

Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem¹

Nursing diagnoses of most incidence on people with spinal cord injury in the context of outpatient care through an approach based on Orem Theory

Diagnósticos de enfermería de mayor ocurrencia en personas con lesión de la medula espinal en el contexto de la atención ambulatorial por medio de la abordaje basada en el modelo de Orem

Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito^I, Maria Márcia Bachion^{II}, Joaquim Tomé de Souza^{III}

RESUMO

A complexidade das condições de saúde apresentadas pelas pessoas com trauma raquimedular exige o planejamento e a implementação de sistemas de enfermagem que contribuam para desenvolver nessa população a capacidade para o autocuidado. Para isso a enfermagem deve ter clareza dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) que ocorrem nesse grupo. Esta pesquisa teve como objetivo analisar os diagnósticos de enfermagem de ocorrência \geq a 75% em pessoas com lesão medular, atendidas no contexto ambulatorial, no período de novembro de 2005 a dezembro de 2006, mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. Participaram deste estudo descritivo 30 pessoas com lesão medular atendidas no Ambulatório de Triagem de Lesão Medular de um centro especializado em reabilitação no estado de Goiás. Foram identificados 61 diferentes diagnósticos de enfermagem (DE) na amostra estudada, totalizando 734 diagnósticos. O número de DE variou de 12 a 33, com média de 24,46 ($\pm 4,62$) sendo a mediana 25,5 diagnósticos por sujeito, moda de 26 diagnósticos. A análise privilegiou os DE identificados com frequência \geq 75%, juntamente com os respectivos fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco.

Palavras chave: Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Teoria de enfermagem; Traumatismos da medula espinal.

ABSTRACT

The complexity of health conditions presented by people with spinal cord injury requires planning and implementation of nursing systems that contribute to develop the capacity of self-care on this population. Due to this, the nursing diagnoses that happen on this group must be clear to nursing. The aim of this search

was to analyze the Nursing Diagnoses that occurred in a 75% or more, on people with spinal cord injury, attended in a ambulatory context, through an approach based on Orem Theory. 30 people with spinal cord injury cared at Selection Clinic of Spinal Cord Injury, from a centre specialized in rehabilitation in the state of Goiás, participated on this descriptive study. 61 different Nursing Diagnoses (ND) were identified in the sample studied, with a total of 734 diagnoses. The number of ND varied from 12 to 33, with media 24.46 (± 4.62) being the median 25.5 diagnoses by person, mode of 26 diagnoses. The analysis privileged the ND identified with frequency \geq 75%, altogether with the respective related factors and defining characteristics or risk factors.

Key words: Nursing; Nursing diagnosis; Nursing theory; Spinal cord injury.

RESUMEN

La complejidad de las condiciones de salud presentada por las personas con trauma raquimedular exige el planificación y la puesta en práctica de los sistemas de enfermería que

¹ Parte da dissertação de Mestrado "Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado", defendida em 23 de fevereiro de 2007, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion.

^I Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Gerente de Enfermagem do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo. E-mail: agmbrito@bol.com.br

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: mmbachion@fen.ufg.br

^{III} Médico, Doutor em Ciências, Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade federal de Goiás. E-mail: tome@superig.com.br

contribuam para desenvolver em esta população a capacidade para o autocuidado. Para isto a enfermagem deve ter clareza de los Diagnósticos de Enfermagem (DE) que ocorrem em este grupo. Esta investigação teve como objetivo analisar diagnósticos de enfermagem identificados com ocorrência maior ou igual a 75% em pessoas com lesão medular, em el contexto de la atención ambulatorial por medio del abordaje basado en el Modelo de Orem. Treinta personas con lesión medular atendidas en ambulatorio de selección de la clínica de lesión medular de un centro especializado en rehabilitación en el estado de Goiás habían participado de este estudio descriptivo. Fueron

identificados sesenta y un diferentes diagnósticos de enfermería (DE) en la muestra estudiada, totalizando 734 diagnósticos. El número varió de 12 a 33, con un promedio de 24,46 (\pm 4,62), siendo la mediana 25,5 diagnósticos por ciudadano y moda de 26 diagnósticos. El análisis privilegió DE identificados con frecuencia \geq al 75%, junto con los factores relacionados respectivos (FR) y las características definidoras (CD) o factores de riesgo.

Palabras clave: Enfermería; Diagnósticos de enfermería; Teoría de enfermería; Traumatismos de la médula espinal.

INTRODUÇÃO

Dependendo do nível e do grau da lesão medular, a mesma configura-se em uma grave síndrome, mais ou menos incapacitante, que compromete não apenas a locomoção e a capacidade para o autocuidado, mas diversas funções, o que pode gerar desestruturação na dinâmica familiar e social na qual a pessoa com LM está inserida. Além de alterações fisiológicas decorrentes do trauma medular existem complicações decorrentes do repouso prolongado e da imobilidade no leito, como a trombose de veias profundas, hipotensão postural, úlceras por pressão, alterações pulmonares, contraturas, atrofia e fraqueza muscular, entre outras⁽¹⁾.

Dada à complexidade dessa situação, acreditamos ser o Processo de Enfermagem (PE) a abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve a pessoa com lesão medular, suas reais necessidades e condições de enfrentamento dos problemas. Esse método deve ser norteado por uma teoria que guie a coleta de dados, facilite a identificação dos diagnósticos e embase as intervenções de enfermagem⁽²⁾.

Existem numerosos modelos teóricos de enfermagem. Uma das Teorias que apresenta congruência com o foco específico de atenção à pessoa com lesão medular é a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. Assim como nessa Teoria, na reabilitação a proposta é a participação ativa do paciente no seu tratamento, inclusive na definição das metas,

para o alcance do maior nível possível de independência.

Os seres humanos são capazes de cuidar de si mesmos e quando surgem situações de desvio da saúde ou quando os mesmos atravessam etapas desenvolvimentais, nas quais esta capacidade para o autocuidado se torne menor do que as exigidas para a manutenção da saúde, configura-se a necessidade da enfermagem⁽³⁾. Nesse contexto, autocuidado é, o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, os quais podem ser afetados por fatores como idade, etapa de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos da atenção médica⁽³⁾.

Quando as pessoas não conseguem cuidar de si próprias surge o cuidado dependente, isto é, o cuidado pessoal continuado, de regulação e desenvolvimento, proporcionado por adultos responsáveis, aos lactentes, crianças ou pessoas em situação de incapacidade⁽³⁾.

Com base nos pressupostos desta teoria há três categorias de requisitos ou necessidades de autocuidado⁽³⁻⁴⁾:

- Requisitos de Autocuidado Universais: são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital, relacionados às suas necessidades básicas, subdivididos em: manutenção de aporte adequado de ar; manutenção de aporte adequado de água e alimentos; provisão de cuidados associados aos

processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e repouso; prevenção de perigos para a vida e funcionamento e bem-estar humanos; promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, dentro do grupo social e das limitações humanas.

- Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento: é a provisão de cuidados que apóiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida, como por exemplo: o estado de desenvolvimento intra-uterino; a etapa neonatal; a infância; a adolescência; etapas de desenvolvimento da vida adulta; a gravidez.
- Requisitos de Autocuidado de Desvios da Saúde: Constituem a demanda de autocuidado terapêutico. Este tipo de requisito existe para as pessoas enfermas, que apresentam formas específicas de patologias, deficiências ou incapacidades, que estejam sob diagnóstico e tratamento médico. Os requisitos de autocuidado, segundo a autora, surgem tanto do estado de enfermidade como das medidas usadas em seu diagnóstico ou tratamento⁽³⁾.

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

Mediante avaliação dos requisitos de autocuidado, o enfermeiro estabelece o Diagnóstico de Enfermagem, ou seja, emite juízos de enfermagem sobre as pessoas, suas propriedades, seus movimentos ou alterações nas propriedades, por meio de um processo de análise e síntese cuidadoso dos fatos⁽³⁾, para explicar: a relação entre os fatores condicionantes básicos e os requisitos de autocuidado existentes e os meios para satisfazê-los; o repertório de práticas de autocuidado do paciente em relação a demanda

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

As formulações diagnósticas, na Teoria de Orem⁽³⁾, não possuem uma padronização de linguagem. A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁽⁵⁾, propõe uma taxonomia para os diagnósticos de enfermagem, que tem sido adotada internacionalmente e constitui uma importante contribuição para a padronização de linguagem na enfermagem.

Essa taxonomia propõe uma padronização para a expressão dos DE, nos quais os déficits para o autocuidado e suas relações com fatores condicionantes básicos⁽³⁾ são contemplados, por meio dos conceitos diagnósticos e fatores relacionados ou de risco. Assim, pode-se aplicá-la de modo integrado à Teoria do Autocuidado para a fundamentação do PE e para a definição dos diagnósticos de enfermagem.

No Brasil, embora possa ser observado um movimento crescente na utilização do PE pela enfermagem brasileira, a etapa de diagnósticos, ainda é pouco aplicada no trabalho dos enfermeiros na prática⁽⁶⁾.

Os principais propósitos do uso dos diagnósticos de enfermagem na prática são: melhorar a oferta de cuidados de enfermagem ao cliente, por meio da individualização do cuidado; facilitar a comunicação intraprofissional, provendo uma linguagem padronizada para informar os problemas de saúde do cliente; validar as funções de enfermagem, estabelecendo ligação entre a problemática das respostas humanas ao tratamento e as respostas ao tratamento; contribuir para definição das necessidades de pessoal de enfermagem e melhorar a autonomia profissional, provendo uma linguagem específica para diferenciar a prática da enfermagem de outros profissionais de saúde⁽⁷⁾.

A enfermagem na área de reabilitação ainda é emergente e, assim, conhecer os DE mais frequentes em pessoas com lesão

medular, poderá contribuir para o desenvolvimento da ciência de enfermagem no atendimento a essa população, elaboração de protocolos de intervenções apropriadas, delinear sistemas de enfermagem pertinentes, estimular e direcionar pesquisas futuras na área, embasar o ensino de enfermagem nesta temática, gerar conhecimento para subsidiar elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem, colaborar para o planejamento de programas de educação continuada com o objetivo de desenvolver competências e habilidades nos profissionais de enfermagem de forma a tornar as intervenções de enfermagem mais resolutivas e, também, contribuir para políticas de saúde no atendimento das reais necessidades dessa população pelo Sistema de Único de Saúde, quer seja nas instituições hospitalares ou na rede básica de assistência, como no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Cuidado Domiciliar.

Este estudo tem como objetivo geral analisar os diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência (\geq a 75%) em pessoas com lesão medular, atendidas no contexto ambulatorial, mediante abordagem baseada no Modelo do Autocuidado⁽³⁻⁴⁾.

São objetivos específicos:

- caracterizar alguns condicionantes básicos do autocuidado entre os participantes do estudo (sexo, idade, renda, escolaridade, procedência, existência do cuidador e sexo do cuidador; tempo decorrido de lesão medular, nível e grau da lesão).
- identificar diagnósticos de enfermagem presentes em pessoas com lesão medular, no contexto ambulatorial, com frequência \geq 75%; seus fatores relacionados e características definidoras/fatores de risco pertinentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, fundamentado no modelo conceitual proposto por Orem⁽³⁻⁴⁾ no processo de raciocínio clínico proposto por Helland⁽⁷⁾ e na classificação de diagnósticos de

enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association⁽⁵⁾.

A amostra de conveniência constituiu-se de 30 pessoas atendidas no Ambulatório de Triage de Lesão Medular, em um centro especializado em reabilitação no estado de Goiás. A inclusão dos participantes foi realizada independente de sexo, e considerou os critérios: idade igual ou maior que 18 anos, atendimento no período de novembro de 2005 a dezembro de 2006; diagnóstico médico de lesão medular; aceite em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; poder aguardar o tempo necessário, após o atendimento na instituição, para a realização da coleta de dados prevista na pesquisa. Foi considerado como critério de exclusão a solicitação da suspensão do consentimento para participar do estudo.

Para a coleta de dados foi realizada entrevista, exame físico, consulta ao prontuário, mediante um roteiro de coleta de dados desenvolvido com fundamentação nos requisitos de autocuidado⁽³⁻⁴⁾, considerando as possíveis influências da lesão medular nos requisitos de autocuidado universais e de desenvolvimento. O roteiro de coleta de dados passou por processo de refinamento realizado por dois juizes com experiência no atendimento a pessoas com lesão medular e com domínio da teoria do autocuidado e experiência na utilização do PE na prática clínica e na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, protocolo 099/05 e autorizado pela direção da instituição onde foi realizado. Após aprovação nestas instâncias, os sujeitos foram convidados a participar, tendo sido esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos envolvidos no estudo e, aqueles que concordaram, manifestaram o aceite por escrito, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta de dados foi realizada a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), utilizando o processo de raciocínio diagnóstico⁽⁷⁾, o qual inclui as etapas de análise e síntese dos dados coletados do paciente. Este procedimento foi realizado por dois

pesquisadores, conjuntamente. Em caso de divergências houve um processo de discussão e reflexão, até chegar ao consenso.

Com base nesse processo foi realizada a denominação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia da NANDA⁽⁵⁾. No decorrer da realização deste estudo, foi percebido que alguns fenômenos não estavam adequadamente descritos na NANDA⁽⁵⁾. Dessa forma, foram realizadas algumas modificações que estão assinaladas de acordo com a seguinte legenda: as palavras ou expressões acrescentadas estão sublinhadas; as palavras ou expressões suprimidas estão entre colchetes [] e as explicações ou especificações de eixos da taxonomia, estão entre parênteses, indicando, por exemplo: partes do corpo (MMII) ou sujeito (família).

Os diagnósticos foram analisados quanto à frequência simples e percentual de suas

categorias, respectivos fatores relacionados e características definidoras/ fatores de risco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme mostra a Tabela 1, dos 30 participantes, 22 (73,3%) eram do gênero masculino e 8 (26,7%) do gênero feminino, com idade entre 18 a 54 anos, com média de 32,6 ($\pm 10,29$) anos. Seis pessoas (20%) procediam de Goiânia, 9 (30%) de cidades do entorno, 10 (33,3%) do interior do Estado e 5 (16,7%) de outros Estados, sendo que 11 (36,7%) deles relataram ter recebido o atendimento para o tratamento inicial do trauma raquimedular em hospitais de Goiânia, após o atendimento de urgência em suas respectivas cidades ou local do acidente.

Tabela 1: Categorização socioeconômica de pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

*A – sem escolaridade; B- Ensino Fundamental incompleto; C- Ensino Fundamental completo; D- Ensino médio Incompleto; E- Ensino médio completo; F-Ensino superior incompleto; G- Ensino superior completo.

Quanto à escolaridade, 5 (16,7%) participantes declararam não ter escolarização, 15 (50%) possuem o ensino fundamental

incompleto, 2 (6,7%) o ensino fundamental completo, 4 (13,3%) possuem o ensino médio

incompleto, 3 (10%) concluíram o ensino médio e 1 (3,3%) o ensino superior incompleto.

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

Como pode se ver trata-se de uma população de baixa renda, a maioria com baixo grau de escolaridade, o que pode repercutir negativamente na capacidade de autocuidado dos participantes, uma vez que o suporte ambiental, compreendido como os recursos físicos, materiais e humanos a que as pessoas têm acesso nestas circunstâncias, fica comprometido⁽³⁾.

Outros estudos no Brasil, também relatam predomínio da lesão medular traumática em pessoas do sexo masculino, com média de idade predominante abaixo dos 40 anos, de classe social pobre e com baixo nível de instrução⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Com relação ao estado civil, 13 (43,3%) dos entrevistados se declararam solteiros, 11 (36,7%) casados e 6 (20%) separados. Em 82,8 % dos casos o cuidador era do sexo feminino e apenas uma pessoa (3,3%) declarou não ter cuidador.

Nessa população, de modo geral há predomínio do sexo feminino como agentes do cuidado dependente⁽¹¹⁻¹²⁾. Fatores culturais da sociedade quanto ao cuidar, ao longo do tempo têm atribuído à mulher, mãe, esposa, filha, o papel de cuidadora, o que faz com que as mulheres tenham mais oportunidades de desenvolver competências para desenvolver-se enquanto agência de autocuidado.

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

Tabela 2: Tempo, etiologia, nível e grau da lesão medular em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

Quanto à etiologia, 28 (93,3%) dos casos de lesão foram de origem traumática, sendo que 9 (30%) lesões ocorreram por acidente de trânsito, 8 (26,7%) por queda de altura, 6 (20%) por projétil de arma de fogo, 2 (6,7%) por mergulho em águas rasas e 3 (10%) por outras causas envolvendo acidente de trabalho. Apenas 2 (6,7%) casos ocorreram por causas não traumáticas, sendo um de etiologia hemorrágica e outro, infecciosa. Esses achados vão ao encontro das estatísticas mundiais, que

indicam que a principal etiologia da lesão medular é a traumática, liderada pelos acidentes de trânsito^(1,8,13).

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

Estes participantes apresentaram 61 diferentes diagnósticos de enfermagem (DE), sendo que, para cada sujeito foram identificados de 12 a 33 DE, totalizando 734 diagnósticos levantados para a amostra. A média do número de diagnósticos identificados foi de 24,46 (\pm 4,62) e a mediana de 25,5 diagnósticos por sujeito, moda igual a 26, primeiro quartil de 21 diagnósticos, terceiro quartil igual a 27. Este achado corrobora a afirmação de diversos autores de que a lesão medular é um acometimento grave e complexo^(1, 8, 13), exigindo uma atenção especial pela equipe de saúde.

Para apresentação e análise dos DE identificados com frequência \geq 75%, foram trazidos, conjuntamente, os respectivos fatores relacionados (FR) e características definidoras (CD) ou fatores de risco (quando for o caso), adotando a ordem da frequência dos mesmos. No entanto, em determinados momentos, alguns diagnósticos foram aproximados na discussão, considerando a sua inter-relação.

O DE Mobilidade física prejudicada foi identificado em 29 participantes (96,7%). O comprometimento da mobilidade física no lesado medular é decorrente principalmente da

lesão neurológica que leva a alterações na função musculoesquelética em extensão variável, de acordo com nível e tipo de lesão. A pessoa pode desenvolver paraplegia ou tetraplegia⁽¹⁾, com alterações ou interrupção da marcha. A perda motora não se limita aos membros inferiores, podendo atingir o tronco e membros superiores, o que dificulta a manobra de virar-se, além do equilíbrio postural.

A mobilidade física prejudicada é definida pela NANDA como "limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades"⁽⁵⁾. Possui 21 fatores relacionados e 12 características definidoras descritas. Foram encontrados no presente estudo 8 diferentes fatores relacionados, sendo 6 já incluídos na taxonomia e outros 2, que estão sendo sugeridos. Prejuízos neuromusculares ocorreram em todos os sujeitos, diminuição da força e controle muscular em 26, dor em 8 e falta de suporte físico e/ou socioambiental em 7 (Tabela 3).

Tabela 3: Fatores relacionados e características definidoras do DE mobilidade física prejudicada (n= 29), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

Também está sendo sugerida a inclusão do fator relacionado habilidades de adaptação não desenvolvidas, para descrever a situação na qual seria esperado menor grau de dependência para o autocuidado, contudo, a pessoa ainda não foi treinada para desenvolver tais habilidades. Esse fator também foi sugerido

para os DE capacidade de transferência prejudicada e mobilidade no leito prejudicada.

Hipotensão postural (ou ortostática), sugerida como fator relacionado, foi identificada em um participante. Na lesão medular, se manifesta com mais frequência nos tetraplégicos ou em pessoas com lesões em nível torácico acima de T6. Manifesta-se com

zumbidos, palidez cutânea, sudorese, escurecimento da visão ou perda súbita da consciência e uma taquicardia reflexa por resposta de inibição vagal em resposta à hipotensão sanguínea que estimula os barorreceptores dos seios carotídeos⁽¹⁴⁾. Pode ser desencadeada por mudanças bruscas da posição deitada para a sentada, principalmente em pessoas com LM recente. Na vigência de hipotensão ortostática, sobretudo antes do treino gradativo para que a pessoa possa assumir o ortostatismo, a capacidade de movimentação apresenta comprometida, com risco inclusive de quedas.

As características definidoras identificadas com maior frequência foram a interrupção na marcha (28 casos), dificuldade para virar-se (22 sujeitos) e instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária (12 pessoas).

Para um dos pacientes, com lesão medular em nível lombar, e que apresentou apenas alteração da marcha e passou a necessitar de apoio para a deambulação, não foi estabelecido o diagnóstico de mobilidade física prejudicada.

Com relação aos diagnósticos de déficit no autocuidado, todos os sujeitos da amostra dependiam de alguma ajuda de terceiros, em graus variáveis, de acordo com o nível da lesão.

O déficit no autocuidado para banho/higiene, foi identificado em 28 pessoas (93,3%); é definido como "capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de banho/higiene por si mesmo"⁽⁵⁾. Possui 6 características definidoras e 9 fatores relacionados descritos. Na presente pesquisa, conforme podem ser vistos na Tabela 4, os fatores relacionados observados em 100% dos casos foram: Prejuízo neuromuscular e incapacidade para perceber parte do corpo. Como muitos dos sujeitos ainda não passaram pelo processo de reabilitação e nem sempre dispõem dos dispositivos adequados, tais como uma cadeira de rodas e cadeira de banho, não adquiriram autonomia para realizar sua higiene pessoal, especialmente o banho. Por este motivo, estamos sugerindo a inclusão do fator relacionado habilidades de adaptação não desenvolvidas identificado em sete pacientes. Como a capacidade de transferência prejudicada interfere para a autonomia do indivíduo para o banho e está listado para o diagnóstico de déficit no autocuidado para higiene íntima, este fator foi incluído como causa para este diagnóstico. Prejuízo musculoesquelético (fratura) e dor foram observados em 2 pacientes com lesões associadas em MMSS, como fator dificultador para a atividade independente do banho.

Tabela 4: Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para banho/higiene (n=28), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular Goiânia, 2005-2006.

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

As características definidoras mais frequentes foram incapacidade de chegar à fonte de água e incapacidade de e secar o corpo (26 sujeitos cada) e incapacidade de lavar o corpo (25 casos), seguidas de incapacidade de pegar artigos para o banho, com 23 ocorrências. Seis pacientes relataram

dificuldades para entrar e sair do banheiro (Tabela 4). A incapacidade para chegar à fonte de água está ligada, além do prejuízo da mobilidade física, a inadequações de área física e equipamentos. Às vezes as portas dos banheiros nas residências, são mais estreitas em relação à cadeira de banho, o que

representa uma barreira ambiental para o ir e vir das pessoas que utilizam cadeira de rodas.

O déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, observado em 27 sujeitos deste estudo (90%), é definido como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar

atividades de vestir-se/arrumar-se por si mesmo”⁽⁵⁾. Possui 9 fatores relacionados e 13 características definidoras, sendo aqueles identificados nesta pesquisa mostrados na Tabela 5.

Tabela 5: Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (n=27), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005 -2006.

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

Para esse diagnóstico também é sugerido o acréscimo do fator relacionado habilidades de adaptação não desenvolvidas, pois em 13 casos estudados foi observado que a falta de treino para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado contribui para o déficit. Mais uma vez a dor aparece como fator relacionado, dificultando o movimento necessário para a atividade de autocuidado, neste caso evidenciado em 7 participantes.

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

O déficit no autocuidado para higiene íntima foi identificado em 27 pacientes, é definido como “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima”⁽⁵⁾, com 10 fatores relacionados descritos, dos quais foram identificados 6 entre os participantes, sendo os mais freqüentes, prejuízo neuromuscular (100%), estado de mobilidade prejudicada (96,29%) e capacidade de transferência

prejudicada (88,88%). O fator habilidades de adaptação não desenvolvidas, é sugerido e foi verificado em 25 pessoas, 92%. O déficit no autocuidado para higiene íntima possui 5 características definidoras listadas na NANDA, das quais 3 foram identificadas, e uma sugerida, para posterior discussão com especialistas, que foi denominada incapacidade de entrar e sair do banheiro. Esta situação está relacionada ao modelo padrão do artefato auxiliar, no caso, a cadeira higiênica disponível no mercado, que não permite que a própria pessoa que possua condições físicas preservadas em MMSS a conduza, devido ao tamanho das rodas (Tabela 6).

Tabela 6: Fatores relacionados e características definidoras do DE déficit no autocuidado para higiene íntima (n= 27), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

Também há a dificuldade relacionada às questões arquitetônicas. No atual padrão de construção das residências de modo geral, o banheiro ocupa uma área reduzida, sendo a porta desse local, em geral, mais estreita que as demais dependências da moradia. Esse modelo deve ser repensado, não apenas em função da lesão medular, mas também em decorrência do processo de envelhecimento populacional.

O suporte ambiental adequado inclui os recursos físicos e materiais necessários para o autocuidado, além do suporte dos profissionais e cuidadores. Nesse sentido, inadequações de cadeira de banho, cadeira de rodas, área física do banheiro, podem ser grandes obstáculos para a realização do autocuidado⁽³⁻⁴⁾.

Na taxonomia da NANDA⁽⁵⁾, para cada déficit no auto cuidado há uma definição e um rol de fatores relacionados e características definidoras descritos separadamente, sendo que 8 dos fatores relacionados descritos são os mesmos para todos os diagnósticos de déficit no autocuidado. Portanto, vários desses déficits podem ocorrer concomitantemente no mesmo indivíduo. Poderiam então, ser agrupados em um único diagnóstico, relatando-se todas as

características definidoras encontradas, o que seria denominado de síndrome do déficit do autocuidado, especificando-se em quais áreas do autocuidado existe o déficit.

O diagnóstico de síndrome já existe na taxonomia⁽⁵⁾ para outras situações. Os diagnósticos de síndrome, em enfermagem, “compreendem um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes ou de alto risco, cuja presença é prevista devida a algum evento ou situação”⁽¹⁵⁾. Assim, no âmbito do presente estudo, há dados para descrever a situação de Síndrome do déficit de autocuidado, que pode agregar o conjunto de diagnósticos de déficit de autocuidado em situações de inter-relação.

O diagnóstico de capacidade de transferência prejudicada, identificado em 83,3% dos casos, é definido como a “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas”⁽⁵⁾. Ainda não existem fatores relacionados desenvolvidos na taxonomia para este diagnóstico. É sugerido nesse estudo a inclusão de 4 itens: Prejuízo neuromuscular (22 sujeitos), habilidades de adaptação não desenvolvidas (16 pessoas), dor e hipotensão postural (2 casos respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7: Fatores relacionados e características definidoras do DE capacidade de transferência prejudicada (n= 25), em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

O prejuízo neuromuscular decorrente da LM foi o principal fator limitador da capacidade de transferência independente. Afeta a capacidade de movimento e a força muscular, impedindo ou dificultando a realização de movimentos ou de sustentação do corpo. Em 2 pacientes a dor foi um fator limitador do movimento. Esses dois fatores relacionados também são sugeridos para o DE mobilidade no leito prejudicada. Dois pacientes apresentavam hipotensão postural como impedimento para realização de transferências entre superfícies próximas.

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

itens, nos quais predomina a questão de transferência da cama para cadeira e vice versa e da cama para cadeira higiênica e vice-versa, como mostrado na Tabela 7.

O DE mobilidade no leito prejudicada esteve presente em 23 (76,70%) dos casos. Este diagnóstico é definido como “a limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra, no leito”⁽⁵⁾. Ainda não há fatores relacionados desenvolvidos para esse diagnóstico⁽⁵⁾ e estamos sugerimos a inclusão de 4, quais sejam: prejuízo neuromuscular; diminuição da força e controle muscular; habilidades de adaptação não desenvolvidas e dor, que foram observados nas pessoas do estudo (Tabela 8).

Tabela 8: Fatores relacionados e características definidoras do DE mobilidade no leito prejudicada (n= 23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

A imobilidade reduz a capacidade funcional do sistema musculoesquelético resultando em fraqueza, atrofia e baixa resistência à fadiga, reduz a capacidade funcional do sistema cardiovascular, também pode ocasionar a osteoporose, contraturas, hipotensão postural, predispõe à estagnação venosa, aumentando o risco de TVP⁽¹⁶⁾.

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

A lesão medular pode afetar a motricidade não só dos membros inferiores, mas também do tronco e dos braços, dependendo do nível do trauma⁽¹⁾. Dessa forma, a mudança de decúbito no leito pode tornar-se um verdadeiro desafio, quando a pessoa ainda não aprendeu as habilidades necessárias. Como pode ser visto, nesse caso, tanto o nível da lesão como a falta de oportunidade de aprendizado atuam concomitantemente como fatores

condicionantes básicos do autocuidado para o atendimento ao requisito de equilíbrio entre a atividade e o repouso.

Em alguns casos, pessoas com lesão incompleta da medula espinhal poderão desenvolver a deambulação, no entanto, esta será frequentemente limitada a certas condições como ao lar, curtas distâncias ou haverá a necessidade de tecnologia assistiva. A deambulação também poderá, no futuro, sofrer o impacto do declínio neurológico, musculoesquelético e cardiovascular⁽¹⁷⁾.

O risco para integridade da pele prejudicada é outro problema comum em pessoas com lesão medular e ocorreu em 90% dos sujeitos. É definido como “estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa”⁽⁵⁾. Esse diagnóstico foi afirmado mesmo para aqueles já possuíam algum tipo de lesão na pele ou tecidos, pois os fatores de risco identificados evidenciaram a possibilidade de novas lesões em outras partes do corpo.

Para este DE existem 20 fatores de risco relatados dos quais foram identificados 6:

fatores mecânicos (pressão, fricção) em 26 sujeitos, sensibilidade alterada em 25 e mobilidade física prejudicada em 23. Doze demonstraram não possuir conhecimentos suficientes para prevenir úlceras de pressão e, por este motivo, estamos sugerindo a inclusão deste fator. O termo imobilização física foi modificado para mobilidade física prejudicada,

por entendermos que se adequou melhor à situação do portador de lesão medular e apresentou 23 ocorrências. O fator sensibilidade alterada foi identificado em 25 casos. Como o relato de conhecimento insuficiente para evitar úlceras de pressão foi freqüente nos casos estudados, passou a ser sugerido para inclusão na taxonomia. (Tabela 9).

Tabela 9: Fatores de risco do DE risco de integridade da pele prejudicada (n= 26), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

Risco de infecção ocorreu em 26 sujeitos da amostra (86%), é definido na taxonomia como "estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos"⁽⁵⁾. Possui

13 fatores de risco descritos, dos quais encontramos 7 (Tabela 10). Alguns sujeitos apresentaram risco de infecção em mais de um sistema orgânico.

Tabela 10: Fatores de risco do de risco de infecção (n=26), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

O autocuidado dirigido à manutenção e promoção da saúde requer conhecimentos a respeito dos objetivos e práticas do cuidado e das habilidades necessárias. A capacidade para o autocuidado é aprendida, a escolaridade e o suporte ambiental, no qual estão inseridos profissionais competentes e interessados, são condicionantes básicos do autocuidado⁽³⁻⁴⁾.

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

fluidos orgânicos nos pulmões, relacionado à restrição da pessoa ao leito, ao tempo de lesão (recente, até 30 dias) e ao tipo de lesão que levou ao uso anterior de dreno de tórax. Por este motivo, é sugerida a inclusão do fator de risco para infecção: estase de fluidos orgânicos, para posterior discussão com especialistas.

Juntando-se a todos os problemas acima relatados o conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento por parte da maioria dos pacientes (83,30%), emerge um quadro preocupante com relação às condições de manutenção da saúde e bem estar da população deste estudo, que podem levar a situação de proteção ineficaz e ao risco de controle ineficaz do regime terapêutico.

O diagnóstico de conhecimento deficiente sobre o processo de doença e tratamento, definido como "ausência ou deficiência de

informação cognitiva relacionada a um tópico específico⁽⁵⁾, possui 4 características definidoras (CD) e 6 fatores relacionados (FR), sendo que 2 FR identificados nesta pesquisa ocorreram em 100% dos pacientes com esse diagnóstico: a falta de exposição à informação

pelos profissionais que os atenderam previamente em outras instituições (relatado pelos participantes) e a falta de familiaridade com os recursos de informação disponíveis (Tabela 11).

Tabela 11: Fatores relacionados e características definidoras do DE Conhecimento deficiente (do indivíduo) – (n= 25), sobre o processo de doença e tratamento em pessoas com LM (N=30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

Para descrever uma situação encontrada, é sugerida a CD interpretação equivocada de reações do corpo, pois uma pessoa demonstrava o desconhecimento a respeito das contrações involuntárias de MMII, interpretando-as como sinais de recuperação para o retorno à deambulação.

Proteção ineficaz é a “diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões⁽⁵⁾”. Foi identificado em 23 (76,70%) participantes. Entre os 7 fatores relacionados descritos, foram identificados “doença” (trauma

raquimedular) em 100% dos casos. É sugerida a inclusão do fator Conhecimento insuficiente para prevenir complicações decorrentes da doença ou lesão, pois 9 pacientes e seus cuidadores declararam desconhecer os cuidados necessários para preveni-las. Das 3 CD listadas na NANDA, foram identificadas 2, sendo que alteração neurosensorial ocorreu em todos os casos e úlcera de pressão em 10. É sugerida ainda a substituição da característica “imobilidade”, por mobilidade física prejudicada, verificada em 100% dos casos (Tabela 12).

Tabela 12: Fatores relacionados e características definidoras do DE proteção ineficaz (n = 23), em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

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

O DE risco de disfunção neurovascular periférica significa “estar em risco de distúrbios na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade⁽⁵⁾”. Foi identificado em 23

(76,70%) pessoas deste estudo. Apresenta 7 fatores de risco descritos na taxonomia, dos quais foi identificado imobilização, que foi considerada como a incapacidade do indivíduo mover ativamente os MMII em decorrência da LM. É sugerido o acréscimo de outros, quais sejam: hipotonia muscular, mobilidade física prejudicada, habilidades de adaptação não desenvolvidas (Tabela 13).

Tabela 13: Fatores de risco do DE risco de disfunção neurovascular periférica (n= 23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

A hipotonia muscular é situação freqüente em pessoas com LM, como conseqüência da tetraplegia ou paraplegia e, em conjunto com a mobilidade física prejudicada, contribuem para a estagnação venosa e aumento da coagulabilidade do sangue, aumentando o risco de formação de trombos principalmente em membros inferiores (trombose venosa profunda – TVP). O local mais comum de formação de trombos é nas veias da panturrilha. Esses trombos, geralmente em cerca de 1 semana, se prendem à parede da veia, sendo que cerca de 20% dos trombos na panturrilha se estendem para as veias poplíteas e para as da coxa e metade deles provoca embolia nos pulmões, ameaçando seriamente a vida do paciente⁽¹⁶⁾.

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

medidas preventivas consideradas como habilidades para o autocuidado na prevenção desse diagnóstico as quais não foram evidenciadas em 9 participantes.

Atividades de recreação deficientes, definido como “estimulação (ou interesse, ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer”⁽⁵⁾, foi identificado em 76,30% dos participantes. Na taxonomia, há 1 FR e 2 CD descritas, que se referem principalmente à pacientes internados. Por este motivo, em alguns casos deste estudo, para a CD passatempos habituais que não podem ser realizados, foi sugerida a supressão das palavras [no hospital], para os pacientes que declararam passatempos ou atividades de recreação que gostavam de realizar antes da LM e que, após a lesão, não estão podendo realizá-las, quer seja devido às incapacidades resultantes, ou por falta de recursos ambientais (Tabela 14).

Tabela 14: Fatores relacionados e características definidoras do DE atividades de recreação deficientes (n=23) em pessoas com LM (N =30). Ambulatório de lesão medular. Goiânia, 2005-2006.

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

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

CONCLUSÕES

Na amostra estudada, de acordo com as características identificadas, há condicionantes que favorecem o autocuidado, tais como a idade (adultos jovens), disponibilidade de cuidador do sexo feminino; e condicionantes que dificultam o autocuidado, tais como escolaridade e renda baixas, que limitam o acesso a recursos tecnológicos.

O número de diagnósticos de enfermagem identificados com freqüência maior ou igual a

75% foi igual a 12 diferentes categorias, a saber: três de risco e nove reais, sendo nenhum deles de bem estar. Este perfil também se constitui em condicionante básico para o autocuidado, pois, ao mesmo tempo em que influencia as capacidades dos participantes para o autocuidado, também aponta para seus déficits e suas demandas.

O conjunto de diagnósticos apresentados pelos participantes reforça a importância e a abrangência da avaliação pelo enfermeiro, para contribuir no processo de reabilitação de pacientes e educação de cuidadores, para capacitá-los para o autocuidado, contribuindo para a redução do nível de dependência.

Houve alta ocorrência de conhecimento insuficiente sobre o processo de doença e tratamento entre os participantes, para a prevenção de complicações associadas à situação de lesão medular. Algumas dessas complicações instalam-se rapidamente e podem ser prevenidas quando as pessoas com LM e seus familiares recebem orientações adequadas e aderem às mesmas. Nesse sentido, programas de educação permanente, realizados em conjunto com as instituições envolvidas, poderiam facilitar a continuidade dos cuidados e o controle das situações de risco.

O foco desse estudo foi a pessoa com lesão medular, contudo, é importante lembrar que para a família, ter em casa uma pessoa adulta dependente para o autocuidado representa a necessidade de reorganização de rotinas, de redistribuição de funções, muitas vezes com a sobreposição de tarefas de cuidados com a casa e as tarefas de cuidado dependente, o que requer um gasto extra de tempo e esforço físico. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de um sistema de enfermagem capaz de preparar o paciente e seus familiares para a alta hospitalar, desde a fase inicial da LM, bem como o estabelecimento, por parte dos responsáveis pela elaboração das políticas de saúde, de um sistema de referência e contra-referência para esses pacientes, envolvendo os hospitais de urgência, o Programa de Saúde da Família e *Home-Care* e as unidades especializadas em reabilitação, de forma a garantir a continuidade da assistência a essa clientela e diminuir o tempo de início do

programa de reabilitação, que ocorre devido a instalação de complicações associadas à falta de conhecimento para o cuidado.

Embora não fosse objetivo desta pesquisa avaliar a aplicabilidade da taxonomia da NANDA⁽⁵⁾, é oportuno destacar que a identificação de diagnósticos de enfermagem a partir dessa taxonomia, para descrever as repostas humanas da pessoa com lesão medular, ainda requer estudos futuros, pois a classificação proposta nem sempre descreve com clareza todas as respostas observadas nesses pacientes. Neste estudo, para os 12 DE identificados com frequência maior ou igual a 75%, foram sugeridos a inclusão de 13 fatores relacionados, 3 características definidoras e 5 fatores de risco, que ficam aguardando validação futura.

REFERÊNCIAS

1. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2002. 1975 p.
2. Guerra EMD, Santos FLMM, Araujo TL. O Cuidar Fundamentado em Orem. Rev. Nursing. 2002;49(5):24-9.
3. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4ª edição. Barcelona: Masson/ Salvat; 1993.
4. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. 6ª edição. St. Louis: Mosby; 2001.
5. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Faro ACM. A Reabilitação da Pessoa com Lesão Medular: Tendências da Investigação no Brasil. Rev. Enfermería Global. Múrcia [Internet]. 2003 [cited 2007 fev 23];3(3). Available from: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/609/670>
7. Helland WY. Nursing Diagnosis. Diagnostic Process. In: Christensen PJ, Kenney JW. Nursing Process: Application of Conceptual Models. 4ª edição. St. Louis: Mosby; 1995. p. 120 -138.
8. Greve JMD'Andrea, Casalis MEP, Barros Filho TEP. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca; 2001.

9. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. Revista Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(4):347-53.
10. Neves RS. Diagnóstico de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia II da NANDA [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2003.
11. Faro ACM. Fatores de risco para úlceras de pressão: subsídios para prevenção. Revista Escola de Enfermagem da USP. 1999;33(3):279-283.
12. Madureira NCM. O saber-fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física: um estudo no pré e trans-reabilitação [dissertação]. [São Paulo]: Escola de Enfermagem/USP; 2000.
13. Lianza S. Medicina de Reabilitação. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
14. Greve JMD'Andrea, Castro AWC. Tratamento Clínico da Lesão Medular Espinhal Fase Aguda. Alterações cardiocirculatórias no paciente lesado medular agudo. In: Greve, JMD'Andrea, Casalis MEP, Barros Filho TEP. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Roca; 2001. p. 57-64.
15. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica. 8ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Halar EM, Bell KR. Imobilidade: Alterações e Efeitos Fisiológicos e Funcionais da Inatividade nas Funções Corporais. In: Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática. 3ª edição. São Paulo: Manole; 2002. p. 1067-84.
17. Brotherton SS, Krause JS, Nietert PJ. Falls in individuals with incomplete spinal cord injury. Spinal Cord [Internet]. 2007 [cited 2007 fev 23];45(1):37-40. Available from: <http://www.nature.com/sc/journal/v45/n1/pdf/3101909a.pdf>.

Artigo recebido em 06.06.07

Aprovado para publicação em 31.03.08