas usa a cadeira de rodas a maior parte do tempo; e é independente em todas as superfícies, não usa a cadeira de rodas.

A energia gasta durante a deambulação para indivíduos com lesão completa em T12 ou mais alta está acima do limite anaeróbico e não pode ser mantido com o tempo (ATRICE et al., 2004).

A falta do equipamento adequado para o processo de reabilitação pode resultar em: contraturas e deformidades posturais, sensação de perda do controle, lesões na pele, perda das habilidades aprendidas na reabilitação, baixa auto-estima e aumento da dependência de outras pessoas.

O equipamento necessário para o paraplégico na reabilitação é: cadeira de rodas vertical manual, almofada para cadeira de rodas, assento de cadeira elevado/acolchoado, banco para banheira, controle manual para carro, equipamento de AVDs, equipamentos de intestino/bexiga, e órteses para a extremidade inferior se a deambulação for o objetivo (HOEMAN, 1996).

Muitos indivíduos passam oito horas ou mais por dia em suas cadeiras de rodas após o TRM. Por consequência, sentar adequadamente para esses pacientes pode ser um dos cuidados mais importante que os enfermeiros possam fornecer. As metas para fazer o paciente com TRM se sentar adequadamente são:

1. Maximizar a independência funcional;
2. Otimizar a distribuição da pressão e o alívio da pressão;
3. Otimizar o conforto;
4. Melhorar a qualidade de vida;
5. Otimizar o alinhamento postural;
6. Compensar as deformidades fixas;
7. Maximizar a facilidade de transporte do sistema de sentar.

O seguinte quadro apresenta a expectativa funcional de uma pessoa com lesão medular do tipo paraplegia:

Quadro 1 - Expectativa Funcional para Paraplégicos

Componente funcional	Potencial do resultado	Equipamento previsto para obter os resultados
Tolerância para sentar	80 graus em 10 horas por dia	
Comunicar-se	independente	
Alimentar-se	independente	
Arrumar-se	independente	
Banhar-se		
Parte superior	independente	Cadeira vertical para a banheira
Parte inferior	independente modificado	Esponja com cabo longo e mangueira do chuveiro manual.
Vestir-se (parte superior e inferior)		
Na cama	independente modificado	Diversos equipamentos para vestir-se.
Na cadeira de rodas	independente modificado	<i>Dil stick</i> se houver reflexo bulbocavernoso (RBC)
Gerenciar o intestino	independente modificado	Supositórios se não houver RBC
Gerenciar a bexiga	independente modificado	
Mobilidade na cama:		
Virar lado/lado	independente modificado	
Virar supino/prono	independente modificado	
Supino para/de sentar	independente modificado	
Deslocar-se sentado	independente modificado	
Gerenciamento da perna	independente modificado	
Transferências:		
Cama	independente modificado	
Banheira/toalete	independente modificado	
Carro	independente modificado	
Chão	independente modificado	
Endireitar a cadeira de rodas	independente modificado	
Mobilidade em cadeira de rodas manual		
Superfícies lisas	independente modificado	Cadeira de rodas vertical
Rampas	independente modificado	
Terreno acidentado	independente modificado	
Meios-fios	independente modificado	
Escadas (3-4)	auxílio moderado para independente modificado	
Deambulação		
Superfícies lisas	Depende do nível da lesão;	Órtese adequada e dispositivos auxiliares
Rampas	independente modificado	
Terreno acidentado	para lesões em T12 e	
Meios-fios	lesões abaixo;	
Escadas	variará com lesões torácicas mais altas.	
Pele		
Transferência de peso	independente modificado	Espelho para verificações da pele
Almofada/posicionamento	independente modificado	
Verificações da pele	independente modificado	
AVD na comunidade		
Gerenciamento leve da casa	independente modificado	Controles manuais para veículo
Gerenciamento pesado da casa	auxílio moderado	
Dirigir veículo	independente modificado	
ADM para extremidade inferior e tronco	independente modificado	
Programa de exercícios	independente modificado	Elevador para a perna para auxiliar a ADM da extremidade inferior
		Pesos para punhos

Fonte: Atrice et al. (2004)

Fatores psicológicos

Um dos focos principais do processo de reabilitação é a reintegração bem sucedida do paciente na comunidade. A imobilidade pode causar isolamento social, gerando sensações de inutilidade e depressão.

O impacto da cadeira de rodas na auto-imagem do indivíduo deve ser considerado. Um sistema para sentar atrativo e eficiente é uma ferramenta integral para o sucesso na adaptação emocional do paciente.

Fatores socioculturais

A sociedade pode funcionar como estímulo à mobilidade da pessoa com trauma medular, gerando oportunidades de locomoção para lazer e trabalho.

Além disso, a família e a comunidade são fatores determinantes no desenvolvimento de hábitos de exercício. A solidão tem relação com o desenvolvimento do sedentarismo e da inatividade.

Fatores ambientais

O ambiente domiciliar ou do trabalho do paciente deve ser avaliado para que a cadeira de rodas possa ser utilizada de maneira eficaz. As construções devem ser estruturalmente seguras e espaçosas.

A cadeira de rodas deve ser o mais fácil possível de empurrar para reduzir o estresse nas articulações das extremidades superiores. Muitas cadeiras de rodas manuais são leves e têm diversos ajustes e opções de pneus e rodas que tornam a propulsão da cadeira mais eficiente.

O tamanho correto da roda traseira reduz a fadiga na musculatura do ombro. O tamanho do pneu traseiro deve ser selecionado de forma que, quando o usuário da cadeira se sentar com as mãos descansadas em cima das bordas para empurrá-la, haja 60° de flexão dos cotovelos e nenhuma elevação do ombro. Mudar a distribuição do peso do usuário novamente para o eixo de trás (geralmente movendo o eixo da roda traseira para frente) reduz a porcentagem de peso nas rodas dianteiras, tornando a propulsão mais eficiente. Além disso, a profundidade do assento deve ser 2,5 cm em relação às fossas poplíteas (GIANINI; CHAMLIAN; ARAKAKI, 2006).

Finalmente, deve ser ressaltada a importância da independência na atividade de vida mobilizar-se para o desempenho das demais. Esta tem alto grau de influência no “viver” de uma pessoa. Todavia, devido aos danos neurológicos, essa atividade de vida está fortemente afetada em pessoas com paraplegia. Portanto, é fundamental que por meio da reabilitação estas pessoas possam, utilizando suas habilidades, adquirir o mais alto nível de independência possível.

i) Trabalhar e distrair-se

Essa atividade de vida envolve a necessidade de realizar ações que permitam a pessoa ser autônoma, utilizar seus recursos para assumir seus papéis, ser útil aos outros e desenvolver-se, e descontraí-la física e psicologicamente através de lazeres e divertimentos.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho - OIT (2001), a taxa de desemprego entre as pessoas com deficiências é duas ou três vezes mais alta do que entre as pessoas sem deficiências.

Fatores biológicos

O retorno ao trabalho após uma deficiência é influenciado em parte pelo tipo e severidade da deficiência, nível educacional, idade, gênero e condições antes da lesão. Os limites relacionados com a mobilidade dificultam esse processo.

Dependendo do contexto familiar, será exigido da pessoa com TRM o gerenciamento da casa, que pode incluir: administração do dinheiro, arrumação da casa, compra de alimentos e preparo de refeições, entre outros. O enfermeiro pode discutir com o cliente o papel que gostaria de assumir em casa. A pessoa pode querer retomar os papéis de gerenciamento da casa anteriores ou querer discutir a mudança dos papéis com um membro da família ou com o responsável por cuidar dele, a fim de ter energia para outras habilidades. O planejamento de atividades pode ser essencial para a independência nessa função.

Fatores psicológicos

O emprego pode ser relacionado com satisfação de vida, pois promove à pessoa identidade e permite independência financeira. Em um estudo, Venturini, Decesaro e Marcon (2006) mostram a preocupação dos lesionados medulares com a questão da impossibilidade

para o trabalho, pois constitui uma necessidade não só de adquirir renda, mas de assumir um papel social como resgate de sua identidade.

Geralmente, a pessoa acometida por uma lesão medular tende a se isolar e abdicar de seus papéis sociais, perde a autoconfiança, sentindo-se pior que os outros. O sentimento de utilidade desenvolvido pelo trabalho e pela produção financeira é recompensador e eleva a auto-estima (HENRIQUES, 2002).

Por isso, é importante notar o sentimento de frustração e desvalorização pessoal que dificulta cumprir seus papéis, ser autônomo e exercer seus lazeres preferidos. A confiança em si, a motivação e o otimismo ajudam a pessoa a manter-se ativa nos seus papéis. E, ainda, os lazeres permitem libertar as emoções e as tensões.

Fatores socioculturais

O valor atribuído ao trabalho tem suas raízes no grupo familiar e social. A noção de papel é largamente determinada pela sociedade, em função das expectativas em relação a uma pessoa.

Em um estudo desenvolvido por Rocha (2006), foi detectado que as pessoas com deficiência sentem-se reabilitadas somente após a participação em projeto de reabilitação que envolve a comunidade local (comerciantes, órgãos políticos, associações de representantes da população e outras de cunho social, cultural e recreativo), buscando o convívio e a participação social dos deficientes por meio de atividades valorizadas socialmente.

O autor também destaca as barreiras arquitetônicas, os familiares que super-protegem o deficiente e a ausência de transporte, que impedem os deficientes de participarem de atividades sociais como o trabalho e lazer.

Fatores ambientais

O ambiente em que vive uma pessoa exerce igualmente grande influência sobre seus trabalhos e lazeres. Certos ambientes oferecem mais meios e possibilidades.

O processo de reintegração social é fortemente dificultado pelo fato de as cidades não terem estrutura para que os deficientes possam se locomover e ter liberdade de ir e vir. Barreiras no setor de transporte também empatam a habilidade de trabalhar, usar facilidades públicas, acessar os serviços de saúde, e participar em atividades recreativas, sociais e de

educação. Acesso a estas atividades e serviços é imperativo para a integração social, pois são atividades de vida.

Fatores político-econômicos

Por mais que existam leis que favorecem os portadores de deficiência, a sociedade não as insere no cotidiano.

Embora a ação terapêutica possa recuperar a funcionalidade e, desse modo, promover a integração social, o processo a que o deficiente é submetido no espaço institucional gera dupla negatividade: a exclusão epistemológica e a exclusão do poder, que são coincidentes. Faz-se necessário uma postura ética de rompimento com o descompromisso político frente ao sofrimento do outro, contemplando os aspectos subjetivos da constituição das desigualdades, para além de ações legislativas ou politicamente corretas (ROCHA, 2006).

Os lazes não são todos onerosos, mas de qualquer maneira exigem um mínimo de meios financeiros.

Em geral, às pessoas deficientes é reservado um lugar marginal da sociedade, compondo um segmento social sobre o qual não se estendem de fato as regras, os direitos e deveres comuns a todos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), oitenta por cento das pessoas com deficiência vivem em países em desenvolvimento e apenas 2% recebem algum tipo de assistência.

Além disso, as instituições de reabilitação são comumente distanciadas das residências das pessoas, ou seja, estabelecidas em locais longe da realidade social e política que os portadores de deficiência física vivem em seu cotidiano.

Pode-se dizer que o Estado e a sociedade são quem define qual tipo de deficiência é uma *incapacidade*, pois de acordo com o parâmetro por eles criado o portador de deficiência sofrerá discriminação e enfrentará dificuldades. Sem dúvida, o Estado tem responsabilidades na: formulação de uma política de reabilitação; prevenção de deficiências; mobilização de recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos; e criação de condições que visem a participação do deficiente na sociedade (SANTORO, 1999).

j) Expressar sexualidade

A expressão da sexualidade é uma dimensão muito importante do ser humano, pois envolve personalidade e comportamento, de modo que a feminilidade e a masculinidade

são expressas não só no aspecto físico, mas também psicológico e comportamental, como no estilo de vestuário, na comunicação verbal e não verbal e nos papéis assumidos na família e na sociedade (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Fatores biológicos

Como a sexualidade faz parte da existência do indivíduo, se faz necessária a conscientização do profissional de enfermagem acerca dessa problemática. O enfermeiro deve conhecer e orientar às pessoas portadoras de lesão medular sobre os reais problemas sexuais conseqüentes à lesão e ainda, discutir as possibilidades existentes para superar as dificuldades.

As alterações causadas na função sexual são dependentes do nível e do grau da lesão medular. Poderão ser observadas alterações na sensibilidade, redução na mesma; na ereção, dificuldade em fazê-la ou mantê-la; na ejaculação, que pode estar impedida ou tornar-se retrógrada; na fertilização, redução do número de espermatozoides; e na lubrificação, que pode estar diminuída; entre outros (CAVALCANTE, 2005).

A sensibilidade é fortemente influenciada pelo grau e o nível da lesão. Após o TRM, a pessoa poderá apresentar uma sensibilidade moderada ou não ter sensibilidade abaixo do nível neurológico, dependendo do grau da lesão. A lesão pode ser completa ou incompleta segundo o grau, e quando é incompleta, o indivíduo apresenta função sensitiva ou motora abaixo do nível da lesão ou pelo menos no segmento sacral inferior. Já quando é completa não apresenta essas funções no segmento sacral inferior (MACHADO, 2007).

Assim como nos homens, nas mulheres as sensações genitais estão ausentes nas lesões medulares completas. Para as mulheres, o maior prejuízo resultante da lesão medular é a sensibilidade afetada. Isso dificulta a excitabilidade, o orgasmo e a satisfação da mulher, sendo necessária a estimulação de outras áreas prazerosas que não a área genital.

Existem algumas áreas erógenas do corpo, em regiões não genitais, que devem ser percebidas e estimuladas para ser fonte de prazer. Entretanto, quanto mais alta a lesão, menor a área da pele disponível para estimulação.

Para a realização de uma relação sexual saudável, isenta de lesões, a mulher depende consideravelmente de uma boa lubrificação, que pode estar reduzida com a lesão. Todavia, existem lubrificantes que podem substituir a lubrificação fisiológica.

O enfermeiro deve orientar a pessoa a considerar que com a redução da sensibilidade pode acontecer lesão na pele durante a masturbação, devido ao aumento da força com que os estímulos são aplicados.

A disfunção erétil é considerada quando existe uma incapacidade de um homem ter ou manter uma ereção que seja firme o suficiente para a inserção vaginal e para a realização do ato sexual satisfatório. A maior parte dos homens consegue obter algum tipo de atividade erétil após a lesão. A capacidade de ereção tende a melhorar lentamente no decorrer do primeiro ano após a lesão. A ereção pode ser provocada de forma reflexa, psicogênica ou de ambas. A ereção reflexa é comandada pelo centro medular sacral situado nos níveis S₂, S₃ e S₄, e, é gerada por estímulos nos órgãos genitais ou em regiões próximas. Já a psicogênica é controlada pelo centro medular toracolombar, nos níveis T₁₁-L₂, sendo gerado por um estímulo que cause excitação ou desejo, ou seja, que partam do cérebro (SUAID et al., 2002).

Lesões incompletas em qualquer nível estão associadas à manutenção da ereção, seja ela psicogênica ou reflexa. Em lesões altas completas apenas a ereção reflexa deve estar presente (FÜLL-RIEDE; HAUSMANN; SCHNEIDER, 2003).

O ato sexual sofre modificações no seu desempenho devido às mudanças e limitações promovidas pela lesão. A mobilidade alterada é um dos fatores que mais prejudica a pessoa com lesão medular na realização das atividades de vida, principalmente quanto ao intercurso sexual que é alterado essencialmente pela sua composição de movimentos e posições.

A variação de posições é considerada um fator estimulante para o prazer e a satisfação sexual do casal. Entretanto, para a pessoa com lesão medular as posições disponíveis para o ato sexual são muito limitadas devido à instabilidade do corpo. A esse respeito, pode-se destacar que as melhores posições são aquelas em que a pessoa sente-se estável, quer seja por baixo ou sentado com apoio, o importante é que ele se sinta seguro e confortável (CAVALCANTE, 2005).

Muitos portadores de lesão medular queixam-se da espasticidade quando ocorre no momento do intercurso sexual, pois causa dificuldade de movimentação devido ao aumento do tônus muscular no momento em que é desencadeada.

Existem diversas técnicas, graças aos avanços da ciência e da tecnologia, que visam facilitar o ato sexual e a fertilização entre os lesados medulares. Essa variedade de técnicas permite a adequação às condições e necessidades de cada indivíduo.

Em casos mais simples a ereção acontece apenas com a estimulação externa dos órgãos genitais. Quando a ereção tem qualidade inferior, estão disponíveis outros métodos e alguns medicamentos.

O cilindro a vácuo ou bomba de vácuo é um simples aparelho cilíndrico, no qual o pênis é introduzido e em seguida feito vácuo com uma bomba manual, o que direciona sangue

para o pênis. Feito isso, coloca-se um anel de estrangulamento na base do pênis para a manutenção do sangue no pênis. Os medicamentos injetáveis utilizados são substâncias vasoativas, aplicadas na raiz do pênis. As substâncias injetadas podem ser papaverina, fentolamina e prostaglandinas. Elas provocam vasodilatação e conseqüentemente ereção. Semelhante processo também ocorre com o uso do medicamento oral Sildenafil, conhecido comercialmente como Viagra (FÜRL-RIEDE; HAUSMANN; SCHNEIDER, 2003).

Outra alternativa utilizada quando falham as mais simples é o implante cirúrgico de prótese no pênis. As próteses podem ser rígidas ou infláveis. A rígida proporciona ereção constante, porém devido a sua maleabilidade pode ser posicionada de acordo com as necessidades. A prótese inflável proporciona ereção de acordo com o comando da pessoa (HOEMAN, 1996).

Como portadores de lesão medular têm a emissão e a ejaculação alteradas pela lesão, fazem-se necessárias técnicas para sua obtenção ou melhora. Um dos métodos é a colocação de um vibrador na glândula do pênis para estimular o reflexo da ejaculação. A ejaculação ainda pode ser conseguida por estimulação elétrica da próstata, vesícula seminal e vasos deferentes através de um cabo elétrico introduzido no reto. Todavia, o esperma também pode ser obtido retirando-se diretamente dos testículos com seringa (FÜRL-RIEDE; HAUSMANN; SCHNEIDER, 2003).

Quanto à fertilidade da mulher portadora de lesão medular, pode-se dizer que não sofre alterações que venham a prejudicar o processo de fertilização, entretanto, no caso de gravidez esta precisará de acompanhamento especializado para prevenção de complicações.

Fatores psicológicos

Como a sexualidade constitui uma necessidade básica da pessoa, quando esta não é atendida satisfatoriamente, possibilita alterações na auto-estima, auto-imagem e auto-realização da pessoa.

O relacionamento e o desempenho sexual são extremamente afetados pelo auto-conceito do indivíduo. Se a pessoa não está com uma boa auto-imagem corporal e mental e o valor que emprega a si mesmo não está adequado, ela provavelmente não conseguirá manter um bom relacionamento sexual. Em tais situações a pessoa se sente inferior e impotente. Da mesma maneira, também pode acontecer o processo inverso. Todos esses fatores que estão envolvidos na composição do auto-conceito podem ser afetados negativamente ou positivamente pela expressão da sexualidade.

A auto-estima do deficiente também pode ser elevada pelo convívio com outras pessoas em semelhantes circunstâncias. Isso os faz perceber que não são únicos, alterando sua percepção sobre seus problemas e estimulando o desenvolvimento de suas capacidades e potencialidades.

Em um estudo realizado por Carvalho (2002) foi detectado que para muitos portadores de paraplegia o significado de ser paraplégico é ser um homem inutilizado, demonstrando uma acentuada preocupação no âmbito da sexualidade. Esse sentimento de impotência que acomete os paraplégicos, principalmente do sexo masculino, traz fortes desajustes fazendo com que ele sintam-se inferiorizado devido à imagem corporal defeituosa e inútil.

Geralmente, após vivenciar uma lesão medular, as pessoas passam por um período variável de abstinência sexual. Isso pode ser influenciado por fatores como: uma crise estabelecida no relacionamento devido ao choque da mudança, a maior dificuldade de conquistar um parceiro em decorrência do preconceito social, a não aceitação das mudanças corporais e suas limitações pelo lesado medular ou mesmo pelo companheiro e, principalmente, pelo medo de frustração no ato sexual (HOEMAN, 1996).

A insegurança e o medo estão predominantemente relacionados com: a falta de conhecimento acerca da fisiopatologia da doença, e conseqüentemente acerca das capacidades da pessoa com lesão medular; a dificuldade de enfrentar situações desconhecidas, novas; o desconforto gerado pelas incontinências; o medo de decepcionar o companheiro e ainda, com as mudanças no auto-conceito.

O profissional enfermeiro deve compreender todo o processo e as alterações emocionais e físicas vivenciadas pela pessoa com lesão medular durante o retorno às atividades sexuais, para identificar, orientar e ajudar essas pessoas no enfrentamento e superação.

Fatores socioculturais

A dificuldade do retorno à vida sexual e sua adaptação torna-se complexa principalmente pela discriminação existente sobre a questão da sexualidade. A sociedade combate com rigor e considera “feio” assuntos relacionados ao sexo. A partir disso gera-se medo e a certeza de que qualquer prática relacionada ao sexo deve ser realizada longe dos olhos repressivos.

Após um acontecimento brusco como uma lesão medular em um dos componentes de um casal, os resultados no seio conjugal podem ser desastrosos levando até a separação do casal. Os membros do casal devem confidenciar tanto experiências de desconforto, decepção e frustração como também de alegria, prazer e satisfação. Eles terão oportunidades de conhecer as necessidades do outro e o que o agrada ou não.

O intercâmbio de informações entre os portadores de deficiências tem sido avaliado como bastante proveitoso. Durante o convívio promovido pelo percurso da reabilitação, eles trocam informações e experiências, o que os permite aprendizagem de técnicas e de formas de superar as dificuldades, ações que nem sempre são ensinadas pelos profissionais da saúde (CAVALCANTE, 2005).

Fatores ambientais

Um ambiente favorável, que proporcione tranquilidade e privacidade, é fundamental para facilitar o retorno às atividades sexuais de uma pessoa com paraplegia.

A atenção exagerada por parte dos familiares pode prejudicar a construção de um ambiente com privacidade.

Portanto, por meio do cuidado à atividade de vida exprimir a sexualidade, o enfermeiro promove a conquista de uma melhor auto-estima pela pessoa com TRM, facilitando a adaptação emocional e proporcionando aumento na qualidade de vida.

k) Dormir

As pessoas necessitam suspender o estado de consciência ou de atividade do seu organismo para permitir a reconstituição das forças físicas e psicológicas. O nosso organismo funciona em média segundo uma alternância de 16 horas de vigília e 8 horas de sono (PHANEUF, 2001).

Fatores biológicos

É importante notar a duração do sono, a sua qualidade e as principais dificuldades que se manifestam (demasiado tempo para o adormecimento, despertares noturnos, o despertar prematuro, agitação e pesadelos). É também preciso observar a transpiração, o

desconforto causado pela dor, o prurido ou a ansiedade, as tendências para insônia ou para o sono excessivo. As dificuldades respiratórias, cardíacas e digestivas também afetam o desempenho dessa atividade de vida.

Certos medicamentos e certas drogas provocam efeitos importantes sobre o sono (antidepressivos, estimulantes, narcóticos, tranqüilizantes, álcool, cocaína, etc), desse modo, o enfermeiro deve conhecer todos os efeitos das medicações usadas pelas pessoas com paraplegia, e detectar o uso de drogas.

Fatores psicológicos

As emoções, as preocupações, a ansiedade, o estresse e o medo agem diretamente sobre a duração e a qualidade do sono, causam dificuldades de adormecimento, despertares freqüentes durante a noite, ou ainda despertares prematuros como no caso de pessoas deprimidas.

Fatores socioculturais

Os horários e a duração do sono, geralmente, sofrem influência dos hábitos familiares. Em algumas famílias seus membros têm o hábito de dormir cedo da noite, enquanto em outras, os membros optam por dormir mais tarde. O mesmo acontece com o despertar pela manhã.

Fatores ambientais

O barulho e a luminosidade excessivos no ambiente podem prejudicar o processo de adormecimento. Outros fatores influentes são a temperatura e a ventilação do ambiente. Faz-se necessário também considerar a higiene e o conforto do colchão.

Fatores político-econômicos

As condições econômicas da pessoa interferem na disponibilização de um ambiente favorável (ventilado, temperatura agradável, colchão confortável) ao processo de dormir.

Enfim, assim como a atividade de vida dormir é influenciada por diversas condições, ela também intervém em diversos fatores. O sono sem alterações é essencial para a manutenção da saúde física e mental. O humor é intensamente influenciado pelo sono. Assim, é preciso proporcionar condições favoráveis ao sono para as pessoas com TRM para facilitar a conquista do equilíbrio físico e emocional.

D) Morrer

A morte, apesar de cercada de incertezas, marca o fim da vida sobre a terra (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Fatores biológicos

Na idade tardia, é natural que os sistemas corporais se tornem menos eficientes e sejam submetidos a um processo gradual de degeneração. Entretanto, tais sistemas podem tornar-se menos eficientes em decorrência de doenças ou traumas, desencadeando a morte.

Dependendo de fatores como nível da lesão, idade e complexidade das lesões associadas, a mortalidade por TRM pode variar entre 7% e 36% (MANTOVANI, 2005). As lesões que afetam a coluna cervical estão mais associadas a situações de morte devido às complicações respiratórias.

Fatores psicológicos

Muitas pessoas têm medo de morrer ou mesmo de perder alguém significativo. O enfermeiro deve conhecer essas situações de medo ou de luto pela morte de um ente querido, para intervir positivamente de modo a proporcionar o autocontrole da situação.

Fatores socioculturais

A cultura do grupo social ou familiar, assim como a religião, pode interferir nas crenças e formas de enfrentamento para a morte.

A crença na vida após o desencarne é uma forma positiva de enfrentamento do luto. Nesse caso, acredita-se na continuidade da vida após a morte, através do espírito que se mantém vivo, e no reencontro entre familiares.

Fatores ambientais

Ambientes constituídos por violência ou com falta de recursos necessários à manutenção da vida aumentam o índice de mortalidade.

A pessoa com lesão raquimedular, principalmente na fase aguda, precisa de cuidados especiais para evitar complicações como infecções respiratórias, urinárias ou em úlcera de pressão, que podem levar à morte. Diante disso a manutenção do ambiente higienizado é fundamental para a prevenção de tais complicações.

Fatores político-econômicos

As condições econômicas da pessoa influenciam na disponibilização de recursos necessários à prevenção e a cura de complicações que podem desencadear morte. Os cuidados e recursos resultam em despesas para o portador de TRM que muitas vezes não tem um suporte financeiro suficiente.

Em suma, é fundamental a atenção para a atividade de vida morrer, já que esta é uma situação cercada de tabus e crenças e que traz muitos transtornos emocionais para uma pessoa. Sendo a lesão medular uma situação delicada, tanto o acometido como sua família necessitarão de um adequado suporte emocional.

3.2.1 Individualidade da vida da pessoa com lesão medular

O plano de cuidado direcionado ao portador de traumatismo raquimedular não pode ser generalizado. Apesar de várias necessidades, dificuldades e complicações comuns a todos, cada pessoa tem suas particularidades, seus valores, crenças e formas de enfrentamento, além de serem influenciadas por outras pessoas e pelo ambiente.

Como se pode compreender, os planos de cuidados e os serviços oferecidos a pessoas com lesão medular devem ser individualizados. A equipe de saúde deve conhecer em profundidade as características da pessoa, da sua família e do seu ambiente. Desse modo, pode-se fazer um planejamento específico para as necessidades de cada pessoa.

Para a obtenção das metas é extremamente importante a responsabilidade pela própria saúde. O nível dessa responsabilidade individual é bastante variável entre as pessoas, por isso o enfermeiro deve identificar com critério para intervir adequadamente.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 A investigação convergente-assistencial

Trata-se de uma pesquisa de campo convergente-assistencial, conforme propõem Trentini e Paim (2004), com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos, subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A escolha do método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema, ou do objeto que se deseja estudar. A opção por uma investigação convergente-assistencial deu-se por se tratar de um método onde o investigador se coloca dentro do processo durante a realização do mesmo, facilitando a proposta de cuidado do presente estudo.

A pesquisa convergente-assistencial tem o propósito de descobrir uma realidade sociocultural, solucionar problemas específicos e introduzir inovações em determinadas situações. A mesma requer a participação ativa dos sujeitos para a solução dos problemas (TRENTINI; PAIM, 2004). Por ser uma disciplina prática, o conhecimento da Enfermagem deve emergir da prática, caso contrário, esta representará apenas uma simples repetição.

Leopardi et al. (2001) ressaltam que as autoras desta metodologia se apoiaram em uma classificação sobre pesquisa-ação de Kurt Levin para fundamentar sua proposta. Neste sentido, Trentini e Paim (2004) dizem que a proposta de pesquisa convergente-assistencial é uma retomada e uma complementaridade entre a pesquisa-ação e o processo de assistência, isto é, o Processo de Enfermagem. Portanto, requer a participação ativa dos envolvidos, pesquisadora e portadores de lesão medular, na busca pela resolução de problemas assistenciais.

Para esse tipo de pesquisa, a realidade é múltipla e pode ser construída, pois cada pesquisador usa seu próprio estilo e experiência na criação de um relatório, com total transparência e fidelidade às interpretações das experiências humanas (PINHEIRO, 2003, p.42).

Contudo, para caminhar metodologicamente em consonância com a pesquisa convergente-assistencial, foram obedecidos os principais aspectos apresentados pelas autoras da teoria, que incluem:

- Delimitação da área de interesse, que implica na orientação do processo de

assistência;

- Definição de um recorte, para delimitar o tema;
- Busca de informações disponíveis sobre o tema, por meio de bibliografias, entrevistas com pessoas envolvidas e outras fontes, visando conhecer mais sobre o assunto;
- Definição do problema, que corresponde a uma questão guia, interrogação advinda da prática e que requer resolução;
- Retorno à literatura, para definir o marco teórico que sustentará argumentação e decisão assistencial. O investigador pode se apoiar no saber acumulado para suprir-se de elemento de argumentação e análise.

A investigação convergente-assistencial pode ser utilizada em qualquer área da Enfermagem, visto que trata de uma questão comum na profissão que é o cuidado. Por convergir a pesquisa e a prática, esse tipo de pesquisa ofereceu a oportunidade de compreender a realidade do viver do lesado medular, e de analisar as transformações ocorridas no seu cotidiano como resultado da parceria entre o profissional e o cliente.

Assim, esse tipo de investigação ofereceu diretrizes apropriadas para a realização desse estudo, já que o modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney e tal referencial metodológico convergem em pontos fundamentais, quais sejam: ambos estimulam a participação ativa da pessoa cuidada, oferecem oportunidade para a compreensão holística do viver, favorecem a pesquisa inserida na prática, permitem que se faça uma intensa análise das transformações ocorridas no cotidiano. Também contribuem de igual modo para o engrandecimento da prática de enfermagem, tornando-a cada vez mais visível aos olhos da comunidade (SARAIVA, 2003).

4.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram três pessoas, sendo duas mulheres e um homem com lesão raquimedular do tipo paraplegia, que estão incluídos no cadastro feito com os participantes das pesquisas realizadas pelo NUPEN³, no qual sou membro pesquisador.

A seleção dos sujeitos levou em consideração os seguintes critérios de inclusão:

³ Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

- Ter diagnóstico de paraplegia;
- Ser pessoa de qualquer sexo, com idade entre 18 e 45 anos - faixa etária que mais acomete as pessoas com lesão medular segundo a literatura vigente;
- Residir no município de Fortaleza-CE, para facilitar o acesso às moradias;
- Não ter se submetido ao processo de reabilitação de qualquer instituição.

Os portadores de tetraplegia, uma vez que vivenciam tal condição clínica que envolve um nível mais alto de complexidade na realização das atividades de vida, foram excluídos deste estudo.

O número de participantes foi definido no decorrer da coleta de dados à medida que foram alcançadas informações expressivas e suficientes ao alcance dos objetivos. A pesquisa convergente-assistencial não estabelece critérios rígidos para a seleção dos sujeitos do estudo, pois não valoriza o processo de generalização, valorizando a representatividade e diversidade das informações. Além disso, por esse tipo de pesquisa integrar investigação e assistência, o número de sujeitos envolvidos no estudo geralmente é pequeno, sendo determinado de acordo com as possibilidades do pesquisador (TRENTINI; PAIM, 2004).

Os participantes da pesquisa foram identificados com nomes fictícios de flores: as mulheres Violeta e Rosa, e o homem Cravo, de maneira a preservar a identidade dos mesmos.

4.3 Cenário do estudo

O processo de investigar-cuidar se deu por meio de visitas domiciliárias com o desígnio de proporcionar sentimento de liberdade, conforto e segurança aos sujeitos e facilitar o acesso às informações e o alcance das metas desejadas. A reabilitação está cada vez mais sendo desenvolvida no domicílio, pois desse modo, o cliente e sua família participam ativamente no processo para o alcance do máximo de independência funcional, promovendo ao cliente autonomia, independência e reinserção social (HOEMAN, 1996).

Leite e Faro (2005) acrescentem que para que as adaptações na casa da pessoa que está em processo de reabilitação sejam adequadas às suas necessidades, o enfermeiro é essencialmente importante na equipe designada para realização de visitas domiciliárias.

4.4 Estratégias para obtenção das informações - Perscrutação

O processo de investigar-cuidar ocorreu no período de abril a agosto de 2007. O primeiro contato com os sujeitos deu-se mediante uma visita domiciliária com o intuito de convidá-los a participar da pesquisa, esclarecendo os objetivos e o método a ser utilizado, e obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram realizadas 10 visitas domiciliárias por sujeito, sendo as seis primeiras com frequência de duas visitas semanais e as demais com uma visita semanal. Estas tiveram duração de aproximadamente 2 horas cada, sendo realizadas em períodos variados do dia, respeitando a disponibilidade das pessoas e possibilitando maior enriquecimento das observações.

Os encontros efetivaram-se fundamentados no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney (2001), utilizando o instrumento proposto pelas autoras (Anexo A), por meio do qual se abordou e identificou o desempenho das atividades de vida, destacando os problemas reais e potenciais para ser traçado o plano de cuidados e serem realizadas as intervenções necessárias, mantendo a constante avaliação.

Para a obtenção das informações foram utilizadas, então, a observação participante, a entrevista informal e a entrevista estruturada.

A observação participante permite uma aproximação do pesquisador com a situação social em questão, com os propósitos de “engajar-se nas atividades apropriadas da situação social e observar e registrar as atividades, os atores com suas relações e com seus aspectos físicos da situação” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 89).

As entrevistas informais, como colocam as autoras citadas, são conduzidas em contatos repetidos ao longo da observação participante e das atividades de assistência. Estas foram realizadas com o intuito de ampliar as informações acerca do desempenho das atividades de vida e os fatores que as influenciam.

Por fim, foi utilizada a entrevista estruturada, na qual “o conteúdo a ser questionado na estrutura deverá ser estabelecido a priori, de acordo com os objetivos ou hipóteses de estudo” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 85). Portanto, a seguinte pergunta foi aplicada com o intuito de analisar a eficácia do cuidado tendo como base as atividades de vida:

- O que significou para você receber cuidados no domicílio por uma enfermeira?

4.5 Organização e análise das informações

A coleta e análise dos dados ocorreram concomitantemente, com a finalidade de avaliar o *continuum* dependência/independência no desempenho das atividades de vida pelas pessoas com paraplegia e prestar cuidados frente aos problemas identificados.

Na pesquisa convergente-assistencial, os processos assistenciais, a coleta de informações e a sua análise ocorrem simultaneamente, no sentido de favorecer a integração constante do pesquisador com as informações adquiridas, facilitando a interpretação (TRENTINI; PAIM, 1999).

A análise dos dados obedeceu as seguintes etapas propostas por Trentini e Paim (1999):

1. Aprensão: as informações foram organizadas de maneira que cada tipo de informação foi identificado se provindas de entrevistas, de observações ou ações, sendo feita em ordem cronológica, com data e número da entrevista ou observação, e identificação do participante.

2. Síntese: nessa fase foram examinadas as associações e variações das informações, proporcionando familiarização com as histórias de vida dos lesados medulares e o desempenho das atividades de vida, permitindo o domínio do contexto estudado e a identificação de dependência nas atividades.

3. Teorização: nesse momento foi feito um mergulho no vivido dos portadores de lesão medular, acerca do desempenho das atividades de vida, bem como os fatores responsáveis pelas alterações, buscando os valores e interpretando à luz dos pressupostos do Modelo Roper-Logan-Tierney.

4. Transferência: a partir da experiência com os sujeitos foi feita uma recontextualização, uma transferência das vivências para a realidade dos portadores de lesão medular, após terem sido valoradas e revestidas de novos significados. Esse processo não vem a ser uma generalização, mas uma socialização dos resultados. Os resultados da pesquisa convergente assistencial abrangem dois sentidos: um ligado ao problema específico enfocado e outro uma ampliação refletida na assistência como um todo, no âmbito da atuação da pesquisa.

4.6 Processos assistenciais

Após a apreciação dos dados, a identificação dos problemas efetivou-se juntamente com os sujeitos, sendo utilizada linguagem simples para facilitar a compreensão pelos mesmos. É importante ressaltar que em razão dos cinco fatores que influenciam as atividades de vida (fatores biológicos, psicológicos, ambientais, socioculturais e político-econômicos), essas atividades são profundamente inter-relacionadas, conseqüentemente, uma dependência detectada em uma atividade de vida pode significar dependência em outra(s). Entretanto, para facilitar o planejamento do cuidado, a dependência detectada foi classificada na atividade de vida mais afetada.

Com base nos problemas reais ou potenciais identificados, foram determinados diagnósticos de acordo os termos da NANDA (2006), com o intuito de utilizar uma linguagem padronizada de enfermagem e facilitar a sistematização da assistência. O diagnóstico promove a precisão e relevância do plano, a criação de um plano que promova saúde e previna doenças, e eficiência no cuidado (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Dentre os diagnósticos de enfermagem determinados, foram selecionados alguns a serem aplicados, para facilitar o desempenho e o direcionamento da prática do processo de enfermagem.

Na segunda fase do processo proposto pelo modelo de enfermagem, ou seja, no planejamento, foram descritos resultados esperados para cada problema/diagnóstico, de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2004), e em seguida determinadas intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2004). A NOC e a NIC, assim como a NANDA, oferecem linguagem padronizada aos elementos do processo de enfermagem, e são abrangentes, envolvendo aspectos representativos da atuação profissional em várias especialidades para o paciente, cuidadores, família e para a comunidade.

A NOC é organizada de acordo com categorias, classes, termos, indicadores de resultados e atividades de medição para os resultados, objetivando avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e os efeitos das intervenções de enfermagem (CRAVEN; HIRNLE, 2006). Para facilitar a identificação dos possíveis resultados pelo enfermeiro, existem ligações entre os diagnósticos da NANDA e os resultados da NOC (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

A NIC é organizada de acordo com domínios, classes e intervenções, que podem

ser atividades de cuidado diretas ou indiretas, sendo prescrições iniciadas pelo enfermeiro ou tratamentos iniciados por outros profissionais (CRAVEN; HIRNLE, 2006). As intervenções NIC também apresentam associações aos diagnósticos da NANDA. Desse modo, nesse estudo, tanto os resultados da NOC como as intervenções NIC foram identificados de acordo com as ligações com os diagnósticos determinados.

Feito o planejamento, iniciou-se a etapa de implementação, a colocação do plano de enfermagem em ação. Segundo Alfaro-Lefevre (2005) a implementação envolve: preparo, no qual o enfermeiro deve ter segurança do que vai fazer, os motivos e a forma de fazer, além da maneira como prevenir riscos; execução das intervenções; determinação da resposta e implementação das mudanças necessárias.

Durante as implementações procurava-se estimular a responsabilização dos sujeitos pela própria saúde, esclarecendo a importância de tais cuidados para seu bem-estar e da independência na realização das atividades de vida diária. Cada ensinamento foi validado verbalmente pelos sujeitos e reproduzido de maneira prática, para garantir a aquisição das competências. Os familiares cuidadores foram inseridos nesse processo para promover a continuidade e manutenção dos cuidados.

A avaliação foi desenvolvida no decorrer de todo o processo de enfermagem. Essa etapa é fundamental para verificar se o planejamento e a implementação das intervenções trouxeram resultados benéficos para a pessoa cuidada. Esta também proporciona uma base para a contínua apreciação e planejamento, para que sejam feitas mudanças quando necessário.

Para o momento de finalização do estudo foi levado em consideração o que colocam Wright e Healey (2002). Não é necessária a resolução completa do problema identificado. Tendo ocorrido progresso considerável, de modo que as pessoas cuidadas possam dominar o problema e reconhecer a melhora em sua própria capacidade de solucionar problemas, tem-se o momento ideal para iniciar a finalização.

Desse modo, não se considerou necessária a total solução dos problemas das pessoas com paraplegia, mas que os participantes conseguissem ter maior facilidade de enfrentar as alterações e dificuldades advindas da lesão medular e conviver melhor com as mesmas.

4.7 Desenvolvimento das visitas domiciliares

As visitas domiciliárias foram desenvolvidas seguindo a seqüência seguinte, com os três participantes, entretanto, não simultaneamente.

PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR

O contato inicial foi realizado através de uma visita domiciliar. Nesse momento foi esclarecido a metodologia e os objetivos do estudo. Foram expostos os aspectos éticos da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foi agendada a segunda visita.

SEGUNDA VISITA DOMICILIAR

Na segunda visita foram enfatizados os objetivos das visitas e a metodologia a ser seguida no desenvolvimento do processo de investigação-cuidado, destacando a importância da participação do sujeito, buscando-se proporcionar sentimento de auto-responsabilidade.

Através da observação e da entrevista informal, a etapa de apreciação foi iniciada, sendo obtidos dados de identificação e informações acerca da história de vida e do desempenho das atividades de vida. Inicialmente foram apreendidos dados gerais e que não fossem íntimos para facilitar o desenvolvimento de um bom relacionamento interpessoal e a conquista de confiança. Assim, foi focado principalmente as atividades de vida manter um ambiente seguro, comunicar, respirar e comer e beber.

TERCEIRA VISITA DOMICILIAR

A terceira visita foi iniciada pela apresentação ao sujeito dos problemas identificados e do planejamento, ressaltando a sua liberdade para opiniões e sugestões. Em seguida, foram implementadas as intervenções planejadas, sendo avaliadas as respostas do sujeito a tal atividade.

Feito isso, deu-se continuidade à apreciação das atividades de vida, tanto das atividades apreciadas na visita anterior como das restantes: eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir sexualidade, dormir e morrer.

QUARTA VISITA DOMICILIAR

Inicialmente foi feita uma avaliação da influência das intervenções implementadas na visita anterior no desempenho das atividades de vida.

Em seguida, foram apresentados ao sujeito os problemas identificados e o planejamento, estimulando sua participação. Então, realizou-se a implementação das intervenções planejadas, sendo avaliadas as respostas do sujeito a tal atividade.

Concluída a implementação e a avaliação, deu-se continuidade à apreciação das atividades de vida, realizando-se um aprofundamento no desempenho das atividades baseado nas informações e observações anteriores.

QUINTA VISITA DOMICILIAR

Realizou-se a avaliação da influência das intervenções implementadas nas visitas anteriores no desempenho das atividades de vida, identificando mudanças de comportamento e no *continnum* dependência/independência. Nesse momento, também se buscou identificar necessidades de mudanças de estratégias de cuidado.

Foram apresentados ao sujeito os problemas identificados e o planejamento. Em seguida, realizou-se a implementação das intervenções planejadas, sendo avaliadas as respostas do sujeito.

Após a implementação e a avaliação, utilizou-se a observação e a entrevista informal para a obtenção de informações adicionais acerca do desempenho das atividades de vida.

SEXTA VISITA DOMICILIAR

Foi promovida uma conversação com uma pessoa portadora de lesão medular que viveu a experiência de um traumatismo raquimedular e suas conseqüências e que atualmente encontra-se reabilitada. Tal momento foi proporcionado como implementação de uma intervenção de enfermagem proposta pela NIC e por sugestão dos próprios sujeitos.

SÉTIMA VISITA DOMICILIAR

Foi realizada uma avaliação das respostas do sujeito à visita anterior e as mudanças de comportamento e no *continnum* dependência/independência.

Feito isso, fez-se a implementação das intervenções planejadas, sendo avaliadas as respostas do sujeito. Além disso, foram reforçadas intervenções anteriores.

Nesse momento, foi iniciada a finalização do processo de investigação-cuidado, sendo comunicado ao sujeito a redução da frequência semanal das visitas domiciliárias.

OITAVA VISITA DOMICILIAR

Realizou-se a avaliação das respostas do sujeito e as mudanças no *continnum* dependência/independência resultantes do cuidado fundamentado no modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney.

Para facilitar a análise da eficácia do cuidado, foi feita a seguinte pergunta ao sujeito: O que significou para você receber cuidados no domicílio por uma enfermeira?

NONA VISITA DOMICILIAR

Foi feita uma avaliação geral das mudanças no *continnum* dependência/independência e uma revisão das intervenções com a ajuda dos sujeitos.

DÉCIMA VISITA DOMICILIAR

Fez-se uma avaliação complementar das mudanças no *continnum* dependência/independência, e foi oferecida oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi comunicada a finalização das visitas, sendo agradecido a participação do sujeito na investigação.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, conforme preconiza a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que delimita diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa Resolução assegura, entre outros, o caráter confidencial e a ausência de qualquer espécie de malefício para o pesquisado (FONTENELE JUNIOR, 2003).

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética da UFC, sendo autorizada a realização da pesquisa, conforme documentação em anexo.

5 PROCESSO DE INVESTIGAR-CUIDAR.

O processo de cuidar (apreciação, planejamento, implementação e avaliação) foi descrito separadamente de acordo com a atividade de vida a qual se referia.

Primeiramente, foram descritos os dados obtidos pela apreciação das atividades de vida e exame físico. Posteriormente, foram relatados os problemas reais e/ou potenciais. Então, foi exposto o planejamento, que incluiu:

- Os Diagnósticos de Enfermagem, que foram estabelecidos com base nos problemas, conforme preconiza a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (2006).
- Os Resultados de Enfermagem, que foram determinados com base nos Diagnósticos de Enfermagem, e listados de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC (2004).
- As Intervenções de Enfermagem, que foram planejadas utilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC (2004).

Em seguida, foi descrita a implementação do plano, e, finalmente, foi relatada a avaliação das respostas dos participantes.

5.1 VIOLETA

Identificação

Violeta é do sexo feminino e nasceu no dia 10 de fevereiro de 1970 na cidade de Itapipoca-CE. Aos 7 anos mudou-se para a cidade de Fortaleza com a família (os pais, as 4 irmãs e os 2 irmãos). Atualmente, possui duas filhas, contudo, está separada do marido.

No dia 02 de novembro de 2006, Violeta sofreu um acidente de moto que resultou em uma lesão medular completa ao nível T6, tornando-se paraplégica. Além da lesão medular, sofreu duas fraturas no fêmur e uma na tíbia, do membro inferior esquerdo; fraturou duas costelas do lado direito; teve a clavícula direita deslocada e ainda, uma contusão na região frontal do crânio.

Após a alta hospitalar, passou a morar na casa de sua mãe, pois assim teria o apoio dela e também da irmã que mora em um apartamento em cima da casa de sua mãe. Desse modo, ela mora com a mãe, o pai, as duas filhas e ainda, com a irmã e o sobrinho.

Quando o acompanhamento foi iniciado, havia 5 meses que Violeta possuía a lesão medular.

Atividade de Vida - Manter ambiente seguro

APRECIACÃO

Violeta possui duas úlceras por pressão, sendo uma no estágio 2 (epiderme e derme, presença de bolha) localizada na região do calcanhar e outra, no estágio 3 (tecido subcutâneo), localizada na região do sacro. Quanto à úlcera no estágio 2, possui 3cm de diâmetro. Já a úlcera no estágio 3, possui comprimento de 5,5cm, largura de 3cm e 0,5cm de profundidade, além disso está composta predominantemente por tecido em granulação, apresentando 1cm de diâmetro de tecido necrosado no centro da úlcera com apenas 0,2cm de profundidade, discreta drenagem translúcida, e segundo a cliente não é dolorosa.

Possui alterações visuais do tipo astigmatismo e presbiopia e utiliza lentes corretivas quando lê algo. Referiu não possuir doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial ou disfunções na glândula tireóide, e que antes do acidente era uma pessoa saudável, adoecendo apenas esporadicamente por viroses. Tem tomado a medicação Tegretard® (carbamazepina), de acordo com a prescrição médica, e vitamina C. Não tem apresentado episódios de vertigens ou hipotensão ortostática.

Referiu que algumas vezes apresenta sintomas como sudorese nos membros inferiores e tremor e frio na parte superior do seu corpo, o que possivelmente trata-se de sintomas de Disreflexia Autonômica, presente em lesões acima de T6.

Quando precisa usufruir os serviços de saúde, utiliza o SUS por meio da UBASF próximo de sua casa, do "Gonzaguinha" ou do hospital em que sua irmã trabalha.

Demonstrou conhecer os riscos de acidentes resultantes da doença, assim como riscos de adoecer, como no momento em que referiu que o quarto no qual está instalada é limpo diariamente para evitar que adoça, pois não consegue tossir com vigor. Tem conhecimento acerca da mudança de decúbito em no máximo 2 horas, e afirma realizar a

mudança em um período menor que duas horas. Quanto ao alívio de pressão na cadeira de rodas não tem realizado e desconhece-o.

Reside em um bairro de classe média baixa, movimentado e, segundo a cliente, não violento, exceto pelo trânsito de carros na rua. A casa que está residindo, de sua mãe, possui três quartos, dois banheiros, uma sala, uma cozinha, uma varanda e um quintal. Nela está vivendo com seus pais e suas duas filhas. Desse modo, está ocupando um quarto, suas filhas outro e seus pais o outro. O quarto em que está alojada possui uma cama hospitalar; um móvel no qual há uma televisão; um ventilador e uma cadeira.

A casa que está residindo é um ambiente calmo, limpo, espaçoso, contudo, pouco ventilado e iluminado. Apresenta instalações elétricas e de água seguras, paredes rebocadas, piso com cerâmicas e móveis bem distribuídos e em quantidade aparentemente suficiente. Na parte interna de sua casa não possui degraus, contudo na passagem para o quintal e na entrada da casa foram feitas rampas de cimento para eliminar os degraus. Na passagem da varanda para a sala há um tapete. Violeta não tem realizado atividades domésticas como preparar alimentos, lavar louças ou roupas ou limpar a casa.

Quanto à habilidade para utilizar as instalações do banheiro, tem utilizado apenas para escovar os dentes e defecar, e com a ajuda de familiares tem realizado tais atividades com segurança.

A entrada da casa é bem iluminada e o número da casa é visível e legível facilitando a identificação para casos de emergências.

Aparentemente possui um bom suporte e proteção familiar. As filhas e uma das irmãs ajudam-na com a realização das atividades diárias, a mãe cuida dos afazeres domésticos, incluindo a preparação de alimentos, e os demais irmãos constantemente a visitam e a levam para passear. Além disso, tem recebido bastante apoio e carinho do seu companheiro.

Na opinião de Violeta, seu suporte financeiro tem sido suficiente para a compra dos equipamentos que foram necessários, para se deslocar aos serviços de saúde, suprir as necessidades da casa, comprar medicamentos, realizar as modificações estruturais na casa e acessar atividades sociais. Todavia, enfatiza que tem conseguido tudo isso graças ao apoio financeiro de seus familiares e de seu companheiro.

Exame físico

Avaliação do crânio, face e pescoço: Nega dor de cabeça intensa ou freqüente. Presença de história de traumatismo craniano na região frontal do crânio. Nega tonteira ou síncope; refere dor no pescoço principalmente durante a noite. Cabeça normocefálica, ausência de nódulos, presença de cicatriz na região frontal da cabeça; face simétrica, ausência de fraqueza ou movimentos involuntários; traquéia na linha média, tireóide sem alterações palpáveis. Ausência de sopros no pescoço. **Avaliação ocular, auricular, do nariz e da boca:** Relata alterações na acuidade visual do tipo astigmatismo e presbiopia. Não apresenta dor, inflamação, secreções ou lesões nos olhos. Utiliza lentes corretivas e o último exame de vista foi há um ano e oito meses. Reflexo luminoso corneal bilateralmente simétrico. Teste das posições diagnósticas mostra movimentos da musculatura externa do olho intactos. Sobrancelhas e cílios presentes e sem alterações, conjuntiva clara e esclerótica branca, sem lesões. Palavras sussurradas ouvidas bilateralmente. Sem dores de ouvido, infecções, secreção, tinido ou vertigem. Nariz simétrico, sem lesões. Narinas permeáveis, sem desvio de septo. Seios paranasais sem sensibilidade à palpação. Ausência de história de obstrução, epistaxe ou alergia. Três ou quatro resfriados no ano. Boca higienizada. Ausência de dor, lesões, hemorragia gengival, dor de dente, disfagia ou rouquidão. Dor na garganta ocasional com os resfriados. Pode cerrar os dentes. Mucosas e gengivas róseas, sem massas ou lesões. Todos os dentes estão presentes, retos e em bom estado. Língua rósea, sem lesões, faz protrusão na linha média, sem tremor. Garganta com mucosa rósea, sem lesões ou exudato. Úvula eleva-se na linha média à fonação. Reflexo de vômito presente. **Avaliação do estado mental:** Expressão facial, respostas afetivas e verbais adequados, fala compreensível, orientada em relação a tempo, pessoas e espaço. Memória recente e remota íntegras. Percepções e processos de pensamentos lógicos e coerentes e não há ideação suicida.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Presença de sinais e sintomas de Disreflexia autonômica.

Presença de duas úlceras por pressão: estágio 2 e estágio 3.

Não realiza alívio de pressão na cadeira de rodas e desconhece tal técnica.

Trânsito de carros violento na rua.

Na passagem da varanda para a sala há um tapete.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de disreflexia autonômica. Fatores de risco: estímulos dolorosos/irritativos abaixo do nível da lesão; distensão da bexiga; cateterização; distensão intestinal; menstruação; úlcera por pressão; espasmo.

Resultados de Enfermagem

Eliminação intestinal

Nível de conforto

Conhecimento: processo de doença

Conhecimento: medicação

Controle de riscos

Deteção de riscos

Termorregulação

Integridade tissular: pele

Eliminação urinária

- Integridade da pele prejudicada, caracterizado por úlcera por pressão, relacionada à imobilidade física.

Resultado de Enfermagem

Cicatrização de feridas: segunda intenção

- Conhecimento deficiente acerca do alívio de pressão na cadeira de rodas relacionado à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: alívio de pressão na cadeira de rodas

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle intestinal

Atividades:

- Anotar a data do último movimento intestinal.
- Monitorar os sons intestinais.
- Ensinar à paciente os alimentos específicos que auxiliam na promoção da regularidade intestinal.
- Orientar o uso de supositório retal, conforme a necessidade.
- Orientar um programa de treinamento intestinal.
- Encorajar a redução da ingestão de alimentos formadores de gases.
- Orientar a ingestão de líquidos quentes após as refeições.
- Avaliar o perfil dos medicamentos devido a efeitos gastrintestinais secundários.

Intervenção de Enfermagem - Posicionamento

Atividades:

- Posicionar levando em conta o alinhamento correto do corpo.
- Posicionar de modo a evitar colocar tensão sobre ferimentos.
- Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada.
- Orientar a paciente sobre o uso de uma boa postura e uma boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade.
- Evitar colocar em posição que aumente a dor.

Intervenção de Enfermagem - Controle da eliminação urinária

Atividades:

- Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor.
- Ensinar à paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
- Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária.
- Ensinar a paciente a beber 236 ml de líquido com as refeições, entre as mesmas e no início da noite.

Intervenção de Enfermagem - Supervisão de pele*Atividades:*

- Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.
- Monitorar na busca de fontes de pressão e fricção.
- Monitorar ressecamento e umidade excessiva da pele.
- Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações.
- Orientar a família/cuidador sobre os sinais de ruptura de pele.

Intervenção de Enfermagem - Controle da disreflexia*Atividades:*

- Identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia: distensão da bexiga, cálculos renais, infecção, impactação fecal, exame retal, inserção de supositório, ruptura da pele e roupas pessoais ou roupas de cama apertadas.
- Monitorar sinais e sintomas de disreflexia autonômica: hipertensão paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforese acima do limite normal, rubor facial repentino, palidez abaixo do nível normal, dor de cabeça, congestão nasal, engurgitamento dos vasos temporais e do pescoço, congestão conjuntiva, calafrios sem febre, ereção pilomotora e dores no peito.
- Orientar a paciente e os familiares sobre causas, sintomas, tratamento e prevenção da disreflexia.

Intervenção de Enfermagem - Controle de pressão sobre áreas do corpo*Atividades:*

- Orientar a paciente a não vestir roupas que sejam apertadas.
- Acolchoar as extremidades que possuem atrito e as conexões da tração.
- Evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada.
- Virar a paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de úlcera de pressão*Atividades:*

- Monitorar atentamente qualquer área avermelhada.
- Orientar a remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal.
- Virar a cada 1 ou 2 horas. Virar com cuidado para prevenir lesões à pele fragilizada.
- Evitar massagens sobre as saliências ósseas.

- Posicionar com travesseiros para erguer os pontos de pressão acima da cama.
- Manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas.
- Hidratar a pele seca não rota.
- Evitar água quente e usar sabão suave no banho.
- Monitorar as fontes de pressão e fricção.
- Facilitar pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo.
- Assegurar uma ingesta alimentar adequada, especialmente de proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, utilizando suplementação, quando adequado.
- Orientar a família/cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele.

Intervenção de Enfermagem - Cuidado com úlceras de pressão

Atividades:

- Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo o tamanho (comprimento x largura x profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.
- Monitorar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele circunjacente.
- Manter a úlcera úmida para facilitar a cicatrização.
- Limpar a pele circunjacente com sabão suave e água.
- Aplicar chumaços embebidos em solução salina, quando adequado.
- Aplicar curativos, quando adequado.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção na ferida.
- Posicionar a cada 1 a 2 horas de modo a evitar pressão prolongada.
- Assegurar uma ingesta nutricional adequada.
- Ensinar ao paciente/membro(s) da família procedimentos de cuidado das feridas.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após a paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com a paciente.
- Identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis/observáveis.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Determinar a seqüência para apresentar a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

A maior parte das orientações e dos processos assistenciais foi realizada no quarto em que Violeta estava instalada no decorrer das visitas.

Quanto à prevenção de úlceras por pressão Violeta estava ciente da necessidade de mudança de decúbito em um período máximo de duas horas, entretanto outros cuidados desconhecia. Diante disso, orientei a paciente a não vestir roupas apertadas; erguer os pontos de pressão com coxins e acolchoar as conexões da tração; remover imediatamente umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; e evitar água quente e usar sabão suave no banho.

Em relação às úlceras por pressão existentes, orientei Violeta a evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada, principalmente sentando na cadeira de rodas por período prolongado; hidratar a úlcera com a pele não rota e a manter a úlcera em estágio 3 úmida para facilitar a cicatrização; limpar a pele circunjacente com sabão suave e água. Também orientei a paciente a manter uma ingesta hídrica adequada e uma alimentação rica em proteínas, sendo sugerido a utilização de polivitamínico e vitamina C. Solicitei a participação das familiares cuidadoras para que aprendessem a monitorar sinais e sintomas de infecção na ferida e os procedimentos de cuidados com a mesma. Acompanhei durante as visitas as características das úlceras, incluindo o tamanho (comprimento x largura x profundidade), o estágio (I-IV), o exudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.

Após Violeta demonstrar prontidão para aprender, orientei-a acerca do

alinhamento corporal e do alívio de pressão. Preocupei-me em adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente e de fornecer a informação por escrito. Fiz inicialmente a orientação teórica (a cada 30 min a 60 min que esteja sentada, realizar o alívio por 60 segundos), entretanto a prática não foi possível no primeiro momento devido às dores no ombro. Com a redução das dores no ombro foi possível fazer a instrução da prática.

A paciente e as cuidadoras foram orientadas sobre causas, sintomas (hipertensão paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforese acima do limite normal, rubor facial repentino, palidez abaixo do nível normal, dor de cabeça, congestão nasal, engurgitamento dos vasos temporais e do pescoço, congestão conjuntiva, calafrios sem febre, ereção pilomotor e dores no peito), tratamento e prevenção da disreflexia autonômica. Tais orientações foram fornecidas também por escrito. Estimulei Violeta a identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia: estímulos dolorosos/irritativos abaixo do nível da lesão; distensão da bexiga; cateterização; distensão intestinal; menstruação; úlcera por pressão; espasmo; entre outros.

Como forma de prevenção, ensinei-a: o controle intestinal, através da realização de um programa de treinamento intestinal; o posicionamento adequado do corpo, levando em conta o alinhamento corporal correto, evitando colocar tensão sobre as úlceras, as conexões da tração e as lesões ósseas; e o controle da eliminação urinária, através da ingestão hídrica adequada, da realização do cateterismo vesical em períodos regulares e adequados e da utilização de medidas de prevenção de infecção urinária.

AVALIACÃO

Quanto à prevenção de úlceras por pressão observei que Violeta se mantinha realizando a mudança de decúbito em um período máximo de duas horas e vestindo roupas frouxas. No que diz respeito a erguer os calcanhares com coxins e acolchoar as conexões da tração, percebi em uma primeira avaliação que a paciente e suas cuidadoras não estavam cumprindo. Com isso, fiz novamente uma orientação, enfatizando os benefícios de tais intervenções e as possíveis conseqüências do não cumprimento. Então, em outra avaliação, observei que o cuidado estava sendo praticado. A paciente afirmou remover imediatamente a umidade resultante de transpiração e incontinências urinária ou fecal.

Em relação à úlcera por pressão existente na região sacral, Violeta passou a evitar usar a cadeira de rodas, principalmente por período prolongado e a manter a úlcera úmida para facilitar a cicatrização, já que não estava infetada e não havia mais tecido necrosado,

apenas tecido em granulação. Afirmou limpar a pele circunjacente com sabonete e água durante o banho. Apesar de tais cuidados, a escara não sofreu redução em suas medidas durante o acompanhamento. Acredito que um dos fatores que estava retardando o processo de cicatrização, era o fato de a paciente dormir durante toda a noite em decúbito dorsal. Segundo ela, não há como dormir em outra posição, pois em decúbito lateral não agüenta durante toda a noite, pois sente dormência em seus membros superiores e em decúbito ventral ainda não é possível devido ao aparelho de tração óssea. Na úlcera por pressão no estágio 2, Violeta afirmou estar esporadicamente hidratando, e evitando pressão. A lesão apresentou uma significativa redução.

Apesar de ter aprendido a realizar o alívio de pressão na cadeira de rodas, não tem aplicado a técnica por estar evitando usar a cadeira devido ao tratamento da úlcera por pressão.

Solicitei que Violeta relembresse as formas de prevenção da disreflexia autonômica. Ela relatou e afirmou estar esforçando-se para pôr em prática.

Violeta contou ter gostado bastante de ter conversado com a mulher convidada, afirmando que no dia seguinte se sentiu muito bem e mais feliz. Além disso, colocou terem sido muito úteis as informações adquiridas. Também, ressaltou seu desejo de conversar novamente com a convidada.

Atividade de Vida - Comunicar

APRECIACÃO

Anteriormente ao traumatismo, Violeta morava somente com suas duas filhas e tinha papel de liderança na família, contudo, atualmente, mora com sua mãe, resultando em uma mudança em seu papel.

Demonstrou ter um bom relacionamento com seus familiares, tendo uma relação de amizade e confiança com as filhas, irmãos e a mãe. Observei a valorização de relações abertas e calorosas com os familiares, sendo o seu ambiente familiar constituído por bastante estímulo afetivo, mas não excessivo.

Tem utilizado o telefone celular para se comunicar com as pessoas quando necessário e o telefone fixo da casa em momentos que está na cadeira de rodas.

Articula bem as palavras e demonstra possuir um vocabulário moderado. Mostrou-se comunicativa, respondendo completamente as perguntas e demonstrando interesse

pelo diálogo no decorrer de todas as visitas domiciliares. Expressa suas opiniões e necessidades com um pouco de retraimento. Referiu ter dificuldade de falar de si e de seu acidente, pois se emociona. Apresenta expressão facial e respostas afetivas e verbais adequadas. Quanto à adaptação emocional, encontra-se na fase de ajustamento, relatando ter esperança de voltar à andar mas que procura se preparar para a possibilidade de perder totalmente os movimentos das pernas.

Violeta afirma que atualmente sua principal preocupação é a cura das úlceras de pressão, pois deseja muito ser admitida no hospital de reabilitação, e as normas do referido hospital determinam que para ser admitida a pessoa não pode possuir úlcera por pressão.

Sente-se desgostosa por estar sem a sensibilidade e mobilidade das pernas, tornando-se dependente de outras pessoas para realizar suas atividades de vida. A cliente afirma que não gosta e evita incomodar seus familiares. Relata que sua auto-estima está baixa, que é difícil aceitar a possibilidade de não poder mais andar. Entretanto, afirmou estar tentando conformar-se para caso isso aconteça, mas confidenciou ter bastante esperança de voltar a caminhar.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Preocupação com a escara.

Ansiedade para ser admitida no hospital de reabilitação.

Sente-se desgostosa por estar dependente de outras pessoas para realizar as atividades de vida.

Relata que sua auto-estima está baixa.

Mudança de papéis.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Adaptação prejudicada relacionada ao desejo de não incomodar familiares e à mudança de papéis.

Resultado de Enfermagem

Ajuste psicossocial: mudança de vida.

- Ansiedade relacionada ao desejo de cura da úlcera por pressão e ao desejo de ser admitida pelo hospital de reabilitação.

Resultado de Enfermagem

Enfrentamento

- Baixa auto-estima situacional relacionado a prejuízos neuromusculares resultantes do traumatismo raquimedular.

Resultados de Enfermagem

Auto-estima

Enfrentamento

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Redução da ansiedade

Atividades:

- Ouvir atentamente.
- Usar abordagem calma e segura.
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança.
- Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados.
- Auxiliar a paciente a articular uma descrição realista do evento iminente.
- Identificar quando o nível da ansiedade se modifica.

Intervenção de Enfermagem - Melhora do enfrentamento

Atividades:

- Encorajar a paciente a identificar uma descrição realista de mudança de papel.
- Avaliar a compreensão que a paciente tem do processo de doença do TRM.
- Avaliar e discutir respostas alternativas a situação.
- Usar uma abordagem calma e segura.
- Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- Encorajar o domínio gradativo da situação.
- Encorajar relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns.

Intervenção de Enfermagem - Aumento da auto-estima*Atividades:*

- Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos.
- Reforçar os pontos positivos pessoais que a paciente identifica.
- Propiciar experiências que aumente a autonomia da paciente.
- Evitar críticas negativas.
- Transmitir confiança na capacidade da paciente para lidar com as situações.
- Auxiliar a paciente a aceitar sua dependência de outros.
- Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo.
- Encorajar a paciente a aceitar novos desafios.

Intervenção de Enfermagem - Suporte emocional*Atividades:*

- Encorajar a paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza.
- Oferecer apoio durante as fases de sofrimento de negação, raiva, barganha e aceitação.

Intervenção de Enfermagem - Melhora da imagem corporal*Atividades:*

- Usar orientação antecipada para preparar o paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam possíveis.
- Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente.
- Auxiliar o paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Intervenção de Enfermagem - Modificação de comportamento*Atividades:*

- Encorajar a paciente a examinar o próprio comportamento.
- Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos específicos e objetivos.
- Fixar objetivos comportamentais por escrito.
- Facilitar o envolvimento familiar no processo de modificação.
- Apresentar a paciente a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: processo doença

Atividades:

- Avaliar o atual nível de conhecimento da paciente, relacionado ao processo de doença do TRM.
- Explicar a fisiopatologia do TRM e a forma como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia.
- Descrever o processo do TRM.
- Oferecer informações à paciente sobre sua condição.
- Evitar fornecer segurança em vão.
- Discutir mudanças no modo de vida que podem ser necessários para prevenir complicações futuras e/ou o processo de controle da doença.

IMPLEMENTAÇÃO

Tendo percebido dois fatores que prejudicavam a adaptação de Violeta a suas atividades de vida como portadora de lesão medular (o desejo de não incomodar seus familiares e a mudança de papéis), encorajei a paciente a examinar o próprio comportamento e suas conseqüências prejudiciais à conquista do seu bem-estar e reabilitação. Após a conscientização, fixei, juntamente com Violeta, objetivos comportamentais, por escrito, que facilitassem sua adaptação à nova situação. Através de uma conversa com as familiares cuidadoras, busquei estimular o envolvimento das mesmas no processo de modificação, conhecendo o comportamento de Violeta e adotando posturas que facilitassem a modificação deste.

Procurei reduzir a ansiedade de Violeta causada pelo desejo de cura da úlcera por pressão e de ser admitida pelo hospital de reabilitação. A paciente foi ouvida atentamente e, por meio de uma abordagem calma e segura, auxiliiei-a a identificar meios próprios de reduzir a ansiedade, enfatizando o caráter prejudicial da ansiedade e a importância da paciência para a conquista do bem-estar.

Com a identificação da baixa auto-estima resultante dos prejuízos decorrentes do traumatismo raquimedular, optei por realizar alguns cuidados visando a melhora na auto-estima. Avaliei a compreensão que a paciente tem do processo da doença, encorajando-a, em seguida, a identificar uma descrição realista da mudança de papel e o domínio gradativo da situação. A paciente foi estimulada a identificar seus pontos positivos e a obter maior responsabilidade por si mesmo, como a realização do autocateterismo e a independência para

banhar-se. Auxiliei a paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Também promovi uma visita por uma mulher que vivenciou um traumatismo raquimedular e tornou-se paraplégica, há dez anos, encontrando-se satisfatoriamente reabilitada, para um diálogo encorajador. Antes de tal momento Violeta foi encorajada a fazer as perguntas que desejasse com o fim de tirar suas dúvidas e aprender com a experiência da mulher. No momento da visita, Violeta demonstrou um pouco de retraimento inicialmente, mas depois aparentou sentir-se à vontade, fazendo perguntas acerca de mobilidade com a cadeira de rodas, acessibilidade, gerenciamento da casa, autocateterismo e sexualidade. A convidada é uma pessoa bastante comunicativa e envolvida na luta pela classe dos portadores de deficiência, por isso esclareceu com facilidade e cautela as indagações de Violeta, acrescentando informações que considerou conveniente.

AVALIAÇÃO

Violeta ressaltou estar procurando pensar menos na cura da úlcera por pressão. Colocou que tem sofrido menos e tem estado menos ansiosa.

Violeta contou ter gostado bastante de ter conversado com a mulher convidada, afirmando que no dia seguinte se sentiu muito bem e mais feliz. Além disso, colocou terem sido muito úteis as informações adquiridas. Também, ressaltou seu desejo de conversar novamente com a convidada.

Violeta relatou que estava menos preocupada com o fato de incomodar seus familiares quando precisava de ajuda, conscientizou-se de que era necessário e temporário, colocou, ainda, que cuidaria com prazer de seus familiares caso tivessem sofrido um acidente como o seu. Além disso, afirmou estar mais adaptada ao seu novo ambiente domiciliar, a casa de sua mãe.

Atividade de Vida – Respirar

APRECIACÃO

Violeta não apresentar nenhum desconforto respiratório ou cansaço ao realizar as atividades de vida. Apresenta dificuldade para tossir, devido à fraqueza muscular resultante da lesão medular torácica. Afirmou prevenir infecções respiratórias preocupando-se com a

higiene da casa e do seu quarto, principalmente pela dificuldade identificada no mecanismo de tossir.

Nega tabagismo, problemas alérgicos e modificações no padrão respiratório resultantes de alterações emocionais. Não apresentou infecções respiratórias recentemente.

Não tem praticado atividades físicas, exceto a fisioterapia por dois dias na semana. Sua casa é pouco ventilada, principalmente seu quarto, fazendo com que tenha sempre um ventilador próximo. A casa sofre exposição ao sol apenas no período da manhã.

Exame físico

Avaliação de tórax e pulmão: Ausência de tosse, dispnéia ou dor torácica na respiração. Refere dificuldade para tossir, tosse fraca. Inspeção: Diâmetro AP < diâmetro transversal. Incursões respiratórias 23/min, relaxadas e uniformes. Presença de cicatriz cirúrgica de aproximadamente 20cm na linha vertebral. Palpação: Expansão simétrica do tórax. Frêmito toracovocal bilateralmente igual. Presença de hipersensibilidade à palpação ao nível da nona e décima costelas direitas e no ombro direito. Percussão: Ressonante sobre os campos pulmonares. Ausculta: Murmúrio vesicular presente nos campos pulmonares. Ausência de ruídos adventícios.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Deficiência no processo de tosse.

Pouca ventilação na casa.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de infecção. Fatores de risco: deficiência no processo de tosse e pouca ventilação na casa.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: controle de infecção

Deteção de riscos

Controle de riscos

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Proteção contra infecção

Atividades:

- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
- Monitorar vulnerabilidade a infecção.
- Examinar a pele e as membranas mucosas na busca de hiperemia, calor exagerado ou drenagem.
- Promover ingesta nutricional adequada.
- Encorajar a ingesta de líquidos.
- Ensinar à paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.
- Ensinar à paciente e aos familiares formas de evitar infecções, inclusive a técnica correta de cateterismo vesical..

IMPLEMENTAÇÃO

Orientei Violeta e suas cuidadoras acerca dos sinais e sintomas de infecção respiratória, e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde. Também ensinei-as formas de evitar infecções, ressaltando a importância de uma ingesta nutricional e hídrica adequada.

AVALIAÇÃO

Violeta não apresentou episódios de infecção respiratória durante o período de desenvolvimento da pesquisa. Afirmou estar tomando medidas de prevenção de infecções.

Atividade de Vida - Comer e beber

APRECIACÃO

Violeta tem apetite moderado, afirma não ter problemas estomacais e que eventualmente tem sensações de empachamento, quando come em grande quantidade. Na

primeira refeição do dia costuma alimentar-se com café e pão integral ou bolachas. Durante o almoço come arroz; frango ou ovo, caso tenha; e legumes, sendo mais raramente. Dificilmente tem comido feijão, pois, segundo sua informação, não gosta do feijão preparado pela mãe. Refere não gostar de carne vermelha. À tarde costuma alimentar-se com frutas como mamão ou ameixa seca. No jantar costuma tomar café com leite e bolachas ou cuscuz, sendo sua última refeição. Suas refeições são preparadas pela sua mãe.

Afirmou que tem feito a maior parte das refeições à mesa com a família. Violeta relatou que está evitando comer em demasia pois acredita que, por não estar andando e fazendo suas atividades como antes da lesão medular, poderá engordar. Além disso, ressalta que assim evita desconfortos estomacais.

Refere tomar pouca água diariamente e que quando pede água oferecem a ela apenas meio copo. A água consumida é mineral.

Exame físico

Peso anterior à lesão: 59 kg (SIC). **Avaliação abdominal:** Inspeção: Abdome simétrico. Pele com estrias e sem lesões. Palpação: Ausência de massas ou hipersensibilidades. Ausculta: Ruídos intestinais presentes, sem sopros. Percussão: Presença de macicez no quarto quadrante e de timpanismo nos outros.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não gosta de carne vermelha, nem do feijão preparado pela mãe, por isso dificilmente come.

Alimentação carente de nutrientes e fibras.

Evitando “comer muito”.

Ingestão deficiente de água.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de volume de líquidos deficiente. Fatores de risco: ingestão deficiente de líquidos relacionada à falta de orientação e imobilidade física.

Resultados de Enfermagem

Hidratação

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

Detecção de riscos

Controle de riscos

- Conhecimento deficiente acerca de dieta adequada relacionado à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: dieta

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle de líquidos

Atividades:

- Distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas.
- Promover a ingestão oral.
- Orientar a paciente sobre a importância da ingestão de líquidos.
- Estimular a participação da família/cuidador na promoção da ingestão de líquidos.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após a paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com a paciente.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre dieta.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.

Intervenção de Enfermagem - Controle da nutrição

Atividades:

- Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo da vida da paciente.
- Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e as formas de satisfazê-las.
- Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.
- Determinar a capacidade da paciente para satisfazer às necessidades nutricionais.

IMPLEMENTAÇÃO

Violeta desconhecia a importância da ingestão hídrica em quantidade adequada para o controle das eliminações vesicais e intestinais e para a cicatrização das úlceras por pressão, além de para um bom funcionamento orgânico em geral. Após ser instruída acerca de tais importâncias, foi aconselhada a aumentar a quantidade de líquidos ingeridos, através de suco, leite e água, e a distribuir a ingestão de água ao longo do dia em pelo menos dois copos por turno. A paciente queixou-se de precisar pedir aos familiares para que lhe trouxessem água e de que quando traziam, o copo continha apenas a metade de água. Diante disso, estimei a participação da família na promoção da ingestão de líquidos, solicitando uma maior oferta de água tanto em frequência, quanto em quantidade.

Percebi uma alimentação carente de nutrientes, por ingestão deficiente principalmente de proteínas e vitaminas. Então, alertei Violeta quanto à realidade de sua alimentação, quanto à importância de uma alimentação rica em nutrientes para o bom funcionamento de seu organismo, para evitar patologias e também para facilitar o processo de cicatrização de suas úlceras por pressão, e sobre como obter uma alimentação nutritiva. Foi estimulada a comer, principalmente, carne, ovo, feijão e frutas, pois estavam escassos em suas refeições.

AVALIÇÃO

Violeta relatou que a sua ingestão hídrica havia aumentado em quantidade, seus familiares estavam levando o copo com mais água, entretanto, ainda estava bebendo poucas vezes, pois costumava esquecer de pedir. Diante disso, construí um cartaz e afixei em seu quarto para lembrar-lhe, o que acabou melhorando sua frequência de ingestão hídrica.

A paciente contou que algumas vezes estava comendo carne vermelha e estava comendo um pouco de feijão. Quanto a frutas afirmou que só estava comendo mamão. Violeta, mais uma vez foi orientada a comer frutas e verduras.

Atividade de Vida - Eliminar

APRECIACÃO

As eliminações urinárias têm sido realizadas no próprio quarto através de cateterismo intermitente. Possui bexiga reflexa e tem feito o cateterismo vesical a cada 6 horas, sendo que às vezes ultrapassa o intervalo, acontecendo o esvaziamento espontâneo da bexiga. Relatou que quem tem feito o cateterismo vesical é a irmã ou as filhas, e que à noite a filha mais velha coloca a sonda aproximadamente às 19h, antes de ir para a aula, e retira às 23h e 30 min, quando retorna. Afirmou que a urina está mais escura e alaranjada e fétida. As sondas e as compressas de gaze para a realização do cateterismo vesical são compradas por Violeta. Durante o esvaziamento da bexiga a urina é eliminada em um recipiente de plástico, utilizado apenas para esse fim. A ingesta hídrica é insuficiente para o programa de reeducação vesical. As manobras específicas para o esvaziamento da bexiga não são utilizadas.

Ressaltou que a urina tornou-se mais clara e com odor característico após ter ingerido bastante água de côco.

Está evacuando a cada quatro ou cinco dias, já tendo acontecido de passar oito dias sem evacuar. Refere sentir vergonha quando evacua na presença de seu companheiro ou seu irmão. Não está utilizando supositórios. Segundo as informações da cliente as fezes são formadas, não sendo nem amolecidas nem ressecadas. Antes da lesão costumava defecar diariamente. Não tem realizado e desconhece o programa de reeducação intestinal.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Defecando a cada quatro ou cinco dias.

Ultrapassando o intervalo de esvaziamento da bexiga.

A sonda permanece na via urinária por um prolongado período.

Cateterismo vesical realizado por um familiar.

Urina escura, alaranjada e fétida.

Refere sentir vergonha quando evacua no frente de seu companheiro ou seu irmão.

Não tem realizado e desconhece o programa de reeducação intestinal.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Constipação relacionada à lesão neurológica, ingestão insuficiente de fibras e líquidos e falta de conhecimento acerca do programa de reeducação intestinal.

Resultados de Enfermagem

Eliminação intestinal

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

Conhecimento: programa de reeducação intestinal

- Risco de infecção. Fatores de risco: cateterismo vesical e conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: controle de infecção

Deteção de riscos

Controle de riscos

- Déficit no autocuidado para higiene íntima, caracterizado pela não realização do autocateterismo, relacionado à falta de conhecimento.

Resultado de Enfermagem

Autocuidado: higiene íntima

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Treinamento intestinal

Atividades:

- Planejar um programa de treinamento intestinal com a paciente.
- Ensinar à paciente/familiares os princípios do treinamento intestinal.

- Orientar a paciente sobre os alimentos com alto teor residual.
- Garantir uma adequada ingesta de líquidos.
- Iniciar treinamento em horário ininterrupto e consistente para a defecção.
- Assegurar privacidade.
- Administrar supositórios.
- Ensinar à paciente a realizar dilatação retal digital.

Intervenção de Enfermagem - Proteção contra infecção

Atividades:

- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
- Monitorar vulnerabilidade a infecção.
- Examinar a pele e as membranas mucosas na busca de hiperemia, calor exagerado ou drenagem.
- Promover ingesta nutricional adequada.
- Encorajar a ingesta de líquidos.
- Ensinar à paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.
- Ensinar à paciente e aos familiares formas de evitar infecções, inclusive a técnica correta de cateterismo vesical..

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, como realizando o autocateterismo, na medida do possível.
- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderiam prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Determinar a seqüência para apresentar a técnica de autocateterismo.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre a técnica de autocateterismo.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.

- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Violeta foi esclarecida acerca dos motivos da constipação e estimulada a realizar um programa de reeducação intestinal. Instruí a paciente acerca do programa de treinamento intestinal proposto por Atrice (2004) direcionado a intestino reflexo, pois o tônus do esfíncter anal interno e externo está presente. Tal treinamento envolve o uso de supositório seguido por estimulação digital retal de cerca de 20 minutos. Violeta aprendeu como realizar a estimulação digital retal, e também foi instruída acerca dos princípios do programa: realizar o treinamento na mesma hora todos os dias, seguir uma dieta rica em fibras, beber pelo menos oito copos de água por dia, beber um líquido quente 30 minutos antes de iniciar o programa, realizar a reeducação intestinal na posição ereta e considerar o programa de reeducação intestinal pré-mórbido. Para uma melhor eficácia, entreguei por escrito toda a instrução.

Ensinei Violeta e suas cuidadoras sobre os sinais e sintomas de infecção, especialmente no trato urinário, e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde. Também orientei-as acerca da forma de evitar infecções, ressaltando a importância de uma ingestão nutricional e hídrica adequada.

O cateterismo vesical deve ser realizado prioritariamente pelo próprio portador de lesão medular. Com isso melhora-se a auto-estima, pois a pessoa torna-se independente e se expõe menos, e reduz o risco de infecção urinária, pois diminui a exposição a microorganismos patógenos. Tais informações foram fornecidas à paciente, que desconhecia a possibilidade de autocateterização, como forma de facilitação da auto-responsabilidade. Apresentei a técnica de autocateterização por escrito, primeiramente, para em seguida ser desenvolvida de forma prática. Não foi possível a realização do autocateterismo devido à intensa espasticidade em suas pernas. Todavia, solicitei que fosse realizada uma simulação para a validação da técnica.

Também orientei Violeta e sua irmã a procurar o serviço público de fornecimento de material para autocateterismo para pessoas portadoras de lesão medular.

AVALIAÇÃO

Violeta contou que não está realizando o programa de treinamento intestinal, mas afirmou que está defecando em média de três a quatro vezes por semana. Nesse momento, estimulei a realização do programa e facilitei a auto-responsabilização.

A paciente contou que adquiriu uma infecção urinária, tendo febre, calafrios, dor de cabeça e diaforese, sendo internada no hospital em que sua irmã trabalha, passando dois dias. Passou a tomar antibióticos por indicação médica. Conversando com a paciente e as cuidadoras não foi possível identificar a causa direta da infecção, então, ressaltou-se a importância da ingestão hídrica suficiente e da alimentação nutritiva para que tenha uma boa imunidade, além da utilização da técnica correta de cateterismo vesical.

Quanto ao autocateterismo, a paciente colocou que assim que tiver condições irá realizá-lo. A irmã de Violeta procurou o serviço público de fornecimento de material para autocateterismo e passou a receber no Hospital “Frotinha” do seu bairro.

Atividade de Vida - Higiene pessoal e vestir-se

APRECIACÃO

O banho tem sido tomado no quintal, na cadeira de asseio, com a ajuda da irmã. Em geral, toma um banho por dia. Relata conseguir lavar apenas sua parte superior sem ajuda. Utiliza sabonete para lavar o corpo e xampu para lavar, diariamente, os cabelos, que estão curtos pois foram cortados durante a internação no hospital de emergência. Escova os dentes três vezes por dia: pela manhã, no quintal durante o banho, após o almoço, no banheiro e à noite, na cama.

Necessita da ajuda de familiares para vestir-se, todavia, tem coordenação nos movimentos dos braços. Mostrou-se cuidadosa com a aparência, higiene corporal e do ambiente em que vive. Colocou que não toma mais banhos para não incomodar seus familiares. Ressalta que sempre que suja os lençóis da cama solicita a troca de imediato. Usa roupas adequadas e confortáveis, cabelos penteados e pele com aspecto de bem cuidada.

Exame físico

Condições gerais de higiene da pele e vestuário: Vestuário e cuidados pessoais apropriados à estação e ao contexto.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Precisa de ajuda para tomar banho.

Necessita de ajuda para vestir-se.

PLANEJAMENTO**Diagnósticos e Resultados de Enfermagem**

- Déficit no autocuidado para banho/higiene, caracterizado pela dependência de um familiar para a realização do banho, relacionado a prejuízo neuromuscular.

Resultado de Enfermagem

Autocuidado: banho

- Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, caracterizado pela dependência de um familiar para vestir-se, relacionado a prejuízo neuromuscular.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: arrumar-se

Autocuidado: vestir-se

Direcionamento do próprio cuidado

Intervenções de Enfermagem**Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade***Atividade:*

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pela própria higiene e vestuário.

- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Terapia com exercícios: equilíbrio

Atividades:-

- Determinar a capacidade da paciente para participar de atividades que requeiram equilíbrio como banhar-se e vestir-se.
- Consultar o fisioterapeuta quanto ao tipo, à quantidade e à seqüência de padrões de movimento necessários para aumentar o equilíbrio.
- Oferecer um ambiente seguro para a prática de exercícios.
- Auxiliar a paciente a estabelecer metas realistas e mensuráveis.
- Reforçar ou providenciar instrução sobre a forma de posicionar-se e realizar os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante a higiene e o vestir-se.
- Ajudar a paciente a participar de exercícios de alongamento quando deitado ou sentado.
- Ajudar a paciente a mudar para uma posição sentada, a estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio.
- Ajudar a paciente a balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.
- Usar um espelho para facilitar o alinhamento postural sentado.
- Ajudar a sentar-se e balançar o corpo de um lado a outro para estimular o mecanismo de equilíbrio.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre técnica de higiene e vestuário.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Encorajei a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, na medida do possível, tanto no banho como no momento de vestir-se. A paciente foi auxiliada a identificar os passos pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade e, nos que não fosse possível, tomar a atitude de direcionar o cuidado, como escolhendo sua roupa e os produtos usados em sua higiene. Através de diálogo com as cuidadoras, busquei facilitar o apoio das mesmas a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Como para adquirir maior independência em tais atividades é necessário equilíbrio corporal, estimulei Violeta a praticar exercícios de equilíbrio, como os que costuma praticar em suas atividades de fisioterapia: na posição sentada, estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio; balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.

AVALIAÇÃO

Violeta passou a assumir maior responsabilidade pelo próprio autocuidado no banho e no vestir-se. A paciente passou a lavar a parte superior do seu corpo e o que fosse possível da inferior por meio de uma esponja com cabo longo adquirida para tal fim. Além disso, afirmou estar direcionando o cuidado, como escolhendo sua roupa, perfume e desodorante. Está vestindo a parte superior com maior independência e passando seu perfume, coisas que antes as cuidadoras acabavam fazendo. As familiares estão contribuindo para a aquisição do novo nível de responsabilidade. Violeta colocou que pelo menos uma vez por dia tem realizado exercícios de equilíbrio, mas ressaltou que não tem notado melhoras. Nesse momento, enfatizei a importância da paciência, confiança e motivação para a obtenção dos resultados esperados.

Atividade de Vida - Controlar a temperatura do corpo

APRECIACÃO

Possui termômetro em casa e relatou ter tido febre de 38°C durante três dias. Desconhecia a possibilidade de febre como indicativo de infecções, como a infecção urinária.

Exame físico

Temperatura: 36,8 °C

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Febre de 38°C durante três dias.

Desconhece a possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária.

PLANEJAMENTO**Diagnósticos e Resultados de Enfermagem**

- Conhecimento deficiente acerca da possibilidade de febre como indicativo de infecções, relacionado à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: febre um sinal de infecção

Intervenções de Enfermagem**Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem***Atividades:*

- Somente iniciar a instrução após a paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com a paciente.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo*Atividades:*

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre o controle da temperatura e a possibilidade de febre como indicativo de infecção.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Corrigir interpretações erradas das informações.

- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Diante do conhecimento deficiente acerca da possibilidade de febre como indicativo de infecções, orientei Violeta e suas cuidadoras.

AVALIAÇÃO

Após o conhecimento da possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária, Violeta identificou com maior facilidade o episódio de infecção urinária procurando o serviço de saúde.

Atividade de Vida - Mobilizar-se

APRECIACÃO

Violeta apresenta intensa espasticidade, que acaba dificultando a manipulação das pernas e, por haver aparelho de tração óssea em sua tíbia esquerda, machucando sua perna direita. Queixa-se de dor no ombro direito e nas costelas fraturadas e afirma que por isso tem tido uma maior dificuldade de mobilizar-se.

Violeta relatou que segundo um médico a sensibilidade profunda de seus membros inferiores está preservada.

Tem ficado parte da manhã na cadeira de rodas, na entrada da casa. Durante o banho dirige-se na cadeira de banho para o quintal. Para passar da cama para a cadeira de rodas precisa da ajuda dos familiares. Como o local da fisioterapia é próximo de sua casa, tem ido na cadeira de rodas, com seu companheiro lhe empurrando. Queixa-se do encosto da cadeira de rodas, afirmando ser desconfortável e prejudicial à sua postura, e refere que a cadeira é pesada para empurrar.

Consegue deslocar-se pela casa com a cadeira de rodas, mas afirma que não pode forçar muito devido à dor no ombro. Na parte interna de sua casa não possui degraus e na passagem da varanda para a sala existe um tapete. Os móveis são organizados de maneira a permitir seus deslocamentos.

Depende de familiares para realizar transferências e mudanças de decúbito. Possui considerável instabilidade na coluna vertebral, portanto, para manter-se sentada necessita de encosto.

Exame físico

Avaliação cardiovascular: Ausência de dor no peito, dispnéia, ortopnéia, tosse ou fadiga. Ausência de sensibilidade e mobilidade voluntária em MMII, e presença de edema e movimentos espásticos bilateralmente. Presença de aparelho de tração óssea em perna esquerda. Nenhuma história de hipertensão arterial, sopro cardíaco ou febre reumática na própria pessoa. Nenhuma pulsação precordial visível. Impulso apical no 5.º EIC na linha hemiclavicular esquerda, sem frêmito. Frequência do pulso 73 bpm, ritmo regular, B1-B2 normais, sem hiper ou hipofonese, ausência de B3, B4 e sopros. Pressão Arterial: 124/86 mmHg

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores.

Duas fraturas no fêmur e uma na tíbia do membro inferior esquerdo.

Duas costelas fraturadas do lado direito e dor no local.

Lesão na clavícula e dor no local.

Presença de espasticidade.

Tem ficado parte da manhã na cadeira de rodas.

Queixa-se do encosto da cadeira de rodas, afirmando ser desconfortável e prejudicial à sua postura, e refere que a cadeira é pesada para empurrar.

Presença de tapete na passagem da varanda para a sala.

Rigidez nas pernas devido à espasticidade, o que dificulta sua mobilidade.

Depende de familiares para realizar transferências e mudanças de decúbito.

Possui instabilidade na coluna vertebral.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de queda. Fatores de risco: uso de cadeira de rodas, presença de tapetes e pouca iluminação na casa.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: segurança pessoal

Deteção de riscos

Controle de riscos

Comportamento de segurança: prevenção de quedas

- Capacidade de transferência prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, espasticidade, lesões ósseas e à falta de orientação.

Resultados de Enfermagem

Posicionamento do corpo: auto-iniciado

Desempenho na transferência

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: segurança

Atividades:

- Modificar o ambiente para minimizar ameaças e riscos, retirando tapetes e melhorando a iluminação da casa.
- Monitorar o ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de quedas

Atividades

- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências.
- Colocar os itens pessoais ao alcance da paciente.
- Orientar a paciente a chamar auxílio ao movimentar-se, quando adequado.

- Providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência.
- Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade.
- Providenciar superfícies de locomoção antiderrapantes e não causadoras de tropeços.

Intervenção de Enfermagem - Promoção da mecânica corporal

Atividades:

- Determinar o compromisso da paciente com o aprendizado e o uso da postura correta.
- Orientar a paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões.
- Orientar a paciente sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal para prevenir lesões enquanto realiza qualquer atividade física.

Intervenção de Enfermagem - Terapia com exercício: equilíbrio

Atividades:

- Determinar a capacidade da paciente para participar de atividades de transferência.
- Oferecer um ambiente seguro para a prática de exercícios.
- Auxiliar a paciente a estabelecer metas realistas e mensuráveis.
- Reforçar ou providenciar instrução sobre a forma de posicionar-se e realizar os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante as transferências.
- Ajudar a paciente a participar de exercícios de alongamento quando deitado ou sentado.
- Ajudar a paciente a mudar para uma posição sentada, a estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio.
- Ajudar a paciente a balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.
- Usar um espelho para facilitar o alinhamento postural sentado.
- Ajudar a sentar-se e balançar o corpo de um lado a outro para estimular o mecanismo de equilíbrio.

Intervenção de Enfermagem - Posicionamento: cadeira de rodas

Atividades:

- Monitorar a capacidade da paciente para manter a postura correta na cadeira de rodas.
- Facilitar pequenas trocas freqüentes de peso do corpo.
- Determinar o tempo adequado em que a paciente permanece na cadeira, com base em seu estado de saúde.

- Orientar a paciente sobre como se transferir da cama para a cadeira, quando adequado.
- Orientar a paciente sobre como operar a cadeira de rodas.
- Orientar a paciente sobre exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo.

Intervenção de Enfermagem - Estabelecimento de metas mútuas

Atividades:

- Auxiliar a paciente/pessoa significativa a desenvolver expectativas realistas para si mesmo no desempenho das transferências.
- Encorajar a paciente a identificar suas forças e capacidades.
- Auxiliar a paciente a identificar metas realistas e atingíveis.
- Evitar imposição de valores pessoais à paciente durante o estabelecimento de metas.
- Ajudar a paciente a priorizar as atividades utilizadas para obter as metas.

IMPLEMENTAÇÃO

Inicialmente, foi ressaltado que diante de sua perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores era necessário que ela protegesse-os do frio ou calor extremo e estivesse atenta a posição dos mesmos quando fosse se locomover, para evitar lesões quando fosse passar por locais apertados como uma porta.

Violeta foi conscientizada acerca da presença de fatores de risco para quedas, sendo instruída a modificar fatores ambientais como presença de tapetes e pouca iluminação na casa, para minimizar ameaças e riscos. Além disso, alertei a paciente a colocar os itens pessoais ao alcance, chamar auxílio ao movimentar-se quando necessário, sempre trancar as rodas da cadeira de rodas durante as transferências e providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência.

Orientei a paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão e lesões, esclarecendo-a sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade física.

Novamente, estimulei Violeta a praticar exercícios que promovem o aumento do equilíbrio, para que com isso obtenha maior independência em transferências. Também a instruí sobre a possibilidade de transferir-se com independência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa e sobre a utilidade de exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo. A paciente não recebeu instruções sobre as técnicas de transferências devido à situação

em que se encontra (intensa espasticidade, presença de aparelho de tração na tíbia esquerda, dores nos ombros e nas costelas).

AVALIAÇÃO

Alguns fatores ambientais foram modificados como o tapete na entrada para a sala, que foi retirado, e a pouca iluminação na casa, sendo colocadas lâmpadas brancas e que proporcionam melhor luminosidade. As cuidadoras mostraram-se conscientes da necessidade de atenção e concentração ao transferi-la e sempre travar as rodas da cadeira de rodas.

A paciente afirmou estar tendo uma maior preocupação com a postura correta, ressalta que não é sempre que lembra, mas quando lembra usa a postura adequada. Além disso, como foi dito anteriormente, Violeta colocou estar praticando exercícios que promovem o aumento do equilíbrio pelo menos uma vez por dia. Ressaltou que deseja aprender a realizar as transferências o quanto antes para obter independência.

Atividade de Vida - Trabalhar e distrair-se

APRECIACÃO

Quanto à escolaridade possui primeiro grau completo e antes da lesão trabalhava em uma lanchonete. Atualmente está aposentada devido à lesão e sua renda está por volta de R\$ 530,00, resultante da aposentadoria e do aluguel de sua casa (R\$ 150,00).

Anteriormente à lesão, como lazer, gostava de ir à praia e a restaurantes nos finais de semana. Atualmente, tem ido à praia, shopping, igreja e à casa de familiares acompanhada por seu companheiro ou seus irmãos. Uma das suas irmãs quando vai fazer caminhada, costuma levá-la para passear pelas ruas próximas da casa.

Gerencia a casa juntamente com sua mãe e a irmã, participando também do controle financeiro. Não tem participado da arrumação da casa ou do preparo de refeições, e queixa-se por não poder preparar suas refeições.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não está trabalhando.

Queixa-se de não poder preparar as refeições.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Déficit no autocuidado para alimentação, relacionado a não poder preparar suas próprias refeições.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: alimentação

Direcionamento do próprio cuidado

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pela própria alimentação.
- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade no preparo das refeições.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Controle da nutrição

Atividades:

- Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e as formas de satisfazê-las.
- Determinar a capacidade da paciente para preparar suas refeições.
- Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.

IMPLEMENTAÇÃO

Encorajei a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo preparo da própria alimentação. Além disso, identifiquei juntamente com Violeta formas de participar do preparo da sua alimentação. Solicitei o apoio da família para facilitar o alcance do nível de responsabilidade buscado.

AVALIAÇÃO

Violeta passou a opinar no preparo das refeições e até contribuir com pequenas atividades. A família está apoiando, facilitando o alcance do nível de responsabilidade buscado.

Atividade de Vida - Expressar sexualidade

APRECIACÃO

Violeta casou aos 21 anos. Seu casamento durou 10 anos, durante o qual teve duas filhas que atualmente estão com 12 e 17 anos. Está separada há nove anos.

Tem um companheiro há sete anos, mas não residem juntos. Mantinha relações sexuais com o companheiro, mas confidencia que depois do acidente não as tiveram, visto que não há adequação no ambiente pois está morando com sua mãe, e que não conversou ainda com o companheiro a esse respeito.

Não tem conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e as possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade. E segundo as informações de Violeta, não se submete a uma consulta ginecológica há aproximadamente cinco anos.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não teve relações sexuais após a lesão e não conversou com o companheiro a esse respeito.

Inadequação do ambiente para a realização do ato sexual.

Não tem conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Não se submete a uma consulta ginecológica há aproximadamente cinco anos.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrões de sexualidade ineficazes relacionado à falta de privacidade, à falta de diálogo com o companheiro a esse respeito, à falta de conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Resultados de Enfermagem

Imagem corporal

Desempenho do papel

Identidade sexual: aceitação

Conhecimento: conseqüências da lesão medular e possibilidades no desempenho do ato sexual e do processo de fertilização

- Manutenção ineficaz da saúde, caracterizado por não se submeter a uma consulta ginecológica há aproximadamente cinco anos.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: comportamentos de saúde.

Comportamento de Busca de Saúde.

Tomada de decisão.

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Orientação antecipada

Atividades:

- Orientar sobre desenvolvimento e comportamento normais na sexualidade de pessoas que sofrem TRM.
- Determinar os métodos usuais da paciente para solucionar os problemas.
- Auxiliar a paciente a decidir a forma de solucionar o problema.
- Usar exemplos de casos para aumentar as habilidades do paciente para solucionar problemas.

- Ensaiar técnicas necessárias para enfrentar crise de desenvolvimento situacional com a paciente.

Intervenção de Enfermagem - Melhora da imagem corporal

Atividades:

- Usar orientação antecipada para preparar a paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam possíveis.
- Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente.
- Auxiliar a paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Intervenção de Enfermagem - Aconselhamento sexual

Atividades:

- Estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança e no respeito.
- Oferecer privacidade e garantir confidencialidade.
- Informar a paciente, antecipadamente, na relação, que a sexualidade é parte importante da vida e que doenças, medicamentos e estresse (ou outros problemas/eventos que o paciente possa estar vivenciando) costumam frequentemente alterar a função sexual.
- Contar à paciente que você está preparado para responder a qualquer pergunta sobre a função sexual.
- Discutir o efeito da lesão medular sobre a sexualidade.
- Encorajar a paciente a verbalizar os seus medos e a fazer perguntas.

Intervenção de Enfermagem - Educação para a saúde

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para a busca da consulta ginecológica.
- Determinar os conhecimentos de saúde e os comportamentos de vida atuais do indivíduo e da família.
- Enfatizar benefícios positivos à saúde, imediatos ou a curto prazo, a serem obtidos por comportamentos de vida positivos, ao invés de benefícios a longo prazo ou efeitos negativos da desobediência.
- Manter a apresentação bem focalizada, curta, iniciando e terminando pelo aspecto principal.

Intervenção de Enfermagem - Orientação quanto ao sistema de saúde

Atividades:

- Orientar sobre o sistema próximo de cuidados, seu funcionamento e o que a paciente/família pode esperar.
- Informar à paciente sobre os diferentes tipos de instalações de cuidados de saúde (p.ex hospital geral, hospital especializado, hospital-escola...), quando adequado.

Intervenção de Enfermagem - Apoio à tomada de decisão

Atividades:

- Determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que a paciente tem da própria condição e a visão dos provedores de cuidado e saúde.
- Informar a paciente sobre enfoque e soluções alternativas.
- Ajudar a paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.
- Oferecer as informações solicitadas pela paciente.
- Servir de ligação entre a paciente e a família.
- Servir de ligação entre a paciente e outros provedores de cuidados de saúde.

IMPLEMENTAÇÃO

Violeta foi auxiliada a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento. Após estabelecer uma relação terapêutica, baseada em confiança e respeito, informei-a que a sexualidade é parte importante da vida, encorajando a cliente a verbalizar os seus medos e a fazer perguntas. Discuti sobre os reais efeitos da lesão medular no ato sexual e na fertilidade. Além disso, estimei Violeta a conversar com seu companheiro a esse respeito para confienciarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas, para juntos identificarem soluções para seus problemas.

AVALIÇÃO

Violeta verbalizou que após compreender os reais efeitos da lesão medular no ato sexual estava mais tranqüila, pois estava com medo de que seu companheiro a deixasse e percebeu que poderia “ter relação sexual normalmente”. A paciente contou que conversou com seu companheiro a esse respeito e ficou surpresa com o apoio que recebeu dele. Segundo ela, seu companheiro afirmou que não precisava preocupar-se, pois teria paciência e sabia que

essa abstinência era temporária. Violeta contou que passou a sentir-se mais tranqüila, menos ansiosa quanto a isso.

Atividade de Vida - Dormir

APRECIACÃO

Violeta costuma dormir às nove horas da noite e acordar às seis e meia da manhã. Tem apresentado três despertares noturnos. Queixa-se de esquentamento nas costas e desconforto no pescoço durante a noite, pois permanece toda a noite na mesma posição, não se sentindo à vontade para acordar alguém para mudar sua posição. Antes do traumatismo costumava dormir em decúbito ventral, atualmente dorme em decúbito dorsal. Conta que seu sono não apresenta pesadelos.

Não há barulho no ambiente durante a noite e a luminosidade é adequada, contudo o colchão, por ser envolto por plástico, proporciona aquecimento, apesar do uso do ventilador. Possui privacidade pois dorme só em um quarto. Costuma assistir televisão antes de dormir.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Acordando cerca de três vezes durante a noite.

Sentindo desconforto no pescoço e esquentamento nas costas.

Permanece toda a noite na mesma posição.

Não se sente à vontade para acordar alguém para mudar sua posição.

Não está dormindo na posição de costume.

O colchão, por ser envolto por plástico, proporciona aquecimento.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrão de sono perturbado relacionado à não dormir na posição de costume; e a desconforto no pescoço e esquentamento nas costas, por permanecer durante toda a noite na mesma posição e o colchão ser envolto por plástico.

Resultados de Enfermagem

Sono

Nível de conforto

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: conforto

Atividades:

- Oferecer uma cama limpa e confortável.
- Evitar a exposição a correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessário.
- Posicionar a paciente para facilitar o conforto (p.ex., usar os princípios de alinhamento corporal, apoiar com travesseiro, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo).

Intervenção de Enfermagem - Incremento do sono

Atividades:

- Adaptar o ambiente (p.ex., colchão, cama, iluminação, ruído, temperatura) para promover o sono.
- Orientar a paciente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono.
- Auxiliar a paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta.

IMPLEMENTAÇÃO

Orientei a paciente e as familiares cuidadoras acerca da importância de Violeta ser posicionada de forma a facilitar o conforto, usando os princípios de alinhamento corporal e utilizando travesseiros.

AVALIACÃO

A paciente colocou que estava acordando menos, cerca de duas vezes por noite. Violeta acredita que isso se dá por estar mais adaptada a sua situação e a ter que passar a noite na mesma posição, e também porque está posicionando-se de forma a facilitar o conforto, utilizando travesseiros.

Atividade de Vida – Morrer

APRECIACÃO

Refere não ter medo de morrer, mas afirma ter medo de acidentes com um dos irmãos e com seu companheiro, pois utilizam moto como meio de transporte. Não vivencia luto por morte de ente querido. É evangélica.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Medo de acidentes com um dos irmãos e com seu companheiro, pois utilizam moto como meio de transporte.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Medo relacionado a risco de acidente com um dos irmãos e com seu companheiro, pois utilizam moto como meio de transporte.

Resultado de Enfermagem

Controle do medo

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem – Aconselhamento

Atividades:

- Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.
- Oferecer informação factual, conforme a necessidade e adequação, sobre os riscos relacionados ao irmão e ao companheiro.
- Encorajar a expressão de sentimentos, inclusive ao irmão e ao companheiro.

IMPLEMENTAÇÃO

Violeta foi estimulada a não antecipar sentimentos desnecessariamente. Também foi encorajada a expressar seus sentimentos de medo a seu irmão e a seu companheiro.

AVALIAÇÃO

Violeta afirmou que está tentando conscientizar-se de que não trás soluções sua preocupação com o companheiro e com o irmão, e que é prejudicial a ela. Também colocou que compreende que eles precisam utilizar esse meio de transporte para trabalhar e é mais econômico. Nesse momento, enfatizei a importância da fé em Deus, que seria importante utilizar sua religião como suporte para o enfrentamento.

5.2 ROSA

Identificação

Rosa é do sexo feminino e nasceu no dia 08 de novembro de 1982 na cidade de Fortaleza-CE. Sua mãe teve duas filhas, sendo ela a mais nova. Mora com seu esposo e sua única filha. Sua atual residência fica próximo da casa dos seus pais e também da casa de sua avó.

Em 02 de fevereiro de 2007, Rosa sofreu um acidente de moto, ocasionando uma lesão medular incompleta entre T12 e L1 que resultou em paraplegia. Rosa é auxiliar de enfermagem, trabalhava em uma farmácia e estava indo realizar um atendimento domiciliar. Não sofreu nenhuma escoriação ou fratura óssea nos membros, entretanto teve um leve traumatismo craniano na região occipital.

Quando o acompanhamento foi iniciado, havia 2 meses que Rosa possuía a lesão medular.

Atividade de Vida - Manter ambiente seguro

APRECIACÃO

Rosa não possui úlcera de pressão. Refere que algumas vezes a vista torna-se turva repentinamente. A paciente não possui alterações na acuidade visual. Referiu não possuir doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial ou disfunções na glândula tireóide, e que antes do acidente adoeceu apenas por resfriados ou faringites. Rosa tem utilizado a medicação carbamazepina e clexane, de acordo com prescrição médica, e Luftal[®], vitamina C e polivitamínico, por decisão própria.

Quando precisa usufruir os serviços de saúde, Rosa utiliza o SUS por meio da UBASF e do “Frotinha” próximo de sua casa. A cliente demonstrou conhecer alguns riscos de acidentes e complicações resultantes da lesão medular, demonstrando preocupação com infecção urinária e resfriados. Tem conhecimento acerca da mudança de decúbito em no máximo 2 horas, realizando em períodos menores que duas horas.

Reside em um bairro de classe média baixa e, segundo a cliente, a rua da casa que mora é tranquila. Sua residência é alugada e possui: um quarto, uma sala, uma cozinha, um

banheiro e um pequeno quintal. Mora com o marido e a filha de quatro anos. Rosa queixa-se da casa por ser pequena, e não ter espaço para mobilizar-se bem com a cadeira de rodas e para sua filha brincar.

O quarto possui uma cama de casal e um guarda-roupa. Sua casa é um ambiente calmo, limpo e ventilado, contudo, com pouco espaço para circulação e pouco iluminada. Apresenta instalações elétricas e de água seguras, paredes rebocadas, piso com cerâmicas e móveis bem distribuídos de acordo com a disponibilidade de espaço e em quantidade aparentemente suficiente. Na parte interna de sua casa e na passagem para o quintal não existem degraus ou tapetes. Na entrada da casa foram feitas rampas de cimento para eliminar os degraus. A entrada da casa é bem iluminada e o número da casa é visível e legível facilitando a identificação para casos de emergências.

Rosa não tem realizado atividades domésticas como preparar alimentos, lavar louças ou roupas ou limpar a casa. A paciente não se sente capaz de realizar tais atividades e para isso contratou uma empregada doméstica que também lhe ajuda nas transferências, mudanças de decúbito e cateterismo vesical. Quanto à habilidade para utilizar as instalações do banheiro, tem utilizado com segurança para escovar os dentes e tomar banho. As eliminações urinárias e vesicais são realizadas no próprio quarto.

Aparentemente possui suporte e proteção por parte de familiares como avó, mãe e tia, que moram perto de sua casa, e de seu marido, porém ele trabalha durante todo o dia. Segundo Rosa, seu suporte financeiro tem sido suficiente para a compra dos equipamentos que foram necessários, para se deslocar aos serviços de saúde, suprir as necessidades da casa, comprar medicamentos, realizar as modificações estruturais na casa e acessar atividades sociais. Todavia, enfatiza que tem recebido equipamentos, como a cadeira de rodas, e medicamentos da farmácia na qual trabalhava.

Exame físico

Avaliação do crânio, face e pescoço: Nega dor de cabeça intensa ou freqüente. Apresenta história de traumatismo craniano na região occipital; nega síncope; refere que algumas vezes a vista tornou-se turva. Cabeça normocefálica, ausência de nódulos, presença de cicatriz na região occipital da cabeça; face simétrica, ausência de fraqueza ou movimentos involuntários; traquéia na linha média, tireóide sem alterações palpáveis. Ausência de sopros no pescoço.

Avaliação ocular, auricular, do nariz e da boca: Não possui alterações na acuidade visual. Não apresenta dor, inflamação, secreções ou lesões nos olhos. Reflexo luminoso corneal

bilateralmente simétrico. Teste das posições diagnósticas mostra movimentos da musculatura externa do olho intactos. Sobrancelhas e cílios presentes e sem alterações, conjuntiva clara e esclerótica branca, sem lesões. Palavras sussurradas ouvidas bilateralmente. Sem dores de ouvido, infecções, secreção, tinido ou vertigem. Nariz simétrico, sem lesões. Narinas permeáveis, sem desvio de septo. Seios paranasais sem sensibilidade à palpação. Ausência de história de obstrução, epistaxe ou alergia. Três ou quatro resfriados no ano. Apresentando espirros. Boca higienizada. Sem dor, lesões, hemorragia gengival, dor de dente, disfagia ou rouquidão. Dor na garganta ocasional com os resfriados. Pode cerrar os dentes. Mucosas orais e gengivas róseas, sem massas ou lesões. Todos os dentes estão presentes, retos e em bom estado. Língua rósea, sem lesões, faz protrusão na linha média, sem tremor. Garganta com mucosa rósea, sem lesões ou exudato. Úvula eleva-se na linha média na fonação. Reflexo de vômito presente. **Avaliação do estado mental:** Expressão facial, respostas afetivas e verbais adequados, fala compreensível, orientada em relação a tempo, pessoas e espaço. Memória recente e remota íntegras. Percepções e processos de pensamentos lógicos e coerentes e não há ideia suicida.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não realiza alívio de pressão na cadeira de rodas.

Casa pouco iluminada e pequena.

Vista torna-se turva repentinamente.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Conhecimento deficiente acerca do alívio de pressão na cadeira de rodas relacionada à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: alívio de pressão na cadeira de rodas

- Risco para lesão. Fatores de risco: mobilidade alterada e déficit sensório-motor.

Resultados de Enfermagem

Estado neurológico: função espinhal sensório-motora.

Detecção de riscos

Controle de riscos

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após a paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com a paciente.
- Identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis/observáveis.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Determinar a seqüência para apresentar a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Intervenção de Enfermagem - Supervisão de pele

Atividades:

- Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.
- Monitorar fontes de pressão e fricção.
- Monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele.
- Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações.
- Orientar a família/cuidador sobre os sinais de ruptura de pele.

Intervenção de Enfermagem - Controle de pressão sobre áreas do corpo

Atividades:

- Vestir a paciente com roupas que não sejam apertadas.
- Acolchoar as extremidades que possuem atrito.
- Evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada.
- Virar a paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de úlcera de pressão

Atividades:

- Monitorar atentamente qualquer área avermelhada.
- Remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal.
- Virar a cada uma ou duas horas. Virar com cuidado para prevenir lesões à pele fragilizada.
- Evitar massagens sobre as saliências ósseas.
- Posicionar com travesseiros para erguer os pontos de pressão acima da cama.
- Manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas.
- Hidratar a pele seca não rota.
- Evitar água quente e usar sabão suave no banho.
- Monitorar as fontes de pressão e fricção.
- Facilitar pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo.
- Assegurar uma ingestão alimentar adequada, especialmente de proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, utilizando suplementação, quando adequado.
- Orientar a família/cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele.

IMPLEMENTAÇÃO

As orientações e os processos assistenciais foram realizados no quarto, sala ou cozinha da casa de Rosa, procurando deixá-la à vontade. Ressaltei inicialmente que diante da perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores era necessário que ela protegesse-os do frio ou calor extremo e estivesse atenta a posição dos mesmos quando fosse se locomover, para evitar lesões quando fosse passar por locais apertados como uma porta.

Quanto à prevenção de úlceras de pressão, Rosa mostrou-se consciente da necessidade de mudança de decúbito em um período máximo de duas horas, contudo desconhecia outros cuidados. Assim, foi orientada a não vestir roupas apertadas; a erguer

pontos de pressão, como os calcanhares, com coxins; remover imediatamente umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; evitar água quente e usar sabão suave no banho; hidratar a pele seca não rota; e realizar pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo.

Também orientei Rosa a manter a ingesta hídrica adequada e a alimentação rica em proteínas, sendo sugerido a utilização de polivitamínico e vitamina C. Solicitei a participação dos cuidadores para que aprendessem a monitorar sinais de ruptura na pele ou áreas de vermelhidão.

Orientei a cliente acerca da importância da utilização do alinhamento corporal adequado e do alívio de pressão. Feita essa conscientização, iniciei a instrução sobre as técnicas. Procurei adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente. Furneci a informação por escrito. Tanto com relação ao alinhamento corporal como com relação ao alívio de pressão em cadeira de rodas, foi feita orientação teórica (alívio de pressão: a cada 30 min a 60 min que esteja sentada, realizar o alívio por 60 segundos), e prática.

AVALIAÇÃO

A paciente mantém-se realizando a mudança de decúbito em um período máximo de duas horas. Além disso, está vestindo roupas frouxas, removendo imediatamente umidade da pele resultante de incontinências urinária ou fecal, mantendo os lençóis limpos, secos e livres de rugas, evitando água quente e usando sabão suave no banho, realizando pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo, e hidratando a pele seca não rota.

Rosa relatou ter aumentado a ingesta hídrica, mas não o suficiente, e estar comendo carne esporadicamente e utilizando polivitamínico. Colocou que frequentemente seu marido monitora presença de sinais de ruptura na pele ou áreas de vermelhidão.

Inicialmente, Rosa não conseguia realizar o alívio de pressão na cadeira de rodas por falta de força em seus membros superiores, mas com treino e persistência acabou conseguindo manter-se os 60 segundos. Contudo tem realizado aproximadamente a cada 60 a 90 minutos. Diante disso, enfatizei os benefícios da realização do alívio de pressão com a freqüência adequada.

Atividade de Vida – Comunicar

APRECIACÃO

Após o acidente Rosa optou por mudar de casa, pois no local que residia havia escada. Relata que não gosta da casa que mora atualmente por ser pequena e por ser perto de familiares, com isso sua filha quer “passar o dia fora de casa”, na casa dos familiares.

Rosa sente-se angustiada por não estar com a mobilidade das pernas, tornando-se dependente de outras pessoas para realizar suas atividades de vida. Considera que sua auto-estima está baixa devido à situação em que se encontra. Afirma que tem certeza que vai readquirir a sensibilidade e mobilidade dos seus membros inferiores.

Afirma que não gosta e evita incomodar seus familiares. Coloca que tem sido muito difícil enfrentar tal situação porque nunca dependeu de ninguém. Aparentou ter um bom relacionamento com sua avó, mãe e tia. Relatou que muitas vezes perde a paciência com o marido e que em geral ele não a compreende, sendo grosseiro com ela. Queixa-se de sua empregada doméstica, afirmando que ela é lenta nos afazeres domésticos.

Rosa acredita a que sua filha sofreu mudanças de comportamento por não estar cuidando e dando atenção a ela como costumava. Além disso, acredita que a mudança de residência e na rotina da criança influenciaram tal situação.

A paciente articula bem as palavras e demonstra possuir um bom vocabulário. Tem utilizado o telefone celular para se comunicar com as pessoas quando necessário. Mostrou-se comunicativa, respondendo completamente as perguntas e demonstrando interesse pelo diálogo no decorrer de todas as visitas domiciliares. Expressava suas opiniões e necessidades de maneira extrovertida. Apresenta expressão facial e respostas afetivas e verbais adequadas. Quanto à adaptação emocional, encontra-se na fase de negação, relatando certeza que não vai ficar paraplégica, e logo voltará a ter os movimentos de seus membros inferiores.

Observei a valorização de relações pouco calorosas com os familiares, sendo o seu ambiente familiar constituído por pouco estímulo.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Ansiedade para voltar a mobilizar as pernas.

Sente-se desgostosa por depender de outras pessoas para realizar suas atividades de vida.

Relata que sua auto-estima está baixa.

Mudança de ambiente domiciliar.

Não gosta e evita incomodar seus familiares.

Mudanças no comportamento da filha.

Queixa de que a empregada é lenta nos afazeres domésticos.

Desentendimentos com o marido.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Ansiedade relacionada ao desejo de voltar a andar.

Resultado de Enfermagem

Enfrentamento

- Baixa auto-estima situacional relacionado a prejuízos neuromusculares resultantes do traumatismo raquimedular.

Resultados de Enfermagem

Auto-estima

Enfrentamento

- Adaptação prejudicada relacionada ao desejo de não incomodar familiares e à mudança de ambiente domiciliar.

Resultado de Enfermagem

Ajuste psicossocial: mudança de vida.

- Maternidade prejudicada, caracterizada por mudança de comportamento da filha, relacionado ao traumatismo raquimedular.

Resultados de Enfermagem

Desenvolvimento da criança: 4 anos

Enfrentamento familiar

Desempenho do papel

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Redução da ansiedade

Atividades:

- Ouvir atentamente.
- Usar abordagem calma e segura.
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança.
- Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados.
- Auxiliar a paciente a articular uma descrição realista do evento iminente.
- Identificar quando o nível da ansiedade se modifica.

Intervenção de Enfermagem - Melhora do enfrentamento

Atividades:

- Encorajar a paciente a identificar uma descrição realista de mudança de papel.
- Avaliar a compreensão que a paciente tem do processo de doença do TRM.
- Avaliar e discutir respostas alternativas a situação.
- Usar uma abordagem calma e segura.
- Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- Encorajar o domínio gradativo da situação.
- Encorajar relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns.

Intervenção de Enfermagem - Aumento da auto-estima

Atividades:

- Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos.
- Reforçar os pontos positivos pessoais que a paciente identifica.
- Propiciar experiências que aumente a autonomia da paciente.
- Evitar críticas negativas.
- Transmitir confiança na capacidade da paciente para lidar com as situações.
- Auxiliar a paciente a aceitar sua dependência de outros.

- Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo.
- Encorajar a paciente a aceitar novos desafios.

Intervenção de Enfermagem - Suporte emocional

Atividades:

- Encorajar a paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza.
- Oferecer apoio durante as fases de sofrimento de negação, raiva, barganha e aceitação.

Intervenção de Enfermagem - Melhora da imagem corporal

Atividades:

- Usar orientação antecipada para preparar a paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam possíveis.
- Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente.
- Auxiliar a paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Intervenção de Enfermagem - Modificação de comportamento

Atividades:

- Encorajar a paciente a examinar o próprio comportamento.
- Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos específicos e objetivos.
- Fixar objetivos comportamentais por escrito.
- Facilitar o envolvimento familiar no processo de modificação.
- Apresentar a paciente a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: processo doença

Atividades:

- Avaliar o atual nível de conhecimento da paciente relacionado ao processo do TRM.
- Explicar a fisiopatologia do TRM e a forma como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia.
- Descrever o processo da doença.
- Oferecer informações ao paciente sobre sua condição.
- Evitar fornecer segurança em vão.

- Discutir mudanças no modo de vida que podem ser necessários para prevenir complicações futuras e/ou o processo de controle da doença.

Intervenção de Enfermagem - Melhora do papel

Atividades:

- Auxiliar a paciente a identificar os vários papéis na vida.
- Auxiliar a paciente a identificar seu papel usual na família.
- Auxiliar a paciente a identificar a insuficiência do papel de mãe.
- Auxiliar a paciente a identificar os comportamentos necessários para novos papéis ou papéis modificados.
- Ensinar novos comportamentos, necessários à paciente/pai/mãe de modo a satisfazer ao papel de mãe.

Intervenção de Enfermagem - Manutenção do processo familiar

Atividades:

- Determinar os processos familiares típicos.
- Determinar a ruptura nos processos familiares típicos.
- Identificar os efeitos das mudanças de papel nos processos familiares.
- Discutir estratégias de normalização da vida familiar com os membros da família.
- Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização à sua situação.

IMPLEMENTAÇÃO

Com relação à ansiedade para voltar a andar, por meio de uma abordagem calma e segura, auxiliiei a paciente a compreender que tal ansiedade dificulta sua adaptação emocional e física. Orientei-a para que tivesse paciência e aguardasse o desenvolvimento de sua lesão medular. Procurei, entretanto, não interferir na fé da paciente em retornar a andar.

Identificada a baixa auto-estima resultante dos prejuízos decorrentes do traumatismo raquimedular, optei por realizar alguns cuidados visando a melhora na mesma. Avaliei a compreensão que a paciente tem do processo da doença, encorajando-a, em seguida, a identificar uma descrição realista da mudança de papel e ao domínio gradativo da situação. Rosa foi estimulada a identificar seus pontos positivos e a obter maior responsabilidade por si mesmo, como a realização do autocateterismo e a participação no preparo de suas refeições e no cuidado de sua filha. Auxiliei a paciente a determinar a extensão das reais mudanças no

corpo e seu nível de funcionamento.

Promovi uma visita por uma mulher que vivenciou um traumatismo raquimedular e tornou-se paraplégica, há dez anos, que se encontra satisfatoriamente reabilitada, para um diálogo encorajador. Antes de tal momento encorajei Rosa a fazer as perguntas que desejasse a fim de tirar suas dúvidas e aprender com a experiência da mulher. No momento da visita, Rosa aparentou sentir-se à vontade, falando de si e fazendo perguntas acerca de mobilidade com a cadeira de rodas, acessibilidade, gerenciamento da casa e autocateterismo. Sendo a convidada uma pessoa comunicativa e experiente, esclareceu com facilidade e cautela as indagações de Rosa, acrescentando informações que achava conveniente.

Dois fatores prejudicavam a adaptação de Rosa a suas atividades de vida como portadora de lesão medular: o desejo de não incomodar seus familiares e a mudança de ambiente domiciliar, já que havia mudado de residência e não se agradava da sua atual morada. Diante disso, encorajei a paciente a examinar o próprio comportamento e suas conseqüências prejudiciais à conquista do seu bem-estar e reabilitação. Após a conscientização, fixei objetivos por escrito juntamente com Rosa, que facilitassem sua adaptação à nova situação. Rosa acrescentou que estava procurando outra casa para residir, sendo, então, estimulada a tomar tal atitude. Através de uma conversa com alguns familiares, busquei estimular o envolvimento dos mesmos no processo de modificação, conhecendo o comportamento de Rosa e adotando posturas que facilitassem sua modificação de comportamento.

Devido à mudança de comportamento da filha, frente ao traumatismo raquimedular sofrido, auxiliei a paciente a identificar seus vários papéis na vida e na família, e identificar a insuficiência de papéis. Estimulei Rosa a detectar comportamentos necessários à satisfação de seu papel como mãe.

AVALIAÇÃO

Rosa afirmou estar tentando ter paciência e aguardar a vontade de Deus para o dia em que vai voltar a andar.

Relatou ter apreciado em demasia a conversa com a mulher convidada. Afirmou que se sentiu muito bem, com mais “ânimo para viver”. Colocou que foram muito importantes as informações adquiridas e que gostaria muito de ter uma outra oportunidade para conversar com ela novamente.

Afirmou que havia se conscientizado de que era necessária e temporária sua dependência de outras pessoas, por isso estava tentando preocupar-se menos em incomodá-las.

Rosa e seu marido mudaram para uma casa mais ampla e iluminada. Tal mudança trouxe diversos benefícios a Rosa. Sua filha passou a estar mais em casa, e não na casa de seus familiares, o que lhe afligia. Segundo Rosa, passou a assumir melhor seu papel de mãe, pois não tinha a presença de vários familiares no cotidiano, desse modo ela estava gerenciando a casa e os cuidados com a filha de maneira mais independente. A paciente mostrou-se satisfeita com sua nova moradia. Além desses, outros benefícios da mudança de residência serão demonstrados na avaliação de outras atividades de vida.

Atividade de Vida - Respirar

APRECIACÃO

Rosa relatou não apresentar nenhum desconforto respiratório ou cansaço ao realizar as atividades de vida. Afirmou prevenir infecções respiratórias preocupando-se com a higiene da casa. Nega tabagismo, problemas alérgicos e modificações no padrão respiratório resultantes de alterações emocionais. Apresentou infecção respiratória recentemente, apresentando espirros e tosse.

Não tem praticado atividades físicas. Sua casa é ventilada, mas quando vai dormir utiliza ventilador. A casa sofre exposição ao sol apenas no período da manhã.

Exame físico

Avaliação de tórax e pulmão: Apresentando tosse. Ausência de dispnéia ou dor torácica na respiração. Inspeção: Diâmetro AP < diâmetro transversal. Incursões respiratórias 18/min, relaxadas e uniformes. Presença de cicatriz cirúrgica de aproximadamente 20 cm na linha vertebral. Palpação: Expansão simétrica do tórax. Frêmito toracovocal igual bilateralmente. Ausência de hipersensibilidade à palpação. Percussão: Ressonante sobre os campos pulmonares. Ausculta: Murmúrio vesicular presente nos campos pulmonares. Ausência de ruídos adventícios.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Apresentando espirros e tosse.

AVALIAÇÃO

Em aproximadamente duas semanas, Rosa estava recuperada e não apresentava tosse ou espirros.

Atividade de Vida - Comer e beber

APRECIACÃO

A cliente afirma ter apetite moderado e não ter problemas estomacais. Na primeira refeição do dia costuma alimentar-se com café, leite e pão. Durante o almoço, em geral, come: arroz; frango, fígado ou peixe; feijão (em média de duas vezes por semana) e farofa. Afirma não gostar de carne vermelha. Queixa-se do tempero das refeições feitas pela sua empregada. À tarde costuma alimentar-se com café, leite e pão ou bolachas. No jantar alimenta-se com sopa ou canja. Relata não gostar muito de frutas, comendo apenas banana aproximadamente três vezes por semana. Afirmou que tem realizado a maior parte das refeições à mesa, sendo que primeiramente alimenta a filha, e em seguida se alimenta.

Refere tomar pouca água diariamente. Conta que está sem geladeira e que sua água é trazida da casa de sua avó, mas logo esta adquire a temperatura ambiente, e Rosa afirma só gostar de água gelada. A água consumida é tratada em filtro, na casa de sua avó.

Exame físico

Peso anterior à lesão: 69 kg. Peso atual: 64 kg. **Avaliação abdominal:** Inspeção: Abdome simétrico. Pele com discretas estrias e sem lesões. Palpação: Ausência de massas ou hipersensibilidades. Ausculta: Ruídos intestinais presentes, sem sopros. Percussão: Predomínio de timpanismo nos quatro quadrantes.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não gosta de carne vermelha.

Alimentação carente de nutrientes.

Ingestão deficiente de água.

Queixa-se do tempero das refeições feitas pela sua empregada.

Está sem geladeira e só gosta de água gelada para beber.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de volume de líquidos deficiente. Fatores de risco: ingestão deficiente de líquidos relacionada à não ter geladeira e à imobilidade física.

Resultados de Enfermagem

Hidratação

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

Deteção de riscos

Controle de riscos

- Conhecimento deficiente acerca de dieta adequada relacionado à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: dieta

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle de líquidos

Atividades:

- Distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas.
- Promover a ingestão oral.
- Orientar a paciente sobre a importância da ingestão de líquidos.
- Estimular a participação da família/cuidador na promoção da ingestão de líquidos.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem*Atividades:*

- Somente iniciar a instrução após a paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com a paciente.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo*Atividades:*

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre dieta.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.

Intervenção de Enfermagem - Controle da nutrição*Atividades:*

- Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo da vida da paciente.
- Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e as formas de satisfazê-las.
- Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.
- Determinar a capacidade da paciente para satisfazer às necessidades nutricionais.

IMPLEMENTAÇÃO

Rosa desconhecia a importância da ingestão hídrica em quantidade adequada para o controle das eliminações vesicais e intestinais e para a prevenção de úlceras de pressão, além de para um bom funcionamento orgânico em geral. Após ser instruída acerca de tais importâncias, foi aconselhada a aumentar a quantidade de líquidos ingeridos, através de suco, leite e água, e a distribuir a ingestão de água ao longo do dia em pelo menos dois copos por turno. A paciente foi aconselhada a pedir à avó que congelasse a água, pois assim permaneceria por mais tempo gelada quando estivesse em sua casa, fora da geladeira. Também, estimei a participação da família na promoção da ingestão de líquidos, por meio de uma maior oferta de água.

Percebi uma alimentação carente de nutrientes, por ingestão deficiente principalmente de proteínas e vitaminas. Alertei Rosa quanto à realidade de sua alimentação,

quanto à importância de uma alimentação rica em nutrientes para o bom funcionamento do seu organismo e para evitar patologias e úlceras de pressão. Foi instruída sobre como obter uma alimentação nutritiva, sendo estimulada a comer, principalmente, carne, ovo, feijão e frutas, pois estavam deficientes.

AVALIAÇÃO

Com a mudança de residência, seu marido readquiriu sua geladeira que havia sido vendida. Como a compradora não estava tendo dinheiro para pagá-los, então resolveram que seria melhor reaver a geladeira. Rosa afirmou que a sua ingestão hídrica havia aumentado um pouco, já que tinha sempre água gelada, mas que ainda não era como o planejado. Diante disso, foi construído um cartaz e afixado em seu quarto para lembrar-lhe, o que trouxe melhoras em sua frequência de ingestão hídrica.

Rosa afirmou que frequentemente estava comendo carne vermelha, pois seu marido aprecia esse tipo de carne, desse modo preparava para a família toda. Contou que está comendo feijão pelo menos três vezes por semana. Quanto a frutas afirmou que continua sem comer, pois não gosta, e que come raramente banana ou mamão. Frente a essa afirmativa, mais uma vez orientei Rosa a comer frutas e verduras, enfatizando seus benefícios.

Atividade de Vida - Eliminar

APRECIACÃO

Rosa possui bexiga reflexa e tem feito cateterismo vesical a cada cinco ou quatro horas, sendo que, às vezes, acontece esvaziamento espontâneo da bexiga durante esse intervalo. Relatou que quem tem feito o cateterismo vesical é uma tia, sua empregada doméstica ou seu marido. Afirmou que a urina está clara, amarelada e com odor característico. As sondas e as compressas de gaze para a realização do cateterismo vesical são compradas por Rosa. Durante o esvaziamento da bexiga a urina é eliminada em um recipiente de plástico, utilizado apenas para esse fim. A ingestão hídrica é insuficiente para o programa de reeducação vesical. As manobras específicas para o esvaziamento da bexiga não são utilizadas.

Está defecando a cada três ou quatro dias e está utilizando supositórios. Segundo as informações da cliente as fezes são formadas e endurecidas. Antes da lesão costumava defecar diariamente. Não tem realizado programa de reeducação intestinal.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Defecando a cada três ou quatro dias.

Cateterismo vesical realizado por um familiar.

Não tem realizado programa de reeducação intestinal.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Constipação relacionada à lesão neurológica, ingestão insuficiente de fibras e líquidos e falta de conhecimento acerca do programa de reeducação intestinal.

Resultados de Enfermagem

Eliminação intestinal

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

Conhecimento: programa de reeducação intestinal

- Risco de infecção. Fatores de risco: cateterismo vesical e conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: controle de infecção

Deteção de riscos

Controle de riscos

- Déficit no autocuidado para higiene íntima, caracterizado pela não realização do autocateterismo, relacionado à falta de conhecimento.

Resultado de Enfermagem

Autocuidado: higiene íntima

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Treinamento intestinal

Atividades:

- Planejar um programa de treinamento intestinal com a paciente.
- Ensinar à paciente/família os princípios do treinamento intestinal.
- Orientar a paciente sobre os alimentos com alto teor residual.
- Garantir uma adequada ingestão de líquidos.
- Iniciar treinamento em horário ininterrupto e consistente para a defecção.
- Assegurar privacidade.
- Administrar supositórios.
- Ensinar à paciente a realizar dilatação retal digital.

Intervenção de Enfermagem - Proteção contra infecção

Atividades:

- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
- Monitorar vulnerabilidade a infecção.
- Examinar a pele e as membranas mucosas na busca de hiperemia, calor exagerado ou drenagem.
- Promover ingestão nutricional adequada.
- Encorajar a ingestão de líquidos.
- Ensinar à paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.
- Ensinar à paciente e aos familiares formas de evitar infecções, inclusive a técnica correta de cateterismo vesical.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, como realizando o autocateterismo, na medida do possível.
- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderiam prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo*Atividades:*

- Determinar a seqüência para apresentar a técnica de autocateterismo.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre a técnica de autocateterismo.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Intervenção de Enfermagem - Controle da eliminação urinária*Atividades:*

- Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor.
- Ensinar o paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
- Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária.
- Observar o horário da última eliminação de urina.
- Ensinar o paciente a beber 236 ml de líquido com as refeições, entre as mesmas e no início da noite.

IMPLEMENTAÇÃO

Rosa foi esclarecida acerca dos motivos da constipação e estimulada a realizar um programa de reeducação intestinal. A paciente foi instruída acerca do programa de treinamento intestinal proposto por Atrice (2004) direcionado a intestino reflexo, pois o tônus do esfíncter anal interno e externo está presente. Tal treinamento envolve o uso de supositório seguido por estimulação digital retal de cerca de 20 minutos. Rosa aprendeu como realizar a estimulação digital retal, e também foi instruída acerca dos princípios do programa: realizar o treinamento na mesma hora todos os dias, seguir uma dieta rica em fibras, beber pelo menos oito copos de água por dia, beber um líquido quente 30 minutos antes de iniciar o programa, realizar a reeducação intestinal na posição ereta e considerar o programa de reeducação intestinal pré-mórbido. Para uma melhor eficácia, toda a instrução foi entregue por escrito.

Ensinei Rosa sobre os sinais e sintomas de infecção, especialmente no trato urinário, e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde. Também orientei

acerca da forma de evitar infecções, ressaltando a importância de uma ingestão nutricional e hídrica adequada.

A paciente desconhecia a possibilidade de autocateterização, desse modo, como forma de facilitação da auto-responsabilidade, informei que o cateterismo vesical deve ser realizado prioritariamente pelo próprio portador de lesão medular, pois melhora a auto-estima, já que a pessoa torna-se independente e se expõe menos, e reduz o risco de infecção urinária, pois diminui a exposição a microorganismos patógenos. A técnica de autocateterização foi apresentada por escrito, primeiramente, para em seguida ser desenvolvida de forma prática. Apesar de queixar-se de dificuldade, auxiliada, Rosa desenvolveu a técnica.

Rosa e seu marido, que estava de folga no dia, foram orientados a procurar o serviço público de fornecimento de material para autocateterismo para pessoas portadoras de lesão medular.

AVALIAÇÃO

A paciente assumiu que não está realizando o programa de treinamento intestinal diariamente, apenas cerca de uma vez por semana e de forma incompleta. Rosa foi mais uma vez alertada quanto aos prejuízos resultantes da não realização do programa. Contudo, a frequência de realização do programa de treinamento intestinal aumentou apenas para duas vezes por semana.

Rosa foi solicitada a dizer os sinais e sintomas de infecção, especialmente no trato urinário, o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde e as formas de evitar infecções. A paciente demonstrou ter aprendido o ensinamento passado.

A paciente, apesar de ter aprendido a técnica de autocateterização e tê-la desenvolvido de maneira prática, relatou não estar realizando-a em seu cotidiano. Questionei-a o motivo e a paciente não soube responder, aparentando comodismo. Novamente, facilitei a auto-responsabilidade, e informei que o cateterismo vesical deve ser realizado prioritariamente pelo próprio portador de lesão medular, pois melhora a auto-estima, pois a pessoa torna-se independente e se expõe menos, e reduz o risco de infecção urinária, pois diminui a exposição a microorganismos patógenos. Rosa afirmou que tentaria novamente, mas em avaliações subsequentes percebi que ela não o fez.

Seu marido procurou o serviço público de fornecimento de material para autocateterismo e já estão recebendo no Hospital “Frotinha” do seu bairro.

Atividade de Vida - Higiene pessoal e vestir-se

APRECIACÃO

O banho tem sido tomado no banheiro, na cadeira de asseio, precisando da ajuda de alguém apenas para localizar-se. Afirma que utiliza uma esponja de banho com cabo longo para realizar a higiene das partes do corpo que tem maior dificuldade para acessar. Em geral, toma três banhos por dia. Utiliza sabonete para lavar o corpo e xampu para lavar diariamente os cabelos, que são bastante longos, pois sua religião não permite cortá-los. Enfrenta dificuldade para pentear os cabelos após o banho por estarem enleados. Escova os dentes três vezes por dia.

Veste-se com ajuda das pessoas, tanto a parte superior como a inferior. Tem utilizado pouca vestimenta, estando na maioria das vezes ou sem roupa, apenas coberta por um lençol, ou apenas com uma blusa, sem roupas na parte inferior. Mostrou-se pouco cuidadosa com a aparência, em relação à vestimenta, entretanto bastante cuidadosa com a higiene corporal e do ambiente em que vive. Ressalta que sempre que suja os lençóis da cama solicita a troca de imediato. Os cabelos são penteados e a pele com aspecto de bem cuidada.

Exame físico

Condições gerais de higiene da pele e vestuário: Cuidados pessoais de higiene apropriados. Vestuário deficiente.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Necessita de ajuda para vestir-se.

Tem utilizado pouca vestimenta, estando na maioria das vezes ou sem roupa, apenas coberta por um lençol, ou apenas com uma blusa, sem roupas na parte inferior.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, caracterizado por depender de familiares para vestir-se, relacionado a prejuízo neuromuscular e a motivação diminuída.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: arrumar-se

Autocuidado: vestir-se

Direcionamento do próprio cuidado

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pela atividade de vida vestir-se.
- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre técnica de vestuário.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Encorajei a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado para vestir-se, na medida do possível. Auxiliei Rosa a identificar os passos pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade e, nos que não fosse possível, tomar a atitude de direcionar o cuidado. Como para adquirir maior independência em tais atividades é necessário equilíbrio corporal, Rosa foi estimulada a praticar exercícios de equilíbrio. Por não estar freqüentando sessões de fisioterapia foi instruída sobre a técnica dos exercícios: na posição sentada, estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio; e balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.

AVALIAÇÃO

Rosa afirmou estar assumindo maior responsabilidade pelo autocuidado para vestir-se, na medida do possível. Rosa colocou que pelo menos um dia sim e outro não tem realizado exercícios de equilíbrio. Nesse momento, enfatizei a importância da prática desses exercícios e de paciência, confiança e motivação para a obtenção dos resultados esperados, pois é um processo lento.

Atividade de Vida - Controlar a temperatura do corpo

APRECIACÃO

Possui termômetro em casa e relatou não ter tido episódios de febre. Conhece a possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária e respiratória.

Exame físico

Temperatura: 36,5 °C

Atividade de Vida - Mobilizar-se

APRECIACÃO

Possui leve espasticidade. Queixa-se de dor na região sacral e na coxa esquerda. A paciente depende de familiares para realizar transferências e mudanças de decúbito. Após acordar, é transferida por familiares ou amigos para a cadeira de banho e dirigida ao banheiro para tomar banho. Após realizar sua primeira refeição, é colocada em uma cadeira na sala. Afirma ficar a maior parte do dia na cama e na cadeira na sala.

Não utiliza a cadeira de rodas em casa. Queixa-se da cadeira de rodas, afirmando que a cadeira é pesada para empurrar. Não tem realizado alívio de pressão na cadeira de rodas ou na cadeira que costuma ficar sentada. Possui estabilidade na coluna vertebral.

Na parte interna de sua casa não possui degraus ou tapetes. Os móveis são organizados de maneira a permitir seus deslocamentos, mesmo assim enfrenta dificuldade devido a casa ser pouco espaçosa. Na entrada da casa e na calçada foram construídas rampas de cimento.

Exame físico

Avaliação cardiovascular: Ausência de dor no peito, dispnéia, ortopnéia ou fadiga. Ausência de sensibilidade e mobilidade voluntária em MMII, e presença de edema e leves movimentos espásticos bilateralmente. Nenhuma história de hipertensão arterial, sopro cardíaco ou febre reumática na própria pessoa. Nenhuma pulsação precordial visível. Impulso apical no 5.º EIC na linha hemiclavicular esquerda, sem frêmito. Frequência do pulso 69 bpm, ritmo regular, B1-B2 normais, sem hiper ou hipofonese, ausência de B3, ausência de B4 e ausência de sopros. Pressão Arterial: 116/74 mmHg

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores.

Presença de espasticidade.

Dor na região sacral e na coxa esquerda.

Tem ficado parte da manhã na cadeira.

Queixa-se da cadeira de rodas, afirmando ser pesada para empurrar.

Depende de familiares para realizar transferências e mudanças de decúbito.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco para síndrome do desuso. Fator de risco: paraplegia.

Resultados de Enfermagem

Capacidade de resistência

Movimento das articulações: ativo

Movimento das articulações: passivo

Controle de riscos

Deteção de riscos

- Risco de queda. Fatores de risco: uso de cadeira de rodas, pouca iluminação na casa, vista tornando-se turva repentinamente.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: segurança pessoal

Deteção de riscos

Controle de riscos

Comportamento de segurança: prevenção de quedas

- Capacidade de transferência prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular e à falta de orientação.

Resultados de Enfermagem

Posicionamento do corpo: auto-iniciado

Desempenho na transferência

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Terapia com exercícios: mobilidade articular

Atividades:

- Determinar os limites de movimento articular e o efeito sobre o funcionamento.
- Determinar o nível motivacional da paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.
- Explicar à paciente/família o propósito e o plano dos exercícios para as articulações.
- Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante os movimentos/atividade.
- Vestir a paciente com roupas não apertadas.
- Proteger a paciente de traumas durante o exercício.
- Ajudar a paciente a obter uma ótima posição corporal para o movimento passivo/ativo das articulações.
- Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimento.
- Realizar exercícios passivos (PROM) ou ativos (AROM).
- Orientar a paciente/família sobre a maneira de realizar, sistematicamente, exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos ou auxiliados.
- Providenciar instruções escritas de exercícios.
- Ajudar a paciente a elaborar um horário para os exercícios ativos de amplitude de movimentos.
- Encorajar a paciente a visualizar os movimentos do corpo antes de iniciar os movimentos.
- Oferecer reforço positivo para a execução dos exercícios articulares.

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: segurança

Atividades:

- Modificar o ambiente para minimizar ameaças e riscos, como melhorando a iluminação da casa.
- Monitorar o ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de quedas

Atividades

- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências.
- Colocar os itens pessoais ao alcance da paciente.
- Orientar a paciente a chamar auxílio ao movimentar-se, quando adequado.

- Providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência.
- Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade.
- Providenciar superfícies de locomoção antiderrapantes e não causadoras de tropeços.

Intervenção de Enfermagem - Promoção da mecânica corporal

Atividades:

- Determinar o compromisso da paciente com o aprendizado e o uso da postura correta.
- Orientar a paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões.
- Orientar a paciente sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal para prevenir lesões enquanto realiza qualquer atividade física.

Intervenção de Enfermagem - Posicionamento: cadeira de rodas

Atividades:

- Monitorar a capacidade da paciente para manter a postura correta na cadeira de rodas.
- Facilitar pequenas trocas frequentes de peso do corpo.
- Determinar o tempo adequado em que a paciente permanece na cadeira, com base em seu estado de saúde.
- Orientar a paciente sobre como se transferir da cama para a cadeira, quando adequado.
- Orientar a paciente sobre como operar a cadeira de rodas.
- Orientar a paciente sobre exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo.

Intervenção de Enfermagem - Estabelecimento de metas mútuas

Atividades:

- Auxiliar a paciente/pessoa significativa a desenvolver expectativas realistas para si mesmo no desempenho das transferências.
- Encorajar a paciente a identificar suas forças e capacidades.
- Auxiliar a paciente a identificar metas realistas e atingíveis.
- Evitar imposição de valores pessoais à paciente durante o estabelecimento de metas.
- Ajudar a paciente a priorizar as atividades utilizadas para obter as metas.

IMPLEMENTAÇÃO

Como Rosa não está realizando exercícios nos membros inferiores nem está freqüentando fisioterapia, estimulei-a a praticar exercícios de mobilidade articular, sendo esclarecido o propósito. Determinei, com a paciente, os limites dos movimentos articulares e a posição corporal adequada para o movimento passivo das articulações. Já que sua empregada doméstica, segundo a paciente, não pode parar seu afazeres para realizar tais exercícios, foi orientada a solicitar ao seu marido. Expliquei o plano dos exercícios para as articulações, e estabeleci um horário, juntamente com Rosa, para ser realizado diariamente. Além disso, forneci as instruções escritas dos exercícios.

Rosa foi conscientizada acerca da presença de fatores de risco para quedas. Foi instruída a modificar fatores ambientais como pouca iluminação na casa, para minimizar ameaças e riscos. Além disso, foi alertada a colocar os itens pessoais ao alcance, chamar auxílio ao movimentar-se, quando necessário, sempre trancar as rodas da cadeira de rodas durante as transferências e providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência. Quanto ao turvamento na visão, orientei Rosa quanto à possibilidade de ser efeito adverso da medicação Carbamazepina podendo ser temporário. Por isso, combinamos que seria observado e se permanesse Rosa procuraria o médico.

Orientei a paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão e lesões, esclarecendo-a sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade física.

Estimulei, novamente, Rosa a praticar exercícios que promovem o aumento do equilíbrio, para conquistar uma maior independência em transferências. Também instruí sobre a possibilidade de transferir-se com independência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa e sobre a utilidade de exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo. A paciente foi avaliada quanto à força nos membros superiores e percebeu-se que ainda não havia condições de realizar transferências de forma independente.

AVALIACÃO

Quanto aos exercícios de mobilidade articular, Rosa afirmou não estar seguindo o plano corretamente, pois às vezes esquece. Segundo Rosa, os exercícios são praticados em média de duas a três vezes por semana. Diante disso, a estimulei a manter uma freqüência mínima de três vezes por semana, e se possível aumentá-la.

A casa para onde Rosa mudou-se é bastante iluminada e não possui degraus ou tapetes. Também por ser mais espaçosa, Rosa relatou que tem se mobilizado facilmente pela casa utilizando a cadeira de rodas. Na outra casa não se mobilizava com a cadeira de rodas, utilizava apenas a cadeira de asseio para tomar banho e costumava sentar-se na sala em cadeiras comuns.

Os cuidadores mostraram-se conscientes da necessidade de atenção e concentração ao transferi-la e sempre travar as rodas da cadeira de rodas.

A paciente afirmou estar tendo uma maior preocupação com a postura correta, e quando lembra usa a postura adequada. Além disso, como dito anteriormente, Rosa afirmou estar praticando exercícios que promovem o aumento do equilíbrio pelo menos um dia sim e outro não.

Rosa contou que estava conseguindo realizar mudança de decúbito de maneira independente e demonstrou. Diante disso, forneci retro-alimentação positiva. A paciente ressaltou que acha que não conseguiria realizar as transferências sozinha, confidenciou que não se sente capaz e tem medo de cair. Então, coloquei para Rosa que todas as pessoas são capazes e que existem técnicas justamente para evitar quedas e que se segue um processo de ensino-aprendizagem.

Rosa contou que a ocorrência de turvamento na visão havia sido reduzida, ocorrendo apenas quando mudava de posição de forma brusca. Desse modo, a orientei a não fazer mudanças bruscas de posição, realizando-as de forma lenta, e expliquei a causa de tal evento.

Atividade de Vida - Trabalhar e distrair-se

APRECIACÃO

Rosa possui o segundo grau completo e tem curso de técnico de enfermagem. Antes da lesão trabalhava no ambulatório de uma farmácia. Atualmente está recebendo o auxílio doença. A paciente coloca para o marido não ser necessário solicitar aposentadoria, pois vai voltar a andar e vai querer continuar trabalhando. Sua renda familiar é aproximadamente R\$ 800,00, unindo sua renda à de seu marido que é vendedor em uma empresa de biscoitos.

Gerencia a casa, juntamente com seu marido, participando da administração financeira, dos cuidados com a filha e orientando sua empregada doméstica nos cuidados com

a casa. Não tem participado da arrumação da casa e nem do preparo de refeições, e queixa-se por não poder preparar suas refeições.

Anteriormente ao acidente, gostava de ir à praia, à igreja, shoppings e clubes aquáticos com a família para distrair-se. Atualmente, não tem saído para tais locais, e segundo Rosa, devido à dificuldade imposta pela cadeira de rodas. Conta que no período da tarde pede para que os familiares lhe coloquem sentada em uma cadeira na calçada.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não está trabalhando.

Queixa-se de não poder preparar as refeições.

Não tem realizado as atividades de lazer de costume.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Déficit no autocuidado para alimentação, relacionado a não poder preparar suas próprias refeições.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: alimentação

Direcionamento do próprio cuidado

- Atividades de recreação deficiente relacionado a prejuízos neuromuscular e à dificuldade promovida pela cadeira de rodas.

Resultados de Enfermagem

Participação no lazer

Envolvimento social

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pela própria alimentação.
- Auxiliar a paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade no preparo das refeições.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Controle da nutrição

Atividades:

- Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e as formas de satisfazê-las.
- Determinar a capacidade da paciente para preparar suas refeições.
- Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.

Intervenção de Enfermagem - Terapia recreacional

Atividades:

- Auxiliar a investigar o sentido pessoal das atividades recreativas favoritas.
- Auxiliar a paciente a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar a paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelas próprias atividades recreativas.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

IMPLEMENTAÇÃO

Rosa foi encorajada a assumir o máximo de responsabilidade pelo preparo da própria alimentação. Diante disso, identifiquei juntamente com Rosa formas de participar do preparo da sua alimentação. Solicitei o apoio da sua empregada doméstica para facilitar o alcance do nível de responsabilidade buscado.

Auxiliei Rosa a investigar o sentido pessoal das atividades recreativas favoritas, e a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. Também a encorajei a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio bem-estar, e planejar atividades de recreação juntamente com seu marido. Foi estimulada a freqüentar sua igreja mesmo com a dificuldade imposta por sua cadeira de rodas. Alertei seu marido quanto à importância da participação de Rosa em atividades recreativas para a melhora na adaptação emocional e auto-estima.

AVALIAÇÃO

Rosa contou que está preparando suas refeições, com a ajuda de sua empregada doméstica, utilizando sua cadeira de rodas. Ressaltou que está sendo ótimo pois está se alimentando melhor, já que não havia se adaptado ao tempero das refeições feitas por sua empregada. Além disso, tem preparado lanches para sua filha, que também tem se alimentado com melhor.

Rosa afirmou que tem ido ao culto, mas não toda semana pois tem ido de táxi e sai caro para ela. Relatou que além de ir à igreja, seu lazer tem sido ir à casa de parentes, assistir televisão e brincar com a filha. Segundo ela, toda a família tem se sentido mais feliz nessa nova moradia.

Atividade de Vida - Expressar sexualidade

APRECIACÃO

Rosa é casada há quatro anos, e tem uma filha de quatro anos. Antes da lesão, mantinha relações sexuais com o marido com freqüência de aproximadamente quatro vezes por semana, utilizando como método contraceptivo a camisinha. Relata que seu relacionamento com o marido está afetado e que estão tendo desentendimentos.

Confidencia que logo que retornou para casa iniciou as atividades sexuais com o marido. As relações têm se dado em aproximadamente duas vezes por semana e continuam a utilizar a camisinha. Afirmou não ter sensibilidade na genitália, mas disse ter falado ao marido que tinha um pouco de sensibilidade.

Não tem conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade. Não se submete a uma consulta ginecológica há aproximadamente dois anos.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não tem conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Não se submete a uma consulta ginecológica há aproximadamente dois anos.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrões de sexualidade ineficazes relacionado à falta de conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: conseqüências da lesão medular e possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade

- Manutenção ineficaz da saúde, relacionada a não se submeter a uma consulta ginecológica há aproximadamente dois anos.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: Comportamentos de saúde.

Comportamento de Busca de Saúde.

Tomada de decisão.

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Orientação antecipada

Atividades:

- Orientar sobre desenvolvimento e comportamento normais na sexualidade de pessoas que sofrem TRM.
- Usar exemplos de casos para aumentar as habilidades do paciente para solucionar problemas.

Intervenção de Enfermagem - Melhora da imagem corporal

Atividades:

- Usar orientação antecipada para preparar a paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam possíveis.
- Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente.
- Auxiliar a paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Intervenção de Enfermagem - Aconselhamento sexual

Atividades:

- Estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança e no respeito.
- Oferecer privacidade e garantir confidencialidade.
- Informar a paciente, antecipadamente, na relação, que a sexualidade é parte importante da vida e que doenças, medicamentos e estresse (ou outros problemas/eventos que o paciente possa estar vivenciando) costumam frequentemente alterar a função sexual.
- Contar à paciente que você está preparado para responder a qualquer pergunta sobre a função sexual.
- Discutir o efeito da lesão medular sobre a sexualidade.
- Encorajar a paciente a verbalizar os seus medos e a fazer perguntas.

Intervenção de Enfermagem - Educação para a saúde

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para a busca da consulta ginecológica.

- Determinar os conhecimentos de saúde e os comportamentos de vida atuais do indivíduo e da família.
- Enfatizar benefícios positivos à saúde, imediatos ou a curto prazo, a serem obtidos por comportamentos de vida positivos, ao invés de benefícios a longo prazo ou efeitos negativos da desobediência.
- Manter a apresentação bem focalizada, curta, iniciando e terminando pelo aspecto principal.

Intervenção de Enfermagem - Orientação quanto ao sistema de saúde

Atividades:

- Orientar sobre o sistema próximo de cuidados, seu funcionamento e o que a paciente/família pode esperar.
- Informar à paciente sobre os diferentes tipos de instalações de cuidados de saúde (p.ex hospital geral, hospital especializado, hospital-escola...), quando adequado.

Intervenção de Enfermagem - Apoio à tomada de decisão

Atividades:

- Determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que a paciente tem da própria condição e a visão dos provedores de cuidado e saúde.
- Informar a paciente sobre enfoque e soluções alternativas.
- Ajudar a paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.
- Oferecer as informações solicitadas pela paciente.
- Servir de ligação entre a paciente e a família.
- Servir de ligação entre a paciente e outros provedores de cuidados de saúde.

IMPLEMENTAÇÃO

Rosa foi auxiliada a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento. Após estabelecer uma relação terapêutica, baseada em confiança e respeito, informei que a sexualidade é parte importante da vida, encorajando a paciente a verbalizar os seus medos e a fazer perguntas. Discuti sobre os reais efeitos da lesão medular no ato sexual e na fertilidade.

AVALIÇÃO

Rosa relatou que com a mudança de residência até seu relacionamento com seu marido estava melhor. A frequência de relações sexuais havia aumentado, pois agora sua filha tinha um quarto próprio. Verbalizou que tem sentido bastante prazer, mesmo tendo pouca sensibilidade no canal vaginal e vulva. Acrescentou que nunca quis deixar de ter relação sexual com o marido, pois temia que ele procurasse outra mulher, e que quanto a isso ele não podia queixar-se.

Atividade de Vida - Dormir

APRECIACÃO

Rosa costuma dormir às dez horas da noite e acordar às oito da manhã. Tem apresentado dois despertares noturnos, se sentido desconfortável e desejando mudar a posição. Ressalta que acorda seu marido e pede que mude sua posição, o que incomoda e deixa seu marido irritado. Antes do traumatismo costumava dormir principalmente em decúbito ventral, atualmente procura variar entre decúbito dorsal, ventral e lateral. Conta que às vezes apresenta pesadelos durante o sono, como uma vez que sonhou com seu marido lhe traindo e passou a sentir-se com raiva dele.

Não há barulho no ambiente durante a noite e a luminosidade é adequada. Afirma que o plástico colocado para não sujar o colchão, quando realizar suas eliminações fisiológicas, proporciona aquecimento. Utiliza ventilador no quarto. Dorme só na cama de casal e seu marido e a filha em um colchão no chão, pois, segundo Rosa, há pouco espaço na cama.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Acordando cerca de duas vezes.

O colchão, por ser envolto por plástico, proporciona aquecimento.

Marido se sente incomodado por ser acordado durante a noite.

Pesadelos durante o sono.

Não dorme na mesma cama que o marido.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrão de sono perturbado relacionado a desconforto por permanência prolongada na mesma posição.

Resultados de Enfermagem

Sono

Nível de conforto

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: conforto

Atividades:

- Oferecer uma cama limpa e confortável.
- Evitar a exposição a correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessário.
- Posicionar a paciente para facilitar o conforto (p.ex., usar os princípios de alinhamento corporal, apoiar com travesseiro, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo).

Intervenção de Enfermagem - Incremento do sono

Atividades:

- Adaptar o ambiente (p.ex., colchão, cama, iluminação, ruído, temperatura) para promover o sono.
- Orientar a paciente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono.
- Auxiliar a paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta.

IMPLEMENTAÇÃO

A paciente foi orientada a ser posicionada de forma a facilitar o conforto, usando os princípios de alinhamento corporal e travesseiros para apoio.

AVALIAÇÃO

A paciente colocou que estava dormindo melhor, e que o fato de estar conseguindo mudar-se de posição tinha sido bastante benéfico, pois quando acorda durante a noite não precisa acordar o marido e logo ela volta a dormir.

Atividade de Vida - Morrer

APRECIACÃO

Refere não ter medo de morrer. Não vivencia luto por morte de ente querido. Há dois anos sua avó paterna faleceu, mas Rosa afirma que não convivia com ela e não tinha muito apego. É evangélica.

5.3 CRAVO

Identificação

Cravo tem sexo masculino e nasceu na cidade de Fortaleza-CE no dia 16 de maio de 1962. Morou com os pais e os irmãos até casar-se. Conta que sua mãe teve 24 filhos, sendo que atualmente têm apenas três irmãos vivos, uma mulher e dois homens. Mora com a esposa, a filha, de 18 anos, e uma sobrinha de sua esposa, que tem seis anos.

No dia 10 de maio de 2007, Cravo estava, a trabalho, retirando galhos secos de um coqueiro quando, segundo ele, sentiu cãibra e acabou caindo do coqueiro. Assim, sofreu uma lesão medular ao nível T1/T2, tornando-se paraplégico. Além da lesão medular, sofreu duas lesões na pele, sendo uma na perna esquerda e outra na perna direita, e um leve traumatismo craniano na região occipital.

Quando o acompanhamento foi iniciado, havia pouco mais de 1 mês que Cravo tinha sofrido a lesão medular.

Atividade de Vida - Manter ambiente seguro

APRECIACÃO

Possui uma úlcera de pressão no estágio 3 (tecido subcutâneo), localizada na região do cóccix. Esta possui diâmetro de aproximadamente 4,5cm e tem aproximadamente 2cm de profundidade. Está apresentando moderada drenagem purulenta e segundo o cliente não é dolorosa.

Possui alterações visuais do tipo miopia e presbiopia, mas não utiliza lentes corretivas. Conta que quando criança teve seu olho direito atingido por uma pedra, resultando em intensa redução na sua acuidade visual.

Referiu não possuir doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial ou disfunções na glândula tireóide. Considera que antes do acidente era uma pessoa saudável, adoecendo apenas esporadicamente por viroses. Não está tomando medicações prescritas por médicos, utilizando apenas paracetamol quando está incomodado por dor. Coloca que quando é transportado de maneira abrupta sente tontura.

Quando precisa usufruir os serviços de saúde, utiliza o SUS por meio da UBASF próximo de sua casa ou de hospitais de emergência.

Demonstrou ter pouco conhecimento acerca dos riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM. Tem conhecimento acerca da mudança de decúbito em um período de no máximo 2 horas, entretanto não tem cumprido com rigor. Quanto ao alívio de pressão na cadeira de rodas não tem conhecimento.

A esposa conta que ele não sabe a gravidade da sua situação. Acredita que logo voltará a andar.

Reside em um bairro pobre e, segundo o cliente, violento. A casa que reside é pequena, possui dois quartos, um banheiro, uma sala, uma cozinha e um quintal. Nela moram sua esposa, sua filha e a sobrinha de sua esposa. Sua sogra vive em uma casa próxima da sua e tem ajudado bastante.

Sua casa é pouco ventilada, exceto no quintal, além de pouco iluminada. Apresenta instalações elétricas e de água seguras, paredes rebocadas, piso revestido com cimento, teto sem forro e poucos móveis, bem distribuídos e em quantidade insuficiente. Na parte interna de sua casa não possui degraus, contudo, a passagem para o quintal e a entrada da casa apresentam degraus. Não há tapete na casa. Não tem utilizado as instalações do banheiro.

A entrada da casa é bem iluminada e o número da casa é visível e legível, facilitando a identificação para casos de emergências.

Possui suporte e proteção da esposa, sogra e de alguns amigos. A esposa e os amigos ajudam-no com a realização das atividades diárias. A esposa cuida dos afazeres domésticos, incluindo preparação de alimentos, lavagem de louças e roupas, além de cuidar da sobrinha. A filha mostrou-se pouco dedicada aos cuidados com o pai.

Seu suporte financeiro atualmente é resultado de doações de amigos e tem sido insuficiente para a compra dos equipamentos necessários, como materiais para curativo e para treinamento vesical e intestinal, para se deslocar aos serviços de saúde, suprir as necessidades da casa, comprar medicamentos, realizar as modificações estruturais na casa e acessar atividades sociais.

Exame físico

Avaliação do crânio, face e pescoço: Nega dor de cabeça intensa ou freqüente. Presença de história de traumatismo craniano na região occipital do crânio. Nega síncope; refere tonteira

durante transferências. Refere dor no pescoço principalmente durante a noite. Cabeça normocefálica, ausência de nódulos, presença de cicatriz na região occipital da cabeça; face simétrica, ausência de fraqueza ou movimentos involuntários; traquéia na linha média, tireóide sem alterações palpáveis. Ausência de sopros no pescoço. **Avaliação ocular, auricular, do nariz e da boca:** Relata alterações na acuidade visual do tipo miopia e presbiopia. História de trauma ocular. Não apresenta dor, inflamação, secreções ou lesões nos olhos. Não utiliza lentes corretivas e não sabe informar o dia do último exame de vista. Reflexo luminoso corneal bilateralmente simétrico. Teste das posições diagnósticas mostra movimentos da musculatura externa do olho intactos. Sobrancelhas e cílios presentes e sem alterações, conjuntiva clara e esclerótica branca, sem lesões. Palavras sussurradas ouvidas bilateralmente. Sem dores de ouvido, infecções, secreção, tinido ou vertigem. Nariz simétrico, sem lesões. Narinas permeáveis, sem desvio de septo. Seios paranasais sem sensibilidade à palpação. Ausência de história de obstrução, epistaxe ou alergia. Três ou quatro resfriados no ano. Boca higienizada. Ausência de lesões, hemorragia gengival, disfagia ou rouquidão. Dor na garganta ocasional com os resfriados. Pode cerrar os dentes. Mucosas e gengivas róseas, sem massas ou lesões. Ausência de dentes: incisivo lateral direito inferior, primeiro pré-molar esquerdo inferior, incisivo lateral esquerdo superior. Dentes em mal estado de conservação com presença de deterioração e escurecimento dentário. Episódios de dor de dente. Língua rósea, sem lesões, faz protrusão na linha média, sem tremor. Garganta com mucosa rósea, sem lesões ou exudato. Úvula eleva-se na linha média à fonação. Reflexo de vômito presente. **Avaliação do estado mental:** Expressão facial e respostas afetivas e verbais coarctadas, fala compreensível, orientado em relação a tempo, pessoas e espaço. Memória recente e remota íntegras. Percepções e processos de pensamentos lógicos e coerentes e não há ideação suicida.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Presença de úlcera de pressão estágio 3 na região do cóccix.

Não realiza alívio de pressão na cadeira de rodas e desconhece tal técnica.

Possui alterações visuais do tipo miopia e presbiopia, mas não utiliza lentes corretivas.

Apresenta tontura quando é transportado de maneira abrupta.

Possui pouco conhecimento acerca dos riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM.

Desconhece as reais conseqüências do TRM que sofreu.

Reside em um bairro violento.

A casa que reside é pequena, pouco ventilada e pouco iluminada.

Seu suporte financeiro é insuficiente para a compra dos equipamentos necessários, para se deslocar aos serviços de saúde, suprir as necessidades da casa, comprar medicamentos, realizar as modificações estruturais na casa e acessar atividades sociais.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Conhecimento deficiente acerca do alívio de pressão na cadeira de rodas relacionada à falta de orientação.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: alívio de pressão na cadeira de rodas

- Risco para lesão. Fatores de risco: mobilidade alterada e déficit sensório-motor.

Resultados de Enfermagem

Estado neurológico: função espinhal sensório-motora.

Detecção de riscos

Controle de riscos

- Risco de disreflexia autonômica. Fatores de risco: estímulos dolorosos/irritativos abaixo do nível da lesão; distensão da bexiga; cateterização; distensão intestinal; úlcera de pressão; espasmo.

Resultados de Enfermagem

Eliminação intestinal

Nível de conforto

Conhecimento: processo de doença

Conhecimento: medicação

Controle de riscos

Detecção de riscos

Termorregulação

Integridade tissular: pele

Eliminação urinária

- Integridade da pele prejudicada caracterizado por úlcera de pressão, relacionada à imobilidade física e permanência por tempo excessivo na cadeira de banho e na cadeira de rodas, e escoriações, relacionadas à queda.

Resultado de Enfermagem

Cicatrização de feridas: segunda intenção

- Conhecimento deficiente acerca dos riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM e das reais conseqüências do TRM que sofreu.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM e reais conseqüências do TRM que sofreu.

- Risco de infecção. Fatores de risco: dificuldade para tossir, alteração funcional na eliminação vesical, pouca ventilação e presença de poeira na casa e conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: controle de infecção

Deteção de riscos

Controle de riscos

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Supervisão de pele

Atividades:

- Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.
- Monitorar fontes de pressão e fricção.
- Monitorar ressecamento e umidade excessivos da pele.
- Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações.

- Orientar a família/cuidador sobre os sinais de ruptura de pele.

Intervenção de Enfermagem - Controle de pressão sobre áreas do corpo

Atividades:

- Vestir o paciente com roupas que não sejam apertadas.
- Acolchoar as extremidades que possuem atrito.
- Evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada.
- Virar o paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de úlcera de pressão

Atividades:

- Monitorar atentamente qualquer área avermelhada
- Remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal.
- Virar a cada 1 ou 2 horas. Virar com cuidado para prevenir lesões à pele fragilizada.
- Evitar massagens sobre as saliências ósseas.
- Posicionar com travesseiros para erguer os pontos de pressão acima da cama.
- Manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas.
- Hidratar a pele seca não rota.
- Evitar água quente e usar sabão suave no banho.
- Monitorar as fontes de pressão e fricção.
- Facilitar pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo.
- Assegurar uma ingestão alimentar adequada, especialmente de proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, utilizando suplementação, quando adequado.
- Orientar a família/cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele.

Intervenção de Enfermagem - Cuidado com úlceras de pressão

Atividades:

- Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo o tamanho (comprimento x largura x profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.
- Monitorar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele circunjacente.
- Manter a úlcera úmida para facilitar a cicatrização.
- Limpar a pele circunjacente com sabão suave e água.

- Aplicar chumaços embebidos em solução salina, quando adequado.
- Aplicar curativos, quando adequado.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção na ferida.
- Posicionar a cada 1 a 2 horas de modo a evitar pressão prolongada.
- Assegurar uma ingesta nutricional adequada.
- Ensinar ao paciente/membro(s) da família procedimentos de cuidado das feridas.

Intervenção de Enfermagem - Cuidado com lesões

Atividades:

- Observar características da lesão.
- Aplicar solução adequada à pele/lesão.
- Cobrir apropriadamente.
- Manter técnica asséptica no curativo ao fazer os cuidados da lesão.
- Comparar e registrar regularmente toda mudança na lesão.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após o paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com o paciente.
- Identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis/observáveis.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Determinar a seqüência para apresentar a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre a técnica de alívio de pressão na cadeira de rodas.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Intervenção de Enfermagem - Controle intestinal

Atividades:

- Anotar a data do último movimento intestinal.
- Monitorar os sons intestinais.
- Ensinar ao paciente os alimentos específicos que auxiliam na promoção da regularidade intestinal.
- Orientar o uso de supositório retal, conforme a necessidade.
- Orientar um programa de treinamento intestinal.
- Encorajar a redução da ingestão de alimentos formadores de gases.
- Orientar a ingestão de líquidos quentes após as refeições.
- Avaliar o perfil dos medicamentos devido a efeitos gastrintestinais secundários.

Intervenção de Enfermagem - Posicionamento

Atividades:

- Posicionar levando em conta o alinhamento correto do corpo.
- Posicionar de modo a evitar colocar tensão sobre o ferimento.
- Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada.
- Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e uma boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade.
- Evitar colocar em posição que aumente a dor.

Intervenção de Enfermagem - Controle da eliminação urinária

Atividades:

- Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor.
- Ensinar o paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
- Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária.
- Ensinar o paciente a beber 236 ml de líquido com as refeições, entre as mesmas e no início da noite.

Intervenção de Enfermagem - Controle da disreflexia*Atividades:*

- Identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia: distensão da bexiga, cálculos renais, infecção, impaction fecal, exame retal, inserção de supositório, ruptura da pele e roupas pessoais ou roupas de cama apertadas.
- Monitorar sinais e sintomas de disreflexia autonômica: hipertensão paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforese acima do limite normal, rubor facial repentino, palidez abaixo do nível normal, dor de cabeça, congestão nasal, engurgitamento dos vasos temporais e do pescoço, congestão conjuntiva, calafrios sem febre, ereção pilomotora e dores no peito.
- Orientar o paciente e os familiares sobre causas, sintomas, tratamento e prevenção da disreflexia.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo*Atividades:*

- Determinar a seqüência para apresentar os riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM e as reais conseqüências do TRM que sofreu.
- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre os riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM e as reais conseqüências do TRM que sofreu.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: processo doença*Atividades:*

- Avaliar o atual nível de conhecimento do paciente, relacionado ao processo do TRM.
- Explicar a fisiopatologia do TRM e a forma como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia.
- Descrever o processo de doença do TRM.
- Oferecer informações ao paciente sobre sua condição.
- Evitar fornecer segurança em vão.
- Discutir mudanças no modo de vida que podem ser necessários para prevenir complicações futuras e/ou o processo de controle da doença.

Intervenção de Enfermagem - Proteção contra infecção

Atividades:

- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
- Monitorar vulnerabilidade a infecção.
- Examinar a pele e as membranas mucosas na busca de hiperemia, calor exagerado ou drenagem.
- Promover ingesta nutricional adequada.
- Encorajar a ingesta de líquidos.
- Ensinar ao paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.
- Ensinar ao paciente e aos familiares a forma de evitar infecções.

IMPLEMENTAÇÃO

As orientações e processos assistenciais foram realizados no quintal, onde Cravo passava o período da manhã, ou na sala, onde passava o restante do dia e inclusive dormia. Inicialmente, orientei a Cravo que diante da perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores era necessário que ele protegesse-os de frio ou calor extremo e estivesse atento à posição dos mesmos quando fosse se locomover, para evitar lesões quando fosse passar por locais apertados como uma porta.

Quanto à prevenção de úlceras de pressão, Cravo mostrou déficit de conhecimento acerca dos cuidados. Apesar de conhecer a necessidade da mudança de decúbito no leito em um período máximo de duas horas, desconhecia que esse cuidado também se aplica na cadeira de rodas, sendo orientado que não poderia ficar sentado por mais que duas horas. Também orientei Cravo e sua esposa a não vestir roupas apertadas; a erguer pontos de pressão, como os calcanhares, com coxins; remover imediatamente umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinências urinária ou fecal; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; evitar água quente e usar sabão suave no banho; hidratar a pele seca não rota; e realizar pequenas e freqüentes trocas de peso do corpo. Além disso, ensinei-os a monitorar áreas de vermelhidão e ruptura na pele.

Em relação à úlcera de pressão existente na região do cóccix e as escoriações nas pernas, orientei-o a manter as lesões úmidas para facilitar a cicatrização e aplicar o curativo adequado e limpar a pele circunjacente com sabão suave e água. Enfatizei a importância de evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada pela úlcera de pressão, principalmente

sentando na cadeira de rodas por período prolongado; e de manter uma ingestão hídrica adequada e alimentação rica em proteínas. Como Cravo não tem condições financeiras para comprar polivitamínico e vitamina C, sugeri que procurasse comer frutas variadas. Acompanhei durante as visitas as características da úlcera, incluindo o tamanho (comprimento x largura x profundidade), o estágio (I-IV), o exudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização. Ensinei a esposa de Cravo a monitorar sinais e sintomas de infecção nas feridas e os procedimentos de cuidados com as mesmas.

Orientei o paciente acerca da importância da utilização do alinhamento corporal adequado e do alívio de pressão. Feita essa conscientização, iniciei a instrução acerca das técnicas. Procurei adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente e forneci a informação por escrito. Tanto sobre alinhamento corporal como sobre alívio de pressão em cadeira de rodas, foi feita orientação teórica (alívio de pressão: a cada 30 min a 60 min que esteja sentada, realizar o alívio por 60 segundos), e prática.

Cravo e sua esposa foram orientados sobre causas, sintomas (hipertensão paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforese acima do limite normal, rubor facial repentino, palidez abaixo do nível normal, dor de cabeça, congestão nasal, engurgitamento dos vasos temporais e do pescoço, congestão conjuntiva, calafrios sem febre, ereção pilomotora e dores no peito), tratamento e prevenção da disreflexia autonômica. Tais orientações foram fornecidas também por escrito.

O casal foi estimulado a identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia: estímulos dolorosos/irritativos abaixo do nível da lesão; distensão da bexiga; cateterização; distensão intestinal; úlcera de pressão; espasmo; entre outros. Como forma de prevenção ensinei o controle intestinal, através da realização de um programa de treinamento intestinal; o posicionamento adequado do corpo, levando em conta o alinhamento corporal correto, evitando colocar tensão sobre as úlceras; e o controle da eliminação urinária, através da ingestão hídrica adequada, da realização das manobras em períodos regulares e adequados e da utilização de medidas de prevenção de infecção urinária.

Percebendo o déficit de conhecimento acerca dos riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM, promovi o aprendizado por meio de instruções adaptadas ao nível de conhecimento e compreensão do paciente e de sua cuidadora. Proporcionei momento para tirar dúvidas e discutir preocupações. Quanto ao déficit de conhecimento sobre as reais conseqüências do TRM que sofreu, conversei com a esposa de Cravo e ela considerou que ainda não deveriam ser comunicadas a ele as informações dadas pelo médico acerca da impossibilidade de voltar a andar. Posição a qual optei por respeitar.

AVALIAÇÃO

Cravo demonstrou ter compreendido que diante da perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores era necessário que ele protegesse-os de frio ou calor extremo e estivesse atento à posição dos mesmos quando fosse se locomover, para evitar lesões. Afirmou que tem orientado as pessoas que o transferem a serem cautelosos.

O paciente mantém-se realizando a mudança de decúbito na cama em um período máximo de duas horas e, apesar de afirmar estar se esforçando para não permanecer muito tempo na cadeira de banho ou na cadeira de rodas, ainda tem ficado tempo excessivo devido à falta de pessoas para realizar as transferências. Está vestindo roupas frouxas, removendo imediatamente umidade da pele resultante de incontinências urinária ou fecal, mantendo os lençóis limpos, secos e livres de rugas, evitando água quente e usando sabão suave no banho, e hidratando a pele seca não rota.

Em relação à úlcera de pressão existente na região do cóccix, a esposa de Cravo passou a realizar o curativo diariamente, como havia aprendido, com o material por mim doado. Afirmou limpar a pele circunjacente com sabonete e água durante o banho. Contudo, ainda está permanecendo por tempo excessivo na cadeira e banho e na cadeira de rodas. Com o passar de aproximadamente três semanas de feitas as orientações, a úlcera de decúbito sofreu uma significativa redução em suas medidas, apresentando aproximadamente 2 cm de diâmetro e aproximadamente 1 cm de profundidade. Está apresentando discreta drenagem translúcida e segundo o cliente permanece indolor.

Cravo relatou ter aumentado a ingestão hídrica, entretanto, sua esposa contou que ele estava tomando apenas cerca de dois dedos de água, e não a quantidade combinada. Divido às dificuldades financeiras a ingestão de frutas continua deficiente. A esposa de Cravo colocou que frequentemente tem monitorado a presença de sinais de ruptura na pele ou áreas de vermelhidão, durante o banho.

Cravo não consegue realizar o alívio de pressão na cadeira de rodas por falta de força em seus membros superiores. Estimulei-o a persistir e enfatizei os benefícios da realização do alívio de pressão.

Solicitei que Cravo relembresse as formas de prevenção da disreflexia autonômica. Ele relatou algumas e afirmou estar pondo em prática. Enfatizei todas as formas de prevenção da disreflexia autonômica.

Por meio de um diálogo estimulei Cravo a relatar as instruções que havia aprendido acerca dos riscos de acidentes e complicações resultantes do TRM. O paciente

demonstrou ter apreendido as informações.

Atividade de Vida - Comunicar

APRECIACÃO

Cravo quando questionado acerca de preocupações, afirmou não ter preocupações. Contou que o que lhe incomoda é uma queimação nas costas, uma “inquietação na medula” e dor nas pernas.

Cravo demonstrou possuir vocabulário reduzido. Mostrou-se pouco comunicativo respondendo às perguntas de forma objetiva e demonstrando pouco interesse pelo diálogo no decorrer das visitas domiciliares. Observei que Cravo procurava sempre direcionar o diálogo para assuntos acerca da bíblia ou sua religião, evangélica. Expressava suas opiniões e necessidades com retraimento e de maneira incompleta.

Apresenta expressão facial e respostas afetivas constrictas e verbais adequadas. Quanto à adaptação emocional, encontra-se na fase de negação, relatando ter certeza que logo irá voltar a andar.

Anteriormente ao traumatismo, tinha um maior papel de liderança na família, pois era o responsável pela renda familiar. Contudo, atualmente tem participado pouco do gerenciamento da casa, enfrentando uma mudança em seu papel. Aparentemente tem um bom relacionamento com a esposa e com a filha.

Não tem utilizado telefone para se comunicar com pessoas, pois não possui telefone celular nem fixo. Quando necessário, sua esposa utiliza um telefone público que há próximo de sua casa.

Observou-se a valorização de relações pouco calorosas com os familiares, sendo o seu ambiente familiar constituído por pouco estímulo.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Queimação nas costas, “inquietação na medula”.

Dor nos MMII.

Vocabulário reduzido.

Pouco comunicativo respondendo às perguntas de forma objetiva e demonstrando pouco interesse pelo diálogo no decorrer das visitas domiciliares.

Exprime suas opiniões e necessidades com retraimento e de maneira incompleta.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Comunicação verbal prejudicada, caracterizada por vocabulário reduzido, respostas curtas e presença de retraimento.

Resultados de Enfermagem

Capacidade de comunicação

Comunicação: Capacidade de Expressão

Comunicação: Capacidade de Recepção

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Ouvir ativamente

Atividades:

- Mostrar interesse pelo paciente.
- Encorajar a expressão dos sentimentos.
- Focalizar totalmente a interação, suprimindo preconceitos, tendenciosidades, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações.
- Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções.
- Estar atento à postura física que transmite mensagens não verbais.
- Estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e a inflexão da voz.
- Identificar temas predominantes.
- Esclarecer a mensagem por meio do uso de perguntas e reavaliar a compreensão.

IMPLEMENTAÇÃO

Tendo observado vocabulário reduzido, respostas curtas e presença de retraimento em Cravo, procurei mostrar maior interesse por ele e seus sentimentos; encorajá-lo a expressar seus sentimentos; identificar temas predominantes; e estar atenta à postura física e ao tom, tempo, volume, altura e inflexão da voz.

Busquei utilizar vocabulário adequado ao conhecimento e compreensão do paciente e reavaliar a compreensão por meio de perguntas.

AVALIAÇÃO

Observei uma discreta mudança no comportamento de Cravo em relação à atividade de vida comunicar durante as visitas domiciliares. Cravo apesar de ainda mostrar-se pouco comunicativo, passou a realizar algumas perguntas quando tinha dúvidas e demonstrar maior interesse pelos diálogos.

Atividade de Vida - Respirar

APRECIACÃO

Relatou não apresentar nenhum desconforto respiratório ou cansaço ao realizar as atividades de vida. Apresenta dificuldade para tossir, devido à fraqueza muscular resultante da lesão medular torácica. Mostrou não ter conhecimento acerca da prevenção de infecções respiratórias.

Nega tabagismo, problemas alérgicos e modificações no padrão respiratório resultantes de alterações emocionais. Apresentando tosse cheia.

Não tem praticado atividades físicas. Sua casa é bastante empoeirada e pouco ventilada. Ao dormir utiliza ventilador. A casa sofre exposição ao sol apenas no período da manhã.

Exame físico

Avaliação de tórax e pulmão: Presença de tosse cheia. Ausência de dispnéia ou dor torácica na respiração. Refere dificuldade para tossir, tosse fraca. Inspeção: Diâmetro AP < diâmetro transversal. Incursões respiratórias 22/min, uniformes. Presença de cicatriz cirúrgica de aproximadamente 15 cm na linha vertebral. Palpação: Expansão simétrica do tórax. Frêmito toracovocal bilateralmente igual. Percussão: Ressonante sobre os campos pulmonares. Ausculta: Murmúrio vesicular presente nos campos pulmonares. Ausência de ruídos adventícios.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Dificuldade para tossir, fraqueza muscular.

Apresentando tosse cheia.

Presença de poeira e pouca ventilação na casa.

Não tem praticado atividades físicas.

Atividade de Vida - Comer e beber

APRECIACÃO

Afirma ter bom apetite, aceitando facilmente os alimentos oferecidos. Relata ter problemas estomacais, “azia”. Na primeira refeição do dia costuma alimentar-se com café, leite e pão. Aproximadamente 10h come um pouco de mamão. No almoço come arroz, feijão, frango e macarrão. No jantar costuma tomar café com leite e bolachas ou mingau, sendo sua última refeição. Suas refeições são preparadas pela sua esposa. Afirmou que tem feito a maior parte das refeições à mesa com a família.

Refere tomar pouca água diariamente, e que geralmente não toma o copo cheio. A água consumida é retirada da torneira e não sofre tratamento para purificação.

Exame físico

Peso anterior à lesão: 75 kg. **Avaliação abdominal:** Inspeção: Abdome simétrico, arredondado e liso. Pele sem lesões, estrias ou cicatrizes. Palpação: Ausência de massas ou hipersensibilidades. Ausculta: Ruídos intestinais presentes, sem sopros. Percussão: Presença de macicez no quarto quadrante e de timpanismo nos outros.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Alimentação carente de nutrientes.

Ingestão deficiente de água.

Relata sentir pirose.

A água consumida não passa por tratamento de purificação.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de volume de líquidos deficiente. Fatores de risco: ingestão deficiente de líquidos.

Resultados de Enfermagem

Hidratação

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

Deteção de riscos

Controle de riscos

- Manutenção ineficaz da saúde caracterizada por alimentação carente de nutrientes e água ingerida sem passar por tratamento, relacionada à falta de conhecimento e de recursos materiais.

Resultados de Enfermagem

Comportamento de Promoção da Saúde

Comportamento de Busca da Saúde

Conhecimento: Comportamentos de Saúde

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle de líquidos

Atividades:

- Distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas.
- Promover a ingestão oral.
- Orientar o paciente sobre a importância da ingestão de líquidos.
- Estimular a participação da família/cuidador na promoção da ingestão de líquidos.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após o paciente demonstrar prontidão para aprender.

- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com o paciente.
- Identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis/observáveis.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente.

Intervenção de Enfermagem - Educação para a saúde

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para comportamentos saudáveis, como consumo de alimentação nutritiva e tratamento da água ingerida.
- Determinar os conhecimentos de saúde e os comportamentos de vida atuais dos indivíduos, das famílias ou do grupo-alvo.
- Enfatizar benefícios positivos à saúde, imediatos ou à curto prazo, a serem obtidos por comportamentos de vida positivos como consumo de alimentação nutritiva e tratamento da água ingerida.
- Manter a apresentação bem focalizada, curta, iniciando e terminando pelo aspecto principal.

Intervenção de Enfermagem - Apoio à tomada de decisão

Atividades:

- Determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que o paciente tem da própria condição e a visão dos provedores de cuidado e saúde.
- Informar o paciente sobre enfoque e soluções alternativas.
- Ajudar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.
- Oferecer as informações solicitadas pelo paciente.

Intervenção de Enfermagem - Controle da nutrição

Atividades:

- Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo da vida do paciente.
- Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e as formas de satisfazê-las.
- Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.
- Determinar a capacidade do paciente para satisfazer às necessidades nutricionais.

IMPLEMENTAÇÃO

Após ser instruído acerca da importância da ingestão hídrica em quantidade adequada, para o controle das eliminações vesicais e intestinais, prevenção e cicatrização de úlceras de pressão, e para um bom funcionamento orgânico em geral, foi aconselhado a aumentar a quantidade de líquidos ingeridos, através de suco, leite e água, e a distribuir a ingestão de água ao longo do dia em pelo menos dois copos por turno. Além de conscientizar Cravo acerca da sua responsabilidade pelo cuidado com sua ingestão hídrica, também estimei a participação da esposa e da filha promovendo uma maior oferta de água.

Observei que a alimentação de Cravo estava carente de nutrientes, por ingestão deficiente principalmente de proteínas e vitaminas, e que a água ingerida não era submetida a tratamentos de purificação.

Alertei Cravo e sua esposa quanto a essa situação e quanto à importância de uma alimentação rica em nutrientes tanto para o bom funcionamento de seu organismo como para evitar patologias e úlceras de pressão. Novamente proporcionei a responsabilização pela saúde e, em seguida, instruí sobre como obter uma alimentação nutritiva, estimulando-o a comer frutas, pois estavam deficientes. Além disso, encorajei o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação, já que não possuem geladeira.

Estimei a esposa de Cravo a obter um filtro de água já que a técnica de fervura seria muito dispendiosa devido ao gasto de gás.

AVALIÇÃO

Tendo contado a esposa de Cravo que ele não estava aceitando a quantidade de água oferecida, enfatizei a importância da ingestão hídrica e estimei a auto-responsabilização pela sua saúde. Além disso, construí um cartaz e afixei na cozinha para servir de estímulo à ingestão hídrica. Segundo o paciente e sua esposa, houve um aumento na quantidade de água ingerida, contudo a frequência ainda não é a adequada.

Quanto ao tratamento da água, Cravo afirmou que ainda não havia sido possível comprar um filtro. Diante disso, estimei-o a comprar assim que fosse possível, ressaltando os benefícios.

A alimentação de Cravo tornou-se um pouco mais nutritiva, pois passou a receber aposentadoria e sua esposa passou a comprar mais frutas e carnes.

Atividade de Vida - Eliminar

APRECIACÃO

Possui bexiga reflexa e o esvaziamento tem acontecido de forma espontânea. Não tem sido feito o cateterismo vesical. A esposa costuma deixar constantemente um saco plástico no pênis para coletar a urina. Afirmou que a urina está alaranjada e com odor característico, e tem sido eliminada aproximadamente cinco vezes por dia. A ingesta hídrica é insuficiente para o programa de reeducação vesical. As manobras específicas para o esvaziamento da bexiga não são utilizadas.

A esposa de Cravo contou que a urina apresentou uma substância mucosa e que passou a oferecê-lo bastante água de côco, tendo solucionado o problema.

Está defecando a cada três dias. Conta que ingeriu medicação laxante dois dias. Refere sentir vergonha quando evacua na presença de amigos. Não está utilizando supositórios. Segundo as informações da esposa do cliente as fezes são formadas, não sendo nem amolecidas nem ressecadas. Antes da lesão costumava defecar diariamente. Não tem realizado e desconhece o programa de reeducação intestinal.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Defecando a cada três dias.

Não tem realizado programa de reeducação intestinal.

Ingesta hídrica insuficiente para o programa de reeducação vesical e intestinal.

As manobras específicas para o esvaziamento da bexiga não são utilizadas.

Refere sentir vergonha quando evacua na presença de amigos.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Constipação relacionada à lesão neurológica, ingestão insuficiente de fibras e líquidos e falta de conhecimento acerca do programa de reeducação intestinal.

Resultados de Enfermagem

Eliminação intestinal

Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos

- Conhecimento deficiente acerca da utilização de manobras específicas para facilitar a eliminação vesical.

Resultado de Enfermagem

Conhecimento: Manobra de Crede e Valsalva

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Treinamento intestinal

Atividades:

- Planejar um programa de treinamento intestinal com pacientes e pessoas apropriadas.
- Ensinar ao paciente/familiares os princípios do treinamento intestinal.
- Orientar o paciente sobre os alimentos com alto teor residual.
- Garantir uma adequada ingesta de líquidos.
- Iniciar treinamento em horário ininterrupto e consistente para a defecção.
- Assegurar privacidade.
- Administrar supositórios.
- Ensinar ao paciente a realizar dilatação retal digital.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar o paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, especialmente na eliminação urinária e intestinal.
- Auxiliar o paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Ensino: indivíduo

Atividades:

- Determinar a seqüência para apresentar as técnicas das manobras de Crede e Valsalva.

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre as manobras de Crede e Valsalva.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto a paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que a paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Esclareci ao Cravo e sua cuidadora acerca dos motivos da constipação e estimei-os a realizar um programa de reeducação intestinal. O paciente foi instruído acerca do programa de treinamento intestinal proposto por Atrice (2004) direcionado a intestino reflexo, pois o tônus do esfíncter anal interno e externo está presente. Tal treinamento envolve o uso de supositório seguido por estimulação digital retal de cerca de 20 minutos. Cravo e sua cuidadora aprenderam como realizar a estimulação digital retal. Também os instruí acerca dos princípios do programa: realizar o treinamento na mesma hora todos os dias, seguir uma dieta rica em fibras, beber pelo menos oito copos de água por dia, beber um líquido quente 30 minutos antes de iniciar o programa, realizar a reeducação intestinal na posição ereta e considerar o programa de reeducação intestinal pré-mórbido. Para uma melhor eficácia, toda a instrução foi entregue por escrito.

Ensinei a Cravo e sua esposa os sinais e sintomas de infecção, especialmente no trato urinário e respiratório, e o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde. Também foram orientados acerca da forma de evitar infecções, ressaltando a importância de uma ingestão nutricional e hídrica adequada, e da utilização de medidas de higiene. Aconselhei a esposa de Cravo a reduzir ao máximo a poeira existente na casa.

Cravo apresenta bexiga reflexa. Quando sua bexiga está cheia é esvaziada espontaneamente de forma reflexiva. Assim, as metas terapêuticas para o seu gerenciamento incluem a eliminação de urina de baixa pressão e volumes de urina residual baixos. Diante da não utilização e conhecimento incompleto acerca das manobras requeridas para o esvaziamento vesical (Manobra de Crede e Manobra de Valsalva), instruí Cravo e sua esposa acerca da técnica e da importância da utilização sempre que houver o esvaziamento. Ainda sobre eliminação urinária, orientei-os a monitorar frequência, consistência, odor, volume e cor.

AVALIAÇÃO

Cravo afirmou que não estava realizando o programa de treinamento intestinal, e que estava defecando a cada três ou quatro dias. Mais uma vez alertei-o quanto aos benefícios resultantes da realização do programa. O paciente passou a realizar parcialmente o programa cerca de uma vez por semana.

Solicitei que o paciente relatasse os sinais e sintomas de infecção, especialmente no trato urinário, o momento de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde e as formas de evitar infecções. O paciente demonstrou ter aprendido alguns dos ensinamentos, sendo orientado novamente.

Cravo afirmou que tem utilizado as manobras que auxiliam o esvaziamento vesical e que tem monitorado a frequência, consistência, odor, volume e cor da urina.

Atividade de Vida - Higiene pessoal e vestir-se

APRECIACÃO

O banho tem sido dado pela esposa, sendo realizado no quintal, na cadeira de asseio. Em geral, toma apenas um ou dois banhos por dia. Utiliza sabonete para lavar o corpo e xampu para lavar, diariamente, os cabelos, que são curtos. Escova os dentes duas vezes por dia: pela manhã, no quintal durante o banho, e após o almoço, também no quintal.

Veste-se com ajuda da esposa, tanto a parte superior como a inferior. Tem utilizado pouca vestimenta, estando na maioria das vezes apenas com a genitália coberta por um lençol. Mostrou-se pouco cuidadoso com a aparência, em relação à vestimenta, entretanto cuidadoso com a higiene corporal. A esposa ressalta que sempre que suja os lençóis da cama procura trocar imediatamente.

A pia utilizada para lavar roupas localiza-se na cozinha sendo a mesma utilizada para lavar louças. As roupas lavadas não costumam ser engomadas.

Exame físico

Condições gerais de higiene da pele e vestuário: Cuidados pessoais de higiene apropriados. Vestuário deficiente.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

O banho tem sido dado pela esposa.

Veste-se com ajuda da esposa, tanto a parte superior como a inferior.

Tem utilizado pouca vestimenta, estando na maioria das vezes apenas com a genitália coberta por um lençol.

Uma única pia é utilizada para lavar roupas e louças.

Os lençóis lavados não são engomados.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Déficit no autocuidado para banho/higiene, caracterizado pela dependência de um familiar na realização do banho, relacionado a prejuízo neuromuscular.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: banho

Direcionamento do próprio cuidado

- Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, caracterizado pela dependência de um familiar para vestir-se, relacionado a prejuízo neuromuscular, e pela utilização de pouca vestimenta.

Resultados de Enfermagem

Autocuidado: arrumar-se

Autocuidado: vestir-se

Direcionamento do próprio cuidado

- Manutenção ineficaz da saúde caracterizada pela utilização de uma única pia para lavar roupas e louças e pelos lençóis lavados não serem engomados.

Resultados de Enfermagem

Comportamento de Promoção da Saúde

Comportamento de Busca da Saúde

Conhecimento: Comportamentos de Saúde

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar o paciente a assumir o máximo de responsabilidade pela própria higiene corporal e vestuário.
- Auxiliar o paciente a identificar áreas pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

Intervenção de Enfermagem - Terapia com exercícios: equilíbrio

Atividades:

- Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que requeiram equilíbrio.
- Oferecer um ambiente seguro para a prática de exercícios.
- Auxiliar o paciente a estabelecer metas realistas e mensuráveis.
- Reforçar ou providenciar instrução sobre a forma de posicionar-se e realizar os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante os exercícios ou as atividades de vida diária.
- Ajudar o paciente a participar de exercícios de alongamento quando deitado ou sentado.
- Ajudar o paciente a mudar para uma posição sentada, a estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio.
- Ajudar o paciente a balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.
- Usar um espelho para facilitar o alinhamento postural sentado.
- Ajudar a sentar-se e balançar o corpo de um lado a outro para estimular o mecanismo de equilíbrio.

Intervenção de Enfermagem - Ensino indivíduo

Atividades:

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre técnica de higiene e vestuário.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Avaliar o quanto o paciente atingiu os objetivos estabelecidos.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.

- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após o paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com o paciente.
- Identificar claramente os objetivos de aprendizagem e em termos mensuráveis/observáveis.
- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente.

Intervenção de Enfermagem - Educação para a saúde

Atividades:

- Identificar fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para comportamentos saudáveis, como não utilizar uma única pia para lavar roupas e louças e engomar os lençóis lavados.
- Determinar os conhecimentos de saúde e os comportamentos de vida atuais dos indivíduos, das famílias ou do grupo-alvo.
- Enfatizar benefícios positivos à saúde, imediatos ou à curto prazo, a serem obtidos por pela não utilização de uma única pia para lavar roupas e louças e engomar os lençóis lavados.
- Manter a apresentação bem focalizada, curta, iniciando e terminando pelo aspecto principal.

Intervenção de Enfermagem - Apoio à tomada de decisão

Atividades:

- Determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que o paciente tem da própria condição e a visão dos provedores de cuidado e saúde.
- Ajudar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.
- Oferecer as informações solicitadas pelo paciente.

IMPLEMENTAÇÃO

Procurei encorajar Cravo a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, na medida do possível, tanto no banho como no vestir-se. Auxiliei o paciente a identificar os passos pelas quais poderia prontamente assumir mais responsabilidade e, nos que não fosse possível, tomar a atitude de direcionar o cuidado. Por meio de diálogo com a

cuidadora, orientei-a que facilitasse a conquista do nível de responsabilidade buscado pelo paciente. Sendo necessário equilíbrio corporal para adquirir maior independência em tais atividades, Cravo foi estimulado a praticar exercícios de equilíbrio: estabilizar o tronco com os braços colocados nas laterais sobre a cama/cadeira e a girar o tronco sobre os braços de apoio; balançar o tronco enquanto sentado, sem o uso das extremidades.

Determinei os conhecimentos de saúde especificamente relacionado ao fato de utilizar uma única pia para lavar roupas e louças e de os lençóis não serem engomados depois de lavados. Identifiquei fatores internos ou externos capazes de reduzir a motivação para comportamentos saudáveis. Em seguida, enfatizei benefícios positivos à saúde, imediatos ou à curto prazo, a serem obtidos por comportamentos de higiene. Estimulei o paciente e sua cuidadora a identificar alternativas. Ofereci as informações solicitadas.

AVALIAÇÃO

Cravo passou a assumir maior responsabilidade pelo próprio autocuidado no banho e no vestir-se. O paciente passou a lavar a parte superior do seu corpo e o que fosse possível da inferior. Sugeri que ele adquirisse uma esponja com cabo longo para facilitar a higiene dos membros inferiores. Está vestindo a parte superior com maior independência. A cuidadora está contribuindo para a aquisição de um novo nível de responsabilidade.

Cravo assumiu que pouco tem realizado exercícios de equilíbrio, cerca de três vezes por semana. Nesse momento, enfatizei a importância da prática desses exercícios e de paciência, confiança e motivação para a obtenção dos resultados esperados.

Quanto ao fato de utilizar uma única pia para lavar roupas e louças, a esposa de Cravo colocou que algumas vezes lavava as roupas na casa de sua mãe que é próximo da sua, então, procuraria lavar sempre lá. Quanto aos lençóis serem lavados e não serem engomados, a esposa de Cravo passou a engomá-los, o que provavelmente contribui para o processo de cicatrização da úlcera de decúbito.

Atividade de Vida - Controlar a temperatura do corpo

APRECIACÃO

Não possui termômetro em casa. Relatou não ter tido episódios de febre recentemente. Desconhece a possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária e respiratória.

Exame físico

Temperatura: 36,6 °C

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não possui termômetro.

Desconhece a possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária e respiratória.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Conhecimento deficiente acerca da possibilidade de febre como indicativo de infecções, como infecção urinária e respiratória, relacionado à falta de orientação.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: febre um sinal de infecção

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da aprendizagem

Atividades:

- Somente iniciar a instrução após o paciente demonstrar prontidão para aprender.
- Estabelecer metas de aprendizagem mútuas e realistas com o paciente.

- Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente.

Intervenção de Enfermagem - Ensino indivíduo

Atividades:

- Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados sobre o controle da temperatura e a possibilidade de febre como indicativo de infecção.
- Oferecer um ambiente que favoreça a aprendizagem.
- Reforçar comportamentos, quando adequado.
- Corrigir interpretações erradas das informações.
- Proporcionar tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preocupações.

IMPLEMENTAÇÃO

Diante do conhecimento deficiente acerca da possibilidade de febre como indicativo de infecções e da importância do controle da temperatura corporal, orientei Cravo e sua cuidadora.

AVALIAÇÃO

Sabendo da possibilidade de febre como indicativo de infecções, Cravo afirmou que identificaria com maior facilidade uma situação de infecção.

Atividade de Vida - Mobilizar-se

APRECIACÃO

Cravo apresenta espasticidade, o que dificulta a manipulação das pernas. Por Cravo ter apenas sua esposa como cuidadora, tem enfrentado dificuldade para realizar transferências, dependendo de pessoas da vizinhança. Ao acordar, com a ajuda de vizinhos, é transferido para a cadeira de banho e levado para o quintal. Lá acaba permanecendo por cerca de duas horas. Depois é transferido para a cadeira de rodas e levado para a sala, onde fica o restante da manhã até ser levado para a cozinha para almoçar. À tarde costuma deitar-se. Após acordar, volta a ser transferido para a cadeira de rodas.

Não tem queixas acerca da cadeira de rodas, mas coloca que não tem se mobilizado muito, usando-a apenas em casa. Ressalta que devido à irregularidade do piso de sua casa não pode mobilizar-se com cadeira de rodas sem a ajuda de alguém.

Na parte interna de sua casa não possui degraus, apenas na passagem para o quintal e na entrada da casa. Não há tapete na casa. O piso da casa é bastante irregular, sendo apenas com cimento, dificultando bastante a mobilização. Os móveis são organizados de maneira a permitir seus deslocamentos.

Apresenta espasticidade nos membros inferiores, o que prejudica a mobilidade. Depende de outras pessoas para realizar transferências e mudanças de decúbito. Apresenta instabilidade na coluna vertebral, desse modo, para sentar-se necessita de encosto.

Exame físico

Avaliação cardiovascular: Ausência de dor no peito, dispnéia, ortopnéia, ou fadiga. Ausência de sensibilidade e mobilidade voluntária em MMII. Presença de edema, escoriações e movimentos espásticos bilateralmente em MMII. Nenhuma história de hipertensão arterial, sopros cardíacos ou febre reumática na própria pessoa. Nenhuma pulsação precordial visível. Impulso apical no 5.º EIC na linha hemiclavicular esquerda, sem frêmito. Frequência do pulso 83 bpm, ritmo regular, B1-B2 normais, sem hiper ou hipofonese, ausência de B3, B4 e sopros. Pressão Arterial: 118/84 mmHg

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Perda da sensibilidade e mobilidade nos membros inferiores.

Duas escoriações, sendo uma na perna esquerda e outra na direita.

Presença de espasticidade.

Tem permanecido por tempo excessivo na cadeira de banho e na cadeira de rodas.

Depende de pessoas da vizinhança para realizar transferências e mudanças de decúbito.

Devido à espasticidade suas pernas apresentam rigidez, o que dificulta sua mobilidade.

Possui instabilidade na coluna vertebral, desse modo, para sentar-se necessita de encosto.

Irregularidade no piso de sua casa.

Apresenta tontura quando é transportado de maneira abrupta.

Presença de degrau na passagem para o quintal e na entrada da casa.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco para síndrome do desuso. Fator de risco: paraplegia.

Resultados de Enfermagem

Capacidade de resistência

Movimento das articulações: ativo

Movimento das articulações: passivo

Controle de riscos

Deteção de riscos

- Risco de queda. Fatores de risco: uso de cadeira de rodas, irregularidade no piso de sua casa, pouca iluminação na casa, presença de degrau na passagem para o quintal e na entrada da casa, instabilidade na coluna vertebral, hipotensão postural, não uso de lentes corretivas para visão.

Resultados de Enfermagem

Conhecimento: segurança pessoal

Deteção de riscos

Controle de riscos

Comportamento de segurança: prevenção de quedas

- Capacidade de transferência prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular e à falta de orientação.

Resultados de Enfermagem

Posicionamento do corpo: auto-iniciado

Desempenho na transferência

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Terapia com exercícios: mobilidade articular

Atividades:

- Determinar os limites de movimento articular e o efeito sobre o funcionamento.
- Determinar o nível motivacional do paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.
- Explicar ao paciente/família o propósito e o plano dos exercícios para as articulações.
- Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante os movimentos/atividade.
- Vestir o paciente com roupas não apertadas.
- Proteger o paciente de traumas durante o exercício.
- Ajudar o paciente a obter uma ótima posição corporal para o movimento passivo/ativo das articulações.
- Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimento.
- Realizar exercícios passivos (PROM) ou ativos (AROM).
- Orientar o paciente/família sobre a maneira de realizar, sistematicamente, exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos ou auxiliados.
- Providenciar instruções escritas de exercícios.
- Ajudar o paciente a elaborar um horário para os exercícios ativos de amplitude de movimentos.
- Encorajar o paciente a visualizar os movimentos do corpo antes de iniciar os movimentos.
- Oferecer reforço positivo para a execução dos exercícios articulares.

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: segurança

Atividades:

- Modificar o ambiente para minimizar ameaças e riscos como irregularidade no piso da casa, pouca iluminação, presença de degrau na passagem para o quintal e na entrada da casa.
- Monitorar o ambiente em busca de mudanças nas condições de segurança.

Intervenção de Enfermagem - Prevenção de quedas

Atividades:

- Trancar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências.
- Colocar os itens pessoais ao alcance do paciente.
- Orientar o paciente a chamar auxílio ao movimentar-se, quando adequado.

- Providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência.
- Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade e estimular o uso de lentes corretivas para visão.
- Providenciar superfícies de locomoção antiderrapantes e não causadoras de tropeços.

Intervenção de Enfermagem - Promoção da mecânica corporal

Atividades:

- Determinar o compromisso do paciente com o aprendizado e o uso da postura correta.
- Orientar o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões.
- Orientar o paciente sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal para prevenir lesões enquanto realiza qualquer atividade física.

Intervenção de Enfermagem - Posicionamento: cadeira de rodas

Atividades:

- Monitorar a capacidade do paciente para manter a postura correta na cadeira de rodas.
- Facilitar pequenas trocas freqüentes de peso do corpo.
- Determinar o tempo adequado em que o paciente permanece na cadeira, com base em seu estado de saúde.
- Orientar o paciente sobre como se transferir da cama para a cadeira, quando adequado.
- Orientar o paciente sobre como operar a cadeira de rodas.
- Orientar o paciente sobre exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo.

Intervenção de Enfermagem - Estabelecimento de metas mútuas

Atividades:

- Auxiliar o paciente/pessoa significativa a desenvolver expectativas realistas para si mesmos no desempenho de papéis.
- Encorajar o paciente a identificar suas forças e capacidades.
- Auxiliar o paciente a identificar metas realistas e atingíveis.
- Evitar imposição de valores pessoais ao paciente durante o estabelecimento de metas.
- Ajudar o paciente a priorizar as atividades utilizadas para obter as metas.

IMPLEMENTAÇÃO

Por Cravo não estar realizando exercícios nos membros inferiores nem estar freqüentando fisioterapia, estimulei-o a praticar exercícios de mobilidade articular, esclarecendo o propósito. Os limites dos movimentos articulares e a posição corporal adequada para o movimento passivo das articulações foram determinados, juntamente com o paciente e sua esposa. A esposa participou de todo o processo de ensino e foi estimulada a praticar a atividade de mobilidade articular diariamente no marido. Expliquei o plano dos exercícios para as articulações para o paciente, e juntos estabelecemos um horário a ser realizado diariamente, esclarecendo a importância da auto-responsabilização pela sua saúde. Além disso, forneci as instruções escritas dos exercícios. Cravo também foi orientado a vestir roupas não apertadas e a visualizar os movimentos do corpo antes de iniciar os movimentos.

Cravo foi conscientizado acerca da presença de fatores de risco para quedas. Foi instruído a modificar fatores ambientais como pouca iluminação na casa, irregularidade no piso e presença de degrau na passagem para o quintal e na entrada da casa, para minimizar ameaças e riscos. Além disso, foi alertado a colocar os itens pessoais ao alcance, chamar auxílio ao movimentar-se, quando necessário, sempre trancar as rodas da cadeira de rodas durante as transferências e providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços para facilitar a transferência. Também o orientei sobre a hipotensão postural e estimulei o uso de lentes corretivas para visão.

Orientei o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão e lesões, esclarecendo-o sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade física. Novamente, estimulei Cravo a praticar exercícios que promovem o aumento do equilíbrio, para conquistar uma maior independência em transferências. Também foi instruído sobre a possibilidade de transferir-se com independência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa e sobre a utilidade de exercícios para aumentar a força da parte superior do corpo. O paciente foi avaliado quanto à força nos membros superiores e percebeu-se que ainda não havia condições de realizar transferências de forma independente.

AVALIAÇÃO

Quanto aos exercícios de mobilidade articular, Cravo afirmou estar praticando em média três vezes por semana, sendo realizado pela sua esposa. Parabenizei Cravo, entretanto como o plano não estava sendo seguido completamente, estimei-o a aumentar a frequência.

Devido a pouca iluminação na casa foi colocada uma lâmpada fluorescente na sala que proporcionou uma melhor luminosidade. A irregularidade no piso e a presença de degrau na passagem para o quintal e na entrada da casa não puderam ser corrigidas devida à falta de recursos financeiros disponível para tal fim.

Cravo afirmou estar colocando os itens pessoais ao alcance e chamando auxílio ao movimentar-se, quando necessário. Contou que, durante as transferências, tem lembrado às pessoas que vão transferi-lo de travar as rodas da cadeira de rodas, de estarem atentos a suas extremidades inferiores para evitar lesões, e de transferi-lo lentamente para evitar hipotensão postural.

Quanto às lentes corretivas para visão procurei fazê-lo compreender a necessidade do uso, então, Cravo afirmou que assim que tivesse condições financeiras procuraria um oftalmologista para em seguida adquirir o óculos.

O paciente contou que pouco tem lembrado de usar a postura correta, mas que iria esforçar-se para utilizar mais. Além disso, como foi dito anteriormente, Cravo assumiu que pouco tem realizado exercícios de equilíbrio, cerca de três vezes por semana, sendo estimulado a realizá-los.

Cravo após ter sido orientado a realizar mudança de decúbito de maneira independente, afirmou que tem conseguido mas que demanda bastante esforço da sua parte. Estimei-o a persistir e afirmei que com a prática iria realizar com maior facilidade. O paciente ressaltou que não acreditava que conseguiria realizar as transferências sozinho, confidenciou que não se sente capaz. Ressaltei para Cravo que existem técnicas para evitar quedas e que por meio de um bom processo de ensino-aprendizagem todas as pessoas são capazes.

Atividade de Vida - Trabalhar e distrair-se

APRECIACÃO

Estudou até a quinta série do primeiro grau e antes da lesão estava sem um emprego fixo. Já trabalhou como jardineiro, pintor de carro, em serraria, pedreira e muitos outros, entretanto, quando sofreu o TRM estava trabalhando podando árvores. Atualmente está sem renda, aguardando os processos burocráticos da aposentadoria. Tem sobrevivido por meio de doações de amigos.

Anteriormente à lesão tinha como atividades de lazer, ir à igreja, ler a bíblia e visitar parentes e amigos. Atualmente, não tem ido à igreja e não tem feito visitas. Contudo, tem recebido bastantes visitas de amigos, as quais têm sido suas distrações.

A gerência da casa tem sido realizada predominantemente pela esposa, entretanto, Cravo também tem participado de algumas decisões.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não está trabalhando.

Está sem renda, dependendo de doações.

Não tem realizado as atividades de lazer de costume.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Atividades de recreação deficiente relacionado a prejuízos neuromuscular.

Resultados de Enfermagem

Participação no lazer

Envolvimento social

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Terapia recreacional

Atividades:

- Auxiliar a investigar o sentido pessoal das atividades recreativas favoritas.
- Auxiliar o paciente a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.

Intervenção de Enfermagem - Facilitação da auto-responsabilidade

Atividades:

- Encorajar o paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelas próprias atividades recreativas.
- Facilitar o apoio da família a um novo nível de responsabilidade buscado ou conseguido.

IMPLEMENTAÇÃO

Auxiliei Cravo a investigar o sentido pessoal das atividades recreativas favoritas, e a escolher atividades coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. Encorajei-o a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado, e planejar atividades de lazer juntamente com sua esposa. Cravo foi estimulado a freqüentar sua igreja. Alertei sua esposa quanto à importância da participação de Cravo em tais atividades para a melhora na adaptação emocional e auto-estima.

AVALIAÇÃO

Cravo afirmou que foi algumas vezes ao culto, mas que se sente desestimulado devido à dependência na mobilidade. Orientei-o novamente sobre a importância da participação em tais atividades para a melhora na adaptação emocional e auto-estima e sobre a necessidade de serem superadas as dificuldades resultantes do déficit na mobilidade.

Atividade de Vida - Expressar sexualidade

APRECIACÃO

Cravo casou aos 25 anos e teve uma filha que se encontra com 18 anos.

Mantinha relações sexuais com a esposa, mas confidencia que depois do acidente não as tiveram. Afirma que não conversou com a esposa a esse respeito e coloca que não há adequação no ambiente, pois está dormindo na sala e em rede, e que acha que não consegue ter ereção suficiente para ter relação sexual.

Não tem conhecimento acerca das conseqüências de uma lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Não tem conhecimento acerca das conseqüências de uma lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Não teve relações sexuais após a lesão e não conversou ainda com a esposa a esse respeito.

Inadequação do ambiente para a realização do ato sexual.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrões de sexualidade ineficazes relacionado à falta de privacidade, à falta de diálogo com a esposa a esse respeito, à falta de conhecimento acerca das conseqüências da lesão medular e das possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade.

Resultados de Enfermagem

Imagem corporal

Desempenho do papel

Identidade sexual: aceitação

Conhecimento: conseqüências da lesão medular e possibilidades no desempenho do ato sexual e na fertilidade

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Orientação antecipada

Atividades:

- Orientar sobre desenvolvimento e comportamento normais na sexualidade de pessoas que sofrem TRM.
- Usar exemplos de casos para aumentar as habilidades do paciente para solucionar problemas.

Intervenção de Enfermagem - Melhora da imagem corporal

Atividades:

- Usar orientação antecipada para preparar o paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam possíveis.
- Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal do paciente.
- Auxiliar o paciente a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e seu nível de funcionamento.

Intervenção de Enfermagem - Aconselhamento sexual

Atividades:

- Estabelecer uma relação terapêutica, baseada na confiança e no respeito.
- Oferecer privacidade e garantir confidencialidade.
- Informar ao paciente, antecipadamente, na relação, que a sexualidade é parte importante da vida e que doenças, medicamentos e estresse (ou outros problemas/eventos que o paciente possa estar vivenciando) costumam frequentemente alterar a função sexual.
- Contar ao paciente que você está preparado para responder a qualquer pergunta sobre a função sexual.
- Discutir o efeito da lesão medular sobre a sexualidade.
- Encorajar o paciente a verbalizar os seus medos e a fazer perguntas.

IMPLEMENTAÇÃO

Depois de estabelecida uma relação terapêutica baseada em confiança e respeito, auxiliei Cravo a determinar a extensão das reais mudanças no seu corpo e seu nível de funcionamento. Informei que a sexualidade é parte importante da vida, encorajando o paciente

a verbalizar seus medos e a fazer perguntas. Discuti com Cravo e sua esposa sobre os reais efeitos da lesão medular no ato sexual e na fertilidade. Estimulei o casal a conversar a esse respeito para confienciarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas, para juntos identificarem soluções para seus problemas.

AVALIAÇÃO

Cravo mostrou-se tranqüilizado após compreender os reais efeitos da lesão medular no ato sexual. O paciente indagou se poderiam ter filhos porque gostaria de ter um filho homem. Orientei-o que poderia, mas que a técnica para a fertilização iria variar de simples a complexa de acordo com sua situação. Esclareci as possibilidades e estimulei-o a observar se durante a relação sexual a ejaculação estava presente. Cravo colocou que considerava que ainda não era o momento para voltarem a ter relações sexuais. O que foi respeitado.

Atividade de Vida - Dormir

APRECIACÃO

Costuma dormir às dez horas da noite e acordar às oito da manhã. Tem apresentado três a quatro despertares noturnos. Queixa-se de esquentamento nas costas, desconforto no pescoço e “inquietação” na medula espinhal durante a noite. Está dormindo em uma rede na sala de sua casa, pois não possui cama. Conta que às vezes permanece toda a noite na mesma posição, pois não quer acordar sua esposa. Antes do traumatismo costumava dormir em variadas posições, e atualmente dorme em decúbito dorsal. Conta que seu sono frequentemente apresenta pesadelos.

Ressalta que devido às paredes de sua casa serem muito estreitas, o barulho proveniente das casas dos vizinhos acaba dificultando seu adormecer. Afirma que a luminosidade é adequada. Conta que sente muito calor, e tem usado ventilador. Por dormir na sala e muito perto da porta de entrada na casa não possui privacidade. Costuma ler a bíblia antes de dormir.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Acordando cerca de três a quatro vezes durante a noite.

Sentindo desconforto no pescoço, esquentamento nas costas e “inquietação” na medula espinhal.

Permanece toda a noite na mesma posição.

Não está dormindo na posição que costumava, antes do traumatismo.

Pesadelos durante o sono.

Não possui cama.

O barulho proveniente das casas dos vizinhos acaba dificultando seu adormecimento.

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Padrão de sono perturbado relacionado à não dormir na posição de costume; a desconforto no pescoço e nas costas; à presença de pesadelos durante o sono, a dormir em rede e ao barulho proveniente das casas dos vizinhos.

Resultados de Enfermagem

Sono

Nível de conforto

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Controle do ambiente: conforto

Atividades:

- Oferecer uma cama limpa e confortável.
- Evitar a exposição a correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessário.
- Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p.ex., usar os princípios de alinhamento corporal, apoiar com travesseiro, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo).

Intervenção de Enfermagem - Incremento do sono

Atividades:

- Adaptar o ambiente (p.ex., colchão, cama, iluminação, ruído, temperatura) para promover o sono.
- Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono.
- Auxiliar o paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta.

IMPLEMENTAÇÃO

Como Cravo não possuía cama e por considerá-la de grande importância para a reabilitação do paciente, busquei e consegui uma doação de uma cama e um colchão. Orientei-o sobre a necessidade de dormir em cama para que sejam aplicados melhor os princípios de alinhamento corporal e para promover a cicatrização da úlcera de pressão.

O paciente e sua cuidadora foram orientados acerca da importância de Cravo ser posicionado de forma confortável, usando os princípios de alinhamento corporal e utilizando travesseiros. Além disso, estimei Cravo a ter paciência com o fato de não estar dormindo em sua posição de costume e orientei a esposa de Cravo a oferecer uma cama limpa.

AVALIACÃO

O paciente afirmou que estava dormindo melhor na cama e que o fato de estar conseguindo mudar-se de posição tinha sido bastante benéfico, pois quando acorda durante a noite não precisa acordar sua esposa.

Atividade de Vida - Morrer

APRECIACÃO

Refere não ter medo de morrer, pois “tem fé em Deus e sabe que está salvo já que é evangélico”. Seu pai morreu quando tinha apenas oito anos e afirma ter sido muito difícil de aceitar. Sua mãe faleceu há oito anos. Dos seus irmãos 20 já faleceram, sendo que um deles foi há dois meses, mas relata que não sofreu muito porque seu irmão era evangélico, então “estava salvo”.

Identificação dos problemas reais ou potenciais

Elevada frequência de mortes na família (morte do pai quando tinha oito anos, da mãe há oito anos e de 20 irmãos, sendo um há dois meses).

PLANEJAMENTO

Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

- Risco de sentimento de pesar disfuncional relacionado à elevada frequência de mortes na família.

Resultados de Enfermagem

Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida

Enfrentamento

Intervenções de Enfermagem

Intervenção de Enfermagem - Aconselhamento

Atividades:

- Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.
- Oferecer informação factual, conforme a necessidade e a adequação.
- Encorajar a expressão de sentimentos.

IMPLEMENTAÇÃO

Diante do risco de sentimento de pesar disfuncional devido à elevada frequência de mortes na família, em diálogos sobre tais assuntos busquei demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade. Encorajei a expressão de sentimentos e estimulei a esposa a fazer o mesmo.

AVALIAÇÃO

Observei que demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade nos diálogos sobre a morte dos familiares facilitou a expressão dos sentimentos por Cravo. Indaguei a esposa de Cravo se ela havia lhe estimulado a expressar os sentimentos, ela colocou que havia tentado, mas ele mudou de assunto. Então, encorajei a esposa de Cravo a tentar novamente em uma outra oportunidade.

6 REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO INVESTIGADO-TRANSFERÊNCIA

Feita uma detalhada síntese dos dados, resultante de minuciosa leitura dos registros, procurei dar significado a alguns achados provenientes do desempenho das atividades de vida pelos portadores de paraplegia. Com isso, busquei contextualizá-los para uma ampliação para a prática assistencial dirigida a essa clientela. Portanto, tendo como fundamentação o Modelo Roper-Logan-Tierney, o cuidado conferido a essas pessoas com paraplegia suscitou algumas inferências importantes.

Por afetar funções sensório-motoras que são essenciais ao desempenho das atividades de vida, o traumatismo raquimedular é uma condição revolucionária na vida da pessoa acometida. O TRM geralmente ocorre em pessoas jovens e ativas, sendo um impacto não só para a vítima, mas para sua família e sociedade.

Os sujeitos participantes do estudo têm respectivamente 37, 24 e 45 anos de idade, ou seja, são pessoas jovens e estão na faixa etária que mais acomete as pessoas com lesão medular segundo a literatura vigente. Os três trabalhavam e contribuíam com a renda familiar, além disso participavam ativamente do gerenciamento da casa e da família.

Em geral, além de as pessoas com lesão medular serem impedidas de trabalhar, em alguns casos o esposo(a) tem que abandonar o emprego para cuidar do companheiro(a) o que prejudica ainda mais as condições econômicas da família.

Pesquisas mostram que as vítimas de TRM estão em sua maioria entre pessoas com baixo padrão econômico, o que irá interferir no *continuum* dependência/independência das diversas atividades de vida. Estas pessoas acabam sendo desmotivadas a ter determinadas atitudes de busca de saúde devido, principalmente, às condições econômicas.

Essa situação pôde ser observada especialmente no caso de Cravo, na qual o déficit de suporte financeiro o impedia nomeadamente de suprir as necessidades da casa, interferindo na qualidade e quantidade de sua alimentação e nas condutas de higiene; realizar as modificações estruturais na casa, prejudicando a manutenção do ambiente seguro e sua mobilidade, e acessar atividades sociais e serviços de saúde, entre outros.

Com isso, é possível compreender como fatores político-econômicos interferem na realização das atividades de vida. Além disso, este fator acaba interferindo no desempenho do processo de cuidar, pois muitas vezes as intervenções planejadas são impossibilitadas de serem aplicadas, cabendo ao enfermeiro realizar mudanças no plano, quando possível.

Também cabe ressaltar que o enfermeiro deve estar sempre consciente de que não pode solucionar os problemas pelo paciente, principalmente porque poderão ser soluções de curta duração. É preciso promover o empoderamento para que o próprio cliente obtenha capacidade de solucionar e superar as dificuldades.

Durante o desenvolvimento da investigação, pude observar a influência dos fatores psicológicos no desempenho das atividades de vida pelos sujeitos do estudo e no processo de cuidar. Após sofrer um traumatismo raquimedular a pessoa vive etapas de adaptação emocional. Em cada etapa a pessoa apresenta idéias e comportamentos diferentes quanto ao seu estado de saúde. Tais variações no estado emocional interferem na forma de realização das atividades de vida e na aceitação quanto aos cuidados e condutas de saúde.

Entre os participantes do estudo percebi que Rosa e Cravo, que tinham respectivamente cerca de dois meses e um mês de lesão quando iniciei o cuidado, estavam na fase de repercussão ou negação. Nesse caso, eles percebiam sua situação de maneira distorcida devido à dificuldade para aceitá-la. Provavelmente em decorrência dessa fuga da realidade, ambos apresentaram rejeição em aprender técnicas que como portadores de TRM tornar-se-iam mais independentes. Como por exemplo, a técnica de autocateterização aprendida e não praticada por Rosa. Diante disso, o processo de cuidar enfrenta dificuldades nessa fase, pois o paciente não aceita sua condição de saúde e, portanto, ainda não valoriza a reabilitação.

Contudo, foi possível observar as modificações no estado emocional de Cravo e Rosa que foram passando a interessar-se mais por aprender as técnicas ensinadas. Violeta, que quando foi iniciado o cuidado tinha aproximadamente cinco meses de lesão, já se encontrava provavelmente em uma fase posterior, fase de ajustamento ou reconhecimento. Nessa etapa, com a persistência do quadro, além do início do processo de reabilitação e da convivência com outras pessoas na mesma situação, a pessoa começa a adquirir consciência de sua situação. Nesse momento pode haver desvalorização pessoal. Entretanto, superada essa baixa auto-estima, a pessoa passa a se ocupar em novos conhecimentos.

Assim pude verificar em Violeta, que apesar dos momentos de desvalorização pessoal, mostrava bastante interesse em compreender as conseqüências do TRM e formas de autocuidado. Machado (2007) coloca que o enfermeiro deve, nessa fase, procurar ocupar o cliente com orientações sobre autocuidado e adaptações do domicílio, contribuindo para evitar idéias pessimistas.

Fatores socioculturais e ambientais também foram identificados durante o processo de investigação como fatores influentes no desempenho das atividades de vida e na assistência.

Os três sujeitos do trabalho recebiam suporte e proteção da família e/ou do grupo social. Violeta e Rosa, por exemplo, recebiam apoio principalmente de familiares mais próximos como pais, irmãos, filhos e esposos. Já Cravo tinha como cuidadora apenas sua esposa, o que prejudicava os cuidados, entretanto, possuía um importante apoio e proteção de algumas pessoas de seu grupo social.

Diante dessa condição vivenciada por Cravo, compreendi a necessidade de uma boa estrutura familiar para a promoção da saúde de pessoas com lesão medular. Durante todo o processo de reabilitação o portador de TRM precisa do apoio de cuidadores para realizar suas atividades de vida, especialmente porque muitas atividades envolvem mobilidade, necessitando de pessoas com força física para realizar as transferências.

Além disso, para a obtenção dos resultados planejados pelo enfermeiro é extremamente fundamental a ajuda do familiar/cuidador. O cuidador, assim como o portador de lesão medular, deve participar de todos os passos desenvolvidos no processo de cuidar, recebendo orientações adequadas a seu nível de conhecimento e compreensão e sendo estimulado a ampliar sua capacidade de solucionar problemas.

Observei que conhecer a cultura de cada um dos sujeitos e seus familiares/cuidadores facilitou a articulação do relacionamento e das intervenções. As crenças e cultura de cada sujeito variavam, fazendo com que cada um tivesse condutas de saúde e formas de compreender e aceitar as orientações diferentes.

Fatores ambientais como condições de higiene e saneamento básico; violência urbana; iluminação, ventilação, barulho, exposição ao sol e adequação estrutural da casa, também foram fatores observados que influenciam o *continuum* dependência/independência da pessoa com paraplegia. Rosa, por exemplo, quando se mudou para uma casa mais espaçosa passou a utilizar sua cadeira de rodas para mobilizar-se dentro de casa e passou a ter mais independência em diversas outras atividades de vida. Enquanto Cravo, devido à irregularidade do piso de sua residência, era impossibilitado de se locomover na cadeira de rodas sem ajuda de outras pessoas.

Considerando o significado mais amplo da atividade de vida manter ambiente seguro, compreendi o quanto é essencial conscientizar a pessoa com TRM acerca da importância de tal atividade no seu viver; já que o portador de lesão medular está sujeito a riscos relacionados a todas as atividades de vida. Por isso, é fundamental que o profissional

identifique o significado atribuído a essa atividade pelo paciente, para direcionar sua postura com relação a todo o processo de cuidar.

Com essa investigação, percebi a necessidade de facilitar a auto-responsabilização pelo próprio cuidado, pois estando consciente do seu papel na promoção de sua saúde, o portador de lesão medular passa a desempenhar suas atividades de vida com maior empenho em melhorar sua condição de saúde e prevenir complicações.

Apesar de ter a preocupação subconsciente com segurança inerente a todo ser humano, as medidas de segurança para pessoas com lesão medular só tornam-se efetivas quando esta compreende e percebe com exatidão os riscos. Por isso, destaco também a necessidade de conscientização por parte do profissional, pois assim saberá orientar o paciente a prevenir as complicações resultantes do TRM.

É comum em pessoas com lesão medular, como Violeta e Cravo, a existência de úlceras por decúbito devido à permanência de pressão por tempo excessivo em regiões com proeminências ósseas. Essa é uma condição que geralmente ocorre durante a internação hospitalar, na fase aguda do TRM, mas que pode ser prevenida com determinadas ações como a mudança freqüente de decúbito. Portanto, provavelmente, profissionais da saúde ainda estão negligenciando a prevenção dessas complicações, o que resulta em maiores transtornos para a pessoa com lesão medular. Cravo e Violeta manifestavam preocupação com as úlceras de decúbito.

Traumas paralelos ao TRM, adquiridos no acidente, podem prejudicar o processo de reabilitação. Como aconteceu com Violeta, que devido ao trauma na clavícula direita e em duas costelas, também em seu lado direito, tinha maior dificuldade para mobilizar-se e realizar o alívio de pressão na cadeira de rodas. Também a fratura na tíbia esquerda e a presença da tração óssea prejudicavam sua mobilidade, além de agravar a espasticidade e aumentar o risco de disreflexia autonômica. Portanto, ao cuidar de uma pessoa com paraplegia, o enfermeiro deve estar ciente da possibilidade de tal situação para planejar intervenções coerentes.

Considero de fundamental importância ressaltar que, em geral, depois de receberem alta hospitalar após a internação na fase aguda, os pacientes acabam ficando meses sem acompanhamento de saúde até serem admitidos pelo hospital de reabilitação. Nesse período os familiares promovem o cuidado sem orientação de profissionais, baseado apenas em suas crenças e cultura.

Em alguns casos, como o de Cravo, não são orientados a procurar o hospital de reabilitação. Além disso, a existência de úlceras de decúbito adquiridas durante a internação atrasa ainda mais o ingresso nesse hospital, já que não admitem pessoas com lesões.

Frente a isso, destaco a necessidade de um acompanhamento de atenção primária, através de visitas domiciliares, por uma equipe de saúde competente dirigida a essa clientela. Proponho com isso preencher a lacuna existente entre a assistência na fase aguda e o atendimento para reabilitação.

Com essa investigação ficou clara a interferência do TRM sofrido na atividade de vida comunicar de uma pessoa. Como exemplo, ressalto a queixa de Violeta e de Rosa acerca da dificuldade enfrentada em ter que depender e incomodar os familiares. Tal condição prejudica a reabilitação como um todo, contudo, em especial a reabilitação emocional. Coloco, então, o papel do enfermeiro em encorajar o paciente a eliminar tal preocupação e a construir novos conceitos facilitadores da adaptação.

Quando questionados acerca do significado de receber cuidados no domicílio por uma enfermeira, os três participantes do estudo enfatizaram a importância do apoio emocional que forneci. O traumatismo raquimedular acarreta transtornos emocionais, gerando incertezas, inseguranças, baixa auto-estima e alterações na auto-imagem.

Os sujeitos da pesquisa também citaram ensinamentos e informações que facilitaram a compreensão das conseqüências do TRM e permitiram um melhor desempenho nas suas atividades diárias.

Percebi que as orientações feitas quanto ao desempenho no ato sexual e à fertilidade de uma pessoa com lesão medular foram recebidas com interesse pelos três participantes. O déficit de conhecimento na atividade de vida exprimir a sexualidade é comum devido aos preconceitos e tabus que a cercam. Essas instruções permitem a pessoa com TRM tomar decisões e atitudes que promovam sua independência e reabilitação.

A atividade de vida eliminar está fortemente afetada na pessoa com lesão medular. Tanto a eliminação urinária como a intestinal precisam passar por um programa de reeducação. Entretanto, ressalto aqui o descaso entre os pacientes participantes da investigação quanto ao programa de reeducação intestinal. Estes parecem não compreender a real importância do controle intestinal ou mesmo não se sentem à vontade por ser um conjunto de ações que exige privacidade, como a estimulação retal digital. Apesar de receberem as orientações sobre o treinamento intestinal, não as colocavam em prática e quando realizavam, não seguiam todos os passos. Também enfatizo a dificuldade quanto à ingestão hídrica e alimentar adequada ao controle intestinal.

Ao analisar o comportamento dos três sujeitos do trabalho compreendi que a maior barreira para a efetividade do cuidado proposto é a dificuldade para mudança de hábitos, inerente a qualquer pessoa. Por isso, mais uma vez ressalto a importância da promoção da auto-responsabilização da saúde, para fortalecer a busca por mudanças de condutas.

Entretanto, também observei que com a persistência nessa mudança de hábitos e a utilização de esclarecimentos e informações necessários obtêm-se interessantes resultados.

A utilização do modelo teórico Roper-Logan-Tierney no cuidado domiciliar direcionado a esses portadores de paraplegia, contribuiu intensamente para a aquisição do conhecimento sobre comportamentos e crenças dos sujeitos em relação a cada atividade de vida para que, diante disso, fosse feito o planejamento e implementado o cuidado. Com isso, o processo assistencial deixa de ser generalizado e passa a ser individualizado, trazendo melhores resultados.

Tendo as visitas domiciliares sido desenvolvidas em horários diversos do dia, foi possível uma observação mais variada e aprofundada da realização das atividades de vida. Além disso, percebi a importância de o profissional ter um bom preparo para o cuidado à pessoa com lesão medular, para ter segurança e facilitar o processo de ensino-aprendizagem das orientações necessárias.

A confiança do paciente no enfermeiro é conquistada no decorrer das visitas domiciliares. Para isso é fundamental que o enfermeiro tenha segurança do conhecimento, empatia e respeito pelo cliente. Ainda observei que o enfermeiro deve saber o momento adequado para ser realizada cada intervenção. Algumas instruções devem ser feitas apenas quando a pessoa com lesão medular demonstra interesse em aprender e praticar o ensinamento. Outras devem ser baseadas na fase de adaptação emocional. Enquanto, para outras, deve ser levado em consideração a confiança do paciente no enfermeiro, como no caso da abordagem à atividade de vida exprimir a sexualidade.

Também ficou claro que a finalização do processo investigar-cuidar envolve transtornos, devido à dificuldade dos participantes em aceitar o procedimento como um estudo com período determinado. Apesar dos esclarecimentos, os participantes manifestaram insatisfação com a redução da frequência das visitas e relacionaram com “abandono”. Entretanto, como dito anteriormente foi considerado o que colocam as autoras Wright e Healey (2002), ou seja, tendo ocorrido progresso considerável, de modo que as pessoas cuidadas possam dominar o problema e reconhecer a melhora em sua própria capacidade de solucionar problemas, tem-se o momento ideal para iniciar a finalização.

Em suma, afirmo que utilizando como fundamentação teórica o modelo Roper-Logan-Tierney, pude conhecer o cotidiano e as atividades de vidas dos portadores de paraplegia, os fatores que influenciam as atividades de vida de cada, permitindo compreender suas individualidades. Tais informações confrontei com a faixa de normalidade pela qual passeia o portador de paraplegia, detectando o *continuum* dependência/independência. Portanto, inteirada com suas realidades, determinei problemas reais ou potenciais; que foram trabalhados com essas pessoas visando a conquista da autonomia.

O processo de reabilitação de uma pessoa com lesão medular é complexo e lento devido aos prejuízos físicos e psicológicos gerados pelo TRM. Além disso, este processo exige do acometido confiança e dedicação aos treinos das técnicas. A reabilitação da mobilidade requer materiais e estruturas, mesmo que apenas durante o aprendizado, que não existem no domicílio dessas pessoas. Por isso, é importante que esses pacientes sejam integrados o quanto antes ao tratamento de reabilitação especializado.

Contudo, foi possível constatar a eficácia deste processo de cuidar-investigar, uma vez que foi notório o benefício resultante, por meio da conquista de maior independência e de capacidade de solucionar problemas pelos participantes do estudo e seus familiares.

A utilização de um modelo teórico para o cuidado direcionado a pessoas com lesão medular no domicílio trouxe importantes contribuições: proporcionou a sistematização da assistência, facilitando a abordagem ao paraplégico e seu cotidiano e a eficácia do processo de cuidar proposto pela pesquisa; e promoveu uma fundamentação teórica consistente para o desenvolvimento do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a compreensão do desempenho das atividades de vida na condição de paraplégico, bem como, a utilização de um modelo de enfermagem para a realização desse cuidado específico. Com a identificação de dependências na realização das atividades de vida e com a experiência do cuidado, o estudo fornece elementos importantes para explorar necessidades e nuances do cotidiano da pessoa acometida por uma lesão medular.

A investigação convergente-assistencial promove à prática da Enfermagem oportunidade para o incremento de novas e melhores tecnologias para o cuidado. Nesse contexto, o uso do Modelo Roper-Logan-Tierney facilitou a abordagem das informações, permitindo compreender o paciente como um todo e seu contexto, e viabilizou o processo assistencial. Por basear-se no realismo e ter relativa simplicidade, permitindo que seja facilmente compreendido e aplicável à prática de enfermagem, o modelo favoreceu a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial.

Essa pesquisa também mostrou a contribuição do Modelo Roper-Logan-Tierney para a operacionalização do Processo de Enfermagem com a utilização dos diagnósticos de enfermagem, NANDA, resultados de enfermagem, NOC, e intervenções de enfermagem, NIC. O modelo direcionou a aplicação do Processo de Enfermagem, por meio da abordagem das atividades de vida, proporcionando o cuidado holístico dos participantes.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem, NANDA, resultados, NOC, e intervenções, NIC mostra a possibilidade de padronização do Processo de Enfermagem, apresentando um núcleo da prática da Enfermagem aplicado a todas as especialidades.

Compreendo, portanto, que por ser baseado num modelo de vida, o Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney oferece a nós, enfermeiros, um amplo campo de ação para o ensino da saúde, para promover e manter a saúde, para prevenir doença e proporcionar reabilitação.

Em termos práticos, o modelo ofereceu-me uma estrutura para a abordagem do cliente como um ser holístico, permitindo a identificação de seus problemas não só reais como também potenciais e contribuindo para o delineamento de objetivos e execução de cuidados.

Vale ressaltar a importância, relatada pelas autoras do modelo e as autoras do método convergente-assistencial, da participação do cliente e seus familiares no processo de cuidado para a aquisição dos resultados esperados. O enfermeiro tem papel fundamental na

conscientização do cliente acerca de sua responsabilidade com sua saúde. Contenta-me a percepção de ter contribuído para que as pessoas assistidas refletissem sobre suas atividades de vida e para a conquista de maior capacidade de resiliência.

A experiência de cuidar dessas pessoas portadoras de paraplegia em seus domicílios, apreendendo seu contexto sociocultural e ambiental, possibilitou-me compreender e compartilhar seus pensamentos, dúvidas e sentimentos (de angústia, medo, ansiedade, esperança). Tal convivência facilitou o conhecimento de fatores motivacionais ou não para a busca da saúde e o direcionamento das intervenções.

A realização desse trabalho foi um momento de descobrimento e aprendizado. Percebi a intensidade com que afeta uma pessoa a vivência de um traumatismo raquimedular, gerando fortes dependências e incertezas. Além disso, traz uma “chuva” de transformações que exige mudança de comportamentos e hábitos, que foram construídos no decorrer de todo seu viver.

Ainda observei que o enfermeiro, como agente promotor de saúde, tem importante papel no processo de reabilitação de uma pessoa acometida por uma lesão medular, desde a fase aguda. O enfermeiro deve encorajá-la a adotar comportamentos saudáveis e que promovam independência no desempenho das atividades de vida, além de contribuir no direcionamento de tomada de decisões.

A carência de estudos que versam sobre a temática do cuidado na lesão medular envolvendo modelo de enfermagem, torna este estudo significativo para a Enfermagem, promovendo seu crescimento e autonomia enquanto profissão e ciência.

Sendo a lesão medular um problema bastante presente na sociedade brasileira e que traz transtornos não só para o acometido mas também para toda sua família e sociedade, espero ter, com a realização dessa dissertação, contribuído para a assistência de Enfermagem dirigida a essa clientela, por meio da experiência da utilização de um modelo de Enfermagem.

Acredito que com o conhecimento acerca do desempenho das atividades de vida pelo portador de lesão medular através da utilização de tal modelo, os Enfermeiros, bem como outros profissionais da saúde, poderão promover um cuidado sistemático mais direcionado às necessidades reais destes, proporcionando maior qualidade de vida. Espero também que essa dissertação possa proporcionar estímulo para outras pesquisas em todo o âmbito da lesão raquimedular.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p.

ATRICE, M. B.; MORRISON, S. A.; McDOWELL, S. L.; SHANDALOV, B. Lesão medular traumática. In: UMPHRED, D. A. **Reabilitação neurológica**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2004. cap. 16, p. 506-560.

BOFF, L. **Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.

BRUNI, D. S.; STRAZZIERI, K. C.; GUMIEIRO, M. N.; GIOVANAZZI, R.; SÁ, V. G.; FARO, A. C. M. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 71-79, 2004.

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

CARVALHO, Z. M. F. **O cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica: estudo à luz da Teoria de Jean Watson**. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

CARVALHO, Z. M. F. O significado da paraplegia para pacientes internados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Pensar Enfermagem**. v. 6, n. 2, p.16-24, 2. sem. 2002.

CARVALHO, Z. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. **Viva bem com sua lesão vértebro-medular**. 2. ed. Portugal: CAPES, 2003. 96 p.

CARVALHO, Z. M. F.; CAVALCANTE, K. M. H.; FREITAS, G. L.; SILVA, G. A. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 316-22, ago. 2006.

CAVALCANTE, K. M. H. **A expressão da sexualidade como atividade de vida do portador de lesão medular**. 2005. 64 p. Monografia (Graduação) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (CEDIPOD). **Dia internacional das pessoas com deficiência**. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/Dia3.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 16 dez. 2006.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DEFINO, H. L. A. Trauma raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 388-400, out./dez. 1999.

FARO, A. C. M. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. **Enfermeria Global**, v. 3, p. 1-6, nov. 2003. Disponível em: <www.um.es/global/>. Acesso em: 4 jan. 2007.

FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.

FONTENELE JUNIOR, K. **Pesquisa em saúde: ética, bioética e legislação**. Goiânia: AB, 2003.

FRANCO, M. C. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C.(Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996. p. 26-55.

FÜRL-RIEDE, C.; HAUSMANN, R.; SCHNEIDER, W. **Reabilitação sexual do deficiente**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 90p.

GIANINI, P.E.S.; CHAMLIAN, T.R. e ARAKAKI, J.C. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. **Acta Ortop. Bras.**, v.14, n.1, p.44-7, 2006.

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

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. 973 p.

HENRIQUES, F. M. D. Adaptação à paraplegia traumática. **Rev. Investigação Enferm.**, n. 5, p. 3-25, fev. 2002.

HOEMAN, S. P. **Rehabilitation nursing: process and application**. 2nd ed. St. Louis, USA: Mosby, 1996.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: PalloTti, 2001. 344 p.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M.. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico/motora. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

MACHADO, W. C. A. **O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência**. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/temas/reabili/opapel.html>>. Acesso em: 4 de jan. de 2007.

MACHADO, W. C. A. **Reabilitação: um desafio para pessoas, famílias e sociedade**. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. 261 p.

MANTOVANI, M. **Suporte básico e avançado de vida no trauma**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 452 p.

MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MONTEZELI, J. H. **Traumatismo raqui-medular: assistência de enfermagem no ambiente intra-hospitalar**. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/trm_juliana_montezeli.ppt#274,1,TARUMATISMO%20%RAQUI-MEDULAR>. Acesso em: 7 jul. 2007.

MURPHY, K.; COONEY, A.; CASEY, D.; CONNOR, M.; O'CONNOR, J.; DINEEN, B. The Roper, Logan and Tierney (1996) Model: perceptions and operationalization of the model in psychiatric nursing within a Health Board. **J. Adv. Nurs.**, v. 31, p.1333-1335, June 2000.

NAKAZAWA, V. **Marcha**. 2001. Disponível em: <<http://www.geocities.com/nak46br/marcha.doc>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações-2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Normas internacionais do trabalho sobre a reabilitação profissional e emprego de pessoas portadoras de deficiência**. 2. ed. Brasília: Corde, 2001. 49 p.

PEREIRA, M. E. M. S. M.; ARAÚJO, P. C. C. F. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 63, n. 2b, p. 502-507, 2005.

PHANEUF, M. **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto, 2001. 428 p.

PINHEIRO, A. K.B. **Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizes**. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Lesão medular**. Disponível em: <http://www.sarah.br>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2007.

ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência**. São Paulo: Roca, 2006. 300 p.

RODRIGUES, B.G. S.; BRITO, C. S.; BARROS, C. F. **Lesão da medula espinhal**. 2006. Disponível em:

<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/lesao_espinhal/lesao_espinhal_brena.htm>. Acesso em: 3 jun. 2007

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de enfermagem**. 3. ed. Lisboa: McGraw-Hill, 1995. 454 p.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. 1. ed. Lisboa: Climepsi editores, 2001. 198 p.

SANTORO, J. J. S. A discriminação e o fracasso das políticas públicas. In: ROBERT, C. (Org.). **O direito do deficiente**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 1999. p. 9-13.

SARAIVA, M. R. B. **Cuidado à adolescente grávida com enfoque nas atividades de vida**. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SECRETARIADO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Como ajudar uma pessoa com deficiência em cadeira de rodas**. 3. ed. Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://www.snripd.pt/document/Folheto003.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

SILVEIRA, P. R. **Trauma raquimedular**. Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br/silveira/trm2.doc>>. Acesso em: 3 jun. 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SUAID, H. J.; ROCHA, J. N.; MARTINS, A. C. P.; COLOGNA, A. J.; SUAID, C. A.; RIBEIRO, A. G. B.; SALZEDAS, P. L. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. **Acta Cir. Bras.**, v. 17, supl. 3, p 41-43, 2002.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 5. ed. Madrid: Mosby, 2003. 672 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004. 162 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/en/> Acesso em: 7 nov. 2006.

WRIGHT, L. M.; HEALEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 64, n. 2b, p. 451-455, 2006.

VENTURINI, D. A.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 219-29, jun. 2006.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Karenine Maria Holanda Cavalcante, enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa em que tenho como objetivo: Analisar a eficácia do cuidado de enfermagem fundamentado no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney prestado a pessoas com lesão medular e conhecer a contribuição da utilização desse modelo teórico para o cuidado direcionado a pessoas com lesão medular no domicílio. Pretendo cuidar de pessoas com lesão na medula para que desenvolva suas atividades realizadas no dia-a-dia de uma melhor maneira. Para isso necessito da sua autorização para cuidar de você em seu domicílio. Para que eu possa desenvolver esse cuidado, preciso que você assine esse termo aceitando participar deste estudo. Irei à sua residência algumas vezes para cuidar de acordo com suas necessidades. Espero, com os resultados, contribuir para que a assistência prestada a uma pessoa com paraplegia seja cada vez melhor. Esclareço que o estudo não envolve nenhum risco, nem pagamento de nenhuma natureza. Saliento, ainda, que será assegurado a você, acesso às informações sobre como o estudo está se desenvolvendo, esclarecimento de dúvidas, liberdade para retirar a sua autorização a qualquer momento sem que isso leve a prejuízos para você ou para sua família, será mantido o anonimato da sua identidade real e os dados serão utilizados somente para fins científicos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto a minha participação nesta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007

Assinatura do sujeito da pesquisa
ou representante legal

Assinatura do pesquisador

Assinatura de quem obteve
o termo de consentimento

Assinatura da testemunha



Pesquisador: Karenine Maria Holanda Cavalcante

Endereço: Rua Luis Torres, 215 Maraponga Fortaleza-Ce - CEP: 60.720.000 Fone: (85)34958363

E-mail: kareninemaria@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos contatar com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

ANEXO A - Formulário

FORMULÁRIO DE APRECIÇÃO DO DOENTE/UTENTE: APRECIÇÃO DAS ALS			
Iniciais do cliente _____ sexo _____ data de nascimento _____ tipo de lesão _____			
motivo da lesão _____ Data da lesão _____			
Data:			
	Atividades de vida	Rotinas habituais: o que pode/não pode ser feito de forma independente mecanismos de <i>coping</i> anteriores	Problemas do doente: actuais/potenciais (p)
Revisão dos conceitos As 12 ALs			
Manter um ambiente seguro Comunicar Respirar Comer e beber Eliminar Higiene pessoal e vestir-se Controlar a temperatura do corpo Mobilização Trabalhar e distrair-se Expressar sexualidade Dormir			
Duração de vida			
Dependência e independência			
Fatores			
Biológicos Psicológicos Socioculturais Ambientais Político-econômicos			

PLANO DE ENFERMAGEM: relacionado com as ALs		
Objetivos	Intervenções de enfermagens iniciadas pelo enfermeiro e relacionadas com as ALs	Avaliação

Fonte: Roper, Logan e Tierney (2001)