

# O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE PARAPLEGIA: UMA CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA

## Descritores

reabilitação, paraplegia,  
qualidade de vida

## THE REHABILITATION PROCESS OF THE PARAPLEGIC PERSON: A THEORETICAL CONTRIBUTION

Janaina Vall\*

## Descriptors

rehabilitation, paraplegia,  
quality of life.

## Biografia

\* Doutoranda em  
Ciências Médicas pela  
Universidade Federal do  
Ceará, Professora das  
Faculdades Integradas do  
Brasil – UniBrasil, Curitiba  
– Paraná.

## RESUMO

A reabilitação tem como princípio a busca pelo desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance sua independência, de acordo com seu nível de lesão. O objetivo do presente estudo é trazer uma contribuição teórica acerca de que aspectos um bom programa de reabilitação para o paraplégico deve abranger. Como metodologia tem-se o estudo teórico onde foram estudados artigos selecionados no LILACS e de posse dessas publicações, foi elaborada uma descrição de que fatores um bom programa de reabilitação deve abranger. A paraplegia envolve diversas complicações que devem ser manejadas de formas específicas. Além disso, um programa de reabilitação deve abranger uma avaliação adequada da funcionalidade dos pacientes, treino de atividades de vida diária e prática, reinserção social e profissional, orientações domiciliárias, atenção psicológica e familiar, sempre com enfoque na adaptação e no autocuidado.

## ABSTRACT

The rehabilitation has as beginning the search for the development of the remaining capacities, allowing the individual to reach your independence, in agreement with your lesion level. The aim of the present study is to bring a theoretical contribution concerning that aspects a good rehabilitation program for the paraplegic should embrace. As methodology is had the theoretical study where they were studied papers selected in LILACS and of ownership of those publications, it was elaborated a description that factor a rehabilitation program it should embrace. The paraplegia involves several

complications that should be handled in specific ways. Besides, a rehabilitation program should embrace an appropriate evaluation of the patients' functionality, training of activities of daily and practical life, social and professional, home orientations, psychological and family attention, always with focus in the adaptation and in the selfcare.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualquer país em tempos de paz apresenta 10% de sua população com grau maior ou menor de incapacidade<sup>(1)</sup>. Isto significa que cerca de 18 milhões de brasileiros necessitam de cuidados reabilitadores, demonstrando a gravidade deste problema social, devido principalmente às repercussões de ordem pessoal, familiar e comunitária, acarretando gastos maiores por parte do governo que deve suprir a necessidade do indivíduo que é incapaz de ser auto-suficiente.

A fim de entender reabilitação é preciso saber, primeiramente, o que não é reabilitação. A reabilitação não tem o objetivo de avaliar o grau de invalidez do indivíduo, mas o seu potencial de capacidade para a reabilitação.

Infelizmente, não é um tema muito abordado nas universidades e os profissionais depois de formados devem se especializar na área ou mesmo adquirir o conhecimento necessário para reabilitar na prática. Isso porque a atenção maior do governo ainda é para as doenças em sua fase aguda e não crônica. Além disso, a infraestrutura das cidades não permite a reinserção social do portador de necessidades especiais, visto que não há adaptações de ruas, praças e estabelecimentos, entre outros.

Segundo a Lei 7.853 de 1989 – dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência<sup>(2)</sup>, cabe como responsabilidades do poder público, entre outras, o incentivo a pesquisas e ao desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionadas com a pessoa portadora de deficiência. No entanto, na prática, isso ainda não ocorre, diferente de outros países europeus, por exemplo, que fornecem melhores condições de reabilitação a essas pessoas. Reabilitação é um conceito que deveria envolver todo o sistema de saúde. Deveria ser abrangente e incluir prevenção e reconhecimento precoce de complicações.

Diante disso, a reabilitação tem como princípio o processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com seu nível de lesão.

Dentre os objetivos desejados mediante a reabilitação estão: aumento da

independência, diminuição do tempo de internação e, principalmente, melhora na qualidade de vida. Isto porque reabilitação e qualidade de vida possuem uma íntima relação, um não ocorre sem o outro, mas concomitantemente e os portadores de paraplegia apresentam grande comprometimento da qualidade de vida, principalmente no que se refere aos aspectos sociais<sup>(3)</sup>.

Esse processo busca a reintegração social e profissionalmente utilizando como ferramentas meios clínicos, farmacológicos, físicos, ocupacionais e psicológicos, através de uma abordagem interdisciplinar. Por isso o retorno da pessoa às suas condições anteriores à lesão, mesmo que com limitações, é importante, porque recupera o papel do indivíduo dentro de sua família e comunidade.

É importante quando se avalia determinada doença, observar não apenas seus aspectos etiológicos, patológicos e clínicos, mas analisar a total conseqüência da doença na realidade psicossocial do indivíduo e de sua família. A identificação destas incapacidades, que é a conseqüência da lesão funcional ou anatômica secundária ao trauma ou doença, que acarreta dificuldades ou mesmo impede o desempenho de uma determinada função, é de suma importância para a reabilitação. A partir deste momento é que se conhece suas limitações e podem ser traçados objetivos e metas a serem alcançadas, que deverão ser dirigidas à independência nas capacidades preservadas, treino familiar se necessário e a prevenção de seqüelas, o que determina a efetivação do processo de reabilitação<sup>(2)</sup>.

Reabilitação é o processo de ajudar uma pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico e social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida. É integrar ou reintegrar na sociedade ativamente a pessoa cuja capacidade esteja diminuída<sup>(4)</sup>.

Cada pessoa é um ser individual com uma história de vida própria, com características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação. Através da reabilitação pessoas com incapacidades são capacitadas para mobilizar recursos, decidir o que desejam, o que são capazes de ser e alcançar metas através dos seus próprios esforços, em seus próprios caminhos.

A experiência de ter se tornado um paraplégico é permeada pela vivência de limitações, dependências, sentimentos e reações que vão sendo redimensionadas a medida que vão se re-elaborando significados e valores e se desenvolvendo ações que apontem possibilidades, as quais tomam pose mediante as escolhas que cada um faz para dar continuidade ou sentido à vida preservada, porém modificada<sup>(5)</sup>.

Diante deste contexto, o objetivo deste estudo é trazer uma contribuição teórica acerca de que aspectos um bom programa de reabilitação para o paraplégico deve abranger.

## METODOLOGIA

Estudo teórico partindo de uma questão central respondida por 32 pacientes. Trata-se da questão de número dois do questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) <sup>(6-71)</sup>, que avalia qualidade de vida. A pergunta é parte de uma dissertação de mestrado que seguiu os critérios éticos estabelecidos pela Resolução 196/1996<sup>(8)</sup> e gerou o questionamento de como deve ser um programa de reabilitação para um paraplégico, visto que esta questão demonstra claramente a importância da reabilitação para os portadores de lesão medular.

Após análise dos resultados à questão foi realizado uma busca por artigos relacionados ao tema, publicados principalmente no Brasil, aliado a estudo de livros consagrados em reabilitação. A base de dados escolhida foi a LILACS da Bireme ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)). Para a pesquisa, foi utilizado o descritor “paraplegia” e a busca pelos artigos relacionados foi feita no dia 31 de março de 2008. Foram encontrados 129 artigos, no entanto apenas 37 deles correspondiam diretamente ao tema reabilitação, os demais abordavam tratamentos cirúrgicos específicos das lesões, etiologia, perfil epidemiológico, lesões medulares em pediatria, entre outros. De posse dessas publicações, foi elaborada uma descrição de que fatores um bom programa de reabilitação deve abranger.

## PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA O PARAPLÉGICO

Uma das questões do SF-36, que avalia a qualidade de vida das pessoas, faz o indivíduo comparar sua saúde atual com a de um ano atrás. Quando aplicada a pacientes com paraplegia, que cumpriram reabilitação recentemente, obtém-se o resultado expresso na figura a seguir.

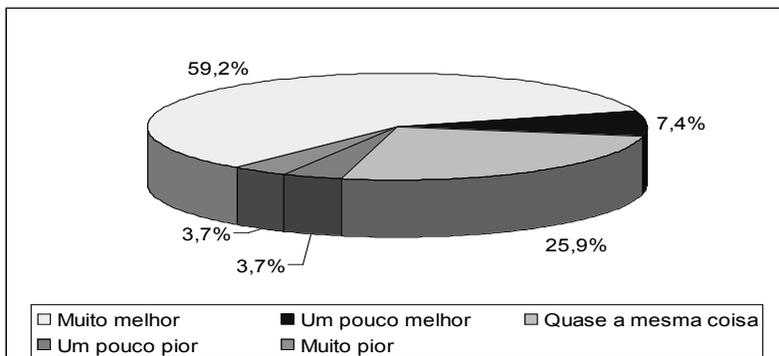


Figura 1 - Opinião das pessoas com paraplegia em relação a sua saúde atualmente e há um ano atrás (antes da reabilitação).

Analisando o gráfico, observa-se que as pessoas portadoras de lesão medular traumática, quando instigadas a comparar sua saúde atual com a de um ano atrás, referem que sua saúde atualmente é bem melhor do que há um ano. A justificativa para esta melhora, segundo relato dos sujeitos, foi o fato de terem sido submetidos a um programa de reabilitação. Isso ocorre porque, segundo Cowell, o aumento da expectativa de vida desses indivíduos fez com que o processo de reabilitação fosse para além da prevenção dos danos causados pela lesão medular e objetivasse também a melhoria da qualidade de vida e a independência funcional <sup>(9)</sup>.

Apenas duas pessoas (6,3%) referiram que sua saúde piorou e a justificativa para esta resposta foi o aparecimento de complicações recentes como comprometimento renal e úlcera de pressão.

Esses resultados sugerem que a reabilitação é um processo valioso no contexto da recuperação do paciente. No entanto, para que possa alcançar seus objetivos deve contemplar uma adequada avaliação das possíveis complicações após uma lesão medular para que se possa traçar a melhor estratégia de manejo e/ou tratamento. O grau de comprometimento e as complicações são detectadas após minucioso exame clínico e neurológico, onde são definidos o nível e extensão da lesão e seu prognóstico.

Vale ressaltar que não há um “pacote reabilitador” a ser aplicado a todos os portadores de lesão medular, visto que cada pessoa é única e deve ser reabilitada de forma holística e individual, no entanto algumas das complicações mais comuns no portador de paraplegia completa, sua avaliação e manejo são descritas no quadro 1.

COMPLICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS	AVALIAÇÃO	MANEJO
Íctus Neurogênico	Caracterizado pela presença de íctus desequilibrado entre as forças espásticas e tônica. É mais observado a paralisia espástica incompleta e propaga a descoordenação complexificada do trato urinário inferior e superior, a mais comum delas é a infecção do trato urinário de repetição.	Ampliação e exame clínico e neurológico. Débito vesical com avaliação do resíduo pós-voidagem (por ultra-son). Função de função renal (dosagem de uréia e creatinina). EAS*, ureoscopia e amebograma. Exame de ultra-son renal e de vias urinárias. Exame de uroretrocitografia miccional. Exame urodinâmico.	Não mostrar dois casos a menos e inconcomum a presença urinária pós-voidagem elevada, sendo indicado o programa de reeducação vesical, através, principalmente, do "Castorano Lento Intermitente". Este procedimento também é preventivo de complicações do trato urinário superior, como o refluxo vesico-uretral e a hidronefrose <sup>1</sup> . Havendo perdas de urina podem ser indicados anticolinérgicos por via oral ou vesical (o mais comum de ser usado é a esolbutina).
Íntimo Neurogênico	A inervação para a liberação do tônus do esfíncter anal é a mesma do esvaziamento vesical. Com a paralisia completa é comum ocorrer quadros de incontinência e constipação, sendo essa última mais comum.	Ampliação e exame clínico e neurológico. Observação do hábito intestinal e consistência das fezes.	Iniciar a reeducação intestinal com manobras como a massagem intestinal após encaminhamento ao setor sanitário depois da refeição (suplemento de refluxo gastroesofágico) e a estimulação digital. Incentivar a ingestão de líquidos, dieta laxativa e atividade física. Podem ser indicados também uso de suplementos de glicoxina ou sorbitol a 70% (mucilagem) e de laxantes orais específicos (em alguns casos).
Espasticidade	Fatores que contribuem para esse fenômeno descoordenado espontâneo em um grau maior ou menor. Esse fenômeno indica que o reflexo de manutenção muscular foi mantido em seu sistema medular inferior subseqüente de modo que o neurotransmissor encontra-se anormalmente excitável.	Exame clínico e neurológico. Deve ser muito bem avaliada porque de um lado ela impede um posicionamento adequado durante as transferências e demais AVD <sup>2</sup> , além de proporcionar lesões por pressão. Por outro lado, pode ter efeito benéfico ao indivíduo nas AVD <sup>3</sup> por proporcionar estabilidade reflexa do posturo.	Quando a espasticidade interfere na mobilidade da pessoa e não é superada pelas exercícios fisioterápicos, o uso de medicamentos deve ser considerado. Os agentes farmacológicos mais comumente usados são os relaxantes musculares, dentre eles o baclofen e o tizanidina. Em alguns casos, onde a espasticidade é muito intensa sem resposta ao tratamento medicamentoso, pode ser indicado o uso do neuroleto químico (com bloco), fenol ou toxina botulínica ou até mesmo o tratamento cirúrgico.
Classificação Hemorroidária	A formação de cisto hemorroidário nas artérias íntimas com suas fezes, hiperemia local. Pode ser confundida facilmente com a trombose venosa profunda.	É impossível prever seu aparecimento, normalmente é um achado acidental durante um exame radiológico ou quando há sintomas de dor e limitação funcional. Não fase inicial a dosagem nítida de função renal e indicada, já o exame radiológico é indicado nas fases crônicas. A colangiografia costea também pode ser indicada nos entes mais avançados, a fim de determinar a magnitude do processo.	Motricidade passiva para prevenção da incontinência que limita as AVD <sup>4</sup> . O uso do esfínter dilatado é indicado como prevenção adicional da formação do cisto hemorroidário. Na fase inicial, a indometacina também pode ser utilizada, no intuito de controlar a inflamação local. Nos casos de resposta insuficiente, o procedimento cirúrgico pode ser indicado (apenas quando a formação possa estar madura).
Trombose Venosa Profunda	Causada por alterações no fluxo sanguíneo, nas paredes das veias e na coagulação sanguínea. É mais comum de fase aguda da lesão, mas pode ocorrer em fases crônicas também.	Ampliação e exame clínico (normalmente a seguir à lesão apresenta edema, hiperemia e dor). Exame de sangue como coagulograma e tempo de protrombina. Pode ser indicado um dosagem sangue.	Não fase aguda, é importante a prevenção através da administração de anticoagulantes substituídos da heparina (heparina na ordem de 5000 unidades 2x ao dia) e avaliação do edema de membros inferiores diariamente e uso de ataduras elásticas e uso da bacia. Quando já instalada é indicado o suporte da trombolitica por via oral ou intravenosa por um mínimo de 10 dias. Deve ser tratada através de indometacina e fim de evitar uma embolia pulmonar.
Direflexia Autônoma – DDA	É uma alteração que ocorre normalmente em paraplegicos com nível neurológico acima de T6. Devido à diminuição da sensibilidade alguns fatores climatológicos da DDA podem ser respostas apertadas, retenção vesical e intestinal, posicionamento, entre outros. A pessoa apresenta dor aguda da cabeça, arterial, cefaléia intensa e bradicardia. Também pode apresentar febre de fase, sangramento nasal, indigestão e ginecologia.	É uma situação de emergência avaliada clinicamente pelo quadro clínico.	Eliminação do fator desencadeante. Um castorano lento, esvaziamento intestinal ou um simples reposicionamento da pessoa podem resolver o problema. Isso porque uma vez corrigido o fator desencadeante, o quadro clínico regredirá rapidamente com a normalização de todos os sinais e sintomas.
Deformidades	A falta de movimento ou edema produzidos nas articulações e descoordenação complexificada para o aparecimento das deformidades, que são agravados pelo posicionamento inadequado. Quando sua origem é articular, chama-se deformidade estrutural.	Exame clínico.	Não verdade, o principal, no caso das deformidades é a prevenção desde a fase aguda da lesão através do posicionamento adequado, principalmente dos membros, exercícios passivos e uso de órteses (quando necessário). Quando a deformidade já está instalada, são indicados os tratamentos corretivos que consistem em exercícios de estiramento, aparelhos gipsados e órteses. Nos casos de deformidades estruturadas, com encastamento de tendões ou músculos, há a indicação de cirurgia.
Úlcera de Pressão	Alimentação inadequada, desidratação, falta de higiene, posição inadequada do nível da lesão, o mais prevalente é a prevenção através da hidratação da pele, aumento da ingestão hídrica, monitoração de posicionamento no leito e alívio da pressão em cadeira de rodas de 15 em 15 minutos.	Ampliação (para detectar se a pessoa passa muito tempo na mesma posição) e exame clínico (principalmente a seguir a lesão) de lesões, ferimentos, úlceras e úlceras: úlcera, ferimentos.	Não verdade, o principal, no caso das deformidades é a prevenção desde a fase aguda da lesão através do posicionamento adequado, principalmente dos membros, exercícios passivos e uso de órteses (quando necessário). Quando a deformidade já está instalada, são indicados os tratamentos corretivos que consistem em exercícios de estiramento, aparelhos gipsados e órteses. Nos casos de deformidades estruturadas, com encastamento de tendões ou músculos, há a indicação de cirurgia.

<sup>1</sup> Exame de elementos anormais de sedimentação na urina (análise do pH, presença de células, proteínas ou cristais).  
<sup>2</sup> O Castorano Lento Intermitente é um procedimento não invasivo de sondagem vesical de alívio, realizado pela própria pessoa portadora de paraplegia, onde esta realiza líquidos da gemela com água e salado e introduz uma sonda de neblina para esvaziamento vesical, normalmente o procedimento é realizado de 4 em 4 horas.  
<sup>3</sup> A mobilização da pessoa é realizada. Ocorre dilatação dos ureteres causando turbulência da urina para a bexiga. Injando-se acúmulo de urina nos rins.  
<sup>4</sup> Atividades de vida diária.

## QUADRO 1 – AVALIAÇÃO E MANEJO DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA PARAPLEGIA COMPLETA.

Fonte: KOTTKE e LEHMANN, 1994; IANZA, 2001; DELISA, 2004 (adaptado pela autora). [Clique sobre o quadro para ampliar](#)

Além do manejo das complicações, é de grande importância avaliar a capacidade funcional do indivíduo após a lesão. Existem vários instrumentos para medir a funcionalidade, dentre eles a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)<sup>(10)</sup> da OMS e o *Functional Independence Measure (FIM)*, este último de uso mais difundido no momento e indicado para os portadores de lesão medular. Esta “Escala de Independência Funcional” deve ser aplicada na admissão e alta da pessoa no programa de reabilitação, a fim de avaliar os ganhos e traçar novas metas a cada avaliação<sup>(11)</sup>.

Ela foi criada em 1983 e validada em 1986 para atender a uma necessidade de documentar o grau de deficiência física dos pacientes e os resultados da reabilitação, devido à ausência de padronização de registros até então. O grupo de trabalho envolvido no projeto foi patrocinado pelo *American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM)* e pela *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R)*.

Coube a esse grupo selecionar os itens de avaliação funcional mais comuns e úteis, além de definir uma escala apropriada que permitisse à maioria dos profissionais

de reabilitação responder com rigor acerca da deficiência de uma maneira uniforme mundialmente e confiável. O FIM foi criado para este fim, ou seja, ele avalia a capacidade do indivíduo em cuidados próprios, controle de esfíncter, mobilidade, locomoção, comunicação e percepção social numa escala de sete níveis.

A escala de sete níveis representa as diferenças mais importantes em comportamento independente e dependente. Reflete a carga de volume de cuidado em termos de tempo/energia requeridos para atingir e manter sua independência. O FIM mede aquilo que a pessoa está realizando exatamente à época da avaliação<sup>(11)</sup>.

A escala conta com 18 itens e tem pontuação mínima de um e máxima de sete. Para o conjunto dos itens, a pontuação pode ir de 18 a 126. Para cada item foi registrado o nível que melhor correspondeu à situação do indivíduo. Optou-se pelo registro da pontuação mais inferior obtida durante a avaliação, visto que corresponde ao que o indivíduo usualmente faz efetivamente, porque significa que este não domina a função ou está demasiado cansado ou sem motivação para praticá-la.

Descrição dos níveis de função e sua pontuação<sup>(11)</sup>:

1) Independente: não necessita ajuda de alguém para desenvolver a atividade. Pode ser

- a) **Independência completa (7)**: todas as tarefas descritas são realizadas com segurança, sem alterações, sem ajuda e em tempo razoável;
- b) **Independência modificada (6)**: quando há uma ou mais de uma destas ocorrências: uso de algum dispositivo auxiliar de ajuda, tempo acima do razoável ou risco de segurança.

2) Dependente: quando é preciso ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para a pessoa executar a tarefa ou quando a tarefa não é executada. A dependência pode ser moderada ou completa. No caso da dependência moderada, o indivíduo executa 50% ou mais do trabalho e os níveis de assistência requerida são:

a) **Supervisão ou preparação (5)**: quando a pessoa necessita apenas de alguém ao lado, incentivando ou sugerindo. Não há contato físico, mas pode haver necessidade de preparação dos materiais necessários para a realização da atividade;

b) **Assistência com contato mínimo (4)**: quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, ou quando ela faz 75% ou mais do trabalho;

c) **Assistência moderada (3)**: quando é preciso mais do que apenas tocar ou quando a pessoa executa de 50 a 75% do trabalho.

No caso da dependência completa, a pessoa faz menos de 50% do trabalho. É necessária assistência máxima ou total, caso contrário a atividade não é executada. Os níveis de assistência necessários são:

**a) Assistência máxima (2):** quando é preciso tocar a pessoa, realizando grande esforço de auxílio e esta colabora com menos de 50% do esforço, mas faz pelo menos 25%;

**b) Assistência total (1):** a pessoa faz menos de 25% do trabalho.

Vale ressaltar que, mesmo que a pessoa seja usuária de cadeira de rodas, esta pode ser totalmente independente nos itens avaliados, mesmo sem deambulação. Isso porque a cadeira de rodas, no caso dos paraplégicos com lesão completa, torna-se o “prolongamento de seu corpo”, sendo um item indispensável para sua reabilitação e independência nas Atividades de Vida Diária (AVD). No entanto, a prescrição da cadeira de rodas é uma conduta que merece atenção especial. O fisioterapeuta deve levar em consideração tópicos importantes como: tamanho do paciente, segurança, técnicas de transferência e modo de propulsão, diagnóstico, prognóstico e custo, afim de garantir uma perfeita adaptação do paciente à sua cadeira, tornando-a essencialmente funcional <sup>(12)</sup>.

Além do manejo das complicações, da avaliação da capacidade funcional, a reabilitação deve proporcionar programas educativos, porque neles o paciente progride significativamente em seu autocuidado<sup>(13)</sup>. Dentre esses programas estão o treino de AVD e Atividades de Vida Prática (AVP)<sup>(6)</sup> e reinserção social e profissional, quando é o caso.

Neste contexto, atividades importantes a serem realizadas pela equipe interdisciplinar junto à pessoa com lesão medular e sua família são: treino de higiene, vestuário (principalmente de membros inferiores), transferência da cadeira de rodas para outra cadeira, cama ou vaso sanitário, tocar a cadeira de rodas, subir e descer rampas e escadas (quando necessário). Todas essas atividades devem ser desenvolvidas considerando o potencial do indivíduo e respeitando suas limitações.

Outras atividades que devem constar são atividades desportivas (basquete, tênis de mesa, natação, entre outras), atividades laborais (artesanato, culinária, atividades lúdicas, atividades do lar, dança, entre outras), condicionamento físico em cadeira de rodas, treino de AVP e socializações. Esta última com a finalidade de proporcionar um contato do indivíduo com outros portadores de lesão medular, facilitando o processo de adaptação à nova situação de vida, principalmente porque ele enxerga outras pessoas com semelhantes limitações, ansiedades e expectativas.

As socializações devem ser realizadas em lugares públicos, justamente com o intuito de, além de fazer com que o portador de lesão medular saiba como manejar sua cadeira nesses lugares (como areia da praia, escada rolante e elevadores),

é também uma forma de mostrar à sociedade que essas pessoas têm direitos como cidadãos e que os estabelecimentos necessitam se adequar à esta realidade através de adaptações para receber esses clientes, sejam deambuladores ou usuários de cadeira de rodas.

Além de todos os treinos é importante também que a equipe conheça as condições de vida da pessoa com lesão medular. A visita domiciliária é uma ótima opção para que se identifiquem as barreiras arquitetônicas e necessidades da pessoa e de sua família para que possam ser sugeridas adaptações ou fornecidas orientações de como melhorar as condições, principalmente de locomoção no domicílio, não esquecendo de avaliar as condições financeiras da família, propondo estratégias viáveis e de acordo com as características particulares de cada um.

Um estudo realizado por enfermeiras brasileiras mostra que a Teoria do Déficit de Autocuidado, que enfoca o ambiente e a pessoa cuidadora no domicílio, mostra que seus princípios podem ser utilizados no cuidado domiciliar a pacientes paraplégicos e que o enfermeiro tem um papel fundamental nesta situação específica de orientação e educação em saúde<sup>(14)</sup>.

Para que o programa de reabilitação seja bem sucedido, o indivíduo portador de lesão medular que é o sujeito da ação de sua reabilitação, deve estar muito bem informado do que é lesão medular, suas complicações e manejo. Sendo assim, é de pouca valia estabelecer metas para manejo das complicações se a pessoa portadora da lesão não conhece os mecanismos envolvidos. São alterações no seu próprio organismo e devem ser muito bem compreendidas para que as ações sobre ele tenham sucesso. Segundo Thomas Mann (1924) “a ordem e a simplificação são os primeiros passos para dominar um assunto – o verdadeiro inimigo é o desconhecido”<sup>(15)</sup>.

Além de tudo isso, o suporte psicológico também é essencial, visto que a pessoa com lesão medular sofreu uma das lesões física e socialmente mais catastróficas e o ajustamento e adaptação a essa nova realidade é um processo multidimensional e contínuo ao longo de toda a vida do indivíduo<sup>(16)</sup>. Isso porque o impacto provocado pela lesão medular não se restringe apenas ao estado físico do indivíduo, mas principalmente o estado emocional.

A estrutura de personalidade anterior a lesão influencia o vínculo estabelecido com a doença, com os outros membros da família e com a equipe de saúde, daí a importância da formação de uma equipe integrada e composta de objetivos comuns no processo de reabilitação do paraplégico<sup>(17)</sup>. Numa primeira instância ocorre a fase do choque, frente à súbita transformação provocada pela lesão e o indivíduo entra em um estado de confusão no qual não consegue perceber a magnitude do acontecido. Já numa segunda fase, a de negação, a pessoa começa a perceber sua situação de uma forma distorcida, acreditando que tudo é temporário

e que voltará a andar. Daí surge a terceira fase, que é a de reconhecimento, quando a persistência do quadro provocado pela lesão faz com que a pessoa comece a tomar consciência de sua real situação para que numa última fase ocorra a adaptação, onde o indivíduo começa a sentir-se recompensado por seus esforços e está na sua capacidade máxima para agir ativamente no processo de reabilitação<sup>(1)</sup>.

Também é importante ressaltar o papel da família que desempenha um papel fundamental nesse processo e, na maioria das vezes, apresentam impacto negativo na qualidade de vida, principalmente nos aspectos emocionais, físicos, de dor e vitalidade<sup>(18)</sup>. Ela deve ser orientada e esclarecida em todos os aspectos para que possa agir em total harmonia com a equipe de saúde e com a pessoa portadora de lesão medular. Estando orientados, os familiares tendem a diminuir a superproteção, resistir às possíveis exigências irracionais da pessoa com lesão medular e tendem a dar mais apoio e incentivo à independência e reinserção social<sup>(1)</sup>.

Antes da reabilitação as estratégias de enfrentamento das pessoas com lesão medular são completamente diferentes das de seus familiares. No entanto, após a reabilitação, essas modalidades tendem a se assemelhar. Isso porque o programa de reabilitação influencia o modo de enfrentamento dos participantes, mobilizando-os a buscar estratégias que viabilizem uma melhor adaptação à situação. A clareza das informações e o repasse consistente das orientações por parte da equipe possibilitam uma reorganização da vida não somente do portador da lesão medular, mas dos integrantes da rede sócio-familiar na qual ele se encontra, contribuindo para a melhora da qualidade de vida de todos os envolvidos nesse processo<sup>(19)</sup>.

Além disso, a participação em atividades do programa, a percepção de aquisição progressiva de independência, bem como a convivência com outras pessoas com lesão medular e familiares podem ser os fatores que promovem uma avaliação menos ameaçadora da situação de lesão, mobilizando os indivíduos no sentido de uma adaptação sem risco de acomodação<sup>(19)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Lianza S. Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
2. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Brasília (BR): Ministério do Desenvolvimento Social; 1989.
3. Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. Arq. Neuropsiquiatr 2006; 64(2b): 451–5.
4. Delisa JA. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 2002.
5. Santos LCR. Redimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática [tese]. São Paulo (SP) Universidade de São Paulo; 2000.
6. Ware JEJ. SF-36® health survey manual. Boston: Massachusetts; 1993.
7. Ciconelli RM. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev. Bras. Reumatol 1999; 39 (3): 144-50.
8. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
9. Salvador LA, Tarnhovi EG. Estudo comparativo da qualidade de vida em indivíduos com trauma raquimedular praticantes e não-praticantes de atividades físicas, utilizando o questionário genérico SF-36. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular/raquimedular.htm> (20 dez. 2007)
10. Almeida MCR. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF: aplicação em um hospital público [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
11. Uniform Data System for Medical Rehabilitation – UDS. Division of UB Foundation Activities, 2006.
12. Oliveira IA, Sá MTMA. Prescrição de cadeira de rodas. Fisioter mov 1989; 1 (1): 41-51.
13. Padula MPC, Souza MF. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. Acta paul. Enferm 2007; 20(2): 168-74.
14. Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares Enedina. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. Rev latinoam enferm 2002; 10 (5): 715-20.
15. Caudill M. Controle a dor antes que ela assumo o controle: um programa clinicamente comprovado. São Paulo: Summus; 1998.
16. Kottke FJ, Lehmann JF. Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen. São

Paulo: Manole; 1994.

17. Macedo SP, Chiatton HB, Lianza S, Vieira MSR. Avaliação dos aspectos psicológicos de pacientes portadores de lesão medular. Med Rehabil 1995; (41): 11-6.
18. Blanes L. Short-Form-36 e Caregiver Burden Scale em cuidados primários de paraplégicos [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
19. Pereira MEMSM., Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. Arq Neuropsiquiatr 2005; 63 (2-B): 502 – 507.

---

#### (Footnotes)

- 1 Exame de elementos anormais de sedimentação na urina (análise do pH, presença de células, proteínas ou cristais).
- 2 O Cateterismo Limpo Intermitente é um procedimento não asséptico de sondagem vesical de alívio, realizado pela própria pessoa portadora de paraplegia, onde esta realiza higiene da genitália com água e sabão e introduz uma sonda de nelaton para esvaziamento vesical, normalmente o procedimento é realizado de 6 em 6 horas.
- 3 Conseqüência do refluxo vésico-ureteral. Ocorre dilatação dos ureteres causando propulsão ineficiente da urina para a bexiga, levando ao acúmulo desta nos rins.
- 4 Atividades de vida diária.