



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Cuidado de Enfermagem para a Necessidade de Ajuda das Pessoas Paraplégicas: estudo iluminado na Teoria de Wiedenbach**

**TICIANA DE MENEZES GULARTE**

**FORTALEZA**

**2010**

**TICIANA DE MENEZES GULARTE**

**Cuidado de Enfermagem para a Necessidade de Ajuda das Pessoas Paraplégicas: estudo iluminado na Teoria de Wiedenbach**

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

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

Área Temática: Cuidado as pessoas com problemas neurológicos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho

**FORTALEZA**

**2010**

# TERMO DE APROVAÇÃO

**TICIANA DE MENEZES GULARTE**

## **Cuidado de Enfermagem para a Necessidade de Ajuda das Pessoas Paraplégicas: estudo iluminado na Teoria de Wiedenbach**

- 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 para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Estudo qualitativo cujo objetivo geral da investigação: **Analisar a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach na identificação da necessidade de ajuda às pessoas com lesão medular com déficit motor do tipo paraplegia.**

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC  
Orientadora

---

Enf<sup>a</sup>. Francisca Nellie de Paula Melo - FPO  
1º Membro

---

Enf<sup>a</sup> Joselany Áfio Caetano – UFC  
Membro

---

Enf<sup>a</sup> Maira Di Ciero Miranda – UFC  
Membro Suplente

*Dedico este trabalho:*

*Aos meus pais que me educaram e apoiaram durante toda esta jornada e me mostraram a vida de uma maneira diferente, colorida e adorada.*

*Ao meu amado, André, pela dedicação, paciência, parceria, amor e palavras de ânimo que me estimularam mesmo tendo que ser privado de minha companhia em benefício dos estudos, sempre me apoiando a buscar a cada dia a satisfação e dedicação profissional interior.*

*A todas as pessoas com lesão medular que apresentam imensas dificuldades em seu dia-a-dia e precisam muito de uma mão estendida e de quem os compreendam.*

“Deficiente é a pessoa  
que não consegue modificar sua vida  
aceitando as imposições de  
outras pessoas ou da sociedade em que  
vive sem ter consciência de que é  
dono do seu destino”

(GANDHI)

## AGRADECIMENTOS

A tomada da decisão de cursar o Mestrado exige de quem decide ao longo de toda a trajetória, muita dedicação e empenho. Requer muita doação e perseverança na busca do aprendizado e em lidar com as escolhas. É um período único onde os momentos de angústia são recompensados pelos de satisfação que se sobrepujaram e fizeram desta jornada um caminho de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado me guiando e dando-me forças nesta longa caminhada. O que seria de mim sem a fé que me move.

Ao meu idolatrado pai, in memoriam, Danilo de Araújo Gularte, que apesar de não estar mais entre nós, continua no meu coração e foi de fundamental importância e significado no meu processo educativo.

À minha querida mãe, Maria Célia de Menezes Gularte, que acompanhou meus passos, enxugou minhas lágrimas, compartilhou cada conquista e sempre esteve presente, mesmo que distante.

Aos meus irmãos, Eduardo e Daniel, agradeço o amparo a mim dedicados e por sempre acreditar em meu potencial.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, especialmente às coordenadoras do programa, professoras Lorena Barbosa e Ana Karina Pinheiro, pelo carinho e credibilidade a mim confiadas para e por entenderem as dificuldades que se interpuseram no decorrer do caminho da busca pelo meu mestrado, me apoiando e me orientado de forma sempre compreensiva.

Às minhas amigas do mestrado que também sempre me deram forças para continuar, apesar das dificuldades, na busca por meus ideais.

Ao NUPEN – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Neurológica – onde pude aprimorar meus conhecimentos sobre Enfermagem Neurológica, lesão medular e pesquisa científica.

Ao amigo José Galba Veras Barbosa, que compreendeu minhas ausências ao trabalho e propiciou minha liberação para conclusão do meu mestrado, sempre que necessário. Muito obrigada pela sua disponibilidade e condescendência.

Aos amigos Raquel e Rocha que sempre me deram força e estímulo durante todo o caminho no meu mestrado, me dando forças para que eu resistisse bravamente e não desistisse do meu sonho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu processo de aprendizado ou para a realização deste estudo.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Não poderia deixar de oferecer um agradecimento especial à minha Orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zuíla Maria de Figueiredo Carvalho, pela sua grandeza de espírito e pela sua paciência inesgotável durante todo o caminhar de meu mestrado e no desenvolvimento desta pesquisa. Apesar das dificuldades inerentes à construção de um estudo deste porte, penso que valeu a pena. Ouso até dizer que nós duas aprendemos muita coisa neste período. Considero-me privilegiada, pela bagagem de conhecimento que me proporcionou, como também pelos laços que, se antes eram fortes, agora ficaram ainda mais estreitos. Obrigada, querida mestra e amiga, pela confiança que depositou em mim, pela competência com que conduziu as orientações durante todos os momentos, pela cumplicidade na defesa da idéia da minha dissertação e pela compreensão infundável nos momentos complicados, nos problemas enfrentados e nas dificuldades pelas quais passei ao longo desta trajetória. Espero ter feito jus à sua dedicação e competência como Orientadora.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade, confiança e credibilidade na importância desta pesquisa e por sempre se mostrarem solícitos e prestativos em ajudar em todas as etapas desta pesquisa.

À Associação de Deficientes Motores – ADM ao apoio prestado para dar execução a coleta de dados desta pesquisa.

A todos, o meu muito obrigada!

## RESUMO

GULARTE, T.M. Cuidado de Enfermagem para a Necessidade de Ajuda das Pessoas Paraplégicas: estudo iluminado na Teoria de Wiedenbach. [dissertação]. Fortaleza (CE) : Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC; 2010

A lesão medular ocasiona diversas dificuldades ou necessidades de ajuda na realização das mais diferentes atividades da vida diária nas pessoas acometidas. Ao proporcionar um cuidado de enfermagem para ajudar a pessoa portadora de lesão medular, se obtém um exemplo de reflexão acerca da qualificação da prática profissional, promoção da saúde e melhoria do bem-estar destas pessoas. Contrariando a tendência de não valorizar o uso de teorias de enfermagem, objetivou-se analisar a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach na identificação da necessidade de ajuda às pessoas com paraplegia. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa que permite uma compreensão da experiência humana subjetiva da vida destes seres. Os sujeitos pesquisados perfizeram um total de nove pessoas com paraplegia através de triagem realizada seguindo critérios de inclusão. O lócus foi o domicílio, uma vez que é um ambiente que promove maior privacidade e confiabilidade para a coleta de informações. Os instrumentos escolhidos foram um formulário estruturado constando dados socioeconômicos, de identificação do sujeito da pesquisa e específicos sobre a lesão medular e uma entrevista semi-estruturada que abordou questões sobre o significado de ajuda, quais necessidades de ajuda enfrentam estes sujeitos, qual ajuda necessária pretendem receber, de quem estão recebendo ajuda e se algum enfermeiro o havia ajudado. A entrevista foi gravada respeitando-se todos os critérios éticos de pesquisa com seres humanos e os dados foram posteriormente transcritos e agrupados em categorias seguindo a abordagem metodológica de Bardin da análise de conteúdo dos relatos. Assim, foram criadas quatro categorias: 1- A percepção do que é ajuda pelos portadores de paraplegia e o cuidado de enfermagem; 2- A identificação das necessidades de ajuda; 3- Ofertando a ajuda: os significados e 4- A ajuda esperada pelos portadores de paraplegia. Os dados demonstraram que os portadores de paraplegia entendem a ajuda como, cooperação, incentivo, motivação, apoio ou até mesmo uma forma de preconceito ou exclusão. Quanto às necessidades de ajuda, as identificadas foram: Acessibilidade; Preconceito que percebem das pessoas; Sentimento de impotência diante das dificuldades; Higiene Pessoal e Íntima; Privacidade na execução de cuidados de higiene íntima; Infecção urinária; Cateterismo vesical; Medo; Dor neuropática; Espasticidade; Problemas financeiros; Falta de emprego; Uso de medicações orais; e Falta de adaptação no domicílio. Quanto à ajuda que recebem foram apontados a dos amigos e da família. Ao serem perguntados se algum enfermeiro ofertou alguma ajuda no percurso de sua condição de paraplegia obteve-se como resposta os profissionais do centro de reabilitação. Além disso, foi proposto um plano de cuidados para a práxis de enfermeiros no cuidado domiciliar a pessoas com paraplegia. Considera-se que este estudo trouxe uma grande contribuição científica visto que comprovou a eficácia da Teoria de Wiedenbach para a implementação de cuidados de enfermagem direcionados a pessoas com lesão medular e ainda elaborou um modelo de processo de enfermagem voltado para portadores de paraplegia, podendo ser executado no próprio domicílio, corroborando com a proposta de promoção da saúde, reintegração e suporte sócio-espiritual do cuidar humanizado preconizado pela ciência da Enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem; Promoção da saúde; Paraplegia; Necessidade de ajuda

## ABSTRACT

GULARTE, T.M. Nurse Care for a Need-for-Help of Paraplegic Peoples: illuminated study in Wiedenbach's Theory. [dissertation]. Fortaleza (CE) : Postgraduation Program in Nursing of UFC; 2010

Spinal cord injury causes several difficulties or need-for-help in carrying out many different activities of daily living in affected persons. By providing nursing care to help a person with spinal cord injury, you get an example of reflection on the skills of professional practice, health promotion and improving the welfare of these people. Contrary to the tendency not to value the use of nursing theories aimed to examine the applicability of the Theory of Clinical Nursing from Ernestine Wiedenbach in identifying the need-for-help people with paraplegia. This is an exploratory, descriptive and qualitative nature study that allows an understanding of subjective human experience of life of these beings. The study subjects in a total of nine people with paraplegia through screening conducted following inclusion criteria. The locus was the home, since it is an environment that promotes greater privacy and confidentiality for the collection of information. The instruments chosen were a structured form consisting socioeconomic data, identification of research subjects and specific in spinal cord injury and a semi-structured interview that addressed questions about the meaning of help, which needs help addressing these subjects, which aim to help they need, who are receiving help and if a nurse helped him. The interview was recorded respecting all ethical research with human subjects and data were subsequently transcribed and grouped into categories following the approach of Bardin's content analysis of the stories. Thus, we created four categories: 1 - The perception of what is help the patients with paraplegia and nursing care; 2 - Identifying the needs for assistance; 3 - Offer to help: the meanings and 4 - Aid expected by patients paraplegia. The data showed that patients with paraplegia understand helping like cooperation, encouragement, motivation, support or even a form of prejudice or exclusion. Regarding help needings, those identified were: Accessibility; Prejudice realized from that people, feeling of powerlessness in the face of difficulties, Toiletry and Underwear, Privacy on the implementation of hygiene care, urinary tract infection, bladder catheterization, Fear, Pain management; Spasticity; Financial problems, lack of employment, use of oral medications, and lack of adaptation in the home. The help they receive have been appointed to friends and family. When asked whether a nurse offered up some help in the course of their condition of paraplegia was obtained in response professionals in the rehabilitation center. Furthermore, it proposed a plan of care for the practice of nurses in home care for people with paraplegia. It is considered that this study has provided a great scientific contribution since proved the effectiveness of the Theory of Wiedenbach for the implementation of nursing care directed at people with spinal cord injury and has developed a model of nursing process-oriented people with paraplegia, which may be executed at their homes, which agrees with the proposal to promote health, reintegration and social and spiritual support of human care recommended by the science of nursing.

**Key words:** Nurse care; Spinal cord injury; Health promotion; Need-for-help

## SUMÁRIO

### 1. INTRODUÇÃO

1.1 – Breve histórico da lesão medular .....	11
1.2 – Contextualizando minha vivência com a lesão medular e a escolha do referencial teórico .....	14
1.3 – O problema, a justificativa e a relevância do estudo .....	16

### 2. OBJETIVOS 21

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Ernestine Wiedenbach - Biografia .....	22
3.2 – Entendendo a Teoria da Arte do Cuidar em Enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach .....	24
3.3 – A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Pressupostos .....	26
3.4 – A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Conceitos e Definições .....	28
3.5 – A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Elementos .....	35
3.6 – Conclusões e considerações sobre o modelo teórico de Ernestine Wiedenbach .....	36

### 4. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 – Referencial Metodológico .....	40
4.2 – Trajetória Metodológica .....	42

### 5. ANÁLISE DOS DADOS 52

Categoria 1 – A percepção do que é ajuda e o cuidado de enfermagem .....	48
Categoria 2 – A identificação das necessidades de ajuda .....	55
Categoria 3 – Ofertando a ajuda: os significados .....	68
Categoria 4 – A ajuda esperada pelos portadores de paraplegia .....	72

### 6. CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM 75

### 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

### 8. APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	84
Apêndice B – Formulário de coletas de dados e Roteiro de entrevista .....	85
Anexo C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do IJF .....	86

## 1. INTRODUÇÃO

---

### 1.1 – Breve histórico da lesão medular

Para entender melhor o cuidado de enfermagem à pessoa acometida de lesão medular, focando o ser paraplégico nesta investigação, é necessário divagar sobre o traumatismo raquimedular e suas conseqüências.

O Traumatismo Raquimedular ou TRM é uma das principais causas de seqüelas graves em pacientes politraumatizados e pode causar lesões incapacitantes na medula espinal levando a danos neurológicos e distúrbios neurovegetativos em vários segmentos do corpo, conduzindo a alterações em diversas funções do organismo e ocasionando efeitos devastadores na vida das pessoas acometidas por esta enfermidade (AZEVEDO, SANTOS, 2006; CAVALCANTE, 2005; CARVALHO, 2002).

Uma análise da literatura de alguns estudos epidemiológicos sobre as principais causas de lesão medular demonstrou que as seqüelas na medula espinal ocorrem em indivíduos que sofrem acidentes automobilísticos graves ou por outros tipos de lesões como as causadas por projéteis de arma de fogo, quedas ou mergulho em águas rasas. Estes estudos mostram ainda que estas são as principais causas externas da lesão medular no mundo, sendo que a incidência tem aumentado consideravelmente a cada ano. Mostram ainda que a população mais acometida é formada por adolescentes e adultos jovens do sexo masculino com idade entre 15 e 45 anos, sendo a proporção de 4 homens para 1 mulher (SILVA, 2006; CARVALHO, CAVALCANTE, FREITAS, SILVA, 2006; BRUSCHINI, ALVES, 2005; CARVALHO, 2004).

A lesão medular é hoje uma das maiores causas de internamentos em centros de reabilitação e uma das maiores causas de deficiência física no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde OMS (2006) revelam que 10% da população mundial seja constituída por pessoas portadoras de alguma deficiência, sendo que deste percentual 20% possuem algum tipo de deficiência física, porém não especifica nesta estatística quanto ao número de pessoas que possuem algum tipo de lesão na medula espinal. As estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2006) apontam que, no mundo, 6% das deficiências físicas são causadas por acidente automobilístico e afirma ainda que só dois por cento dos 85 milhões de pessoas com deficiência têm assistência adequada na América Latina e 10 por cento da

população mundial vivem com deficiência, mas sem acesso a direitos constitucionalmente adquiridos.

Um estudo epidemiológico no Brasil analisou a etiologia de lesão medular traumática e detectou que 50,4% dos casos são ocasionados por queda, 25,5% dos casos por acidentes automobilísticos e 9,76% por acidentes com arma de fogo e o restante dos casos como outras etiologias, dentre elas acidentes desportivos e mergulho em águas rasas (KOCH, GRAELLS, ZANINELLI, 2007).

De acordo com dados do último censo realizado para avaliar as características da população pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2000) atualmente há no Brasil 24,6 milhões de pessoas portadoras de deficiências. Destas, mais de 9 milhões são portadoras de algum tipo de deficiência física (4,1% deficiência física e 22,9% deficiência motora). Não foram encontrados dados específicos acerca dos lesionados medulares, porém já se pode perceber o impacto causado pela lesão medular em todo o entorno social do indivíduo acometido de uma deficiência motora.

Para entender a lesão medular e suas conseqüências é necessário saber a sua abrangência, freqüência ou incidência na população, também os mecanismos fisiológicos e psicológicos que decorrem de uma lesão irreversível na medula espinhal seja ela traumática ou não.

Os traumas da coluna podem ser diretos, onde os ferimentos são causados por projéteis de arma de fogo, arma branca ou outro objeto perfurante ou ainda por fratura-luxação dos corpos vertebrais. Já os indiretos são provenientes de lesões que resultam de violenta flexão ou extensão da coluna e mais comumente provém de acidentes no trânsito. Além disto, a medula espinhal pode ser lesionada de forma não-traumática, geralmente por processos tumorais, infecções por microorganismos patogênicos e outras causas menos comuns.

A medula pode ser lesionada por corpos estranhos, em processos traumáticos ou ainda por processos deficientes de vascularização que levam à isquemia, hipóxia e edema causando danos muitas vezes irreversíveis aos axônios e bainha de mielina (GREENBERG, AMINOFF, SIMON, 2005).

Portanto, as lesões medulares podem ser classificadas como traumáticas (acidentes, violência) ou não-traumáticas (mais comumente o desenvolvimento de um tumor na medula e que, portanto, mais raros), conforme o fator gerador.

Quanto ao nível da lesão na medula espinhal, a lesão medular pode ser classificada ainda quanto à região anatômica da coluna vertebral em que a medula foi atingida. Desta forma, a lesão pode ser do tipo, cervical, torácica, lombar ou sacral. Em termos estatísticos,

cerca de 60% dos traumas ocorrem a nível cervical, 10% a nível torácico alto e médio e 30% a nível torácico baixo, lombar e sacral (RENGACHARY, LIN, 2005; PASCUAL, 2001).

Quando a lesão medular se caracteriza por fraturas ou luxações das vértebras em decorrência de um trauma raquimedular, poderá ocorrer uma lesão completa ou incompleta da medula e de suas raízes nervosas causando prejuízo neurológico.

A lesão da medula é considerada incompleta quando as funções, motora e sensitiva, abaixo da lesão forem preservadas, e considerada completa quando estas funções não existirem, havendo apenas a atividade reflexa.

Isto significa dizer que quanto mais alta a lesão na medula, maior será a perda de movimentos e sensibilidade, e quanto mais baixa a lesão, mais sensibilidade e movimentos a pessoa terá. Se a lesão acometer a coluna cervical ela provocará uma tetraplegia e caso ocorra a nível torácico, lombar ou sacral acarretará uma paraplegia. A lesão na cauda eqüina causará uma lesão no sistema nervoso periférico que provocará a chamada paraplegia flácida, ou seja, não haverá nenhum tipo de reflexo ou movimento involuntário, ocasionando a paralisia vesical e retal e os distúrbios da função sexual.

Nas lesões acima da cauda eqüina e do cone medular haverá presença de reflexos e movimentos involuntários, também conhecidos como espasticidade, em todas as regiões localizadas abaixo do nível da lesão.

A pessoa que sofre uma lesão medular passa por uma fase transitória onde não há impulsos nervosos a nível motor, sensitivo e reflexo e pode durar de minutos até semanas ou meses. Esta fase também é chamada de choque medular.

Quando ocorre uma lesão medular que coloca em risco a integridade física do paciente, faz-se a proteção do local lesionado (que pode ser com o uso do colar cervical ou com tábuas de forma a deixar imobilizado e alinhado o pescoço e tronco), reduzindo a fratura-luxação quando necessário. Poderá ser indicada, dependendo do caso, a descompressão da medula com fixação e estabilização da coluna através de processo cirúrgico e em seguida a realização intensiva de um programa de cuidados com o lesionado medular.

Dentre as manifestações clínicas mais comuns da lesão medular que interferem na readaptação, reabilitação e cuidado do portador de lesão medular podem ser citados: comprometimentos motores e sensoriais, alterações da termorregulação e vasomotora, comprometimento respiratório, hiperatividade reflexa medular (espasticidade e movimentos automáticos), disfunção vesical e intestinal, disreflexia autonômica, hipotensão postural, ossificação heterotópica, contraturas, trombose venosa profunda, síndromes dolorosas (dor

traumática, dor na raiz nervosa, disestesias da medula espinhal e dor musculoesquelética), osteoporose, cálculos renais ou infecções urinárias e úlceras por pressão (SCHIMTZ, 2004).

Além disso, é importante considerar que os cuidados prestados ao paciente com lesão medular devem ser realizados logo durante a fase aguda. Em termos da relevância da prevenção precoce de complicações, tais como, úlceras de decúbito, deformidades dos segmentos paralisados, espasticidade, disreflexia autonômica, alterações no esvaziamento vesical e intestinal e distúrbios da atividade sexual entre outros que ocorrem nesta fase, destacamos os estudos de Leite e Faro, 2005, Cavalcante, 2008 e Studart, 2009, os quais demonstram os cuidados a serem realizados para prevenção deste tipo de complicações.

Como pode ser observado, o indivíduo com lesão medular enfrenta diversas dificuldades em relação a sua doença que perpassam por várias dimensões: física, psicológica, emocional, espiritual, familiar e social.

Desta maneira, ao evitar seqüelas, complicações ou incapacidades em pessoas lesionadas medulares, o enfermeiro precisa prestar um cuidado pautado nestas diversas dimensões, visando o cuidado holístico e contínuo baseado nas necessidades de ajuda que estas pessoas apresentam em seu dia-a-dia.

Deve se considerar também, que ao ensinar os cuidados frente às necessidades de ajuda que enfrentam os portadores de lesão medular, o enfermeiro atua promovendo a saúde dos mesmos e de seus familiares, visto que fomenta a responsabilização destes sujeitos pela sua própria saúde, assim como uma maior independência e autonomia na realização de suas atividades de vida diária, dando-lhe empoderamento e fazendo entender a sua condição perante a sociedade, reabilitando-o e reintegrando neste meio.

No próximo tópico será contextualizada a minha vivência enquanto pesquisadora com a lesão medular e a escolha do referencial teórico de Ernestine Wiedenbach para a realização deste estudo.

## **1.2 – Contextualizando a vivência com a lesão medular e a escolha do referencial teórico**

A convivência com pessoas portadoras de lesão medular durante minha vida pessoal e acadêmica despertou a sensibilidade em entender mais sobre o traumatismo raquimedular e suas conseqüências. No entanto, foi à participação como membro pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Neurológica (NUPEN) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará na linha de Pesquisa “Enfermagem no Processo de Cuidar na

Promoção da Saúde”, na área temática “Cuidado aos Lesionados Medulares” que me possibilitou trabalhar como bolsista de extensão conhecer mais sobre estas pessoas e a doença num projeto de assistência. Além disso, através de apresentação de trabalhos em eventos de Enfermagem e publicações<sup>1</sup> pude conhecer com maior profundidade a problemática vivenciada pelos portadores de lesão medular e a importância de promover cuidados de enfermagem específicos a esta clientela.

Ao desenvolver minha monografia de graduação intitulada de “Ações do enfermeiro no cuidar das pessoas com lesão medular durante a hospitalização – visão do familiar cuidador” em 2007, pude avaliar as percepções dos familiares de pessoas portadoras de lesão medular acerca do cuidado prestado pelo enfermeiro no hospital.

Foi um trabalho muito enriquecedor e os resultados mostraram a lacuna existente acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros a estas pessoas. Diante do sofrimento destas pessoas reconheci a necessidade de mudança possível para prestar algum tipo de assistência que permitisse reconhecer a Enfermagem enquanto, ciência, arte e saber científico do cuidado holístico e humanizado às pessoas portadoras de lesão medular.

Desta maneira, veio a idéia de trabalhar as necessidades de ajuda que enfrentam as pessoas com paraplegia no seu cotidiano, visto que estas se encontram num limbo de dependência/independência e por vezes não conseguem adquirir uma independência total e satisfatória em decorrência das intensas mudanças provocadas pela deficiência física e outros problemas advindos da lesão na medula espinhal em todas as suas dimensões.

Considerou-se a importância de que os cuidados de enfermagem fossem trabalhados visando à total reintegração da pessoa portadora de lesão medular, optando, portanto, em realizar este estudo no domicílio, no entendimento de que à extensão do cuidado em todas as facetas da vida das pessoas lesionadas medulares, promove a saúde integralmente e busca uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

---

<sup>1</sup> “Ensinando o autocuidado em pacientes com bexiga neurogênica por lesão medular - estudo de caso” – XXV Encontro de Iniciação à Pesquisa; “A família como ser cuidador e o enfermeiro na reabilitação dos portadores de lesão medular” – XXVI Encontro de Iniciação à Pesquisa UFC; “Perfil Socioeconômico das Pessoas com Traumatismo Medular” – Congresso de Neurologia da Socenne, ano 2006; “Sistematização da Assistência de Enfermagem em um paciente lesionado medular com bexiga neurogênica - Estudo de caso” – 9º CBECENF; “Diagnósticos de Enfermagem evidenciados nas pessoas com Traumatismo Raquimedular” – Congresso de Neurologia da Socene”. “ El cuidado de enfermería en la percepción de los familiares persona ingresadas con lesion medular”, Revista Enfermería Integral v. 85, 2009; “Diagnósticos de enfermería evidenciados em las personas con trauma medular”, Revista Enfermería al Día ano II/nº 2, 2008; “As contribuições da família na reabilitação da lesão medular”, Revista Investigación e Cuidados, v. 5, 2007.

Assim, surgiram algumas perguntas que fomentaram o desenvolvimento desta pesquisa: De que maneira identificar as necessidades de ajuda que enfrentam estes pacientes no processo de adaptação à lesão medular, especificamente a paraplegia? Uma vez identificando estas necessidades, como deverá ser desenvolvido um plano de cuidados que contemple o sujeito de forma integral e individual e ainda seja possível atingir resultados positivos que busquem sanar as necessidades de ajuda de cada indivíduo?

Diante destas indagações, optei por utilizar o referencial teórico de enfermagem de Ernestine Wiedenbach, pois acreditei que esta teoria iria se encaixar perfeitamente ao objetivo deste estudo já que avalia as necessidades de ajuda dos pacientes através de ações baseadas em uma filosofia, em uma arte e em uma realidade voltadas para a prática assistencial em enfermagem com a finalidade de alcançar um bem maior: fornecer a ajuda necessária ao paciente, que neste caso será o portador de paraplegia.

No tópico seguinte será exposto o problema do estudo, assim como sua justificativa e relevância.

### **1.3 – O problema, a justificativa e a relevância do estudo**

A lesão da medula espinhal é um grave problema de saúde pública onde as dificuldades advindas desta situação são variadas e exige um cuidar que permeia todas as dimensões da pessoa afetada, visto como um ser holístico inserido em um contexto de vida e em um ambiente social definido e específico.

Além desta problemática, as incapacidades e prejuízos ocasionados pela lesão medular, considerando-se a gravidade e irreversibilidade da lesão, provocam diversas dificuldades de adaptação para a pessoa. Destacam-se as de cunho fisiológico, psicossocial e espiritual para a identificação das necessidades de ajuda que estas pessoas enfrentam no decorrer de seu estado de convalescença, o que acaba por trazer maiores dificuldades para a reabilitação e reintegração destes sujeitos.

Os aspectos físicos do cuidar a portadores de lesão medular envolvem atividades específicas e complexas como a realização de posicionamentos e transferências adequados, educação vesico - intestinal, cuidados para a manutenção da integridade da pele e prevenção / tratamento de úlceras de pressão, a readaptação sexual do (a) cliente e seu parceiro (a), entre outras (AZEVEDO, SANTOS, 2006).

Dentre os aspectos psicossociais e espirituais gerados pela apropriação do lesionado medular à sua nova condição de vida citamos: o distúrbio de auto-imagem e auto-conceito, problemas de sexualidade e aceitação do seu estado de saúde principalmente nas fases inicial da lesão, e dificuldades na adaptação à doença. Devem ser consideradas também as sensações de impotência, de dependência, e de limitação constante, abalos psicológicos que podem levar o indivíduo a desenvolver medo, ansiedade e depressão, assim como interferem na sua forma de ver a vida e relacionar-se com os outros.

Todas estas características peculiares demandam da enfermeira um cuidar pautado em ações direcionadas às necessidades básicas de vida afetadas repentinamente pela lesão medular, identificando-se a real necessidade de ajuda que experimenta seu portador durante a vivência com o problema em questão. Para tanto, é necessário que a enfermeira possua competência para oferecer ajuda e prestar o cuidado adequado a este tipo de clientela, visando a promoção da saúde integral do indivíduo.

Para Wiedenbach (1977), cuidar de uma pessoa que, temporariamente ou definitivamente, apresenta necessidade de ajuda para assumir suas próprias necessidades vitais deve ser um ato individual para nós próprios, mas é também em ato de reciprocidade que somos levados a prestar. Com isto, a autora salienta a relação de ajuda intrínseca aos cuidados prestados, onde enfermeiro-paciente são co-responsáveis neste cuidar.

O principal papel do enfermeiro está na identificação das necessidades de ajuda e educação das pessoas portadoras de lesão medular com dedicação e apoio no ensino dos cuidados a serem direcionados da melhor forma possível e, assim, promover a saúde destes sujeitos através do cuidar, embora saibamos que por diversas vezes estas ações visam meramente apenas o ser biológico, o curativo, enquanto as ações de prevenção e promoção da saúde ficam para um segundo plano (GULARTE, 2007; CAVALCANTE, 2003).

Na literatura nacional, encontram-se achados científicos importantes que relacionam à temática lesão medular com a promoção da saúde. São estudos que tratam da dependência funcional (SILVA, 2006; HENRIQUES, 2004<sup>b</sup>); da acessibilidade (FIGUEIREDO CARVALHO, 2008; PINHEIRO, 2004; AMARAL, 2004); a preocupação com o familiar cuidador (BARBOSA, 2008; GULARTE, 2007) e qualidade de vida e cidadania dos lesionados medulares, assim como os prejuízos financeiros e produtivos para o país e diversas outras conseqüências da lesão medular nas dimensões econômica, sociocultural, política e ambiental para a sociedade (BAMPI, GUILHEM, LIMA, 2008; CARVALHO et al, 2006<sup>b</sup>; HENRIQUES, 2004<sup>b</sup>; VENTURINI, DECESARO e MARCON, 2006).

Estes estudos mostram não somente a contribuição dos enfermeiros com o cuidado, apoio moral, psicológico e espiritual ao portador de lesão medular, mas também a participação destes para o cuidar pautado na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Neste sentido, para promover a saúde de indivíduos portadores de lesão medular é necessário um programa de cuidados o qual representaria um resgate da cidadania, do bem-estar e da autonomia destes sujeitos, o que infelizmente percebemos que anda esquecido como ação prática dos enfermeiros.

No direcionamento e implementação do cuidado de enfermagem aos portadores de lesão medular faz-se necessário o embasamento em modelos teóricos de enfermagem os quais representam fundamental importância para promoção de cuidados humanísticos e de qualidade.

A aplicação de modelos teóricos tem como objetivo dar significado aos resultados científicos, resumir os conhecimentos existentes em sistemas coerentes e estimular novas pesquisas, fornecendo direção e ímpeto, bem como explicar a natureza das relações entre variáveis (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Chin e Kramer (2003) consideram as teorias um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e propósitos que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos, os eventos, pela especificação das relações entre as variáveis com a finalidade de explicar e prever o fato e o evento.

Contrariando a tendência vigente de não valorizar o uso de teorias de enfermagem, foi amadurecida a idéia de aplicar neste estudo uma teoria numa determinada situação de prática, isto é, no cuidado a pessoas portadoras de paraplegia em seu domicílio onde a abordagem da lesão medular será discutida na área de conhecimento científico da enfermagem na promoção da saúde.

Na enfermagem, as teorias explicam cada uma a seu modo, a prática da enfermagem por meio de conceitos que expressam o desenvolvimento de ações nas quais ficam explicitadas visões do mundo profissional fazendo com que acabem por servir de referencial para a análise da prática de enfermagem (MARTINS, GOMES, NISHIMURA, 2004).

O uso das teorias de enfermagem promove a identidade profissional, pois fornece uma base firme na qual a enfermeira se apóia quando suas idéias são questionadas. Além disso, acrescentam que elas são úteis à prática, e que, diante da opção por uma ou outra teoria, é importante considerar sua adequação e aplicabilidade à situação em que será utilizada, e assim reconhecendo e desenvolvendo as teorias de enfermagem (HICKMAN, 2000; CARRARO, 2001).

Em referência as pesquisas que relacionam teorias de enfermagem à lesão medular, ao realizar um estudo bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) detectou-se que os estudos direcionados a esta problemática são escassos.

Estudos nacionais enfocando teoria de enfermagem no cuidado a pessoa com lesão medular, tem como resultado a seguinte literatura: Cavalcante (2007) “A teoria de Roper, Logan e Tierney aplicada em indivíduos com paraplegia”; Brito (2007) “Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado”; Vall, Lemos, Janebro, (2005) “O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy”; Neves (2003) “Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da NANDA” e Carvalho (2002) “ O cuidado de Enfermagem a pessoa paraplégica hospitalizada – estudo à luz da teoria de Jean Watson”. A nível internacional, não foram encontrados estudos que relacionassem a temática lesão medular com teorias de enfermagem.

Diante da escassez detectada neste tipo de estudo na prática, esta investigação mostrou-se bastante relevante e justificada, pois ao aplicar uma teoria de enfermagem, tem-se um maior embasamento para o cuidado de enfermagem tornando o estudo um diferencial para promoção da saúde na vida dos portadores de paraplegia e também impulsiona o crescimento da ciência em Enfermagem através da investigação e de seus avanços na prática, transformando o conhecimento obtido em objeto de um cuidado humanístico alicerçado na pesquisa científica.

A lacuna existente acerca de estudos que atrelem a Teoria da Arte de Cuidar em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach à prática dos enfermeiros reforçou a importância da realização desta investigação como forma de enriquecer a literatura e fundamentar pesquisas posteriores acerca desta temática ou da teoria utilizada. Assim, esta pesquisa se caracteriza como inovadora, reforçando o seu ineditismo e uma forte contribuição para a comunidade científica.

Além disso, pela inobservância de estudos aplicando o modelo de Ernestine Wiedenbach na prática profissional de enfermagem é que aflorou a indagação sobre a aplicabilidade desta teoria para a identificação da necessidade de ajuda que enfrentam os portadores de lesão medular.

A relevância desta investigação é pautada na oportunidade de proporcionar um cuidar voltado à necessidade de ajuda que experimenta um ser doente, preservando e garantindo cuidados personalizados com ênfase na relação de ajuda. Provém também estimular as

peças com lesão medular a adquirir maior independência, autonomia e responsabilidade pela sua saúde, assim como os ensina a fazer o bom uso de suas potencialidades para os cuidados realizados em casa e para sua reintegração social, laboral e familiar.

O modelo de intervenção de enfermagem com vista ao atendimento da necessidade de ajuda as pessoas portadoras de lesão medular se configura em uma ferramenta imprescindível para dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro, sendo, portanto, um exemplo e momento de reflexão acerca da qualificação dos cuidados de enfermagem para a prática profissional.

Ao propor um modelo de cuidados respaldado em uma teoria de enfermagem, esta investigação concorre por contribuir engrandecendo e enaltecendo a Enfermagem enquanto ciência e arte através da aplicação de um processo de enfermagem pautado nas necessidades de ajuda de pessoas com lesão medular, o que permite aos enfermeiros promover um cuidar direcionado a estas pessoas de forma sistemática, dinâmica, humanizada e dirigida a resultados, constituindo a base para respostas antes não explicáveis ou visíveis.

Direciona, ainda, o cuidado para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, assim como busca desenvolver o completo bem-estar e qualidade de vida ao portador de lesão medular atendendo as suas necessidades individuais e trazendo, por fim, aos enfermeiros a oportunidade de encontrar as melhores práticas de prestação do cuidado em saúde, de maneira eficiente e incentivando a melhoria de suas competências no cuidar às pessoas portadoras de lesão medular.

## 2. OBJETIVOS

---

### **GERAL:**

- Analisar a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach na identificação da necessidade de ajuda às pessoas com lesão medular com déficit motor do tipo paraplegia.

### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar as necessidades de ajuda que enfrentam as pessoas com lesão medular.
- Conhecer a contribuição da utilização do modelo teórico de Ernestine Wiedenbach para o cuidado direcionado a pessoas portadoras de paraplegia.
- Elaborar um plano de cuidados de enfermagem para pessoas paraplégicas fundamentado na Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

---

#### 3.1 Ernestine Wiedenbach - Biografia

Para entender mais sobre a Teoria de Ernestine Wiedenbach e a sua aplicabilidade na prática faz-se mister conhecer um pouco mais sobre a vida dessa ilustre personagem.

Ernestine Wiedenbach nasceu em uma família influente da Alemanha em 1900. Imigrou para os Estados Unidos quando ainda era uma criança e seu interesse pela Enfermagem começou a surgir a partir dos cuidados quando sua avó estava doente. Ela também gostava de ouvir as histórias contadas por um amigo de sua irmã, um jovem estudante médico, sobre suas experiências no hospital e ficou impressionada com o relato acerca do papel das enfermeiras (TOMEY, ALLIGOD, 2003).

Após graduar-se em licenciatura de humanidades no *Wellesley College* em 1922, ela se matriculou, muito a contratempo de seus pais, na escola de enfermagem do Hospital Johns Hopkins, aonde veio a graduar-se em 1925.

De acordo relatos de Niquel, Gesse e McLaren (1992), Ernestine Wiedenbach logo que entrou no curso de graduação em Enfermagem do Johns Hopkins, foi expulsa pela administração da escola por tentativa de organizar ou encorajar a dissensão entre os alunos de enfermagem do Johns Hopkins. No entanto, uma colega, Adelaide Nutting que mais tarde se tornaria umas das principais docentes e administradoras do curso de enfermagem do Johns Hopkins, contactou o diretor da escola o qual permitiu que Ernestine Wiedenbach continuasse seus estudos de enfermagem. Wiedenbach deu então créditos à Nutting pela chance de se tornar uma enfermeira.

Logo após graduar-se foram oferecidos vários empregos como supervisora em importantes hospitais dos Estados Unidos, porém ela decidiu trabalhar no Johns Hopkins e mais tarde no Hospital de Bellevue em Nova York como enfermeira-supervisora.

Concluiu o mestrado em saúde pública no *Teachers College* da Universidade de Columbia em 1934. Após esse feito, Wiedenbach resolveu deixar o trabalho do hospital para então se dedicar a saúde pública trabalhando como enfermeira do Henry Street Settlement para a Associação para Melhoria das Condições dos Pobres, AICP (SITZMAN, EICHELBERGER, 2004).

Trabalhou como escritora do Jornal Americano de Enfermagem (*American Journal of Nursing*) com o *Nursing Information Bureau* (NIB), programa criado para levar informações

de educação em saúde para o público em geral em associação com a *American Nurses Association* (ANA). Neste jornal desenvolveu sua habilidade de escrita e fez muitos importantes contatos profissionais. Após o bombardeio de Pearl Harbor, ela continuou trabalhando através da NIB preparando enfermeiras para a segunda guerra mundial. No entanto, um problema cardíaco a impediu de servir como supervisora nesta guerra. (SITZMAN, EICHELBERGER, 2004; LIPPINCOTT, WILKINS, 1935)

Após esses acontecimentos, Wiedenbach inscreveu-se na *Maternity Center Association* de Nova York aos 45 anos, onde obteve o grau de especialista como enfermeira obstétrica, por volta de 1946. Logo em seguida, ela passou a dar aulas em cursos noturnos sobre Enfermagem Materno-Infantil no *Teachers College* de Nova York. Em 1952 foi nomeada para o corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade de Yale, tornando-se diretora em saúde materna e cuidados com o recém-nascido desta mesma escola em 1956. Em Yale, Ernestine Wiedenbach ensinou com Ida Orlando, outro ícone da Enfermagem, e colaborou com Patrícia James e William Dickoff para definir a Enfermagem, como conceito e filosofia. Mais tarde, Wiedenbach atribuiria a estas personalidades a grande influência em seus escritos e no desenvolvimento de sua teoria (SITZMAN, EICHELBERGER, 2004; TOMEY, ALLIGOD, 2003).

Sua primeira publicação data de 1958 onde escreveu seu primeiro livro intitulado de *Family-Centered Maternity Nursing* onde a teórica descreveu suas idéias sobre a enfermagem como um conceito e filosofia, produção esta baseada nos seus 40 anos de experiência profissional na área de Enfermagem, além de um abrangente texto sobre enfermagem obstétrica. Ainda neste mesmo ano, publicou uma série de artigos clássicos sobre a aplicação da teoria na prática juntamente com Patrícia James e William Dickoff (TOMEY, ALLIGOD, 2003).

Em 1964, escreveu outro importante livro: *Clinical Nursing: A Helping Art* (New York, Springer) onde definiu os fundamentos de sua teoria (SITZMAN, EICHELBERGER, 2004). Em 1970, expôs a essência de sua teoria no texto *Nurses wisdom in nursing theory* (BENNETT, FOSTER, 2000).

Ernestine Wiedenbach se aposentou em 1966 e foi morar em Miami na Florida. Em 1978, recebeu o prêmio Hatie Hemschemeyer do *American College of Nurse Midwives* por suas realizações excepcionais na vida profissional. Ela nunca se casou ou teve filhos e veio a falecer aos 97 anos de idade em 8 de Março de 1998 (SITZMAN, EICHELBERGER, 2004; BENNETT, FOSTER, 2000).

A seguir será explicada a escolha da teoria para este estudo.

### 3.2 A teoria de Ernestine Wiedenbach – A escolha e seus percalços

As teorias contribuem para fundamentar a prática, ao auxiliar e explicar suas abordagens. Teorias, em geral, são construídas a partir de conceitos, definições, modelos, proposições e baseiam-se em suposições. Desta forma, uma teoria constitui uma forma sistemática de percepção do mundo, para assim poder descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo, tornando-se o caminho para caracterizar um fenômeno e apontar os componentes que o identificam (GEORGE, 2000; BARNUM, 1998).

As teorias de enfermagem trazem vários fundamentos interessantes e de aplicabilidade nas mais variadas situações. Ao adotar uma teoria de enfermagem há uma maior conceituação da práxis expressada através de ações que visam servir de referencial para as atividades práticas e identidade profissional do enfermeiro, assim como favorecer a pessoa que recebe o cuidado.

Em termos práticos, a teoria de enfermagem pode oferecer uma estrutura sólida para o fazer, o como fazer e contribui ainda para o delineamento de objetivos e execução de cuidados.

A escolha da Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach surgiu quando eu procurava uma teoria que pudesse avaliar as dificuldades que as pessoas com lesão medular enfrentam em seu dia-a-dia, onde os fundamentos, filosofia e objetivo da teoria poderiam dar respostas precisas sobre como o cuidado de enfermagem pode ser eficaz para suprir as necessidades de ajuda das pessoas portadoras de paraplegia.

Os esboços filosóficos da teoria de Ernestine Wiedenbach, que foi escrita em 1964, se basearam nos pressupostos de que “a arte do cuidado não se compreende de ações racionais, nem reacionárias, mas sim da ação deliberativa”. Assim surgiu a teoria de enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach, também chamada de teoria prescritiva, pois se baseia em uma forma de prescrição de enfermagem, o que foi considerado, posteriormente, como um dos primeiros contornos do processo de enfermagem como é conhecido atualmente (CHINN, JACOBS, 1987).

Para Wiedenbach (1977) enfermagem é dar carinho, é cuidar de alguém de uma maneira maternal. Ela traz uma definição importante que traduz o seu pensamento acerca da profissão de onde diz que a Enfermagem é uma atividade de prestação de auxílio realizada com compaixão, habilidade e compreensão para aqueles com alguma necessidade de carinho. Considera ainda que a Enfermagem constitui-se numa arte a serviço da assistência de pessoas que necessitam de cuidados, aconselhamento e confiança. Em seu modelo, o núcleo de

investigação de enfermagem se associa com a resposta do paciente à experiência do cuidado em saúde.

Para a teórica a sabedoria na enfermagem é adquirida através de experiências significativas onde a sensibilidade alerta a enfermeira para a conscientização sobre as inconsistências que podem significar um problema e este é o fator-chave que auxilia a enfermeira a identificar a necessidade de ajuda do paciente (WIEDENBACH, 1977).

O modelo teórico de Ernestine Wiedenbach foi desenvolvido a partir de seus vários anos de experiências na prática clínica e na docência e as fontes teóricas surgiram a partir dos contatos que teve com Ida Jean Orlando Pelletier, Patrícia James e William Dickoff. Estas últimas personalidades foram as principais contribuintes na elaboração da teoria de enfermagem de Ernestine Wiedenbach baseada em conceitos filosóficos e de investigação.

A maior dificuldade encontrada por mim enquanto pesquisadora foi em encontrar os conceitos fundamentais expostos no livro originalmente escrito por Ernestine Wiedenbach sobre sua teoria no livro *Clinical Nursing: A Helping Art*, uma vez que ele não foi encontrado disponível para venda em nenhuma livraria do mundo e também não foi possível ter acesso direto à biblioteca da Universidade de Yale, onde possivelmente exista um exemplar do livro.

Após inúmeras tentativas de tentar encontrá-lo em sebos e outras livrarias de Nova York, decidi por basear o meu referencial teórico no capítulo escrito por Ann Marriner Tomey em seu livro sobre modelos e teorias de enfermagem e no capítulo escrito por Agnes Bennet e Peggy Coldwell Foster no livro de Julia George sobre os fundamentos e prática profissional das teorias de enfermagem. Além destas referências também serão utilizadas na descrição do referencial teórico dois artigos: um que fala do legado profissional de Ernestine e traz alguns conceitos sobre a sua teoria e outro artigo que estudou os conceitos filosóficos da teoria. Também serão referenciados alguns escritos da Universidade de Yale e que referem alguns esboços da teoria estudada.

Apesar destas dificuldades encontradas, a motivação da escolha do modelo teórico de Ernestine Wiedenbach partiu da oportunidade de aplicar e conhecer mais sobre um modelo de enfermagem pouco utilizado para a aplicação na prática profissional de enfermagem.

No próximo tópico serão abordados os principais conceitos e definições da teoria de Ernestine Wiedenbach baseados e descritos conforme a literatura por mim encontrada.

### **3.3 A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Pressupostos**

Os principais pressupostos da teoria de Ernestine Wiedenbach foram formulados a partir da idéia de que a sabedoria de enfermagem é adquirida através de experiências significativas, na sensibilidade da enfermeira para a conscientização das inconsistências, em uma determinada situação que podem significar um problema. Este é um fator chave para auxiliar a enfermeira e identificar a necessidade de ajuda de um paciente.

A seguir são expostos os principais pressupostos da teoria baseados em conceitos fundamentais:

#### ***Enfermagem***

A enfermeira deve por em prática uma filosofia explícita. Desta forma, as bases para uma filosofia de enfermagem são: (1) veneração ao dom da vida; (2) respeito pela dignidade, o valor, a autonomia e a individualidade de cada ser humano e (3) resolução para atuar de forma dinâmica segundo as próprias crenças. O fundamento da enfermagem se expressa do seguinte modo: sua razão de ser é a existência de um paciente que necessita de ajuda.

Para Wiedenbach existem alguns atributos essenciais para qualquer profissional de enfermagem:

1. Clareza de objetivo
2. Domínio das técnicas e o conhecimento, essenciais para conseguir o objetivo;
3. Capacidade para conseguir e manter as relações de trabalho construtivas com os companheiros profissionais, como também os não profissionais;
4. Motivação para avançar no conhecimento de uma área de interesse e por ser capaz de criar novos conhecimentos;
5. Dedicção para o bem da humanidade, mais que o próprio prestígio pessoal.

#### ***Pessoa***

Na relação e na natureza humana, se assinalam quatro pressupostos específicos:

1. Cada ser humano possui um potencial único que deve estimular com seus próprios recursos para que o permita manter-se;
2. O ser humano se preocupa basicamente com sua autodeterminação e independência relativa e deseja fazer um uso ótimo de suas capacidades e atitudes, e cumprir com suas responsabilidades;
3. O conhecimento de si mesmo e a auto-aceitação são essenciais para o sentido de integridade e auto-estima da pessoa;
4. Haja o que houver, o indivíduo em cada momento será o resultado da aplicação de seu melhor critério;
5. Quanto à percepção da doença por parte do paciente, Wiedenbach considera que qualquer pessoa deveria desejar estar bem, com as plenas capacidades e em caso de encontrar-se impedida, deveria pôr todos os seus esforços para conseguir estes resultados.

### *Saúde*

O conceito de saúde não está definido nem debatido no modelo de Wiedenbach. As definições de enfermagem, paciente e necessidade de ajuda, assim como as inter-relações entre estes conceitos, estão relacionadas com estas questões de saúde e a relação enfermeira-paciente.

### *Família*

Wiedenbach não menciona explicitamente o conceito de família, embora reconheça seus possíveis efeitos. Em uma declaração do objetivo da enfermagem clínica, constatou que era necessário facilitar os esforços da pessoa para que supere os obstáculos que entorpecem suas capacidades atuais para responder de maneira eficaz as suas exigências, devido seu estado, família, situação e tempo. Deduzimos assim que a família pode por obstáculos que provoquem, venham intervir ou mesmo proporcionar o surgimento das necessidades de ajuda por uma pessoa.

Analisando os pressupostos descritos no modelo teórico da Teoria de Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach, pode-se perceber que a enfermagem é vista como ciência e arte para o desenvolvimento da profissão através de potenciais

requisitados da enfermeira para trabalhar na prática, valorizando a pessoa como ser humano, respeito pelas suas crenças, seus sentimentos, suas necessidades e corroborando com o conceito humanístico que deve ser abordado e utilizado nas ações da enfermagem. Traz ainda a importância do conceito de saúde na relação enfermeiro-paciente e o alicerce da família como suporte ou fator necessário ou influente nas necessidades de ajuda que experimentam os pacientes. No próximo tópico serão expostos os elementos primordiais da teoria de enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach.

### **3.4 A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Conceitos e Definições**

Para entender a teoria de Ernestine Wiedenbach é necessário primeiro compreender os seus pressupostos, seus conceitos e suas definições que partem de termos comuns da enfermagem e que muitas vezes tornam-se discrepantes ou assemelham-se com as definições atuais dessas palavras. São os seguintes conceitos:

#### ***Paciente***

Ernestine Wiedenbach define o paciente como qualquer pessoa que receba qualquer tipo de ajuda, seja o cuidado, uma instrução ou conselho de qualquer profissional de saúde ou de qualquer outro trabalhador do campo da saúde. Para ser um paciente a pessoa não necessariamente tem de estar enferma, ou seja, qualquer pessoa que esteja habilitada para receber uma informação sobre prevenção em saúde pode ser um paciente.

#### ***Necessidade de ajuda***

Para Wiedenbach todas as pessoas expressam necessidades de maneira natural em suas vidas. Ela define que uma necessidade é qualquer coisa que o paciente possa requerer para manter seu bem-estar ou plenas capacidades em uma determinada situação. A administração do cuidado é uma intenção de sanar as necessidades e inclui qualquer medida ou ação que permita superar a barreira que obscurece a capacidade de funcionar corretamente em relação a sua situação. Para que tenha sentido a pessoa deve aproveitar essa ajuda a fim de conseguir melhorar ou ampliar sua capacidade.

A teórica combina ainda essas duas definições em um conceito mais crítico para sua teoria de necessidade de ajuda, onde ela traz a definição deste termo como sendo qualquer medida ou ação que a pessoa requer e deseje e que possa restabelecer ou ampliar suas capacidades de cobrir as demandas implícitas em uma situação. É o ponto fundamental da enfermagem o fato de que a necessidade de ajuda se baseia na percepção da pessoa de sua própria situação. Se a pessoa não se dá conta de que precisa de ajuda pode ser porque não se esforça em aliviar ou resolver sua incapacidade.

A identificação da necessidade de ajuda implica na observação das inconsistências e a aquisição de informações do paciente sobre suas necessidades; determinar se o paciente pode identificar sua necessidade de ajuda; e a determinação da causa do desconforto ou da necessidade de ajuda que experimenta o paciente.

### ***Enfermeira***

A enfermeira é um ser humano funcional. Como tal, não somente age, mas também pensa e sente. O que pensa e o que sente ao desempenhar seu trabalho são importantes e estão intimamente relacionados não somente com o que faz, mas com a maneira com que faz. Além, disso se reflete em cada uma de suas ações, seja em forma de palavras, comunicação por escrito, gestos ou qualquer outra ação. Para a enfermeira cuja atuação se dirige para atingir um objetivo específico, os pensamentos e sentimentos têm um papel que implica muita disciplina.

### ***Objetivo***

O objetivo principal da teoria é perceber a necessidade de ajuda que experimenta o paciente para que, desta forma, a enfermeira dirija suas ações para o seu bem-estar maior. A enfermeira pretende conseguir mediante suas atuações a meta global dirigida para seus esforços. A sua razão de ser e de atuar é o objetivo da enfermagem clínica e transcende a intenção imediata de suas atribuições ou tarefas dirigindo suas atividades especificamente para o bem de seu paciente.

## ***Conhecimento***

O conhecimento compreende todo o que se tenha percebido ou reconhecido na mente humana: seu contexto e alcance são infinitos. O conhecimento pode ser adquirido pela enfermeira a partir de seu juízo e habilidades. Quando se adquire o conhecimento desta maneira, se pode dirigir, ensinar, coordenar ou planejar um cuidado, embora não seja suficiente para sanar uma necessidade de ajuda. Para ser eficaz para sanar essas necessidades de ajuda, o conhecimento deve completar-se com a opção de que a enfermeira mantenha uma relação com o paciente com responsabilidade para exercer seu julgamento e implementar técnicas em benefício do paciente. O conhecimento pode ser objetivo, especulativo ou prático.

### Conhecimento objetivo

O conhecimento objetivo é algo que pode ser aceito como existente ou real

### Conhecimento especulativo

O conhecimento especulativo inclui teorias, princípios gerais utilizados para explicar fenômenos crenças e conceitos e o contexto das áreas das ciências sociais e as humanidades.

### Conhecimento prático

O conhecimento prático é saber como aplicar o conhecimento objetivo e especulativo em uma situação de vida real.

## ***Julgamento***

O julgamento representa a capacidade que a enfermeira tem de tomar decisões sólidas. O julgamento nasce de um processo cognitivo que implica sobrepor fatos (gerais ou particulares) contra os valores pessoais derivados de ideais, princípios ou convicções. Também implicam em diferenciar os fator das suposições e relacioná-los para que causem um efeito. O julgamento tem um caráter pessoal e ao exercitá-lo a enfermeira segue a maneira que nela crê que deve basear-se o seu objetivo, em quanto conhecimento importante tem à sua disposição nesse momento e quanto reage ante as circunstâncias constantes, como o tempo, a

localização e as pessoas. As decisões que resultam do exercício do julgamento serão, ou não, sólidas dependendo do que a enfermeira tenha aprendido, ou não, a controlar suas emoções e seus pensamentos. As emoções não controladas podem ocultar o conhecimento e o objetivo e as suposições não fundamentadas podem distorcer os fatos. Embora qualquer decisão que tome a enfermeira represente seu melhor julgamento no momento de tomá-lo, quanto maior for o conhecimento de que dispõe quanto mais claro esteja o objetivo, mais sólidas serão suas decisões.

### ***Habilidades***

As habilidades representam a capacidade da enfermeira para alcançar os resultados esperados. As habilidades compreendem numerosas e variadas ações para a harmonia do movimento, a expressão e a atenção, a precisão e o uso apropriado delas. Essas ações sempre se realizam com a intenção de atingir objetivos concretos e não somente metas em si mesmas. Portanto, o objetivo e a deliberação diferenciam estas técnicas das outras ações da enfermeira, que podem ser muito competentes, se realizadas com a idéia de ação como fim, mais que como meio de alcançar um objetivo. As habilidades podem ser de procedimento ou de comunicação.

### ***Habilidades de procedimento***

As habilidades de procedimento podem ser definidas como as capacidades para a aplicação dos procedimentos que a enfermeiras devem iniciar e completar com o fim de determinar e dar respostas a necessidade de ajuda do paciente.

### ***Habilidades de comunicação***

As habilidades de comunicação refletem a capacidade de expressão dos pensamentos e os sentimentos da enfermeira, dirigidos a proporcionar cuidados aos pacientes e as pessoas com ele relacionadas. Para transmitir uma mensagem e obter uma resposta determinada pode-se utilizar a comunicação verbal ou não verbal, juntas ou separadas.

### ***Valoração***

A valoração implica na individualização do paciente, suas experiências e o reconhecimento da percepção por parte do paciente de seu estado de saúde. As atividades de valoração são dirigidas a descobrir: (1) se o paciente tem alguma necessidade; (2) se reconhece que tem alguma necessidade; (3) o que interfere na sua capacidade para suprir essa necessidade e (4) se a sua necessidade requer uma necessidade de ajuda, ou seja, uma necessidade que o paciente não pode suprir por si só. Desta forma, a valoração tem sinônimo de valorização.

### ***Prestação da ajuda***

A prestação da ajuda é o fato de oferecer a ajuda necessária. Requer a identificação da necessidade de ajuda, a seleção de uma medida de ajuda adequada para essa necessidade e a aceitação da ajuda por parte do paciente.

### ***Validação***

A validação é a evidência de que a capacidade funcional do paciente se recupera com a ajuda oferecida.

### ***Coordenação***

Além de esforçar-se para conseguir a unidade e a continuidade dos cuidados, a enfermeira coordena todas as ações do paciente para assegurar-se de que o cuidado não seja fragmentado. As informações, as consultas e as discussões são elementos básicos da coordenação.

### ***Informações***

Informar é o ato de prestar informações de forma oral ou escrita e é importante não somente para manter todos informados sobre a saúde do paciente e sua história social, mas

também para fornecer informação sobre seu estado atual, suas reações, seu progresso, o cuidado e o plano de cuidados.

### ***Consultas***

A consulta é o ato de buscar informações ou pedir conselhos. É um meio para conseguir uma opinião ou sugestão, por meio de outras pessoas que podem ajudar a enfermeira a ampliar sua compreensão antes de gerir suas ações.

### ***Discussões***

A discussão é o ato de trocar e comparar idéias. Normalmente, se inicia ao observar a resposta do paciente ao cuidado que está recebendo até o momento e para planejar seu futuro cuidado.

### ***Estímulo***

O processo de ajuda é ativado por um estímulo, que é a conduta presente em um paciente.

### ***Pré-concepção***

A pré-concepção é o que se acredita que se pode desejar a um paciente. A pré-concepção se baseia em um conhecimento adquirido de uma grande variedade de fontes, incluindo a história do paciente, informações de outras enfermeiras, médicos ou membros da família, o que a enfermeira puder ler ou escutar dos pacientes em situações familiares, sua própria experiência em situações similares e, por último, seus contatos prévios com o paciente.

### ***Interpretação***

A interpretação é a comparação entre o que se percebe e o que se espera. A percepção é uma interpretação do estímulo. Pode-se mal interpretar uma conduta de um paciente.

### ***Ação racional***

A ação racional é um ato adaptado como resposta única ou principal à percepção imediata de outra ação (verbal ou não-verbal) ou situação. Em uma relação enfermeira-paciente, a ação da primeira se considera racional quando se dirige unicamente por sua percepção imediata do comportamento do paciente, sua palavra, sua ação ou sua aparência.

### ***Ação reacionária***

A ação reacionária em contraposição a ação racional, é uma ação espontânea como resposta a uma sensação forte que se experimenta quando se compara a percepção de outra conduta ou situação com o que se espera *a priori* de tal comportamento. Na relação enfermeira-paciente, a ação da primeira obedece a uma reação quando responde de forma única ou principal aos sentimentos que experimenta quando compara o que percebe na conduta do paciente com o que ele espera inicialmente dela.

### ***Ação deliberativa***

A ação deliberativa se opõe às ações racional e reacionária. A ação deliberativa é uma ação que, embora leve em conta as percepções ou sentimentos imediatos de quem o realiza, não se baseia unicamente neles. Pelo contrário, a ação deliberativa é uma interação dirigida ao cumprimento de um objetivo específico e aplicada com critério e conhecimento sobre o que significa o comportamento que outras pessoas expressam de forma verbal ou não-verbal. Em uma relação enfermeira-paciente, a ação da primeira é considerada deliberativa quando se baseia na aplicação (dentro de um limite do cumprimento do exercício da profissão de enfermagem) dos princípios de ajuda destinados a conhecer o significado da conduta que manifesta o paciente.

### ***Limites da enfermeira***

Os limites, a ajuda e a investigação oferecem uma ampla fronteira dentro da qual funciona a enfermagem clínica. Os limites em um serviço profissional marcam as pautas

individuais para seguir praticando a profissão de enfermagem. O código da profissão cita os limites profissionais; os limites legais são os que estabelecem as leis estatais e os requisitos da titulação; também se marcam limites locais definidos pelos hospitais, outras instituições ou pessoas que contratam enfermeiras; e por último estão os limites pessoais que se impõem à enfermeira individualmente.

A administração, a formação e as organizações permitem o exercício da enfermagem. Embora não se perceba sua presença na casa do paciente ou nas relações interpessoais entre este e a enfermeira, tem importância no âmbito da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de pessoas doentes. A investigação na enfermagem é importantíssima para a conservação da vida e promoção da saúde.

### **3.5 A Teoria da Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach – Elementos.**

A Teoria de Arte de Ajuda em Enfermagem Clínica pode ser descrita como a que conceitualiza tanto a situação desejada quanto à prescrição pela qual será obtida. Portanto, esta teoria dirige uma ação para uma meta explícita.

Os principais elementos constituintes do modelo teórico de Ernestine Wiedenbach são quatro:

#### ***Filosofia***

A filosofia é uma atitude e a realidade que evoluciona desde as crenças próprias e o código de conduta de cada enfermeira, motiva a ação da enfermagem, guia o pensamento da enfermeira sobre o que deve fazer e ilumina suas decisões. É o resultado de sua cultura e subcultura e forma parte integral da enfermeira enquanto pessoa. É de caráter pessoal, único e se expressa em sua forma de aplicar a enfermagem. A filosofia transcende o objetivo, e seu objetivo reflete a filosofia.

### ***Prática profissional***

A ação evidente dirigida pelos pensamentos disciplinados e os desejos de sanar as necessidades de ajuda dos pacientes, constitui a prática da enfermagem clínica. Dirige-se a uma meta explícita, realizada de forma deliberada e centrada no paciente.

O conhecimento, o juízo e as habilidades são três aspectos necessários para que a prática seja eficaz. Por sua vez a valoração, a prestação de ajuda e a validação são três componentes da prática diretamente relacionados com o cuidado dos pacientes. A coordenação dos recursos está relacionada de maneira indireta com o cuidado do paciente.

### ***Arte***

A arte é a aplicação do conhecimento e a capacidade para alcançar os objetivos desejados. A arte é a ação individualizada. A arte de enfermagem envolve a enfermeira em uma relação pessoal com o paciente e constitui a resposta consciente à situação imediata do paciente.

A arte de enfermagem clínica se desenvolve pela consecução de quatro metas principais: (1) a compreensão do paciente de seu estado, situação e necessidade; (2) o fomento das capacidades do paciente; (3) a melhoria de seu estado e de sua situação no marco de seu plano de cuidados e (4) a prevenção de uma recorrência de um problema ou o desenrolar de um novo problema que cause ansiedade, incapacidade ou mal-estar. A arte de enfermagem, portanto, implica em três operações iniciais: estímulo, prognóstico e interpretação. A enfermeira atua em função destas operações. Sua ação pode ser racional, reacionária ou deliberativa.

### ***Propósito***

O propósito é o objetivo ou meta que a enfermeira pretende alcançar através de suas ações. A enfermeira deve ter a clareza desse propósito e agir sempre de forma deliberativa e reflexiva destinando suas atividades para o bem-maior do paciente.

### 3.6 Conclusões e considerações sobre o modelo teórico de Ernestine Wiedenbach

Como podemos observar estes pressupostos criados por Ernestine Wiedenbach representam a enfermagem como arte, filosofia e promoção do cuidado de forma individualizada, sistematizada e holística, embasados em conceitos como o de que as pessoas sempre possuem uma necessidade de receber ajuda, e, através desta, promover sua saúde e melhoria do bem-estar adquirindo, autonomia, autoconfiança e autodeterminação para enfrentar as situações diversas do seu dia-a-dia, sejam problemas de saúde biológicos, psicológicos, sociais ou em qualquer outra dimensão do ser humano.

Para a teórica, ainda, a valorização da necessidade de receber ajuda que expressa um paciente, se distingue em quatro etapas. Na primeira a enfermeira utiliza seus dotes de observação para analisar e escutar os traços da conduta do paciente que podem ser coerentes ou incoerentes com as expectativas da enfermeira. Na segunda, a enfermeira explora o significado da conduta do paciente. Na terceira a enfermeira determina a causa do mal-estar ou da incapacidade do paciente e, por último, na quarta etapa, a enfermeira averigua se o paciente pode ou não resolver seu problema ou se necessita de ajuda.

Para suprir as necessidades de ajuda do paciente, a enfermeira deve preparar um programa de cuidados e apresentá-lo. Se o paciente concorda e aceita suas sugestões, a enfermeira seguirá o programa e lhe oferecerá a ajuda necessária. Se o programa não lhe parecer bom ou não aceitar as sugestões para levar o plano adiante, a enfermeira deve avaliar as causas pelas quais o paciente não o aceita. Se o paciente tem um problema que o impede de desempenhar este programa, a enfermeira procurará ajudá-lo para que solucione esses problemas com suas capacidades. Se o paciente necessita ajuda, a enfermeira voltará a desenhar um novo programa para suprir as necessidades do paciente e procurará acordar com o paciente para que ele aceite suas sugestões e para que o programa seja posto em prática. É importante constatar que se tenha suprido as necessidades de ajuda do paciente. A enfermeira deve averiguar se a atitude do paciente é coerente com o conceito de bem-estar da enfermeira e procura que o paciente entenda que sua necessidade de ajuda foi coberta. Então a enfermeira deve atuar suas ações baseadas nas respostas dadas pelo paciente.

O modelo de Wiedenbach foi desenvolvido partindo-se do conceito da indução. O método de raciocínio na lógica indutiva começa com a observação dos casos específicos, combinando-os para chegar a um todo mais geral. As características comuns dos casos específicos permitem o seu agrupamento num conjunto mais amplo de fenômenos.

Wiedenbach considera, portanto, sua obra como uma teoria normativa que propõe situações.

Podemos dizer ainda, que no modelo proposto por Wiedenbach, o núcleo da investigação se associa com a resposta do paciente às experiências do cuidado em saúde. Seu modelo dava apoio à investigação pensada para promover as relações familiares, para controlar os fatores responsáveis das condições de incapacidade e para dispensar práticas sólidas de cuidados em saúde.

Para esta teórica a prática é algo dinâmico na enfermagem e o foco da práxis são as experiências individuais. Ela define ainda em sua teoria que a prática da enfermagem clínica é qualquer ação dirigida para uma disciplina baseada nos conhecimentos ou sensações experimentadas pelos pacientes com necessidades de ajuda. Resume ainda que a prática da enfermagem clínica seja diretiva e deliberativa, voltada e centrada no paciente (WIEDENBACH, 1962).

Em sua teoria ela considerou também que a enfermeira obtém seu conhecimento através de planos, interpretações, explicações, predições e conclusões sendo que esta é a base para implementar fatos e teorias para obtenção de resultados. Desta forma, a enfermeira é uma soma de várias partes que a tornam num todo (WIEDENBACH, 1970)

Wiedenbach utilizou um gráfico para enumerar todas as partes constituintes de seu modelo de enfermagem clínica, conforme figura abaixo:



Figura 6 – Representação da teoria de enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach: a relação entre o centro de interesse e seus elementos constituintes (Tomey, A.M., 2005).

Esta figura foi ilustrada num dos papéis de rascunhos guardados nos arquivos da Escola de Enfermagem da Universidade de Yale e datados de 1962 e foi reproduzida por Ann Marriner Tomey em seu livro sobre Teorias de Enfermagem. Na figura o centro da esfera representa a experiência individual vivida pelo paciente. Estas experiências são direcionadas para ações baseadas em componentes da prática clínica. Estes componentes são a identificação da necessidade de ajuda, a prestação da ajuda necessária e a validação de que a ajuda foi suprida. Esses componentes estão englobados concomitantemente por ações diretivas de enfermagem – coordenação, colaboração e consulta. A pesquisa, a administração e a organização de enfermagem compõem o próximo nível da prática que tem por objetivo o trabalho conjunto com o paciente para a melhor qualidade do cuidado de enfermagem. Estudos avançados pesquisas e publicações estão no nível mais alto da prática profissional de enfermagem utilizada para investigar problemas de enfermagem e propor soluções.

Concluindo, podemos dizer que no modelo teórico proposto por Ernestine Wiedenbach, ao perceber a necessidade de ajuda que experimenta o paciente a enfermeira dirige suas ações para o bem-estar maior do paciente a partir de três componentes do cuidar: (1) reverência ao dom da vida; (2) respeito à dignidade, valor, autonomia; e (3) individualidade de cada ser humano, fatores estes que constituem a filosofia da prática em enfermagem clínica.

## 4. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

---

### 4.1 – O Referencial Metodológico

O presente estudo embasado na teoria de Ernestine Wiedenbach utilizou como método de pesquisa o estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa exploratória, é que esta proporciona maiores informações sobre determinado assunto objetiva maior familiaridade com o problema (fenômeno a ser investigado), com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses permitindo o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, além do que, seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (HULLEY, 2008).

O estudo descritivo tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, permitindo que os fatos estudados possam ser observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o observador interfira neles (CRESWELL, 2007).

A escolha de um estudo qualitativo ocorreu devido ao problema e objeto remeterem subjetividade, aspectos pessoais, já que se tem por objetivo elaborar uma proposta de um plano de cuidados de enfermagem para pessoas portadoras de paraplegia através da identificação das necessidades de ajuda que enfrentam frente à lesão medular com fundamentação na Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach.

A pesquisa qualitativa enfatiza ainda a compreensão da experiência humana subjetiva a respeito da vida diária, como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos das pessoas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; POPE, 2009). Além disto, envolve a obtenção de dados no contato direto do pesquisador com a situação estudada.

Para percorrer o caminho metodológico em concordância com o modelo teórico escolhido foram considerados conceitos importantes do modelo teórico de Ernestine Wiedenbach que são:

1. Identificação do propósito central: é o propósito que a enfermeira pretende atingir para definir a qualidade do estado de saúde que deseja efetuar ou manter em seu paciente e se reconhece como responsável pelo cuidado ao paciente. Este propósito central também está de acordo com a filosofia elaborada na teoria que considera três

- componentes essenciais na enfermagem: (1) reverência ao dom da vida, (2) o respeito pela dignidade, valor, autonomia e individualidade de cada ser humano e (3) resolução em agir dinamicamente em relação às próprias crenças. O propósito é considerado o objetivo da teoria que é identificar as necessidades de ajuda que enfrenta um paciente.
2. A prescrição: uma vez que a enfermeira tenha identificado o seu propósito central baseado em sua própria filosofia ela pode trabalhar com o indivíduo para desenvolver um plano de cuidados ou uma prescrição para seu atendimento. A prescrição determina as ações da enfermeira que podem ser voluntárias ou involuntárias, considerando sempre a participação mutua do paciente e estabelecendo a relação de ajuda com o mesmo.
  3. As realidades: após determinar o seu propósito central e elaborar a prescrição de enfermagem, a enfermeira deve também considerar as realidades da situação para realização do cuidado de enfermagem. As realidades consistem em todos os fatores – sejam fisiológicos, físicos, psicológicos, emocionais e espirituais – que estão em jogo em uma situação na qual as ações de enfermagem ocorrem. Foram definidos cinco tipos de realidades: o agente, o receptor, a meta, os meios e a estrutura. O agente é a enfermeira que executará as ações de cuidado com comprometimento e competência. O receptor é o paciente que receberá as ações ou cuidados prestados pela enfermeira e co-participante no processo quando ele também passa a decidir como deverá ser prestado o cuidado. A meta é o resultado almejado que a enfermeira deseja alcançar. Os meios seriam as atividades (habilidades, técnicas, procedimentos) ou instrumentos utilizados para se atingir a meta e utilizados para facilitar a prática de enfermagem. Por fim, a estrutura que compreende os aspectos culturais, sociais, ambientais, profissionais ou organizacionais que formam o contexto no qual a enfermagem é praticada, como também estabelece os limites da ação.

Estes conceitos são interdependentes na teoria de Ernestine Wiedenbach e constituem um modelo de prática ou processo de enfermagem para implementação de cuidados a pessoas. Para Wiedenbach a prática de enfermagem é uma arte na qual a ação de enfermagem é baseada nos princípios da ajuda, como uma disciplina prática e dirigida para uma meta. No estudo em questão o propósito central é identificar a necessidade de ajuda que enfrentam em seu cotidiano as pessoas portadoras de paraplegia e a partir disto realizar a “prescrição” que seria a formulação de uma proposta de plano de cuidados para suprir ou sanar essas necessidades.

Neste sentido, no modelo teórico de Ernestine Wiedenbach seguindo sua teoria de enfermagem clínica, a enfermeira irá identificar a necessidade de ajuda do paciente e formular possíveis diagnósticos de enfermagem, além de um plano de cuidados estabelecendo metas sobre as quais agirá. Este plano ou prescrição e a sua implementação são afetados pelas realidades ou pelas limitações da situação.

Assim, a escolha do método qualitativo como forma de obtenção dos dados para análise convergem com a fundamentação teórica do modelo de enfermagem de Ernestine Wiedenbach onde se procurou identificar as necessidades de ajuda apresentadas por pessoas portadoras de paraplegia e em seguida foi proposto um modelo para realização de cuidados de enfermagem a esta clientela.

A pesquisa qualitativa, portanto, ofereceu a oportunidade de compreender holisticamente a vivência do ser paraplégico permitindo uma análise intensa das possíveis transformações da sua qualidade de vida, da sua saúde e do seu bem-estar em seu dia-a-dia. De igual modo, contribuiu ainda para a compreensão do modelo teórico de Ernestine Wiedenbach uma vez que o estudo objetivou avaliar a aplicabilidade da teoria para a prática de enfermagem voltada para a identificação da necessidade de ajuda de pessoas paraplégicas.

## **4.2 – Trajetória Metodológica**

### ***Os Sujeitos e Locus do Estudo***

Os sujeitos do estudo compuseram-se de nove pessoas portadoras de paraplegia cadastradas no banco de dados NUPEN<sup>2</sup> constantes de uma listagem elaborada a partir de estudos anteriores feitas por membros pesquisadores do núcleo. O local onde foi realizada a pesquisa e a coleta de dados foi o domicílio dos portadores de lesão medular, uma vez que este ambiente proporciona privacidade, segurança, conforto e maior liberdade para realização da coleta de informações, a realização da entrevista e para o alcance das metas desejadas.

Além disto, ao identificar as necessidades de ajuda destas pessoas no domicílio é possível desenvolver a autonomia, a independência funcional, a responsabilidade pela própria saúde, a melhoria das habilidades e competências e a reintegração destes sujeitos na sociedade

---

<sup>2</sup> Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

promovendo não só sua saúde física, mental e espiritual, mas também gerando a possibilidade da melhoria da qualidade de vida destas pessoas, a qual começa na própria residência.

Observa-se atualmente que o processo de reabilitação está cada vez mais sendo desenvolvido no domicílio, pois desse modo, o cliente e sua família participam ativamente para o alcance do máximo de independência e reinserção social.

Os critérios de inclusão para os participantes do estudo foram os seguintes:

- Os sujeitos devem ser única e exclusivamente pessoas com diagnóstico de lesão medular traumática do tipo paraplegia seja lesão completa ou incompleta e nos níveis torácico, lombar ou sacral da coluna vertebral;
- Ser pessoa de qualquer sexo, com idade maior ou igual a 18 anos, pela capacidade de assumir responsabilidade legal em aceitar participar da pesquisa;
- O tempo de lesão medular não foi limitado, uma vez que independente da fase da lesão medular ou do tempo de paraplegia, considerou-se que todos os seres paraplégicos poderiam apresentar algum tipo de necessidade de ajuda independentemente de qualquer que fosse esta necessidade;
- Concordar em participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Residir no município de Fortaleza-CE, para facilitar o acesso às moradias e dar exequibilidade à pesquisa.
- Pertencer a qualquer tipo de classe ou condição social.

Foram excluídos desta investigação os sujeitos que não se enquadraram nos critérios anteriormente citados.

A listagem existente no núcleo de pesquisa constava de 98 pessoas com lesão medular das quais 85 foram selecionadas por possuírem o diagnóstico de lesão medular com déficit motor do tipo paraplegia. Destes 85 sujeitos com paraplegia, foram excluídos 26 sujeitos que residiam no interior do estado, perfazendo um total de 59 pessoas enquadradas nos critérios de inclusão. Destas 59 pessoas, não existiam o endereço de 34, 7 não residiam mais no endereço procurado, 2 pessoas haviam falecido e o acesso ao domicílio de 3 pessoas foi considerado impossibilitado devido aos riscos existentes no local. No final desta triagem, restaram 13 sujeitos para serem entrevistados, sendo que quatro destes recusaram-se em participar da pesquisa.

Em relação ao estabelecimento do número de sujeitos, o procedimento que se tem mostrado mais adequado é o de ir realizando entrevistas até que o material obtido permita uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas no ambiente de estudo (DUARTE, 2002).

Desta forma, o quantitativo de nove pessoas numa metodologia de base qualitativa foi suficiente, visto que a qualidade e volume das informações atingiram o chamado “ponto de saturação”, quando os dados coletados começaram a se repetir e deu-se por finalizado o trabalho de campo.

Dificuldades nesta etapa do processo metodológico são comuns. Cito as por mim encontradas: o tempo despendido para ir de endereço em endereço para verificar a existência do mesmo, ou se o portador realmente residia no endereço listado, ou ainda quando o sujeito não era encontrado em casa, era necessário retornar outras vezes para a consecução da entrevista.

### ***A Coleta de Dados e Instrumentos***

O processo de coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto a novembro de 2009. O primeiro contato com os sujeitos se deu através de uma visita domiciliária com o intuito de convidá-los a participar da pesquisa, esclarecendo os objetivos e métodos a serem utilizados, e em caso de aceitação, pedindo-lhes para assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Para a aquisição de dados importantes para a pesquisa foram utilizados alguns instrumentos de coleta dos dados os quais foram fundamentados no modelo teórico de Ernestine Wiedenbach. Uma vez que não há instrumento proposto pela teoria foram elaborados dois instrumentos:

1. Um formulário estruturado constando dados socioeconômicos, de identificação do sujeito da pesquisa e específicos sobre a lesão medular – dados importantes que indicam as condições socioeconômicas dos pesquisados, além identificar o tipo, tempo e nível da lesão medular, assim como o mecanismo do trauma que levou ao dano na medula espinhal. Esses dados são importantes para desenvolver o plano de cuidados.
2. Uma entrevista semi-estruturada, composta por questões abertas relacionadas as necessidade de ajuda que enfrentam os portadores de lesão medular constando de cinco perguntas: (1) Para você o que significa ajuda?, (2) Que tipo de problemas

(necessidades de ajuda) você está enfrentando desde a descoberta de sua paraplegia e que tipo de ajuda está recebendo?, (3) Quem neste momento está lhe oferecendo ajuda?, (4) Algum(a) enfermeiro(a) tem lhe ajudado neste percurso de sua condição de sua paraplegia?; (5) Que tipo de ajuda você espera receber para atender as suas necessidades frente à paraplegia? (Apêndice 2);

Essas perguntas foram elaboradas visando perscrutar primeiramente qual o significado de ajuda para pessoas com paraplegia, como eles percebem o conceito de ajudar e em segundo lugar para identificar as necessidades de ajuda que eles enfrentam em seu cotidiano, visto que a teoria preconiza como objetivo exatamente esta descoberta. Em seguida foi indagado aos paraplégicos se havia alguém oferecendo ajuda e se o enfermeiro havia ofertado essa ajuda durante todo o momento de sua condição ser paraplégico. Essas perguntas tiveram como objetivo maior conhecer o trabalho dos enfermeiros com este tipo de clientela e perceber as ações de enfermagem no contexto social de pessoas com deficiência como no caso dos portadores de paraplegia. Por último foi indagado aos sujeitos da pesquisa qual o tipo de ajuda que eles esperam receber. Esta pergunta foi formulada com base no modelo teórico de Ernestine Wiedenbach que preconiza sempre validar com o paciente se realmente a ajuda necessária é aquela mesma de maneira a dar suporte para a prescrição de um plano de cuidados e também para fazer com que o sujeito seja parte do processo lhe dando o empoderamento e responsabilização sobre sua saúde e sua condição de melhoria do bem-estar e qualidade de vida seguindo os preceitos existentes acerca da promoção da saúde destas pessoas.

Também foi utilizada como técnica de coleta de dados a observação participante informal. Observaram-se atitudes, sentimentos ou qualquer outra informação de ordem não-verbal que representasse a realidade vivenciada em situações consideradas importantes. Todas as informações foram anotadas em um diário de campo.

A observação participante é a técnica de captação de dados menos estruturada, pois não supõe qualquer instrumento específico que direcione esta observação. As limitações existentes são: a responsabilidade exigida na utilização desta técnica e a inelutável capacidade de percepção que pode ser alterada pela relação do observador com o meio da pesquisa (LIMA, ALMEIDA e LIMA, 1999).

As entrevistas foram realizadas em local apropriado, ou seja, silencioso e privativo, onde se buscou deixar o entrevistado o mais à vontade possível. Haguette (1997, p.86) define

entrevista como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

Optou-se nesta pesquisa pela entrevista semi-estruturada, pois de acordo com Boni e Quaresma (2005), combina perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Estes autores referem ainda que o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas dentro de um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Por conseguinte, empregamos esta lógica no desenvolvimento desta investigação.

As dificuldades encontradas nesta etapa dizem respeito à inexperiência na realização deste tipo de entrevista e em não tentar induzir respostas às perguntas; ansiedade pela responsabilidade a mim despendida; e frustração por diversas vezes escutar uma negação ao pedido feito a um dos candidatos à entrevista.

Aos entrevistados, foram explicados os objetivos da pesquisa, esclarecidas todas as dúvidas pertinentes e solicitada permissão para o uso de gravador, ressaltando o grande valor e contribuição da participação do sujeito para o estudo. Por fim, como forma de organizar os arquivos, todas as entrevistas foram digitadas, uma a uma, transcrevendo fidedignamente as falas ou pensamentos dos entrevistados e também as impressões por mim percebidas, como gestos, olhares, impostação da voz nas respostas e sentimentos translúcidos. Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa foram utilizados adjetivos iniciados com a letra “A de ajuda”, representando características de cada um deles percebidas por mim.

A entrevista ao ser gravada traz outras vantagens, como por exemplo, poder ser conduzida de forma mais natural como numa conversa, não tendo que interromper o entrevistado por diversas vezes para anotarem-se dados, como é o caso de entrevista realizada sem a gravação. Além disso, se torna mais fácil para o pesquisador escutar várias vezes a gravação e lembrar-se durante a transcrição de algo importante nos dados coletados, podendo, desta maneira, inferir maior veracidade nos dados apresentados durante a análise.

### ***A análise dos dados***

O procedimento utilizado para a análise dos dados se deu de forma gradual. À medida que se transcreviam as entrevistas, sentimentos afloravam e a compreensão dos objetivos pretendidos foi tornando-se clara. Fui, então, analisando o que havia de convergente e divergente nas falas de cada portador de paraplegia procurando agrupá-los em categorias, ou capítulos, de modo a facilitar o entendimento dos leitores. Além disto, esta seleção iria

facilitar na construção da proposta de plano de cuidados para os portadores de paraplegia que é o principal objetivo deste estudo.

Além disto, a categorização dos dados foi feita com base na análise de conteúdo de Laurence Bardin, que de acordo com Goldemberg e Oitutumi (2008), trata-se do desvendamento de significações de diferentes tipos de discursos, baseando-se na inferência ou dedução, mas que, simultaneamente, respeita critérios específicos propiciadores de dados em frequência, em estruturas temáticas, entre outros.

Ferreira (2010), a partir da abordagem de Bardin, relaciona as possibilidades de uso da análise de conteúdo referindo que a mesma é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real, onde esta técnica se aplica a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais. É o que corroboram Campos e Turato (2009) quando relatam que este tipo de abordagem na pesquisa qualitativa é um conjunto de estratégias, cujo objetivo é a busca dos sentidos contidos sob documentos, material coletado através de entrevistas, ou notas de observação tomadas em diários de campo.

Para Caregnato e Mutti (2006) a abordagem qualitativa da análise de conteúdo considera a ausência ou a presença de uma característica do conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem ou de um texto, sendo este um meio de expressão do sujeito, onde a analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as representem).

Para Bardin (2009) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (inferência) destas mensagens, através da descrição de seu conteúdo e de indicadores que permitam adquirir conhecimentos relativos às condições destas mensagens. Utiliza-se a análise categorial que funciona pelo desmembramento do texto em categorias segundo reagrupamento analógico, podendo ser temática, formando-se as categorias conforme aparecem no texto. Posteriormente, para a classificação e categorização dos elementos é necessária a identificação dos elementos comuns para realização do agrupamento em categorias.

Esta autora define ainda como técnica da investigação na análise de conteúdo três etapas que são:

### ***Pré-análise***

É definida como a etapa de organização dos dados e utiliza-se de várias técnicas de obtenção tais como a leitura flutuante a qual se compõe num meio de funcionamento no qual se deixa o mais livremente possível a atividade inconsciente dirigida a uma tenção uniforme dos dados conformes as primeiras leitura e contatos primordiais realizados. Além disto, são formuladas a hipótese e os objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores (frequência de aparecimento) que podem fundamentar a interpretação destes dados.

### ***A exploração do material***

Nesta segunda etapa os dados passam por códigos a partir dos dados coletados na entrevista. A codificação baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação. É como se fossem sendo feitos recortes em unidades de contexto e de registro.

### ***O tratamento dos resultados e interpretação***

Nesta etapa é realizada a categorização dos dados, onde se classificam os elementos por semelhança ou diferenciação, posteriormente reagrupando-os em função de características comuns. Os requisitos para uma boa escolha de categorias são a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade. Já a última fase, do Tratamento à inferência e interpretação dos dados, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados qualitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

A análise de conteúdo deve ser considerada, não apenas na semântica da língua, mas também na interpretação do sentido que um indivíduo atribui às mensagens. Desta forma, este tipo de análise, em suas primeiras utilizações, assemelha-se muito ao processo de categorização e tabulação de respostas a questões abertas que tem como finalidade produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos.

Neste estudo, os dados foram categorizados em cinco capítulos conforme obedecendo a seqüência com que os dados foram obtidos na entrevista e organizados seguindo as etapas metodológicas da análise de conteúdo elaboradas por Bardin (2009). São eles: A percepção do que é ajuda pelos portadores de paraplegia e o cuidado de enfermagem; A identificação das necessidades de ajuda dos portadores de paraplegia; Ofertando a ajuda: os significados;

### *A Ética na Pesquisa*

Os aspectos éticos foram respeitados em todos os momentos da pesquisa e atenderam ao que é preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Brasil. Assim sendo, primeiramente, houve a aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Dr. José Frota (Anexo 1).

É válido ressaltar que outros aspectos éticos também foram assegurados como o anonimato de todos os sujeitos envolvidos, não divulgando dados que possam revelar a identidade de nenhum dos entrevistados, respeitando os princípios bioéticos em pesquisa da beneficência, não-maleficência e contemplando o respeito pela veracidade, privacidade, dignidade, autonomia e justiça, protegendo-os e entendendo-os como indivíduos inseridos na sociedade e com livre arbítrio para a decisão de não fazer parte desta pesquisa se assim desejassem.

Em seguida são demonstradas a análise e a discussão dos dados obtidos nesta pesquisa.

**Categoria 1 – A percepção do que é ajuda e o cuidado de enfermagem**

Para entender a relação de ajuda entre o paciente e quem está prestando a ajuda foi seguido os preceitos da teoria de Ernestine Wiedenbach sobre a necessidade de ajuda que experimenta o paciente dentro de suas realidades. No estudo em questão, os pacientes são pessoas paraplégicas que já passaram da fase inicial da doença e estão na fase de adaptação, reabilitação e reintegração social os quais foram investigados sobre a percepção acerca do significado de ajuda, dentro do entendimento de suas concepções, conceitos, cultura e crenças.

Esta ação condiz com a teoria de Ernestine Wiedenbach uma vez que a mesma traz em seus conceitos a ação da enfermeira indagar e conhecer do paciente o seu conhecimento prévio da realidade de vida que está enfrentando e das impressões que ele tem em relação ao significado de ajuda, respeitando seus valores e agregando, desta maneira, valor (valorização) ao que pensa e sente o paciente. Assim, de maneira a dar início ao processo de cuidar conforme a teoria de Ernestine Wiedenbach se faz necessário que a enfermeira crie uma relação com o paciente fazendo com que o mesmo seja participante deste processo, onde a primeira etapa se compõe em observar o paciente e saber o que ele pensa da relação de ajuda a ser estabelecida, tornando-o o principal sujeito da ação, uma vez que ele é quem indicará ao enfermeiro como deverá ser feito o cuidado.

Neste íterim, se faz importante discutir nesta análise, os conceitos de ajuda no cuidar em enfermagem, como se ensaja a relação de ajuda entre o enfermeiro e o paciente e qual a importância disto para a realização dos cuidados de enfermagem.

Na literatura científica, vários autores consideram que a ajuda é fundamental para a prestação dos cuidados de enfermagem sendo complementarmente necessária como ação principal da prática do cuidado de enfermagem.

Collière (1989) traz uma definição interessante que revela a relação intrínseca que deve existir entre paciente e enfermeira na relação de ajuda quando diz:

“Cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado” (Collière, 1989, p. 155).

A Organização Mundial de Saúde apresenta imensas complexidades no que diz respeito à ajuda a ser prestada a cada indivíduo, seja inserido na sua família, na sua comunidade ou no ambiente em seu entorno o que acaba por trazer várias situações de cuidar em contextos diferenciados que implicam cuidados individualizados criando em nós a necessidade de refletir sobre a relação de ajuda no cuidar em enfermagem.

Carvalho et al (2006) salienta que a ajuda é uma ação intrínseca aos cuidados. Esta autora explicita que os cuidados devem ser prestados sempre numa relação de ajuda em que o comportamento da enfermeira se traduz por meio de atitudes de forma idealmente auxiliadora.

É salutar lembrar o que afirma a autora abaixo:

“... a ajuda aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu caráter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa...” (Phaneuf, 1995, p. 23)

A relação de ajuda terapêutica oferece ao enfermeiro e paciente a possibilidade de ver os fatos como eles ocorrem na realidade vivida propiciando a atuação do enfermeiro com o paciente segundo o ponto de vista deste. Além disto, a prestação de ajuda terapêutica há desenvolvimento do enfermeiro através do conhecimento de si próprio, possibilitando auxiliar o paciente a perceber-se como tal. (DURMAM, 2003).

A fim de tornar efetiva a relação de ajuda, o enfermeiro deve comprometer-se com o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de serem resolvidas, como também tornar-se capaz de apoiá-lo naquelas situações que não podem ser modificadas (TRAVELBEE, 1982).

A partir destes conceitos expostos pode-se entender o que a ajuda representa na prestação de um cuidado de enfermagem voltada às pessoas que apresentam uma dificuldade explícita, como por exemplo, uma doença incurável a qual convivem e que muitas vezes traz o estigma que a sociedade impõe, além da exclusão, como é o caso de portadores de paraplegia. Para enfrentar essas necessidades de ajuda é preciso um apoio que no contexto da enfermagem enquanto ciência, arte e filosofia se dá através do cuidado.

Foi com este pensamento e também com base no proposto pela teoria de enfermagem clínica de Ernestine Wiedenbach que se indagou aos portadores de paraplegia participantes deste estudo, qual o significado de ajuda para eles, onde se obteve achados muito interessantes.

Para um dos sujeitos da pesquisa a ajuda se mostra na forma de cooperação, ou seja, corrobora com o que já foi exposto de que ajuda se mostra através de uma relação onde o paciente se faz parte integrante do processo de cuidar. É o que mostra a seguinte fala:

*“Ajuda pra mim significa cooperar, né?... Quando alguém chega pra me ajudar em alguma dificuldade que eu tenho, eu gosto de dizer que ela está cooperando comigo... Essa palavra ajuda pode se tornar no sentido de cooperar... Pra mim é cooperar em uma dificuldade que eu tenho pra realizar.”* (Sra. Amiga)

Para outro sujeito a ajuda representa uma forma de incentivo, de motivação. Para o enfermeiro é importante perceber que ao observar ou obter uma informação de que o paciente apresenta uma dificuldade ou necessidade para resolução de seus problemas, o apoio a ser ofertado deve ser algo motivador baseado na relação de empatia estabelecida com a pessoa que irá ser cuidada, entre outras palavras, a humanização do cuidado de pessoas para pessoas. Isto é perfeitamente percebido na fala:

*“Ajuda significa... É vindo de pessoas... Incentivar, motivar a pessoa que está precisando... É motivação, incentivo, né?”* (Sra. Afável)

Outra fala complementa que não é somente a importância do incentivo que direcionará o cuidado, mas pela competência, pela capacitação do enfermeiro em prestar o cuidado através de orientações ou ações para ajudar o paciente, assim como a disponibilidade do profissional para tanto:

*“Ajuda pra mim é ter pessoas disponíveis pra ajudar, pessoas competentes que coloque sua alta estima lá em cima e que lute por você independente do que for. Ajuda é isso pra mim.”* (Sra. Alegre)

Pessoas com deficiência física, como os portadores de paraplegia, demonstram como uma necessidade de ajuda as barreiras que enfrentam na sociedade, principalmente a relacionada à falta de acessibilidade a qual restringe ou mesmo inibe estes sujeitos de fazer parte do conjunto social e tenham o seu direito assegurado de ir e vir, a um lazer, a um espaço cultural, a um trabalho, enfim a uma vida cotidiana sem empecilhos para sua independência e autonomia como cidadão. Neste sentido, para um dos sujeitos a ajuda é identificada como o

ato de assistir o paciente frente a um obstáculo da acessibilidade e que se faz necessária como forma de promover a saúde destas pessoas.

*“É quando tem uma pessoa pra ajudar... Tipo quando vai subir uma calçada alta e num dá, é essencial essa ajuda. É isso.”* (Sr. Assistido)

*“Ajuda pra mim só numa parte... Só numa calçada muito alta, mas como eu tenho mais prática se a calçada for mais baixa eu não preciso de ajuda não...”* (Sr. Apoio)

Em outra percepção sobre o que é ajuda, o sujeito refere que ele não gosta de recebê-la, porém aceita quando esta é oferecida e relata que as pessoas com deficiência demonstram quase sempre a necessidade de pedir ajuda:

*“Ajuda não é uma coisa que a gente gosta, quer dizer, pelo menos da minha parte não, mas é uma coisa boa receber ajuda, é uma coisa legal para as pessoas com deficiência, principalmente aquelas pessoas que precisam muito de pedir ajuda.”* (Sr. Ação)

Os portadores de deficiência física, dentre eles os lesionados medulares, são muitas vezes pessoas fragilizadas em todas as dimensões do ser humano seja ela biológica, fisiológica, psicológica, espiritual ou social. Isso ocorre porque além das dificuldades da doença, eles têm de enfrentar os obstáculos de acessibilidade, e mais degradante ainda, o do preconceito de pessoas que muitas vezes os vêem como “coitadinhos” estigmatizando ainda mais a sua condição, como é o caso de pessoas paraplégicas. Há também aqueles indivíduos que se consideram independentes e trabalham o processo de negação da ajuda não porque se sintam autônomos, mas muitas vezes porque não querem que a sociedade o veja com outros olhos e o torne ainda mais estigmatizado.

O ato de pedir ajuda neste sentido traz um sentimento ruim porque eles acham que as pessoas deveriam tratá-los como iguais. Desta maneira, muitos deles reagem rechaçando a ajuda oferecida e sempre agindo num processo de negação da relação de ajuda ou da necessidade de ajuda que enfrentam no seu dia-a-dia, embora no final eles tenham que acabar por aceitar a prestação de um apoio, qualquer que seja o tipo. Os relatos abaixo descrevem bem este sentimento:

*Ajuda pra mim, é como diz assim, eu faço tudo pra pessoa não me ajudar, mas mesmo quando alguém vem me ajudar eu agradeço, mas se eu não tiver condições de fazer alguma coisa eu peço ajuda. Essa é que é a minha ajuda... Ajuda mesmo é algo que se for necessário pra mim seja bem vinda, se não for eu não quero ajuda...” (Sr. Apoio)*

*“Eu não gosto de ajuda porque eu sou independente... Como eu sou independente... precisar de ajuda faz mal pra mim... Só a família mais especificamente pra me ajudar... É o apoio da família... É porque é difícil de explicar, eu me sinto como uma pessoa normal, eu nunca tive a necessidade de precisar da ajuda de alguém não.” (Sr. Autônomo)*

*“Parar de olhar as pessoas com problemas e parar de perguntar se ela realmente precisa... Eu acho que todo mundo tem que estar igual...” (Sr. Áustero)*

Em outro relato podemos encontrar o conceito de ajuda já como algo necessário, ou como uma necessidade explicitada pelo portador de paraplegia. Este conceito inclusive se assemelha com o exposto na teoria apresentada neste estudo que se fundamenta na necessidade de ajuda que experimenta o paciente:

*“Necessidade... Necessidade de pedir ajuda... pra andar na cadeira de rodas, pra operar a muleta... Acho que pra ajuda de todo tipo.” (Sr. Amoroso)*

Ao observar os relatos sobre os significados de ajuda dentro do entendimento e crenças individuais ou culturais de cada indivíduo portador de paraplegia passam-se a estabelecer um elo ou um vínculo com o sujeito o qual começa fazer parte do processo, pois se permite mostrar o que pensa e o que sente.

Dentro do contexto da promoção da saúde, pode-se dizer que, o entendimento da percepção que estes sujeitos têm sobre ajuda, contribui como ação que possibilita responder às necessidades sociais de saúde de cada uma deles. Considera-se também que uma intervenção de saúde, cujos objetos são os problemas e as necessidades de ajuda, seus determinantes e condicionantes, possibilita oferecer a atenção e o cuidado que envolve, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operam sobre os efeitos do adoecer incidindo sobre as condições de vida e favorecendo uma escolha saudável de vida por parte destes sujeitos.

O cuidado de enfermagem considerado na concepção de colocar-se no lugar do outro, aproxima-se das idéias humanísticas ao identificar nos seres humanos sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo. Neste sentido, prestar cuidado ora na dimensão pessoal, ora na social é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem. O compartilhar de experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos dos humanistas, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem (SOUZA et al, 2005).

Portanto, na relação de ajuda é preciso considerar o conceito do cuidado de enfermagem como uma mutualidade projetada na ação de prover a ajuda necessária e a autonomia do cliente. Os atributos da mutualidade caracterizam-se pelo sentimento de intimidade, conexão e compreensão, com objetivo de satisfação de ambos os intervenientes.

A fundamentação teórica de Ernestine Wiedenbach conceitua o cuidado de enfermagem com abordagem nas relações de ajuda às necessidades observadas ou aparentes de pessoas com problemas de saúde em que o modelo determina que a enfermeira deve considerar o ser humano como um potencial único, com sua auto-determinação, sua independência, o conhecimento de si mesmo, a auto-aceitação, sua integridade e auto-estima para obter os resultados esperados no processo de cuidar.

## **Categoria 2 – A identificação das necessidades de ajuda**

A necessidade de ajuda é, de acordo com o modelo teórico de Ernestine Wiedenbach, algo que o paciente possa requerer como ajuda para manter seu bem-estar ou plenas capacidades em uma determinada situação.

De acordo com o modelo, a principal ação e a primeira a ser executada pela enfermeira deverá ser a identificação dessas necessidades. A forma utilizada para esta identificação foi a entrevista semi-estruturada e gravada onde se foi perguntado aos participantes quais os problemas ou necessidades de ajuda que eles estavam enfrentando no momento.

Este tipo de questionamento traz em seu íterim a natureza filosófica do cuidar em Enfermagem, uma vez que esta é uma profissão própria em prestar ajuda e assistência através do cuidado. Para Silva (2000) refletir sobre esta filosofia do cuidado nos leva ao próprio ser e ao meio que está inserido, pois o cuidado não se dá no vazio, mas no contexto da experiência humana, onde a subjetividade, a consciência, a vida e a espiritualidade estão presentes.

Para Machado e Scramin (2005) o universo de prática clínica e social é formada pelo ser humano e suas necessidades de cuidado, logo, tanto seus elementos objetivos quanto seus aspectos subjetivos são de interesse para que possamos compreender a complexa teia multidimensional do ser humano.

Neste sentido, foi identificada a subjetividade presente nas falas de pessoas paraplégicas acerca das necessidades de ajuda ou de cuidado que carecem.

Em diversos relatos podemos observar a questão da acessibilidade como uma necessidade premente na vida destas pessoas. Em alguns relatos podemos perceber a dificuldade do acesso nas ruas ou ao sistema de transporte urbano dos quais muitas pessoas com deficiência dependem por não terem condições financeiras de possuírem um meio de locomoção próprio. É o que se observa nas seguintes falas:

*“Hoje uma das coisas para mim que é muito difícil, não só para mim, mas para outros pacientes cadeirantes, é o que a gente vem lutando hoje pela questão da acessibilidade, né?... A gente quando sai na rua se depara com tantas barreiras, né? Até se fosse o caso tira a motivação de qualquer um de andar pela sua rua, pelo seu próprio bairro, devido ainda não haver adaptações, muitas ruas também não tem asfalto, né?” (Sra. Amiga)*

*“Bem, em casa eu não tenho muitos problemas, pois sou muito independente, o problema que a gente enfrenta é mais nas ruas... na rua, é... não tem o acesso pra andar de cadeira de rodas... as ruas não são adaptadas, nem os transportes,... ônibus às vezes não tem elevador, quando tem às vezes o motorista passa direto, é uma coisa que eu vejo... a necessidade de ajuda que a gente precisa é essa...” (Sr. Ação)*

*“Os problemas são esse que eu falei pra você são as calçadas altas, o calçamento nas ruas, tem pouco ônibus pra gente... Outra coisa também é que quando as calçadas têm muita gente e são estreitas, a gente tem que andar no meio da rua, as calçadas por serem irregulares a gente tem que andar mais pro lado da rua, isso é o que eu tô falando que precisa de ajuda.” (Sr. Apoio)*

*“Problema é no transporte porque onde eu treino (jogadora de basquete profissional) é longe de onde eu moro que é em Maracanaiú, é mais ou menos 45 min. pra chegar aqui e eu pego três ônibus pra ir pro treino” (Sra. Alegre)*

A falta de acessibilidade ao ambiente físico tem sido o principal problema de reinserção social das pessoas com lesão medular tendo implicações importantes sobre a qualidade de vida restringindo a oportunidade de realização de atividades prazerosas e importantes para a sobrevivência.

Os relatos mostram que para ir a algumas localidades, há uma dificuldade muito grande para o acesso, pois muitas vezes não há rampas ou portas adequadas o que impossibilita a inserção das pessoas paraplégicas aos locais públicos, o que reflete a falta de políticas públicas para garantir a inserção e uma melhor qualidade de vida a esta parcela da sociedade. Muitas vezes os portadores de paraplegia encaram isto como preconceito e não se sentem bem por terem sempre que pedir ajuda o que incide na perda da autonomia e da independência dessas pessoas e compromete ainda mais a promoção da saúde dos mesmos. Os relatos retratam bem isto:

*“Às vezes pra ir num banco, pra gente entrar às vezes tem que abrir aquelas portas de segurança, muitos poucos banco tem... Na entrada dos bancos também só tem escada e pra subir escada num dá se não tiver ajuda...”* (Sr. Assistido)

*“Dificuldade a única que eu tenho é o acesso, como todo mundo... Falta de rampas nas ruas... Aonde a gente vai não tem acesso, não tem rampagem... É obrigado a pedir ajuda por causa do acesso, só isso...”* (Sr. Áustero)

Em uma das falas podemos perceber a preocupação de um dos paraplégicos com a falta de políticas públicas na questão da acessibilidade dessas pessoas:

*“... Que os governantes olhem mais pela gente, que passem a pensar como se fossem eles que estivessem precisando, que só assim que vai dar certo... Porque se não for assim, a gente vai nadar, nadar e não vai ter um progresso, não vai ter acessibilidade... Porque ninguém faz as coisas pensando que poderia ser ele, né? Só quando acontece com um filho ou com ele mesmo... Aí que eles param pra pensar... É melhor parar pra pensar do que pensar pra parar, né?”* (Sr. Austero)

A acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida, nos edifícios públicos, equipamentos coletivos, vias públicas e empreendimentos turísticos, tem em vista congregar

toda a sociedade para um projeto de cidade sem obstáculos, sem barreiras arquitetônicas e urbanísticas, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, em nome do princípio da igualdade constitucionalmente consagrada (SILVA, 2004).

Apesar da evidencia de que a acessibilidade é um grande problema para as pessoas com lesão medular, da existência de leis que regulamentam o acesso e da proposta da construção de rampas e banheiros em locais públicos, permanecem diversas barreiras políticas e econômicas no nosso país que desfavorecem a implementação de soluções, excluindo e marginalizando estes sujeitos da sociedade, além de privá-los de seus direitos.

As modificações das barreiras arquitetônicas no ambiente doméstico constituem requisito necessário para a integração social do deficiente físico, embora este recurso se apresente insuficiente para a maioria das pessoas com lesão medular, é imprescindível para modificações permitir o acesso ao ambiente mais amplo, como o acesso público aos transportes, a cultura, ao trabalho e a outros diversos meios sociais.

No entanto, o que foi observado em um dos relatos é que a dificuldade de acessibilidade já começa dentro do domicílio, o que reflete a exclusão social pela falta de adaptação para viver com bem-estar e qualidade de vida:

*“(Algum outro tipo de problema, como a adaptação da casa, por exemplo, você não tem?) É tem a adaptação da casa que é pequena, falta aumentar as portas, aumentar o quarto, aumentar o banheiro, melhorar a casa...” (Sra. Alegre)*

*“Porque pra mim nesse ponto fica difícil, não é que eu não queira fazer, é que a casa não proporciona que eu lave a roupa e coloque ela pra secar, não tem como eu estender roupa... , ela (a casa) não é adaptada, então eu preciso da ajuda de uma pessoa nesse processo todo da casa, certo?” (Sra. Amiga)*

Apesar de ser evidente que a acessibilidade dificulta o transporte e locomoção de pessoas portadoras de lesão medular, há de se considerar que dar acesso também significa uma oportunidade de emprego, o qual permite conhecer e conviver com pessoas, de se sentir novamente um ser dentro de um contexto social e independente, além de que fornece uma melhor subsistência para gastos necessários que são bem maiores de quando ele não possuía a lesão medular.

A própria legislação brasileira regulamenta a acessibilidade ao trabalho, como, por exemplo, o Art. 37, inciso VIII da Constituição Federal de 1988 e o Art. 5º, par. 2º, da lei

8.112/90, do regime jurídico de Servidores Públicos Civil da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais assegura que até 20% das vagas em concursos públicos sejam reservadas para portadores de deficiência. Quanto à discriminação salarial nos critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência é proibida pelo Art. 7, inciso XXXI da Carta /magna de 1988.

Apesar de tudo isto, o trabalho hoje é um dos principais problemas enfrentados pelo portador de deficiência física, dentre eles os lesionados medulares. O que limita esse acesso ao emprego são o baixo nível de instrução e de qualificação dos pacientes, as dificuldades de transporte, as barreiras arquitetônicas e o preconceito.

Neste ínterim, a falta de emprego também foi outra necessidade de ajuda revelada no questionário de dados sócio-epidemiológicos que revelou que dos nove sujeitos entrevistados, apenas duas pessoas trabalham, os demais, alguns vivem apenas de uma aposentadoria por invalidez adquirida através do INSS, enquanto alguns nem isso possuem. Isso demonstra a precariedade em que vivem estas pessoas e a não inclusão social destes sujeitos na sociedade.

Outra necessidade de ajuda identificada nesta pesquisa foi o preconceito que os lesionados medulares percebem em sua vivência. Em alguns relatos podemos destacar este sentimento que para os portadores de paraplegia traz muita insatisfação. É o que se observa nas seguintes falas:

*“Parar de olhar as pessoas com problemas e parar de perguntar se ela realmente precisa de ajuda... Eu acho que todo mundo tem que estar igual...”* (Sr. Austero)

*“Acho que só o preconceito mesmo das pessoas... elas acham que o deficiente é, pois a gente muitas vezes faz mais coisas que muita gente que tem capacidade pra fazer, e não faz, que tem saúde e não faz”* (Sr. Ação)

Outro portador de paraplegia deixa transparecer o sentimento de impotência diante das dificuldades encontradas. É o que fica explícito nesta fala:

*“O que eu preciso de ajuda às vezes, é, por exemplo, na minha casa como eu convivo com outras pessoas, quase sempre eu estou precisando da ajuda pra algumas funções, não que eu não goste de fazer, mas como cozinhar, uma faxina na casa, certo? Arrumar o quarto, a cama, lavar roupa, são coisas mais difíceis pra mim fazer. Porque pra mim nesse ponto fica difícil, não é que eu não queira fazer, é que a casa*

*não proporciona que eu lave a roupa e coloque ela pra secar, não tem como eu estender, isso de certa forma me deixa impotente” (Sra. Alegre)*

A questão da higiene pessoal também foi outra dificuldade ou necessidade de ajuda percebida por um dos portadores de paraplegia:

*“... na área da parte de higiene porque, às vezes existe, quem faz cateterismo, né, a gente tá muito propenso a infecções, né? Então nessa área, assim, pessoal, no cuidado comigo mesma, eu sempre procuro uma enfermeira pra me aconselhar e tenho tido ótimos resultados.” (Sra. Alegre)*

Os cuidados com a higiene pessoal de pessoas com lesão medular vão desde a limpeza e hidratação da pele de forma a manter a sua integridade, visto que esta se torna mais sensibilizada e propensa a lesões e formação de úlceras por pressão. É importante a realização de um banho adequado que além de uma boa limpeza da pele deverá também incluir uma massagem de forma a ativar a circulação para prevenir as ulcerações. Além disso, uma alimentação rica em nutrientes e a ingestão adequada de líquidos também promovem uma pele íntegra e saudável. Outros cuidados são a manutenção da saúde bucal, lavagem dos cabelos, cortar unhas, fazer a barba, limpeza dos ouvidos e cuidado com os pés, que devem ser estimulados e serem realizados pelo próprio portador de lesão medular e no caso do portador de paraplegia isto será facilitado, uma vez que ele não tem perda da atividade motora dos membros superiores.

Uma dificuldade no autocuidado também presente nestas pessoas, principalmente para as do sexo feminino, visto que a execução do cateterismo é mais difícil devido o aparelho genital feminino estar mais exposto e propenso a infecções urinárias e a uretra ser muito próxima do intróito vaginal. A constipação é outra problemática bastante presente na higiene íntima de pessoas com lesão medular. Assim, devem ser ensinados vários cuidados para a educação vesico-intestinal como maneira de melhorar o bem-estar destas pessoas no autocuidado para a higiene íntima.

Em relação à execução da higiene ainda, também foi identificada a necessidade de ajuda de privacidade para a execução dos cuidados nessa área. Como se tratava de uma mulher paraplégica, esta questão se tornou bem mais delicada já que a mulher se expõe muito mais quando na realização da higiene íntima. É o que fica veemente neste relato:

*“Ah, o meu quarto não tem porta, aí eu faço o cateterismo com o meu irmão do lado, porque no mesmo quarto dormem três pessoas, eu, meu irmão e a minha irmã, aí como não tem porta também não tem privacidade” (Sra. Alegre)*

Uma necessidade de ajuda que foi identificada em quase todos os entrevistados e que tem uma grande abrangência em pessoas com lesão medular em geral, é a infecção urinária. Sabe-se hoje que a técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente é um recurso seguro para pacientes com disfunção vesicoesfincteriana, já comprovado há muito por pesquisas nacionais e internacionais (LENZ, 2006; CARVALHO, DAMASCENO, MIRANDA, BARBOSA, 2006; FONTE, 2008; MARTINS et al, 2009; ANDRADE et al, 2009)

Além disso, esta técnica permite que as chances de infecção sejam menores e que a função do músculo detrusor da bexiga seja recuperada mais rapidamente para ajudar no esvaziamento e controle da bexiga, além de diminuição de hidronefrose e refluxo vesicoureteral, assim como menores índices de bacteriúria de pessoas com lesão medular completa, especialmente os paraplégicos.

Desta forma, observa-se ainda a falta de ajuda nesta necessidade apresentada por alguns paraplégicos, como é mostrado nos relatos:

*“Então no começo era assim, eu reaproveitava e vivia com infecção, vivia no antibiótico, tomando antibiótico, mas porque, por mais que você retire uma sonda vá lavar e vá reutilizar... Pra mim era de 15 em 15 dias tinha que estar no antibiótico” (Sra. Amiga)*

*“Ah, isso aí a gente tem, não tem por onde a gente não ter esse tipo de problema (quando perguntado se tinha algum problema com cateterismo e infecção urinária) Tenho mais eu me cuido, faço todo possível pra me cuidar... É lavar as mãos, passar álcool nas mãos, higienizar a sonda também, porque às vezes eu uso uma sonda por quatro vezes, que dá um dia, pra poder economizar porque às vezes o posto não tem, falta, né?... De vez em quando aparece uma infecção urinária, não tem jeito... Às vezes é porque a gente bebe pouca água, tem que beber mais água pra poder ficar normal, de vez em quando a gente se descuida um pouquinho aí fazer o cateterismo vai com a mão suja, acho que é só isso mesmo” (Sr. Apoio)*

*“Não, eu não gosto de reaproveitar (sonda) não que é pra não dar infecção, mas dependendo da situação a gente tem que reaproveitar que às vezes falta, até nas lojas mesmo falta que elas têm numeração, tem dez, tem oito..., aí fica difícil... Eu recebo 20 sondas por mês, aí quando falta eu vou usando devagarzinho, mas quando viaja não aí tem que ser usando direto” (Sr. Assistido)*

*“Bom, no caso urinário eu faço cateterismo, né? De seis em seis horas... (Certo, mas você nunca teve infecção urinária, problema de infecção?) Ah, isso ocorre sim porque tu tá colocando um corpo estranho dentro de ti...” (Sr. Autônomo)*

Além da infecção urinária, também foi identificada a necessidade de ajuda para realização do cateterismo vesical no campo das funções de eliminação vesico - urinárias. Quanto à correta realização da técnica do cateterismo intermitente limpo, Fonte (2008) refere que a mesma facilita o processo do cateterismo assegurando o comprimento do período de vezes a serem realizados de forma regular, seja esse executado pelo próprio paciente ou por um cuidador, após ser feita uma cuidadosa higiene com água e sabão das mãos antes da inoculação do cateter. Este poderá ser lavado após o uso e reaproveitado por até duas semanas. A modalidade de reaproveitamento das sondas de Nelaton é a mais utilizada e observada na atualidade.

No entanto, pode ser observado o desconhecimento dos pacientes acerca deste uso das sondas, sendo que quase todos os paraplégicos entrevistados informaram que a infecção está relacionada com a reutilização dos cateteres de Nelaton para a realização do cateterismo intermitente limpo. É o que se mostra nos seguintes relatos:

*“(Cateterismo, alguma dificuldade?)... Não, quanto a isso não tenho dificuldade, eu mesmo faço... (O material você recebe?) A gente recebe a quantidade certa por mês... Tem meses que recebe, tem meses que não recebe... É lá no hospital perto da minha casa que eu recebo... (Aí você teria outra dificuldade, às vezes recebe, às vezes não...) É, é assim mesmo, mas às vezes passa dois meses sem... (Você não reaproveita a sonda não?) Não, eu não gosto de reaproveitar não que é pra não dar infecção, mas dependendo da situação a gente tem que reaproveitar, que às vezes faltar, falta, até nas lojas mesmo falta que elas têm numeração, tem dez, tem oito..., aí fica difícil...” (Sr. Assistido)*

*“Quase todo mundo que eu conheço com lesão medular tem essa complicação tanto urinária e intestinal e ainda hoje pra mim, lógico, num tá sendo tão difícil, mas aí a gente recebe esse kit com sonda, luva e os medicamentos também, né, o saco coletor. Porque o que é que gerava tanta infecção é porque a gente reaproveitava essa sonda, né?” (Sra. Amiga)*

*“Bom, no caso urinário eu faço cateterismo, né? De seis em seis horas... (Certo, mas você nunca teve infecção urinária, problema de infecção?) Ah, isso ocorre sim porque tu tá colocando um corpo estranho dentro de ti... (Mas você recebe essas sondas?) A gente recebe sim do sistema público de saúde – SUS, aí não precisa reutilizar...” (Sr. Autônomo)*

Quanto ao número de vezes que o cateterismo deve ser realizado, o que se conhece na literatura é que o cateterismo feito a intervalos longos pode ocasionar a hiperdistensão da bexiga o que poderá levar a uma isquemia do músculo detrusor resultando em cistite, pielonefrite ou sepsis (CARVALHO, DAMASCENO, MIRANDA, BARBOSA, 2006). Sabe-se que o cateterismo intermitente deve ser realizado de 4 em 4 horas podendo estender-se até de 6 em 6 horas ao dia. O autocateterismo intermitente realizado com intervalos maiores que 6 horas, contribui para o aparecimento de problemas no trato urinário do tipo: bacteriúria, hidronefrose, deterioração na morfologia e função da bexiga e certo grau de insuficiência renal.

*“(Eu gostaria de saber também se você tem algum problema com o cateterismo, com infecção urinária ou algum problema intestinal...) Ah, isso aí a gente tem, não tem por onde a gente não ter esse tipo de problema... (Mas eu digo assim, você no seu caso você tem algum problema com isso ou não?) Tenho mais eu me cuido, faço todo possível pra me cuidar... É lavar as mãos, passar álcool nas mãos, higienizar a sonda também, porque às vezes eu uso uma sonda por quatro vezes, que dá um dia, pra poder economizar porque às vezes o posto não tem, falta, né?...” (Sr. Apoio)*

Um sentimento importante da dimensão psicológica do ser paraplégico que também foi revelada é a questão do medo enfrentado ao se deparar com um contexto social ou pessoas que ocasionaram a perda das funções motoras e sensitivas de um dos participantes, motivo

esse o qual foi ocasionado pela violência por arma de fogo. Em uma das falas há essa revelação em relação aos moradores da região onde mora:

*“... Não, carro eu tenho o problema seria mais pessoal do que a ajuda, eu não quero tô evitando sair da ajuda pra não passar por outro tipo de coisa... Eu prefiro precisar dessa ajuda da minha mãe pra ir pro terminal do que encontrar pessoas que me fizeram mal, então é só isso que me dá medo”* (Sra. Afável)

Neste sentido, deverá ser dado um aporte a esta pessoa com sentimento de medo através da oferta de ajuda frente os comportamentos ou estado psicológico que afetam seu estado de saúde e sua qualidade de vida, visto que o mecanismo de enfrentamento do medo, neste caso, se caracteriza como um evento estressor e que gera dificuldades de interação social com o meio que podem gerar outros sentimentos negativos como depressão ou dependência ou insatisfação com a vida.

Outra necessidade de ajuda que foi identificada neste estudo é a dor neuropática que alguns participantes relataram sentir:

*“(Então você também tem o problema da dor neuropática?) É, também...”* (Sra. Afável)

*“... (Tem algum problema de espasticidade ou de dor neuropática?) Tenho, tenho... Mas da dor neuropática eu tenho só a queimação...”* (Sr. Assistido)

*“(Certo, e em relação à dor neuropática?) Nesse, caso eu tenho sim, mas faço o combate com o uso do medicamento... o medicamento alivia, mas não tira toda dor...”* (Sr. Autônomo)

De acordo com Galvão (2005), no lesionado medular a dor neuropática se desenvolve em 60 a 70% dos indivíduos afetados, sendo que um terço é intenso, sendo a dor atribuída à atividade neuronal segmentar à modificação do padrão de chegada de estímulos sensitivos ao tálamo.

A dor neuropática é descrita pelos portadores de lesão medular como algo ardente, que provoca uma sensação de formiguelo ou de espasmo, com mais intensidade durante o primeiro ano após ter ocorrido a lesão na medula espinhal. Ela ocorre devido a uma

anormalidade em qualquer ponto da via nervosa. Uma determinada anomalia altera os sinais nervosos, que, deste modo, são interpretados de forma anormal no cérebro e que pode produzir uma dor profunda ou uma sensação como a hipersensibilidade ao tato.

Os pacientes com dor neuropática central secundária à lesão medular possuem grande comprometimento da qualidade de vida e quando esta dor é de grande intensidade, a qualidade de vida torna-se ainda mais comprometida.

Assim, fazem-se necessários cuidados específicos para melhorar o bem-estar destas pessoas, embora, na maioria das vezes, não há um tratamento definitivo e o tratamento paliativo da dor é a única opção, com ênfase para os antidepressivos tricíclicos e sedativos e também os anticonvulsivantes, pois diminuem a excitabilidade neuronal. Além do tratamento medicamentoso devem ser considerados também outros tipos de opções de tratamento como, por exemplo, a fisioterapia, a neuromodulação, as bombas de morfina intratecal, tratamento eletrotérmico e em último caso o tratamento cirúrgico.

A espasticidade foi outra necessidade de ajuda relatada pelos portadores de paraplegia pesquisados neste estudo. Nos relatos observamos o seguinte:

*“(O senhor tem algum problema de espasticidade?...) Tenho, tenho...”* (Sr. Alegre)

*“(E espasticidade você tem?) Espasticidade existe sim, né, pelo fato da lesão medular, quando a lesão existe, existe também espasticidade, só que o mesmo medicamento que eu tomo pra agir na dor neuropática, age também na espasticidade...”* (Sr. Autônomo)

*“(Você sente dor neuropática?) Nem tanto, eu to assim mais é com espasticidade... Porque a espasticidade incomoda bastante...”* (Sr. Áustero)

*“Eu acho que o maior problema que eu tenho é o da espasticidade, isso daí me incomoda bastante...”* (Sr. Amoroso)

A espasticidade é um dos distúrbios motores mais frequentes e incapacitantes observados nos indivíduos com lesão medular, compromete o neurônio motor superior ao longo da via córtico-retículo bulbo-espinal. O quadro clínico da espasticidade é caracterizado por aumento do tônus muscular e exacerbação dos reflexos tendinosos profundos que gera a

hipertonia muscular manifestada pelo aumento da resistência do músculo ao estiramento com predomínio de sua distribuição na musculatura antigravitacional e rigidez.

Os mecanismos da fisiopatologia da espasticidade ainda não estão totalmente esclarecidos, mas existe o consenso que ocorre a perda das influências inibitórias descendentes no controle das vias do reflexo de estiramento, e alterações secundárias à plasticidade neuronal, que propicia hiperexcitabilidade dos motoneurônios, liberados da modulação supra-segmentar (MAYER, 2002; DE RUZ et al, 2002).

A espasticidade causa déficit motor que compromete a realização das tarefas diárias e limita a funcionabilidade dos membros afetados. O paciente neurológico portador de espasticidade se defronta com barreiras físicas diariamente, visto que a espasticidade causa uma leve contração até uma deformidade severa com permanente encurtamento muscular, chamada contratura, e repetitivos espasmos musculares.

Além disso, o estado mental (ansiedade e stress) do paciente influi no tônus muscular do mesmo modo que influi na tensão muscular em indivíduos normais, sendo de fundamental importância salientar a necessidade do portador de paraplegia de manter-se relaxado e de controlar a tensão.

Existem vários tipos de tratamentos disponíveis para espasticidade, porém o mais importante deles é o exercício regular que promove o correto estiramento do músculo e que deve ser orientado para se começar precocemente, com exercícios regulares, tão logo seja determinada a contratura prevenindo um encurtamento permanente. Remédios que relaxam a musculatura podem ser administrados oralmente ou através de bombas dentro do fluído medular, dependendo do grau de comprometimento muscular que esteja havendo em todo o corpo. Injeções locais de drogas que minimizam ou paralizam a hiperatividade muscular (agentes denervantes) podendo ser mais efetivos em pessoas que apresentam espasticidade localizada.

O panorama social de pessoas portadoras de lesão medular também foi abordado neste estudo, destacando os problemas financeiros como uma das necessidades de ajuda identificadas. Isto reflete uma realidade em nosso país, onde a grande maioria das pessoas que sofrem este tipo lesão faz parte da classe menos favorecida da sociedade. Em nosso estudo verificamos que tanto o grau de escolaridade, como a renda são muito baixas repercutindo parte da realidade de vida das pessoas com lesão medular.

Os seguintes relatos demonstram essa dificuldade financeira:

*“Pra pegar um táxi, aí fica muito caro... a pessoa que ganha um salário pagar um táxi? Sai muito caro...”* (Sr. Ação)

*“Eu queria ter uma ajuda pra aumentar a minha casa, né, de custo, mas não tive condições ainda de ajeitar, eu recebo um salário de um emprego, mas não dá pra gastar pra ajeitar lá em casa.” (Sra. Alegre)*

*“... Seria receber os remédios de graça, né? Porque é 6 reais os comprimidos e eu não tenho dinheiro...” (Sr. Amoroso)*

*“(Que tipo de problemas ou necessidades de ajuda você está enfrentando desde a descoberta de sua paraplegia?) Só financeiro, porque a minha lesão medular a única ajuda que me foi de bom proveito foi a reabilitação feita pelo centro de reabilitação especializado” (Sr. Autônomo)*

Este relato mostra o que já se conhece como realidade social dos portadores de lesão medular no Brasil. São pessoas que não tem condições para adaptar a casa, para comprar medicamentos, para comprar um transporte particular, para pagar um lazer ou entretenimento, como um cinema um teatro, inúmeras despesas pessoais com materiais e outros recursos, e isto faz com que eles se sintam excluídos do meio social.

Para complementar ainda mais esse problema, as dificuldades para conseguirem um emprego são imensas, pois não possuem um nível de escolaridade exigido pelo mercado de trabalho, assim como um número reduzido de vagas empregatícias, não tem oportunidade ou condições de pagar um curso para se especializarem em alguma profissão, ou quando conseguem completar o ensino médio ou adentrar em uma faculdade, eles tem grandes obstáculos para terminar o curso que vão desde o transporte, como a acessibilidade do ambiente das faculdades, além dos custos com o curso que acaba por fazer com que muitos desistam de se graduar.

E a realidade se torna ainda pior quando se vê que não possuem transportes públicos, vias de acesso a diversos locais, faltam rampas, adequações arquitetônicas em clínicas, hospitais, praia, cinema, teatro, bancos, enfim em todos os locais transitáveis por estas pessoas. O governo não atua em políticas públicas para oferecer a estes cidadãos o que lhe é de direito.

Até mesmo para adquirir uma cadeira de rodas de boa qualidade, que geralmente tem um custo altíssimo, é muito complicado, e embora exista uma norma interna do Ministério da Saúde que estabelece o fornecimento de próteses e órteses, incluída a cadeira de rodas, na

prática esse serviço não atinge a grande maioria dos municípios brasileiros, sobretudo aqueles mais necessitados, por causa da situação de pobreza.

A última necessidade de ajuda encontrada neste estudo foi em relação ao uso de medicações orais para manutenção do bem-estar das pessoas com paraplegia. Eles utilizam antiespasmódicos urinários para problemas de bexiga neurogênica espástica ou reflexa; medicações para redução da dor neuropática e da espasticidade. Também existem medicamentos orais para disfunção erétil, no entanto nenhum dos participantes do estudo relatou ter problema nesse campo.

O que se observou no relato de um dos participantes é que este uso não é correto:

*“Porque a espasticidade incomoda bastante... (E você toma algum remédio pra isso?) Tomo baclofeno, 4 vezes por dia... Quando eu lembro são quatro, quando não lembro são 3...” (Sr. Áustero)*

Sabe-se que o uso correto de medicações receitadas para os principais problemas ocasionados pela lesão medular é um cuidado importante que deve ser considerado pela enfermeira quando das orientações a serem dadas a estas pessoas. Muitas vezes o medicamento pode não ter o efeito esperado se usado de forma incorreta vindo a causar prejuízos para a saúde ou mesmo diminuindo a qualidade de vidas dos lesionados medulares, causando a piora dos sintomas ou expondo estas pessoas a situações vexatórias.

Como se pode perceber neste capítulo foi identificadas quatorze necessidades de ajuda as quais serviram como base para estabelecer um plano de cuidados aos portadores de paraplegia, seguindo o preconizado pelo modelo teórico de Ernestine Wiedenbach e que será abordado e explicado em outro capítulo.

### **Categoria 3– Ofertando a ajuda: os significados**

Uma das indagações feita aos participantes do estudo foi a de quem estaria oferecendo a ajuda necessária a eles. Os relatos variaram de acordo com a necessidade de ajuda identificada. É o que se vê nas falas:

*“Tem uma pessoa que cuida da limpeza e da higiene da casa, cuida da refeição, tem cuidado com a roupa, tem o cuidado de arrumar a minha cama, porque eu digo assim, quando tem que trocar toda a roupa de cama” (Sra. Amiga)*

Neste caso, a pessoa necessita de uma ajuda para a execução das tarefas domésticas, visto que como a casa desta paraplégica não ser adaptada, ela acaba por depender de alguém para executar tarefas da vida diária. Para ela é necessário acessibilidade em seu domicílio para lhe propiciar uma maior independência.

*“Eu tenho um cunhado que me ajuda me leva pros cantos... É só isso mesmo, é na locomoção...”* (Sr. Ação)

Este participante relatou que necessita de ajuda de um familiar para sua locomoção o que recai novamente na necessidade de ajuda da acessibilidade. Como ele sente muita dificuldade em se deslocar de ônibus para diversos locais, pois faltam transportes adaptados, ele acaba por ter que depender desta ajuda.

*“Só quando eu não consigo subir no ônibus que não tenha elevador, aí eu tenho que pedir ajuda...”* (Sr. Apoio)

Outras pessoas referiram que a ajuda da família e amigos é muito importante para o suprimento nas suas necessidades de ajuda. A família funciona como uma rede de suporte, apoio e como provedora de bem-estar e caracterizam-se muitas vezes como sujeitos do cuidado.

Estudos mostram o papel relevante da família sendo esta fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados planejados pelo enfermeiro e imprescindível no processo de reabilitação, além de ser considerada como parte integrante da equipe assistencial quando dizem que a família, no sistema dinâmico da reabilitação, será incorporada à equipe de forma participante na solução de problemas e apoio contínuo aprendendo a realizar os cuidados necessários (BARBOSA, 2008; GULARTE, 2007; LEITE E FARO, 2005; CARVALHO, 2004). Nas narrações podemos perceber bem a representação da família na ajuda dada a estas pessoas:

*“Só a minha mãe que ela é quem me incentiva mais e do treinador (faz parte do time de basquete para deficientes físicos) que me ajuda”* (Sra. Afável)

*“Nesse momento a minha família, o meu pai tá me apoiando muito e algumas pessoas da ADM (Associação de Deficientes Motores), de alguns amigos que fazem basquete comigo...” (Sra. Alegre)*

Algumas pessoas por se considerarem de certa forma mais independentes já negam a prestação de ajuda, porém em alguns momentos ou em determinadas circunstâncias, como no caso de acessibilidade, podem precisar da ajuda de pessoas estranhas a eles, mas que se oferecem para ajudar, o que acaba levando-o a aceitar a aceitá-la ou mesmo pedi-la.

*“Não, não isso aí depende do momento tá entendendo, da situação que eu tiver... se tiver num banco, por exemplo, e tiver uma pessoa me acompanhando eu peço ajuda...” (Sr. Assistido)*

Outros não aceitam ajuda em nenhum momento, não somente por se considerarem independentes, mas por não gostarem ou quererem que as pessoas os vejam sempre como “coitadinhos”. É o que refere um dos portadores de paraplegia:

*“Não. (De nenhum tio, nem da família? Eu digo assim, ajuda da família como suporte, né?) Não, o fato é que eu sou totalmente independente” (Sr. Autônomo)*

Em alguns casos, no entanto, a ajuda surge não dos amigos ou familiares, mas de um centro especializado em reabilitação de pessoas com problemas neurológicos, onde eles são bem orientados por uma equipe multidisciplinar de profissionais capacitados, entendem mais sobre seu problema e adquirem mais confiança de enfrentar as dificuldades e adquirir maior independência para reintegrarem-se na sociedade. Observa-se ainda no relato do participante que há uma dificuldade destes acompanhamentos, visto que a procura pelos centros é muito grande, porém estes possuem um número bastante reduzido de unidades no Brasil:

*“Sim, eu tenho um acompanhamento pelo centro de reabilitação, mas já faz um tempo que eu não vou lá, mas é difícil eu ficar lá porque é muita gente...” (Sr. Áustero)*

Quanto à pergunta de que algum enfermeiro já havia oferecido alguma ajuda à eles, as respostas foram praticamente iguais, onde eles mencionaram que haviam recebido orientações

sobre cuidados apenas quando estiveram internado no hospital que os atendem quando sofreram a lesão medular e nos centros de reabilitação após a alta hospitalar.

*“Só do centro de reabilitação mesmo, lá eles me deram toda a ajuda necessária, mas só de lá mesmo.”* (Sr. Apoio)

*“Eu tenho vários enfermeiros, assim, tem uma senhora que mora perto da minha casa que vinha sempre aplicar uma injeção em mim devido a uma dor que eu sinto muito forte... Os outros enfermeiros que me ajudam são o do centro de reabilitação que eu frequento”.* (Sra. Afável)

*“Os enfermeiros do centro de reabilitação estão me ajudando muito, só de lá mesmo...”* (Sra. Alegre)

*“Não, só no começo da lesão quando eu fiquei no hospital... (Passou por algum centro de reabilitação?) Sim, faço tratamento lá até hoje, só esse centro também...”*  
(Sr. Assistido)

*“Só no tempo que eu fiquei hospitalizado...”* (Sr. Autônomo)

O que podemos concluir sobre estas afirmações é que hoje o cuidado domiciliar não é empregado pelos enfermeiros e que muitas vezes apenas as orientações que eles recebem no período de internação hospitalar e no centro de reabilitação, uma vez que frequentam poucas vezes, são insuficientes para supri-los de informações com vistas a prestar ajuda frente as suas necessidades prementes.

Sendo assim, as respostas presentes até aqui permitem averiguar que as pessoas portadoras de lesão medular necessitam de muita ajuda na grande maioria das vezes, mesmo que já tenham uma vida mais autônoma ou com certa independência, pois em algum momento precisam da família, de um amigo ou mesmo de uma orientação profissional frente às suas necessidades de ajuda demonstradas e referidas.

Como estas pessoas demonstram diversas necessidades de ajuda em diferentes dimensões do ser humano e lembrando que o cuidado deve ser sempre continuado e voltado para a promoção da completa saúde, melhoria do bem-estar e da qualidade de vida é que se

observa a necessidade de voltar os cuidados à estes sujeitos para o domicílio e também para o campo psicossocial.

A inexistência de um plano de cuidados específicos a ser realizado em pessoas portadoras de lesão medular em domicílio e uma tendência vista hoje. No sentido de tentar modificar esta realidade, o presente estudo realizou uma proposta de plano de cuidados a ser seguido pelos portadores de lesão medular no domicílio e para sua vida social.

Considerando que a enfermagem tem papel importante no ensino-aprendizagem destes cuidados e que se torna cada vez mais difícil encontrar pessoas especializadas para a realização deste cuidado em casa, foi proposto nesta pesquisa um plano de cuidados para servir de base para enfermeiros que atuam em domicílio ou na estratégia de saúde da família, de forma que o cuidado seja continuado sempre e para tornarem-se pessoas e profissionais cada vez mais atuantes nas questões sociais, emocionais e espirituais de pacientes com lesão medular, numa visão holística do cuidar humanizado.

No capítulo seguinte veremos qual a ajuda que os portadores de paraplegia esperam receber.

#### **Categoria 4 – A ajuda esperada**

A última pergunta feita pelos portadores de lesão medular que foi importante para ter conhecimento de como a ajuda poderia ser dada aos portadores de paraplegia foi sobre qual tipo de ajuda eles esperavam receber. Assim obtiveram-se as seguintes respostas:

*“É, essa parte da dor neuropática, do aparelho urinário e do intestino, eu tô sempre buscando orientação para ir melhorando e a orientação sempre é muito boa... O meu desejo é que outras pessoas possam ter a ajuda de uma enfermeira para receber uma orientação terapêutica no sentido de ajudá-las em casa”.* (Sra. Alegre)

*“Eu não tenho nem resposta direito para isso não... Acho que é o que eu já disse em relação à locomoção, é também pros motoristas de ônibus parar para os cadeirantes, é respeitar o cadeirante, porque ele não sabe as dificuldades que o cadeirante passa na vida dele”* (Sr. Ação)

*“A ajuda mesmo é só mesmo são os remédios, sondas, luva, os materiais que eu recebo que é pouco”* (Sr. Apoio)

*“O transporte mesmo pra não me depender de mais ninguém, poder voltar pra casa quando terminar meu treino... É, até pra mim depois ir pra um estágio e não ter que depender mais da minha mãe ou dos meus irmãos pra me levar pros cantos”*. (Sra. Afável)

*“Eu queria ter uma ajuda pra aumentar a minha casa... Tem a questão dos ônibus também, porque é difícil eu estar saindo tarde do treino, às vezes eu durmo na casa de alguém, de algum colega pra poder treinar, aí eu falto aula também e fica um pouco difícil isso... Mas assim ajuda que eu queria mesmo era um veículo que me levasse pra onde eu quisesse sem precisar de ninguém...”* (Sra. Alegre)

*“Ah, eu queria que a acessibilidade fosse melhor, né? Nos bancos, nas ruas pra gente andar, ou até mesmo na repartição pública tivesse um lugar decente pra gente subir e descer sem precisar de ninguém”*. (Sr. Assistido)

*“Nenhuma”*. (Sr. Autônomo)

*“Só da acessibilidade mesmo”*. (Sr. Áustero)

*“...material, como cadeira própria (para jogar basquete)... é pra cadeirante é difícil, pois nem todos os ônibus são adaptados, apesar de muitos serem, aí tem também, né?... As ruas não são asfaltadas, as calçadas às vezes são altas... (Ok, e quanto ao seu problema da espasticidade?) Só tem um problema com isso... É que eu acho chato... Chato mesmo... Se eu pudesse já teria mandado cortar essa perna... Às vezes me derruba... Dentro de casa...”* (Sr. Amoroso)

Analisando as falas de cada participante, detectamos que o que eles esperam é exatamente a solução para as suas necessidades de ajuda identificadas que variam desde cuidados corporais, sonda vesical, treino intestinal, espasticidade, dor neuropática, problemas psicológicos como o medo e sentimento de impotência, o preconceito que recebem das pessoas, até os problemas sociais como os de ordem financeira e de acessibilidade.

Somente um dos entrevistados relatou que não precisaria de nenhuma ajuda, mas como já foi dito anteriormente, este sujeito mostrou sempre certo receio ou preconceito mesmo quanto à questão de receber ajuda de alguém, pois isso faz com que ele se sinta excluído, marginalizado, dependente e as pessoas o olhem com pena. De certa maneira, a posição dele está correta quando acaba por mostrar para a população que ele é uma pessoa com plenas capacidades, apesar de sua deficiência, porém em contraponto faz com que ele vista uma carapuça de total autonomia, o que se sabe que na verdade não existe na prática visível de nosso país, o Brasil, onde dificilmente será visto alguém que não pede ajuda com dificuldades tão grandes como o lesionado medular. Vale lembrar que não se deseja que o portador de lesão medular tenha que se colocar no papel de vitimização, mas de aceitar a ajuda quando a mesma é necessária.

Faz-nos até pensar no sentido da palavra ajuda ou mesmo no significado dela para estas pessoas. Talvez, no entendimento de algumas pessoas com deficiência física e motora como os paraplégicos, perpassasse este conceito de que ajuda tem um sentido pejorativo, pois no momento que eu peço ajuda não sou mais independente, sou o deficiente, o cadeirante, o coitado. É essa sutil diferença que está sendo discutida aqui.

Mas no que converge à relação de ajuda do enfermeiro para o cuidado, acredita-se que sempre será relatado um problema por menor que seja, visto que estão sendo avaliadas as várias dimensões do ser paraplégico, o que acaba por identificar, em algum momento de sua vida, alguma necessidade de ajuda.

Essa ajuda a ser prestada pode ter uma dimensão pequena como, por exemplo, oferecer material necessário para a realização do autocateterismo, ou então medicamentos, ou de uma cadeira de rodas para a prática de esportes, como pode ter uma dimensão mais complexa, como o preconceito, o medo ou sentimento de impotência.

Neste sentido é importante saber o que pensa e sente o portador de lesão medular, até mesmo visando uma implementação dos cuidados satisfatória com a participação ativa do paciente no processo de cuidar, responsabilizando-o pela sua própria saúde, dando-lhe empoderamento e segurança para tomada de decisões e oferecendo-lhe a oportunidade de ser autônomo e consciente das necessidades de ajuda que podem aparecer durante sua vida como ser paraplégico dentro de uma sociedade excludente e sem políticas públicas de qualidade.

Ao buscar sanar as necessidades e oferecer um bem-estar e uma melhor qualidade de vidas a estas pessoas, o enfermeiro estará atuando como profissional que apóia, cuida, assiste e implementa ações no sentido de criar e recriar a ciência Enfermagem como a arte da ajuda baseada numa teoria filosófica da profissão.

## CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

---

### **Proposta de um plano de cuidados a pessoas com paraplegia**

Visto que uma das etapas constante na Teoria de Ernestine Wiedenbach era identificar as necessidades de ajuda que enfrenta o paciente, foram investigadas através da entrevistas quais as necessidades de ajuda enfrentavam os portadores de paraplegia em seu cotidiano.

Desta forma identificamos as seguintes necessidades de ajuda:

1. Acessibilidade;
2. Preconceito que percebem das pessoas;
3. Sentimento de impotência diante das dificuldades;
4. Higiene Pessoal e Íntima;
5. Privacidade na execução de cuidados de higiene íntima;
6. Infecção urinária;
7. Cateterismo vesical;
8. Medo;
9. Dor neuropática;
10. Espasticidade;
11. Problemas financeiros;
12. Falta de emprego;
13. Uso de medicações orais;
14. Falta de adaptação no domicílio

A partir deste resultado, foi idealizada a elaboração de uma proposta de plano de cuidados que será útil aos portadores de paraplegia no domicílio, mas também poderá servir como referencial para outras pesquisas e para a prática profissional de enfermeiros que se deparem com este tipo de clientela.

Como todo o estudo foi baseado no modelo teórico de Ernestine Wiedenbach, as etapas do processo de enfermagem foram divididas de acordo com as fases elaboradas pela teórica na aplicação de sua prescrição e dos cuidados de enfermagem.

Além disso para facilitar a aplicabilidade e leitura do plano as necessidades de ajuda foram divididas conforme a dimensão em que se encontra cada necessidade: dimensão social, dimensão biológica e dimensão psico-espiritual.

## Objetivos da Proposta

Falta escrever sobre o processo de enfermagem

### PLANO DE CUIDADOS PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR DO TIPO PARAPLEGIA Com base no modelo teórico de Ernestine Wiedenbach

	<b>IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE AJUDA (diagnósticos de enfermagem)</b>	<b>FORNECIMENTO DA AJUDA NECESSÁRIA (Intervenções)</b>	<b>VERIFICAÇÃO DA PRESTAÇÃO DA AJUDA (Resultados)</b>
<b>DIMENSÃO SOCIAL</b>	Acessibilidade		
	Problemas financeiros		
	Falta de emprego		
	Falta de adaptação do domicílio		
<b>DIMENSÃO BIOLÓGICA</b>	Higiene Pessoal e Íntima		
	Infecção Urinária		
	Cateterismo Vesical		
	Dor neuropática		
	Espasticidade		
	Uso de medicações orais		
<b>DIMENSÃO PSICO-ESPIRITUAL</b>	Preconceito que recebem das pessoas		
	Sentimento de impotência diante das dificuldades		
	Medo		
	Privacidade na execução das atividades de higiene íntima		

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. AMARAL, C. **Acessibilidade e barreiras arquitectónicas.** In: Pinheiro, J.P. (coordenação) *Cadeira de Rodas: da clinica ao utilizador.* Coimbra: Quarteto, 2004.
2. ANDRADE, M.J; TRÊPA, A; CASTRO, A; GONÇALVES, S. **Caracterização das infecções urinárias numa unidade de lesões medulares.** *Acta Med. Port.*, v. 22, p. 215-222, 2009.
3. AZEVEDO, G.L.; SANTOS, V.L.C.G. **Cuidador (d) eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar.** *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.24, n.5, set /out, 2006.
4. BAMPI, L.N.S; GUILHEM, D.; LIMA, D.D. **Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL Bref.** *Rev. Bras. de epidemiologia*; v. 11, n.1, p. 67-77, 2008.
5. BARBOSA, I. V. **Lesão Medular e suas significações para a família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 2008. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. 113 p.
6. BARNUM, B.J.S. *Nursing theory, analysis, application, evaluation.* 5 ed. New York (USA): Lippincott; 1998.
7. BENNETT, A.M, FOSTER, P.C. **Ernestine Wiedenbach.** In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.* Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. Cap. 11. 4ª ed. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos.** Res. CNS 196/96. *Bioética*, 4 Supl.,p.15-25, 1996.
9. BRITO, M.A.G.M. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria de déficit de autocuidado de Orem.** 2007. 229 p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2007.
10. BRUSCHINI, H.; ALVES, R. S. **Traumatismo Raquimedular.** In: Miguel Srougi, Marcos Dall'Oglio, José Cury. (Org.). *Urgências Urológicas.* 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, v. 1, p. 147-162, 2005
11. CAMPOS, C.J.G; TURATO, E.R. **Análise de conteúdo em pesquisa que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas.** *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.17, n. 2, março-abril, 2009.
12. CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** *Texto e Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, out/dez, p. 679-684, 2006.

13. CARNEIRO, E.A. **Acidentes com meios de transporte é a principal causa de paraplegia e tetraplegia e em segundo lugar estão as lesões por arma de fogo.** Disponível em [http://www.aacd.com.br/lesao\\_medular.html](http://www.aacd.com.br/lesao_medular.html). Acessado em 12 de junho de 2009.
14. CARVALHO, Z.M. de F. **O cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica hospitalizada: estudo a luz da Teoria de Jean Watson.** 2002. 155p. Tese de Doutorado – Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.
15. CARVALHO, Z.M. de F. **O cuidado de enfermagem dirigido a pessoas com lesão vértebro medular.** *Interacções*; abr., v. 6, n. 1, p. 175-83, 2004.
16. CARVALHO Z.M. de F.; CAVALCANTE, K.M.H; FREITAS, G. L. de ; SILVA, G. A. da. **Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias.** *Esc. Ana Nery*; v.10, n.2, ago, p 316-322. 2006.
17. CARVALHO, Z.M. de F.; DAMASCENO, M.M.C ; MIRANDA, M. Di C.; BARBOSA, I.V. **La enseñanza del sondaje limpio intermitente - una estrategia de cuidado.** *Investigación & Cuidados*, Alicante, v. 4, n. 2, p. 37-42, 2006.
18. CARVALHO Z.M. de F.; MORAES, P. de O. F.; ROLIM, G. A.; STUDART, R. M. **Ciudadanía e qualidade de vida de lãs personas com lesión medular.** *Enfermería Integral*; n. 74; jun; p 20-26, 2006.
19. CARVALHO, Z. M. de F.; LEMOS, A. C. S. et al. **Cuidado Solidário: una estrategia para el cuidado de las personas con lesión medular.** *Revista Educare* 21, Espanha, v. 28, n. jun., p. 1-10, 2006.
20. CARVALHO Z.M. de F; BRITO, A. M. C. E. et al. **Estratégias de coping utilizadas por los parapléjicos y sus familiares.** *Enfermería Integral*; v. 3, n. 79, set, p. 8-12, 2007.
21. CAVALCANTE, E.S. **Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular.** 2003. 123 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.
22. CAVALCANTE, K.M.H. **A expressão da sexualidade como atividade de vida do portador de lesão medular.** 2005. 64p. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade federal do Ceará, Fortaleza, 2005.
23. CAVALCANTE, K.M.H. **Cuidado de enfermagem à pessoa portadora de paraplegia fundamentado no modelo Roper-Logan-Tierney.** 2007. Dissertação de Mestrado – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007. 216 p.
24. CAVALCANTE, K. M. H.; CARVALHO, Z. M. de F.; BARBOSA, I. V; ROLIM, G. A. **Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular.** *Rev. RENE*, v.9, n. 1, p. 27-35, jan/mar, 2008.

25. CHINN, P.L, KRAMER, M.K. **Integrated Knowledge Development in Nursing**. 6<sup>nd</sup> ed., Ed. St. Louis : C.V Mosby, 2003.
26. CHINN, P.; JACOBS, M. **Theory and nursing**. 2<sup>a</sup> ed., Ed. St. Louis : C.V Mosby, 1987.
27. CRESWELL, J.W. **Projetos de Pesquisa – Método quantitativo, qualitativo e misto**. 2<sup>a</sup> ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.
28. DE RUZ, AE et al. **Estúdio de prevalência de la espasticidad em el paciente com lesion medular**. Rehab (Madr), v. 36, n.6, p. 6-12, 2002.
29. DURMAM, S. **Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral**. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná).
30. FERREIRA, B. **Análise de Conteúdo**. Disponível em <http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm>. Acessado em 18 de Janeiro de 2010.
31. FIGUEIREDO CARVALHO, Z. M. de; MORAES, P. de O. F.; ROLIM, G. A.; ALMEIDA, P. C. **Accesibilidad en silla de ruedas en las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía de Fortaleza Brasil**. Enfermería Global, v. 14, p. 1-14, 2008.
32. FONTE, N. **Cuidado urológico do paciente com lesão da medula espinhal**. Journal Wound Ostomy Continence Nurs, v. 35, n. 3, p. 323-331, 2008.
33. GALVÃO, A.C.R. **Dor neuropática: tratamento com anticonvulsivantes**. São Paulo : Segmento Farma, 2005
34. GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem - fundamentos para a prática profissional**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP) : Artmed, 2000.
35. GOLDEMBERG, R.; OTUTUMI, C. **Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da Percepção Musical nos cursos de graduação em música do Brasil**. Anais do SIMCAM, IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais, maio, 2008.
36. GRAELLS, X.S,I; ZANINELLI, E.M; COLLAÇO, I.A; NASR, A; CECÍLIO, W.A.C; BORGES, G.A. **Lesões torácicas e traumatismo da coluna: uma complexa associação**. Coluna/Columna; v. 7, n. 1, p. 8-13, 2008.
37. GREENBERG, D.A; AMINOFF, M.J; SIMON, E.R.P. **Neurologia Clínica**. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre : Artmed, 2005.
38. GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinal**. São Paulo: Rocca, 2001.

39. GULARTE, T.M. **Ações do enfermeiro no cuidar das pessoas com lesão medular durante hospitalização – visão do familiar cuidador.** 2007. 89 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2007.
40. HENRIQUES, F.M.D. **Adaptação à paraplegia traumática.** Rev. Investigação Enferm., s.n, fev; p 3-25, 2004<sup>a</sup>.
41. HENRIQUES, F.M.D. **Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida.** Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2004<sup>b</sup>.
42. HICKMAN, Janet S. **Introdução à Teoria da Enfermagem.** In: George Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; p 11-20, 2000.
43. HULLEY, S;B; et al NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
44. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2000.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002shtm>> Acessado em 2 de Junho de 2009.
45. KOCH, A.; GRAELLS, X.S; ZANINELLI, E.M. **Epidemiologia de fraturas da coluna conforme seus mecanismos de trauma: análise de 502 casos.** COLUNA/COLUMNA; v.5, n. 1, p. 13-18, 2006.
46. LEITE, V.B.; FARO, A.C.M. **O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora.** Rev. Esc. Enf. USP, v.39, n. 1, p. 92-6, 2005.
47. LENZ, L.L. **Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 35, n. 1, 2006.
48. MACHADO, W.C.A, SCRAMIN, A.P. **Cuidado multidimensional para e com pessoas tetraplégicas: re-pensando o cuidado em enfermagem.** Rev. Ciência, cuidado e saúde Maringá, v.4, n. 2, mai/ago, p. 189-197, 2005.
49. MAYER, N. **Clinicophysilogic concepts of spsaticity and motor dysfunction in adults with an upper motoneuron lesion.** In: **Spasticity: etiology, evaluation, management and role o botulinum toxin.** We move. September, 2002.
50. MARTINS, M.R ; GOMES, F.V. ; NISHIMURA, C. H. **Percepção dos discentes acerca das teorias de enfermagem num curso de graduação.** Arq. Apadec, n.8 (supl.), mai, 2004.
51. MARTINS, M.S; SANTOS, V.L.C.G; SECOLI, S.R; MATA, S.M; NOGUEIRA, D.S; SOUZA, D.M. **Estudo comparativo sobre dois tipos de cateteres para cateterismo intermitente limpo em crianças estomizadas.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 4, n. 43, p. 865-871, 2009.

52. NICKEL, S; GESSE. T; MACLAREN, A. **Ernestine Wiedenbach: her professional legacy.** J. Nurse Midwifery, v. 37, p. 161-167, 1992.
53. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Disabilities: What Everyone Should Know, The Newsletter of the Pan American Health Organization.** 2006.
54. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2006.
55. PASCUAL, M.G. et al. **Lesión Medular – guia de autocuidados.** Valencia : Generalitat Valenciana – Conselheria Sanitat, 2001.
56. PINHEIRO, J. P. **A cadeira de rodas e o traumatizado vértebro medular.** Estudo II. Revista Interações, n. 6, p. 184-198, 2004.
57. POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
58. REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Agressões por armas de fogo – Caracterização de pacientes internados por causas externas de 1999-2000.** Disponível em <[http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/02\\_08\\_paf.pdf](http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/02_08_paf.pdf)>. Acessado em 15 de abril de 2009.
59. RENGACHARY, D.A; LIN, T.L. **The Washington Manual – Guia Prático para Neurologia.** 1ª ed. St. Louis : Guanabara, 2005.
60. SCHIMITZ, T.J. **Lesão Medular Traumática. In: O`Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia Avaliação e Tratamento.** 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
61. SILVA, G.A. **Independência funcional de pessoas portadoras de paraplegia em programa de reabilitação: resultados e fatores associados.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. 105 p. 2006
62. SISCÃO M.P., PEREIRA C., ARNAL R.L.C., FOSS M.H.D.A, MARINO L.H.C. **Trauma raquimedular: caracterização em um Hospital Público.** Arq. Ciênc. Saúde, v.14, n. 3, p.145-147, 2007.
63. SITZMAN, K. e EICHELBERGER, L.W. **Chapter Eight: "Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning"** by Sitzman, K. and Eichelberger, LW 2004 Jones and Bartlett Sudbury: MA Understanding the Work of Nurse Theorists – A creative beginning. 185 p. Ed. Jones e Bartlett Sudbury: MA, 2004.
64. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratamento de pacientes com trauma neurológico.** In: Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006, v. 4, cap. 58, p. 1603-1623.

65. SOUZA, M. de L. et al. **O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica.** Rev. Texto e Contexto Enferm., v.14, n.2, p. 266-270, 2005
66. STAAS Jr, W.E; FORMAL, C.S; FREEDMAN, M.K; FRIED, G.W; READ, M.E.S. **Lesões medulares e tratamento médico das lesões medulares.** In: DELISA, J.A. et al. In: Tratado de Medicina Física e Reabilitação. Princípios e Prática. 3ª Ed. São Paulo : Manole, 2002. v.2, cap. 51, p. 1325-1355.
67. STUDART, R.M.B. **A Escala de Waterlow na úlcera por pressão na pessoa com lesão medular: Uma tecnologia assistencial de enfermagem.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. 134 p. 2009
68. TOMEY, A. M. y ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías de enfermería.** 5ª ed. Español. Ed. Elsevier Espana, S.A. Madrid, 2005.
69. TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica.** 2ª ed. Cali: Organización Panamericana de la Salud, 1982.
70. TUONO, V.L. **Traumas de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares.** Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n; 2008. 214 p.
71. VALL, J. ; BRAGA, V. A. B; ALMEIDA, P.C. **Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática.** Arq. Neuropsiquiatr, vol. 64, nº2-B, p. 451-455, 2006.
72. VALL, J; LEMOS, K.I.L; JANEIRO, A.S.I. **O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico.** Cogitare Enferm, set/dez; v. 10, n.3, p. 63-70, 2005.
73. 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 (RS), v. 27, n.2, p. 219-229, 2006.
74. WIEDENBACH, E. **A concept of dynamic nursing: philosophy, purpose, practice and process.** Paper present at Pittsburgh, PA, (Archives in Yale University), 1962.
75. WIEDENBACH, E. **A systematic inquiry: application of theory to nursing practice.** Paper present at Duke University, 1970.
76. WIEDENBACH, E. **The nursing process in maternity nursing.** In J.P. Clausen. M.H. Flook. Maternity nursing today, 2ª ed., p. 39-51. New York: McGraw Hill, 1977.

# APÊNDICES E ANEXOS

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Sr(a):

Eu, Ticiania de Menezes Gularte, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo minha dissertação, intitulada **A Teoria de Ernestine Wiedenbach aplicada à necessidade de ajuda de pessoas paraplégicas – promoção do cuidado de enfermagem**. Os participantes serão pessoas portadoras de lesão medular, com diagnóstico de déficit motor do tipo paraplegia, que estarão em seu domicílio e desejarem participar da pesquisa.

Convido-lhe a participar deste estudo que tem como objetivo geral: Analisar a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem Clínica de Ernestine Wiedenbach na identificação da necessidade de ajuda às pessoas com lesão medular com déficit motor do tipo paraplegia.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação e gravação de entrevista a respeito da temática em questão. Os dados obtidos serão apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Pretendemos com essa pesquisa promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa com lesão medular no seu mundo pessoal e social.

Informo ainda, que:

- ✓ Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar;
- ✓ Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas. Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo;
- ✓ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência de Enfermagem;
- ✓ Em caso de dúvida, poderá comunicar-se com a orientadora da pesquisa Zuíla Maria de Figueiredo Carvalho, que reside na Rua Cônego Braveza, número 1332, bairro Cidade dos Funcionários, Fortaleza, CE, CEP: 60822-820. Fone: (085) 3275 7137 e 8828 0041.
- ✓ O Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se disponível para reclamações pertinente à pesquisa pelo telefone 3255-5104.

Em face dos motivos expostos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,

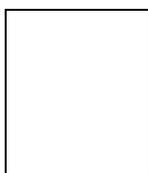
\_\_\_\_\_  
Ticiania de Menezes Gularte

Eu, \_\_\_\_\_ RG n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela aluna Ticiania de Menezes Gularte, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho ao questionário.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Participante do estudo

\_\_\_\_\_  
Ass. do aplicador do instrumento



Polegar Direito

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zuíla Maria de Figueiredo Carvalho  
Orientadora da Pesquisa

## APÊNDICE 2

### FORMULÁRIO DE ENTREVISTA AOS PORTADORES DE LESÃO MEDULAR

<b>Dados Sociais e epidemiológicos</b>
1. Nome do paciente: _____
2. Ocupação: _____
3. Naturalidade: _____
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Endereço: _____
6. Telefone: _____
7. Sexo: ( ) M ( ) F
8. Cor: ( ) Branca; ( ) Amarela; ( ) Parda; ( ) Preta; ( ) Indígena
9. Situação civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Outro _____
10. Escolaridade: ( ) Fundamental completo ( ) Fundamental incompleto ( ) Médio completo ( ) Médio incompleto ( ) Superior completo ( ) Superior incompleto ( ) Analfabeto
11. Rendimentos (em salários mínimos): ( ) menos de 1 ( ) de 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) acima de 6
12. Religião: ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Outra: _____
<b>Dados relativos à lesão medular</b>
13. Tipo de lesão: ( ) Paraplegia parcial ( ) Paraplegia total
14. Nível da Lesão: ( ) Torácico ( ) Lombar ( ) Sacral
15. Tempo de lesão: ( ) menos de 6 meses ( ) mais de seis meses ( ) 1 ano ( ) + de 1 ano
16. Mecanismo do Trauma: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Queda de altura ( ) Desportivo ( ) Acidente Automobilístico ( ) Outro _____

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Para você o que significa ajuda?
2. Que tipo de problemas (necessidades de ajuda) você está enfrentando desde a descoberta de sua paraplegia e que tipo de ajuda você está recebendo?
3. Quem neste momento está lhe oferecendo ajuda?
4. Algum enfermeiro tem lhe ajudado neste percurso de sua condição de paraplegia?
5. Que tipo de ajuda você espera receber para atender as suas necessidades frente à paraplegia?