



**Pró-Reitoria de Graduação
Curso de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso**

**Os benefícios das Terapias Complementares e Práticas
Esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado
medular.**

Autor: Kívia Abrantes Henriques e Raíssa Alves de Sousa

Orientador: Prof.^a Msc Fernanda Monteiro

Brasília - DF

2013

KIVIA ABRANTES HENRIQUES

RAÍSSA ALVES DE SOUSA

**OS BENEFÍCIOS DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES E PRÁTICAS
ESPORTIVAS NA REABILITAÇÃO FÍSICA E PSICOSSOCIAL DO LESADO
MEDULAR**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Católica de
Brasília, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Enfermagem.**

**Orientador: Prof.^a Msc. Fernanda Monteiro
de Castro Fernandes**

**Brasília
2013**



Monografia de autoria de Kívia Abrantes Henriques e Raissa Alves de Sousa, intitulada “OS BENEFÍCIOS DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES E PRÁTICAS ESPORTIVAS NA REABILITAÇÃO FÍSICA E PSICOSSOCIAL DO LESADO MEDULAR”, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, em 28 de Novembro de 2013, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof.^a MSc. Fernanda Monteiro Fernandes

Orientadora

Diretora do Curso de Enfermagem – Universidade Católica de Brasília

Prof.^o MSc. Maurício de Oliveira Chaves

Docente – Universidade Católica de Brasília

Prof.^a Esp. Fernanda Costa Fernandes

Docente – Universidade Católica de Brasília

Brasília

2013

RESUMO

Referência: HENRIQUES, Kívia. SOUSA, Raíssa. **Os benefícios das terapias complementares e práticas esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado medular.** 2013. 92 páginas. Monografia. Enfermagem – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013.

A lesão medular gera muito mais fatores do que se imagina. Questões físicas, psicológicas e sociais entram em conflito, em decorrência de uma mudança abrupta no cotidiano. A independência física/social é um dos fatores mais afetados, e uma adaptação a esse novo estilo de vida geralmente leva muito tempo e envolve não só a pessoa lesionada, mas sua família e seu convívio pessoal. As técnicas terapêuticas têm se desenvolvido com o passar dos anos, e hoje, o lesado medular já pode ser independente social e fisicamente. Para uma melhor reabilitação desses pacientes, terapias complementares em saúde têm sido criadas, visando uma adaptação mais rápida e uma melhor aceitação de sua condição atual.

Objetivo: O objetivo da pesquisa consiste em investigar o impacto das terapias complementares em saúde, e práticas esportivas na reabilitação de pacientes portadores de lesão medular. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo com 34 indivíduos, destes são 15 pacientes que praticam alguma atividade ou terapia, 15 familiares e 4 profissionais de saúde envolvidos no tratamento. A pesquisa foi realizada no Hospital de Apoio de Brasília, Distrito Federal. Para análise de dados foi utilizado Mutti, 2003, análise de discurso. A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, protocolo nº 452.920. Através deste estudo esperou-se identificar os benefícios das terapias complementares e práticas esportivas frente à reabilitação física e psicossocial do paciente com lesão medular. **Resultados:** 93,3% dos pacientes entrevistados eram do sexo masculino, com idade de 18 à 30, de baixa renda e que não concluíram o ensino fundamental. As terapias complementares e práticas esportivas apresentaram-se de extrema importância e repleta de benefícios na reabilitação física e psicossocial, na opinião dos pacientes; foram ferramentas de grandes mudanças, na opinião dos familiares; e parte de um tratamento integral, na opinião dos profissionais. **Conclusão:** Faz-se necessário um maior conhecimento a cerca das terapias complementares em saúde e práticas esportivas por parte das Instituições de Ensino Superior, dos profissionais de saúde, das autoridades do Governo e da população em geral, devido aos grandes benefícios encontrados.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão Medular, Reabilitação, Terapias Complementares em Saúde, Atividades Físicas.

ABSTRACT

Reference: HENRIQUES, Kívia. SOUSA, Raíssa. **Os benefícios das terapias complementares e práticas esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado medular.** 2013. 92 pages. Monograph. Nursing – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013.

Spinal cord injury brings much more factors than we think. Physical, psychological and social issues conflict due to an abrupt change in routine. The physical/social independence are one of the most affected factors and the adaptation to this new lifestyle usually takes a long time and involves not only the patient but his family and his personal relationship. Therapeutic techniques have been developed over the years, and nowadays the spinal cord injured person can be physically and socially independent. For a better rehabilitation of these patients, complementary therapies in health care have been created, aiming a faster adaptation and a better acceptance of his current situation. **Objective:** The objective of the research is to investigate the impact of complementary therapies in health care and sports practices in the rehabilitation of patients with spinal cord injury. **Methodology:** This is a qualitative descriptive research conducted with 34 individuals, which 15 of these are patients who practice some activity or therapy, 15 families and 4 health professionals involved in the treatment. The research will be conducted in Hospital de Apoio de Brasília, Distrito Federal. For data analysis will be used Mutti, 2003, speech analysis. The research will after approval by Research Ethics Committee of FEPECS (Education and Research in Health Sciences Foundation), record 452.920. The intention of this study is to identify the benefits of complementary health therapies and sports practices in the physical and psychosocial rehabilitation of spinal cord injury patients. **Results:** 93.3% of respondents were male patients, aged 18 to 30, low income and not completed primary school. Complementary therapies and sports practices had become extremely important and full of benefits on physical and psychosocial rehabilitation, in the opinion of the patients; were of great change tools, in the opinion of the family; and part of a comprehensive treatment, in the opinion of the professionals. **Conclusion:** It is necessary more knowledge about the complementary therapies in health and sports practices by institutions of higher education, health professionals, government officials and the general population, because of the great benefits found.

KEY WORDS: Spinal Cord injury, rehabilitation, complementary therapies in health, physical activities.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde do Hospital de Apoio de Brasília por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil. 45.
- Tabela 2 – Distribuição dos pacientes do Hospital de Apoio de Brasília por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil, renda mensal, número de filhos, naturalidade, procedência, tipo de residência e com quem reside. 47.
- Tabela 3 – Distribuição dos familiares por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil. 51.
- Tabela 4 – Distribuição da frequência da realização de alguma terapia complementar ou atividade física semanalmente. 54.
- Tabela 5 – Principais Terapias Complementares e Atividades Físicas realizadas pelos pacientes. 55.
- Tabela 6 – Quantidade de atividades (terapias complementares e atividades físicas) realizadas por paciente. 56.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
JUSTIFICATIVA	15
OBJETIVOS	17
Objetivos Específicos.....	17
REVISÃO DA LITERATURA	18
Epidemiologia.....	18
Fisiopatologia.....	24
Diagnóstico	25
<i>Reabilitação</i>	26
Práticas Esportivas	28
Terapias Complementares	30
Terapias Complementares na prática profissional	32
Florais.....	32
Massagem.....	33
Aromaterapia.....	33
Reik	34
Reflexoterapia	34
Toque terapêutico.....	35
Equoterapia	35
Acupuntura.....	37

METODOLOGIA.....	39
Tipo de Pesquisa	39
Estratégia para coleta de dados	40
<i>Sujeito da Pesquisa</i>	40
Critérios de Inclusão	41
Critérios de Exclusão	41
<i>Local da Pesquisa</i>	41
Riscos e benefícios da Pesquisa	41
Análise dos Dados.....	42
Aspectos Éticos da Pesquisa	42
Cronograma.....	43
Orçamento.....	43
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	44
Perfil dos profissionais de saúde, dos pacientes e familiares entrevistados	44
<i>Análise de discurso dos pacientes</i>	53
Análise de discurso dos pacientes sobre suas principais queixas	53
Análise de discurso dos pacientes sobre a frequência da prática de terapias complementares e atividades físicas	53
Análise de discurso dos pacientes sobre principais terapias complementares e práticas esportivas realizadas.....	54
Análise de discurso dos pacientes sobre como conheceram as terapias complementares e atividades físicas	56
Análise de discurso dos pacientes sobre a opinião em relação às terapias complementares e atividades físicas realizadas.....	57
Análise de discurso dos pacientes sobre o que as terapias complementares e atividades físicas têm acrescentado em suas vidas.....	58

Análise de discurso dos pacientes sobre as modificações que ocorreram no pós-tratamento com as terapias complementares e atividades físicas, comparando o pré e o pós terapias.....	58
Análise de discurso dos pacientes sobre indicar as terapias complementares e atividades físicas para outros lesados medulares	61
<i>Análise de discurso dos familiares/acompanhantes</i>	<i>61</i>
Análise de discurso dos familiares em relação às principais mudanças ocorridas no âmbito familiar após a lesão (físicas, psicológicas e sociais)	61
Análise de discurso dos familiares em relação ao enfrentamento frente à nova condição do paciente	63
Análise de discurso dos familiares em relação às mudanças observadas após o início do tratamento com as terapias complementares e atividades físicas.....	65
<i>Análise de discurso dos profissionais de saúde</i>	<i>67</i>
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à relevância das terapias complementares e atividades físicas	67
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à como conheceu as terapias e sua formação profissional.	68
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação ao retorno que as terapias complementares e atividades físicas têm dado aos pacientes.	69
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação aos seus papéis, enquadrando o processo de enfrentamento e reabilitação, para com o paciente com lesão medular	70
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação às experiências mais marcantes em suas vidas profissionais	71
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à importância da equipe multidisciplinar na assistência ao lesado medular	72
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação às principais mudanças encontradas no paciente com lesão medular após o tratamento:.....	73
Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação ao esclarecimento existente entre profissionais e pacientes em relação às terapias, explicando a diferença entre a ferramenta de melhora da qualidade de vida e ferramenta de cura:.....	73

CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	87
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
Questionário aplicado aos pacientes	89
Questionário aplicado aos familiares	92
Questionário aplicado aos profissionais.....	94
Parecer Consubstanciado do CEP	97

INTRODUÇÃO

A lesão medular gera muito mais fatores do que se imagina. Questões físicas, psicológicas e sociais entram em conflito em decorrência de uma mudança abrupta no cotidiano. A independência física/social é um dos fatores mais afetados e uma adaptação a esse novo estilo de vida geralmente leva muito tempo e envolve não só a pessoa lesionada, mas sua família e seu convívio pessoal.

As técnicas terapêuticas têm se desenvolvido com o passar dos anos, e hoje, o lesado medular já pode ser independente físico e socialmente. Para que isso aconteça, são necessários profissionais capacitados e treinados a lidar com tamanha complexidade, inclusive no campo psicológico, que tem grande relevância na adaptação de um lesado medular.

Essa reabilitação psicológica visa estimular um potencial de vida ativa de um paciente, desenvolvendo seu lado emocional e propiciando uma melhor adaptação às suas novas condições de vida.

Para uma melhor reabilitação desses pacientes, terapias complementares têm sido criadas, visando uma adaptação mais rápida e uma melhor aceitação de sua condição atual. O esporte adaptado, por exemplo, entra como um forte facilitador neste tipo de tratamento. Dentre eles, natação, equoterapia, e outros tipos de atividades físicas, que visam à coordenação, condicionamento aeróbico e físico, diminuição da ansiedade e do estresse. Esses fatores são muito importantes no decorrer do tratamento e tem demonstrado resultados satisfatórios.

A enfermagem desenvolve um importante papel no tratamento desses pacientes. Como o próprio conceito de enfermagem sugere esses pacientes necessitam de um “cuidado” especial, cuidado esse, que a enfermagem tem por diretriz. Esse cuidado se estende não só ao paciente, mas à sua família e àqueles que o cercam, visa uma melhor reabilitação e proporciona uma melhor qualidade de vida ao indivíduo.

Todo esse trabalho visa uma reinserção do indivíduo que anteriormente tinha uma vida totalmente independente, e se viu acamado, necessitando de cuidados alheios. O desenvolver dessas atividades busca trazer de volta a vida social e independência às pessoas lesionadas, ensinando-lhes o autocuidado e uma readaptação.

1. JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista histórico, o interesse pela lesão medular não é recente. Papiros egípcios, escritos há 5000 anos, já revelavam o desafio terapêutico imposto por esses casos (YARKONY, 1994). Vale lembrar que até a década de 1940, aqueles que adquiriam uma lesão faleciam pouco tempo depois. Os que resistiam dificilmente reconquistavam sua integração psicossocial ao longo dos dois a três anos de sobrevivência estimados naquela época. À medida que os recursos terapêuticos foram aprimorados e se tornaram mais acessíveis, a média de sobrevivência aumentou.

A lesão medular produz um grande impacto na vida, não só do indivíduo lesado, todavia das pessoas que o cercam. Ao se tratar desse tipo de lesão, engloba-se uma série de atividades que necessitam serem desenvolvidas, tanto no tocante a reabilitação física do paciente, quanto seu convívio social, emocional e espiritual. Hoje, existem várias técnicas que possibilitam uma provável melhora na qualidade de vida de pacientes acometidos por esse tipo de lesão, porém ainda se tem muito a estudar, tendo em vista que os estudos neste campo estão escassos, se tratando de técnicas de saúde que melhorariam seu bem-estar, e relativo ao comportamento social e emocional. Em decorrência da escassez de material de literatura que falem sobre o tema abordado, nos instigou a explorar este tema, com intuito de aprimorar e ampliar conhecimentos de causa no que se refere aos lesados medulares, e a relevância das práticas profiláticas, dentre elas as terapias complementares, em virtude do impacto que uma lesão medular pode causar na vida de um paciente.

A relação entre essas terapias e a enfermagem tem atraído crescente interesse no campo da saúde no mundo. Alguns pesquisadores têm começado a examinar esse tópico, explorando o seu contexto social, cultural, econômico e político, além das afinidades específicas entre essas terapias e a profissão de enfermagem.

O enfermeiro, influenciado também, fortemente, pelo modelo biomédico e pela tecnologia, desde a sua formação, esquece de assumir uma postura coerente com a natureza humanística da profissão. Para reverter essa situação, necessário se faz, libertar-se dos dogmas da modernidade, ser flexível na prática, e, sobretudo, ter empatia com as novas e complexas necessidades das pessoas sob seus cuidados. Por se preocuparem, não somente com o estado físico do indivíduo, mas com o seu todo, é que se percebe uma profunda identificação das terapias complementares, com a visão holística de cuidado ao ser humano (QUEIROZ, 2000).

Com vista na sociedade, a reabilitação deste paciente e sua inserção no convívio social são de suma importância, pois permitem ao indivíduo continuar desenvolvendo atividades de vida diária, tais como cuidados pessoais, e também atividades relacionadas ao meio social, como trabalho, estudos, e etc. Essa reinserção, de certo modo, nos ensina a ter um olhar holístico com relação ao paciente que evoluiu e readquiriu uma vida normal, e com isso planejar estratégias de melhorias em tratamento com pacientes que ainda sofrem com a dependência de cuidados.

2. OBJETIVOS

Geral: Investigar o impacto das terapias complementares em saúde e práticas esportivas na reabilitação de pacientes portadores de lesão medular.

Específicos:

- Identificar o perfil dos portadores de lesão medular que realizam as terapias complementares em saúde.
- Identificar a participação da família na reabilitação do lesado medular.
- Identificar a percepção dos lesados medulares, da família e dos profissionais de saúde quanto às mudanças no convívio social a partir das práticas do desenvolvimento das terapias complementares em saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Epidemiologia

Uma lesão medular envolve severas conseqüências físicas, sociais e psicológicas. As respectivas seqüelas não apenas limitam em decorrência de mudanças expressivas do domínio físico e da independência funcional, como também exigem longo processo de reabilitação. Geralmente ocasionam uma quebra abrupta do estilo de vida individual. Ao mesmo tempo em que os pacientes necessitam desenvolver novas habilidades, também precisam integrar a realidade de sua vida às mudanças funcionais resultantes da lesão medular (KENNEDY et al., 2012)

Historicamente, as abordagens terapêuticas direcionadas às seqüelas de uma lesão medular vêm apresentando transformações significativas. Até 1944, um traumatismo raquimedular era considerado intratável (DONAVAN, 2007). Foi apenas no século XX que esforços passaram a ser direcionados ao tratamento de pessoas com lesões medulares. Hoje, diversas complicações adjacentes ao trauma medular são tratáveis, minimizando a deterioração da saúde.

Traumatismos envolvendo o Sistema Nervoso Central (SNC) podem acarretar risco de vida para o paciente. Ainda que não ocasionem esse risco de vida, as lesões do cérebro e da medula espinhal podem acarretar graves disfunções físicas, psicológicas e alterar completamente a vida do paciente. Os traumas neurológicos afetam o paciente, sua família, o sistema de cuidados de saúde e a sociedade como um todo, devido a suas graves seqüelas e aos custos do cuidado agudo e crônico de pacientes com traumas ao cérebro e a medula espinhal.

O traumatismo da coluna vertebral com lesão irreversível da medula é agudo e inesperado que altera drasticamente a vida do indivíduo acometido, gerando desastrosas conseqüências ao lesado, à família e à sociedade. A importância de trabalhos epidemiológicos sobre pacientes com lesão medular aguda torna-se evidente quando observamos que a única forma de melhorar a qualidade de vida da população, e diminuir os custos com estes pacientes, é evitar que as complicações aconteçam (CAMPOS et al., 2008).

A lesão medular decorre de um dano à medula espinhal, que pode ser tanto de natureza traumática como não traumática. As etiologias traumáticas mais freqüentes são traumas de trânsito, violência urbana e quedas. Malformações congênitas, infecções e tumores, integram

as etiologias não traumáticas. A frequência de indivíduos com lesão medular por causas traumáticas é de 80%, enquanto que, por outras etiologias, é de aproximadamente 20% (LIANZA, et al., 2001).

A lesão da medula espinhal (LME) é um grave problema de saúde. Quase 200.000 pessoas nos Estados Unidos vivem cada dia com uma incapacidade devida a uma LME, e estima-se que a cada ano ocorram de 12.000 a 14.000 novas lesões (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

A incidência mundial anual de trauma raquimedular é da ordem de 15 a 40 casos por milhão de habitantes. Nos EUA a incidência é de aproximadamente 12.000 novos casos por ano, sendo que destes, 4.000 vão a óbito antes de chegarem ao hospital e outros 1.000 irão falecer durante a hospitalização (CARTER, 1977 & SANCES et al., 1984).

O número de casos de lesão medular tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (CASALIS, 2003), sendo a população mais atingida a de jovens do sexo masculino. Os estudos americanos apontam para a incidência de 12 mil novos casos de lesão medular a cada ano, sendo que 60% deles ocorrem em pessoas com idade entre 16 e 30 anos (CAMPOS et al., 2008). A incidência desse tipo de lesão é bastante variada nos diferentes países, e ainda não é bem definida no Brasil, por não ter uma notificação eficaz dos casos e pela escassez de estudos epidemiológicos significativos (BARROS et al, 1990 & DEFINO, 1999).

Apesar da falta de precisão numérica acerca dos casos anuais no Brasil, estudos apontam para um aumento de ocorrências em centros urbanos, seguindo as características dos estudos americanos: população jovem, entre 18 e 40 anos, prioritariamente do sexo masculino e em decorrência de causas traumáticas (GREVE, 1999).

Em 1992, o estudo indicou que 8,6% dos leitos de hospitais brasileiros seriam ocupados por pacientes com lesão medular. Ressaltou, ainda, os longos períodos de hospitalização decorrentes de agravamentos e complicações clínicas (CAMPOS, et al, 2008).

Em estudo realizado por MASINI (2001) em uma determinada população brasileira, o autor estimou a ocorrência de 942 os casos novos a cada mês e em 11.304 casos a cada ano, com coeficiente de incidência de 71 novos casos por 1 milhão de habitante/ano no Brasil. A taxa de prevalência foi estimada em 180 mil indivíduos. O autor comparou com a literatura e concluiu que a incidência de lesão medular no Brasil é maior que a estimativa média mundial.

Em pesquisa realizada por BLANES et al., (2009) na cidade de São Paulo com indivíduos com paraplegia traumática, os autores evidenciaram que as agressões por arma de fogo foram o principal fator etiológico (63,3%), seguido pelos traumas automobilísticos (20%). Segundo registros dos atendimentos nos diferentes Centros Nacionais que integram a Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação (REDE SARAHA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011), na última década foram atendidas 9.019 pessoas que apresentavam sequelas de lesão medular traumática, ocasionadas por colisões de trânsito (38,2%), agressão por arma de fogo (28,7%), quedas (16,8%) e mergulho (8,5%).

No intuito de ilustrar uma visão epidemiológica da população brasileira, foram resgatadas informações complementares dos pacientes admitidos na Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação com lesão medular (traumática e não traumática) no período de 1995 a 2009, conforme relatório realizado pelo Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede SARAHA de Hospitais, pode-se verificar que num período de 14 anos, foram admitidos 17.258 pacientes em toda Rede. Na população de indivíduos que foram atendidos na Rede SARAHA a maioria é masculina (73,9%) (REDE SARAHA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2009).

A média de idade de indivíduos do sexo feminino (26,1%) foi de 39,2 anos e a de indivíduos do sexo masculino foi de 34,5 anos. Essa diferença foi estatisticamente significativa (p menor 10 a menos 7). A proporção total de lesões não traumáticas nas mulheres (52,1%) foi bem maior que nos homens (19,1%). Esta diferença também se mostrou estatisticamente significativa (p menor 0,10 a menos 6). As etiologias mais frequentes das lesões traumáticas, em ordem decrescente, são traumas automobilísticos, agressões por armas de fogo, quedas e mergulhos (REDE SARAHA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2009).

As colisões de trânsito correspondem a 38,2% do total de causas traumáticas. As principais causas de lesão medular não traumática foram mielopatias, mielites e tumores medulares ou da coluna vertebral. A paraplegia ocorreu com maior frequência nas lesões causadas pelo trânsito, arma de fogo e quedas. Nas lesões por arma de fogo, a prevalência foi de 79,8%, sendo mais elevada do que nos traumas de trânsito (60,3%) e nas quedas (62,4%). Já no mergulho em águas rasas a tetraplegia é dominante em 93,6% dos casos. A diferença da distribuição da lesão medular de acordo com o trauma foi estatisticamente significativa em todas as etiologias traumáticas (REDE SARAHA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2009).

De acordo com dados da literatura especializada (CRIPPS et al., 2011), a principal etiologia da lesão medular traumática no mundo são os acidentes de trânsito, distinguindo-se que, na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália esse tipo de episódio envolve principalmente carros; ao passo que, no sudoeste Asiático, associa-se ao transporte em duas rodas. Já na Ásia e na Oceania, verifica-se maior incidência de quedas de telhados e árvores. Em contrapartida, nos países em que a população de idosos é bastante numerosa, como o caso do Japão e da Europa Ocidental, a queda da própria altura também se destaca como causa predominante de traumatismo raquimedular.

Lesões por arma de fogo têm proeminência na América do Norte, Europa Ocidental e na Austrália e eventos de violência social estão vinculados à ocorrência de lesões no continente Africano, Oriente Médio e América Latina.

A LM ocorre mais frequentemente em homens (82%) que em mulheres (18%) (BRUNNER&SUDARTH, 2008). Pessoas jovens, com idade entre 16 e 30 anos, constituem mais da metade dos novos casos de LME a cada ano. Os indivíduos afro-descendentes têm um risco mais alto que os brancos, com a incidência aumentando em anos recentes.

O trauma raquimedular compreende as lesões dos componentes da coluna vertebral em quaisquer porções: óssea, ligamentar, medular, discal, vascular ou radicular. A causa mais comum de LME é constituída pelas colisões automobilísticas, que são responsáveis por 35% das lesões. As lesões relacionadas à violência causam LME em frequência quase tão grande (24%), com as quedas causando 22% dos casos e as lesões relacionadas a esportes causando 8% deles (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

Os fatores de risco de LME predominantes incluem a idade, o sexo e o uso de álcool e drogas. A frequência com que esses fatores se associam à LME serve para enfatizar a importância da prevenção primária, estabelecimento de terapias e reabilitação adequadas (BRUNNER&SUDARTH, 2008). Há várias atividades que podem ser realizadas para a prevenção de LME, conforme Quadro 1.

A lesão medular traumática tem sido considerada um problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no exterior, pois sua incidência vem aumentando nos últimos anos. E, diante disso, as políticas públicas têm direcionado atenção para seus aspectos preventivos (MANCUSI-FARO, 2003).

Pode-se citar a realização de campanhas de segurança no trânsito com maior fiscalização e medidas de prevenção à violência urbana (GONÇALVES et al, 2007).

Quadro 1. Prevenindo Lesões Crânio-encefálicas e Medulares Espinhais

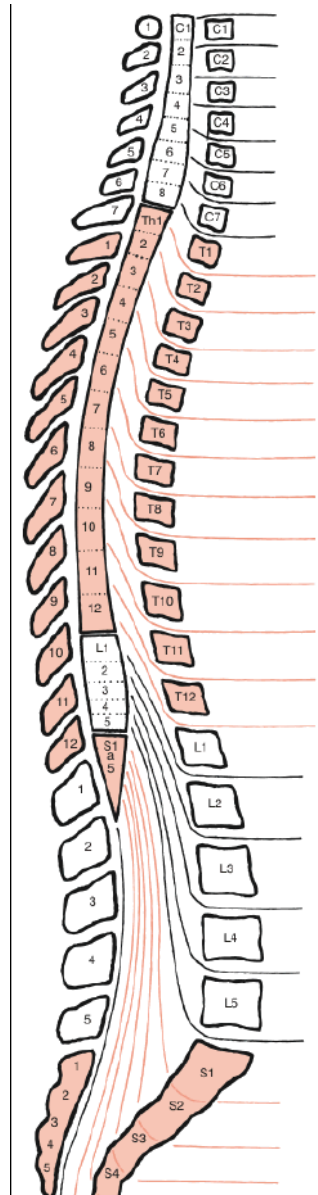
<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar os motoristas a obedecer às leis de trânsito e a evitar velocidades excessivas ou dirigir sob efeito de drogas ou álcool.
<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar todos os motoristas e passageiros a usar cintos de segurança e protetores para ombros. Crianças menores de 12 anos devem ser contidas no banco traseiro por um sistema apropriado para a sua idade e tamanho.
<ul style="list-style-type: none"> • Alertar os passageiros no sentido de não andarem na parte traseira de caminhonetes abertas.
<ul style="list-style-type: none"> • Alertar motociclistas, usuários de triciclos, usuários de bicicletas, skatistas e usuários de patins a usar capacete.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover programas educacionais que sejam dirigidos à prevenção da violência e do suicídio na comunidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer instruções para a segurança na água.
<ul style="list-style-type: none"> • Instruir os pacientes quanto às providências que podem ser tomadas para evitar quedas, especialmente envolvendo pessoas idosas.
<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar os atletas a usar dispositivos protetores. Recomendar que os treinadores fossem instruídos quanto a técnicas de treinamento apropriadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar os possuidores de armas de fogo a mantê-las trancadas numa área segura, à qual as crianças não possam ter acesso.

Fonte: Brunner&Sudarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica, 2008

Ao nível cervical, as raízes emergem acima da vértebra correspondente (a segunda raiz cervical emerge acima da segunda vértebra cervical). As demais raízes emergem abaixo da vértebra correspondente (entre a 4ª e a 5ª vértebras lombares emerge a 4ª raiz lombar). A coluna é formada, em média, por 33 vértebras (7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 ou 5 coccígeas). O crescimento desigual entre a coluna e a medula faz com que não exista correspondência entre a vértebra e o segmento medular subjacente. Ao nascimento, a porção terminal da medula, o cone medular, se localiza na altura da segunda vértebra lombar. No adulto, entre a décima segunda vértebra torácica e a primeira vértebra lombar. Abaixo desses níveis, encontramos apenas raízes nervosas, que constituem a cauda equina. Como regra, costumamos somar dois ao número da vértebra para estimar o segmento medular

correspondente, ou seja, em correspondência à oitava vértebra torácica temos o décimo segmento torácico medular. (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2009)

Ilustração 1. Coluna Vertebral



Fonte: http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_08_lesao_medular.htm

As vértebras mais frequentemente envolvidas em LME são a 5^a, a 6^a e a 7^a vértebras cervicais (do pescoço) (C5-C7), a 12^a vértebra torácica (T12) e a 1^a vértebra lombar (L1). Essas vértebras são mais suscetíveis porque há maior mobilidade da coluna vertebral nessas áreas (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

3.2. Fisiopatologia

Lesão Medular (LM) é uma condição de insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente da interrupção dos tratos nervosos motor e sensorial desse órgão, podendo levar a alterações nas funções motoras e déficits sensitivos, superficial e profundo nos segmentos corporais localizados abaixo do nível da lesão, além de alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfínterianas, sexuais e outras. (FECHIO, 2009 & MANCUSI-FARO, 2003)

As LME podem ser separadas em duas categorias: lesões primárias e lesões secundárias (BRUNNER&SUDARTH, 2008). As lesões primárias são conseqüentes ao choque ou ao trauma inicial e são, em geral, permanentes. As lesões secundárias são geralmente conseqüentes a uma contusão ou lesão por ruptura, em que as fibras nervosas começam a edemaciar e a se desintegrar. Uma cadeia secundária de eventos produz isquemia, hipóxia, edema e lesões hemorrágicas, que levam por sua vez, à destruição das fibras nervosas (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

Essas reações secundárias, consideradas como as principais causas de degeneração da medula espinhal ao nível da lesão, são atualmente consideradas como reversíveis nas primeiras 4 a 6 horas depois da lesão. Se a medula não tiver sofrido danos irreparáveis, portanto, algum método de tratamento imediato é necessário para impedir que danos parciais evoluam para danos totais e permanentes (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

Os danos à medula espinhal vão de uma concussão (estado caracterizado por náuseas, vertigem, perda de consciência, pulso fraco e respiração lenta, causado por um traumatismo craniano transitório, da qual o paciente se recupera integralmente), passando pela contusão, (laceração e compressão da substância medular, isoladamente ou em combinação) até a transecção (secção) completa da medula (que torna o paciente paralisado abaixo do nível da lesão). (BRUNNER&SUDARTH, 2008).

As manifestações clínicas dependerão do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas e não completas (ADLER, 2005). Numa lesão completa existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão, devido à interrupção completa dos tratos nervosos ascendentes e descendentes. (POLIA, 2007). As lesões incompletas caracterizam-se pela preservação de alguma função sensorial ou motora abaixo do nível da lesão, incluindo os segmentos sacrais, o que indica que algum tecido neural viável

cruza a área de lesão, dirigindo-se para segmentos mais distais. As lesões incompletas normalmente resultam de contusões produzidas pela pressão sobre a medula devido ao osso e/ou tecidos moles deslocados ou devido o edema dentro do canal medular. É possível alguma recuperação, ou mesmo uma recuperação completa da contusão quando a fonte de pressão é aliviada. As lesões incompletas podem também ter como causa a transecção parcial da medula (O'SULLIVAN, 2004).

Também em relação aos graus da lesão, são identificadas algumas síndromes medulares (CASALIS, 2003):

(1) Síndrome centromedular: os membros superiores são mais afetados que os membros inferiores;

(2) Síndrome Brown-Séquard: apenas um lado da medula é seccionado resultando em perda motora e proprioceptiva homolateral à lesão e perda da sensibilidade térmica e dolorosa contralateral à lesão;

(3) Síndrome medular anterior: ocorre perda motora e da sensibilidade térmica e dolorosa estando preservada a propriocepção;

(4) Síndrome medular transversa: lesão acima do cone medular com perda motora (paralisia espástica) e sensitiva completa (anestesia superficial e profunda);

(5) Síndrome do cone medular: lesão da medula sacral e das raízes lombares com perda motora (paralisia flácida) e sensitiva dos dermatomos lombossacros correspondentes;

(6) Síndrome da cauda equina: lesão de raízes lombossacras abaixo do cone medular com perda motora (paralisia flácida) e sensitiva correspondente às raízes lesionadas.

Segundo BERHMAN (2005), o sistema da Associação Americana de Lesões da Coluna – American Spinal Injury Association (ASIA) é o sistema recomendado para avaliação sensitiva e motora após uma LVM.

3.3. Diagnóstico:

O exame neurológico deve ser realizado segundo protocolo da ASIA onde examinamos a força motora, sensibilidade e reflexos.

Cabe ressaltar que em casos traumáticos, durante a fase de choque medular, pode haver ausência de reflexos, sendo impossível durante este período predizer se a lesão é completa ou incompleta.

A volta dos reflexos, testada pelos reflexos bulbo cavernoso e cutâneo anal marca o fim do choque medular, momento este em que devemos repetir o exame neurológico para determinar o grau (completo ou incompleto) e nível (sensitivo e motor) da lesão medular.

Em relação ao nível da lesão medular, define-se como tetraplegia o acometimento de tronco, membros superiores e inferiores e paraplegia como o comprometimento de tronco e membros inferiores.

Na propedêutica, conceituamos plegia como a ausência de movimento voluntário e paresia como a presença de contração muscular voluntária com diminuição da força. No entanto, a ASIA recomenda que nos casos de lesão medular sempre se classifique como tetraplegia ou paraplegia (BARROS, 1994). A diferenciação dos casos nos quais há movimentação muscular ativa e/ou preservação sensitiva abaixo do nível de lesão se dá por uma escala específica (Frankel ou Asia Impairment Scale).

Determinamos o nível sensitivo da lesão através da avaliação clínica da sensibilidade dos dermatômos ao toque leve e à dor. São avaliados pontos chaves dos dermatômos dando notas de 0 para ausência de sensibilidade, 1 para sensibilidade alterada (diminuição ou aumento) e 2 para sensibilidade normal.

3.4. Reabilitação

Uma das definições para Reabilitação é a registrada por DELISA, CURRIE e MARTING, 1998 que faz referência ao processo que visa ajudar uma pessoa a atingir a sua melhor condição psicológica, física, social, profissional e educacional coerente com as suas limitações fisiológicas, anatômicas e ambientais, bem como seus desejos e planos de vida, visando favorecer a adaptação do paciente à sociedade e à sua vida particular, por meio da valorização das suas potencialidades, independente do grau de limitações que a patologia tenha lhe impetrado.

De acordo com a OMS, reabilitação pode ainda ser considerada como um processo que visa permitir às pessoas com deficiência o alcance e a manutenção de seus melhores

níveis funcionais nas áreas física, sensorial, intelectual, psicológica e social, por meio da oferta de ferramentas necessárias para o alcance da independência e da autodeterminação.

Atualmente, a OMS considera deficiência como um termo que engloba três dimensões: incapacidades, que se refere a um problema na função ou estrutura do corpo; limitações, que estão relacionadas à dificuldade encontrada pelo indivíduo em executar atividades, ações e tarefas; e desvantagens ou restrição na participação social, que se trata do problema vivenciado pelo indivíduo, envolvendo situações de vida.

A reabilitação de pacientes com lesão da medula espinal é de grande importância e promove maior sobrevivência, menor morbidade e maior qualidade de vida (WESSELS et. al. 2010).

Entende-se por reabilitação neurológica um processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance o objetivo principal, que é a reintegração familiar e comunitária dentro das maiores possibilidades físicas e funcionais. A reabilitação física de tais pacientes se inicia na fase aguda, logo após a ocorrência do trauma, especialmente através dos cuidados preventivos contra a formação de úlceras de pressão e deformidades dos segmentos “paralisados”, esvaziamento vesical e intestinal realizado de maneira adequada e cuidados com os distúrbios vasomotores (EKMAN, 2002).

Atualmente, em razão do aumento de episódios associados à violência urbana, como os acidentes de trânsito e as agressões por arma de fogo, um expressivo de cidadãos em todo o mundo enfrenta o sofrimento e as limitações provocadas pela lesão medular traumática.

Os avanços ocorridos nas últimas décadas na medicina e o consequente aumento de sobrevida de pessoas vítimas de lesão medular (LM) foram acompanhados de uma evolução em seu tratamento que passou a objetivar a minimização das incapacidades e complicações e o retorno do indivíduo à sociedade (SILVA, 2005).

Alguns autores alertam que a lesão medular provoca quebra na unidade psicofísica do indivíduo que anteriormente funcionava de maneira adequada e que as mudanças corporais e limitações da ação provocam reações psicológicas diversas como depressão, isolamento, impulsividade reacional, agressividade e apatia.

As equipes de reabilitação atuam no sentido de garantir maior adesão aos diferentes procedimentos técnicos a serem continuados após a alta, para prevenção de prejuízos à saúde

física. Verifica-se forte interdependência entre as dimensões físicas e emocionais da saúde. Logo, buscam-se intervenções que sejam essenciais para a redução de possíveis complicações, do ponto de vista físico, e, ao mesmo tempo, contribuam para o aprimoramento da saúde emocional. Valoriza-se que a reabilitação dê referências comportamentais exemplificadoras de diferentes respostas adaptativas, como também consiga ampliar a compreensão daqueles com seqüelas neurológicas, favorecendo crenças positivas de futuro que preservem o interesse e a motivação pelo viver. Um dos grandes méritos da convivência na reabilitação é a troca entre iguais. Os exemplos positivos de outros pacientes favorecem o desenvolvimento de crenças funcionais e de condutas mais adaptativas. (HAMMELL, 2007).

Embora não seja considerado possível reverter o dano neurológico derivado da lesão medular, há atualmente reconhecimento da valia de condutas que preservam e até aprimoram a qualidade de vida. Aos poucos se compreendeu que, além de sobreviver, o indivíduo com lesão medular poderia retomar uma vida ativa e produtiva.

Nos pacientes com maior tempo de lesão medular são identificadas demandas de atendimento, que tanto podem ser relacionadas ao manejo de aspectos físicos quanto emocionais. É comum que se façam necessárias assimilação e acomodação de acontecimentos ou situações que exijam novas estratégias. Tais eventos, que podem exigir a mobilização de novos aprendizados e, em alguns casos, adaptações funcionais, são, entre outros: interesse por tocar algum instrumento musical, praticar algum esporte, desenvolver atividades de lazer e a inserção em novo trabalho que demande novas habilidades.

3.4.1. Práticas Esportivas:

A participação em diferentes atividades tem recebido atenção crescente, oferecendo aos portadores de deficiência física a oportunidade, de experimentarem sensações e movimentos, que frequentemente são impossibilitados pelas barreiras físicas, ambientais e sociais. Dentre estas atividades destaca-se o esporte, muitas vezes já indicado desde a fase inicial do processo de reabilitação (LABRONICI, 2000).

Os esportes e o lazer fazem parte do tratamento médico por serem fundamentais no processo de enfrentamento da “desvantagem” pelos deficientes físicos. O esporte tem um papel fundamental na reabilitação: complementa e amplia as alternativas; estimula e desenvolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais e favorece a independência (SILVA, 2005).

TSUTSUMI (2004) citou que a atividade física regular pode trazer novas perspectivas para indivíduos com incapacidades físicas, incluindo novas amizades e até oportunidades de emprego, devido ao aumento da produtividade.

Destacam-se evidências apontadas por diversos estudos nas quais a atividade física regular está associada ao aumento no status funcional e na qualidade de vida de pessoas com deficiência. Os autores salientam que a prática de atividade física regular previne doenças, promove a saúde e mantém a independência funcional. A prática esportiva em situação de hospitalização, por sua vez, complementa o trabalho médico e fisioterapêutico, reduz o tempo de hospitalização, aumenta a independência e a capacidade de iniciativa, contribui para a educação e a adoção de condutas comportamentais que asseguram a continuidade do processo dedicado à saúde física, mental e de bem-estar social (SILVA, 2005).

Apesar de a lesão medular originar um comprometimento nos sistemas fisiológicos, os problemas psicológicos são os mais frequentes, tais como raiva, negação, depressão e alterações no humor. Como os exercícios físicos podem reduzir a ansiedade em indivíduos saudáveis, então estes foram sugeridos como uma possível tática para prevenir ou minimizar as perturbações do humor. Indivíduos com lesão medular, geralmente apresentam alterações do humor e exercícios podem melhorar esta alteração, com ganhos na qualidade de vida. (TSUTSUMI, 2005).

Para um programa de reabilitação efetivo é importante o trabalho de uma equipe multiprofissional além da integração familiar e da sociedade onde o indivíduo vive (TSUTSUMI, 2004).

Sabe-se que o uso de exercícios terapêuticos na água é mencionado em obras tão antigas como a de Aureliano, do final do século V, na qual recomenda natação no mar ou em nascentes quente, e a do médico Jacques Delpech (1777-1838), que escreveu sobre a correção postural com aparelhos e enfatizou o valor da natação para a coluna vertebral (TSUTSUMI, 2005).

As atividades motoras em meio líquido visam o desenvolvimento cognitivo, afetivo, emocional e social, sendo mencionadas como um excelente meio de execução motora, favorecendo o desenvolvimento global do indivíduo portador de deficiência física (CHACHAN, 2001).

A natação é um dos esportes mais apropriados para indivíduos com algum tipo de deficiência física, devido aos benefícios e às facilidades proporcionados pela execução de movimentos com o corpo imerso na água. A natação desenvolve coordenação, condicionamento aeróbio, reduz a espasticidade, e resulta em menos fadiga que outras atividades. Além disso, traz grandes contribuições para o processo de reabilitação e pode reduzir o grau de fraqueza e de complicações (CHATARD, 1992). Para pessoas com deficiência, a natação tem valor terapêutico, recreativo e também social (ASSOCIATION OF SWIMMING THERAPY, 2000).

São vantagens da natação para paraplégicos e tetraplégicos: a experimentação de novas opções lúdico-motoras na água sem meios auxiliares; liberação e auto-realização da necessidade de movimentação; relaxamento; a redução de dependência física e psíquica; a reinserção social; a transição entre ser “doente” e “sadio”, “inapto” e “apto” e “paciente” e “aluno”; a permanência temporária fora da cadeira de rodas e prevenção de escaras; estímulo à força de vontade, auto-imagem, autoconfiança e auto-segurança (SILVA, 2005).

3.4.2. Terapias Complementares:

O persistente crescimento do uso de novas práticas terapêuticas tem chamado a atenção de diversos atores sociais, tanto na sociedade civil como no Estado. Denominadas alternativas, complementares, integrativas ou holísticas, essas práticas ganharam progressivo espaço em grupos civis e em instituições e serviços públicos de saúde. Seu surgimento e desenvolvimento remontam ao final da década de 1960, tendo desempenhado importante papel no conjunto de transformações denominado contracultura (CAMPLEL, 1997; LUZ, 1997; QUEIROZ, 2006).

Naquele momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’. Uma parte dessa ‘estratégia revolucionária’ foi a importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas. Nesse contexto, os usuários das então chamadas terapias complementares estavam à procura de práticas congruentes com essas orientações, que pudessem afirmar e materializar sua ideologia numa práxis (LUZ, 1997; BARROS, 2000; NASCIMENTO, 1997).

A busca de artigos sobre Terapias Complementares, desenvolvida por profissionais da enfermagem no Brasil e América Latina, apresenta número bastante reduzido de trabalhos. Trata-se de um vácuo de conhecimento dado o pequeno número de trabalhos encontrados.

Fazer uma abordagem sobre as terapias complementares, também chamadas de naturais ou alternativas, requer que alguns conceitos básicos sejam, inicialmente, colocados. Para QUEIROZ (2000), a terapia complementar é uma terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, no momento em que adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença, propondo uma visão não fragmentada da realidade, onde sensação, sentimento, razão e intuição se equilibram e se reforçam. É considerada como uma atitude diante da realidade, uma forma de ver e compreender o mundo, um espaço onde é permitido um intercâmbio dinâmico entre Ciência, Arte, Filosofia e as Tradições Espirituais; assim, o pensamento holístico permeia todos os níveis de atuação do indivíduo. Com essa visão, a cura é buscada, não apenas na eliminação dos sintomas, mas em um movimento para restabelecer o relacionamento da pessoa com o todo (universo).

Segundo GERBER (1997), o homem holístico é composto por mente, corpo e espírito, que é a soma de um largo espectro de sistemas de energias interativas. Esses sistemas podem ser afetados por nossas emoções, fatores nutricionais, fatores estressantes, de natureza puramente física, como a exaustão por excesso de trabalho ou sono insuficiente que causam desequilíbrios físicos e emocionais, podendo a pessoa se tornar vulnerável à doença, entre outros fatores que podem afetar estes sistemas de energia. A adoção de modelos mecanicistas e reducionistas na formação dos profissionais da área da saúde e a ênfase nas especializações fizeram com que se perdesse de vista a totalidade do ser humano. O profissional é levado a crer que somente os dados objetivos, obtidos através de exames, têm valor, e quanto mais sofisticado eles forem, melhor; com essa visão, profissional esquece-se de olhar para o paciente e perguntar o que ele está sentindo. O modelo holístico tende a procurar e recuperar o sentido dessa totalidade (TAVARES, 1998).

Segundo BRO (1997), essas terapias, incluem o uso dos florais, a massagem, o Reik, a aromaterapia, a reflexoterapia, a fitoterapia, o toque terapêutico, dentre outras, que se caracterizam por intervenções não invasivas, ausência de efeitos colaterais prejudiciais e por uma importante ação preventiva de desequilíbrio nos níveis físico, mental e emocional, além de poderem ser usadas concomitantemente a outros tratamentos.

Atualmente as terapias complementares são muito divulgadas, mas ainda são pouco reconhecidas e muito menos praticadas pelos enfermeiros, talvez por desconhecê-las e aos seus efeitos e, ainda, os seus direitos de praticá-las. Por isso, surgiu o interesse das autoras em escrever sobre o assunto, considerando o respaldo legal que a Resolução 197/97 do COFEN deu à categoria, ao reconhecer as terapias naturais como atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, desde que se comprove especialização ou qualificação na área (BRASIL, 2001). Essa prática dá ao enfermeiro outra ótica sobre o processo saúde doença e, conseqüentemente, favorece um cuidado mais qualificado e humanizado, indo além da forma convencional do cuidar, observando o ser humano em suas múltiplas dimensões física, mental, emocional e espiritual e em relação ao seu meio ambiente, com uma nova visão do ser saudável, novas formas de prevenção, de avaliação e cura.

3.4.3. As terapias complementares na prática profissional:

3.4.3.1. Florais

Os florais constituem um tipo de terapia que utiliza a essência das flores para fins curativos. Foram estudados, inicialmente, pelo Dr. Edward Bach, médico inglês, a partir da extração artesanal de líquidos sutis de 38 flores silvestres, conhecidas hoje como os Florais de Bach. A terapia floral age no plano mais sutil da pessoa, e é indicada para equilibrar os diversos estados desarmônicos que tenham suas origens na mente e nos sentimentos dela. Essa terapia não pretende, de forma direta, atingir a cura, mas permear os níveis mais profundos da consciência do indivíduo a fim de que, através do autoconhecimento, ela (a cura) se estabeleça (LARA, SILVA, 2001; KAMINSKI, KATZ, 1998; HIRATA, 1993. GERBER, 1997).

Sobre o assunto, HIRATA (1993) acrescenta que a terapia floral inclui juízos de valores subjetivos, de modo que contribui para uma enfermagem mais humanizada, psico-espiritualizada e holística. O que caracteriza essa terapia é a sua não agressividade e a ausência de transtornos secundários. Além disso, STERN (1998) refere que pesquisas científicas comprovam que o estado mental e emocional de uma pessoa exerce influências positivas ou negativas sobre diferentes doenças, desde uma simples gripe até estados patológicos mais graves.

3.4.3.2. Massagem

Segundo DOMENICO; WOOD (1998), a palavra massagem vem do grego e significa amassar; é um grupo de procedimentos, habitualmente realizados com as mãos, (a fricção, o amassamento, o deslizamento, o rolamento e a percussão dos tecidos externos do corpo), e por meio de diversas técnicas, que objetivam produzir efeitos sobre os sistemas nervoso, muscular, respiratório, linfático e sobre o estado geral. Proporciona o alívio do estresse ocasionando relaxamento, mobilizando várias estruturas para o alívio da dor e a diminuição do edema, assim como previne deformidades e promove a independência funcional de uma pessoa que tem problema específico de saúde.

O poder da massagem se deve, em grande parte, ao efeito positivo que produz em todo o corpo, melhorando a resistência geral às doenças, produzindo uma agradável sensação de bem estar (WORTH, 1997).

3.4.3.3. Aromaterapia

Para BROWN (1997); LAVERY (1997), a palavra aroma significa cheiro ou fragrância, e a terapia significa tratamento para o corpo, mente ou condição social de uma pessoa, ajudando ou facilitando um processo de mudança e cura. Para isso, são utilizados óleos essenciais de flores, ervas, plantas, árvores ou especiarias, onde cada essência tem propriedades peculiares que atuam sobre o equilíbrio interior do corpo; os óleos essenciais entram no corpo por inalação e por absorção, através dos poros da pele, e atuam de três maneiras: farmacologicamente, fisiologicamente e psicologicamente.

BROWN (1997) acredita que a aromaterapia é extremamente eficaz contra o estresse, e problemas correlatos, nas disfunções musculares, emocionais, questões femininas como a menopausa, gravidez e menstruação, nas disfunções digestivas e problemas de pele. Os óleos essenciais podem ser usados na massagem, no banho, na inalação de vapor, na vaporização, compressa, creme, loção, xampu, gargarejos ou nos bochechos.

A aromaterapia pode ser associada à massagem aromaterapêutica que é a combinação do poder revigorante do toque (massagem) com as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais, que ajudam a acalmar, relaxar e refrescar a mente e o corpo, Para a escolha do óleo, é necessário investigar a saúde do paciente e o que ele espera receber da massagem, uma vez que cada mistura de óleo é individual. Massagear o corpo inteiro com óleos aromáticos

alivia a tensão muscular, aumenta a energia e traz bem estar. Acredita-se que a massagem aumente a quantidade de endorfina circulante que, associada aos óleos, tem seus efeitos potencializados pela interrupção da informação aos receptores da dor que chegam ao cérebro.

3.4.3.4. Reik

Segundo ZIEGLER (1997), o Reik é um sistema de cura natural criado pelo Dr. Mikao Usui. A palavra é composta por Rei, que significa energia universal, e Ki, que exprime a energia da força vital que produz a nossa essência; isso significa colocar em sintonia a energia da pessoa com a energia universal. Ele trata o corpo, minuciosamente, utilizando as mãos que, durante o processo, podem perceber e descobrir a mínima congestão interna, seja física ou mental, aguda ou crônica; é uma terapia sem remédios, completamente não invasiva, que age renormalizando o corpo. Aproxima o indivíduo do seu corpo, da sua mente e da sua consciência, de modo que um sintoma só terá valor se relacionado ao ser total. Para a autora, ele atua como um sistema preventivo, uma vez que estimula o sistema imunitário do organismo, estabiliza o sistema nervoso central e periférico, renova a flora intestinal em um período relativamente breve, renova a pele e os cabelos, e promove a desintoxicação nos níveis físico e psíquico, ocasionando bem estar e relaxamento.

Sobre os efeitos do Reik, RAMOS (1995) acrescenta que ele fornece e acelera todos os processos de cura física ou espiritual da pessoa, proporcionando-lhe total liberdade para decidir como lidar com a situação; é a expansão da consciência, tendo a cura como efeito colateral.

3.4.3.5. Reflexoterapia

A reflexoterapia é a aplicação de pressão, com os dedos, nas mãos, pés e costas, que estimulam terminações nervosas relacionadas aos vários sistemas e órgãos do corpo, proporcionando a cura. Tais pontos são chamados de pontos (ou áreas) reflexos, e cada um corresponde a uma parte ou função diferente do corpo. O tratamento resulta na melhora da função corporal, uma vez que, os nutrientes e o oxigênio são transportados de maneira mais eficaz ao longo do corpo, e as toxinas eliminadas com maior facilidade. É indicada tanto para prevenir as doenças, quanto para encorajar o corpo a se curar. Ela é particularmente adequada para o tratamento do estresse e distúrbios correlatados, problemas emocionais, digestivos, circulatórios e menstruais, insônia, cansaço e da maioria das doenças crônicas e agudas (BROWN, 1997).

3.4.3.6. Toque terapêutico

A prática do toque terapêutico baseia-se em suposições nas quais, todas as ciências concordam: que sob o aspecto físico, um ser humano é um sistema de energia aberto (a transferência de energia entre pessoas ocorre naturalmente e de forma contínua); que sob o aspecto anatômico, ele é bilateralmente simétrico (base racional para se concluir que existe um padrão no campo de energia humana subjacente, fundamental na avaliação do estado de energia do paciente); que a doença é um desequilíbrio do campo de energia do indivíduo (o terapeuta dirige e modula esse campo de energia, usando o sentido do tato como telerreceptor); que os seres humanos têm habilidades naturais para transformar e transcender suas condições de vida (são pré-requisitos para que ocorra a cura). Nessa modalidade, o terapeuta age como um sistema de apoio humano, em que seu próprio campo de energia sadio fornece o andaime para orientar a repadronização no fluxo de energia enfraquecido e desintegrado do paciente, estimulando, assim, o seu sistema imunológico. O toque terapêutico provoca relaxamento, redução da dor, acelera o processo de cura e o alívio de doenças psicossomáticas (KRIEGER, 1993).

3.4.3.7. Equoterapia

Os pacientes portadores de lesão medular podem se beneficiar também de terapias alternativas como a equoterapia. Ela proporciona ganhos sensório-motores através dos movimentos tridimensionais e das inflexões laterais que potencializam a circuitaria sináptica evocando a modulação de tônus muscular, ajustes posturais, coordenação motora, equilíbrio, força muscular e dissociação de cinturas. Uma vez que esses pacientes necessitam de reabilitação por um longo tempo, a equoterapia pode auxiliar na melhora da funcionalidade desses pacientes. Esta prática ajuda também no ganho do equilíbrio e ajustes posturais que melhoram as atividades de vida diária. Evidências demonstram que a equoterapia auxilia nas aquisições de padrões motores, proporcionando-lhe funcionalidade e ampliando sua socialização. (COLOMBAROLI, 2009).

A equoterapia trabalha o indivíduo como um todo, ou seja, em sua forma biopsicossocial. Trata-se de uma terapia que utiliza o cavalo como instrumento reabilitador. Cada indivíduo é visto como uma pessoa especial, que sente, pensa, deseja, realiza e aprende. Se não for possível ter boa desenvoltura motora, são criados mecanismos para vencer as suas dificuldades.

O atendimento terapêutico dos pacientes portadores de lesão medular proporciona um aprendizado e uma experiência enriquecedores. A Equoterapia é uma ótima proposta de tratamento para os portadores de lesão medular, pois ela beneficia pacientes que apresentam lesões em seu sistema nervoso em desenvolvimento ou já maduro.

Ela também propõe às pessoas, novas experiências e situações ricas em desafios que venham a contribuir para o desenvolvimento e o aprimoramento de suas potencialidades. Facilita a organização do esquema corporal e aquisição das estruturas têmporo-espaciais; estimula a aprendizagem, memorização e concentração, trabalha a cooperação, socialização e espírito de grupo; regula o tônus muscular, além de estimular o equilíbrio e a boa postura, aumentando também a autoconfiança e o autocontrole. (ÁVILA, 2001).

Na Equoterapia, faz-se necessária a participação do corpo como um todo, contribuindo para o desenvolvimento do tônus e da força muscular, relaxamento, conscientização corporal, equilíbrio, aperfeiçoamento da coordenação motora, orientação espacial e temporal, melhora a atenção, raciocínio, memória, percepção visual, auditiva e tátil, auto-estima e autoconfiança, bem como a interação do praticante (paciente) com o meio ambiente, favorecendo e estimulando a socialização. (FRAZÃO, 2001).

Todos estes aspectos justificam que a Equoterapia é um programa de reabilitação motora importante para os portadores de lesão medular, atuando em suas novas condições físicas e psicológicas.

Os benefícios que o cavalo proporciona ao ser humano são ressaltados desde o tempo de Hipócrates que destacou a ação da equitação como elemento regenerador da saúde. O cavalo é o elemento terapêutico que proporciona ganho diferenciado para o praticante, pela afetividade, pelo movimento tridimensional, pelo contexto do ambiente e pela interdisciplinaridade (CALDAS, 2003).

Neste método, ele entra como um agente facilitador, proporcionando aos praticantes ganhos físicos e psicológicos, exigindo um trabalho muscular intenso. Durante a sessão, o praticante recebe várias informações proprioceptivas que provém das articulações, músculos, tendões, com abordagens diversas das terapias convencionais (MARCHIZELI, 2000).

3.4.3.8. Acupuntura:

A acupuntura é uma técnica antiga que tem por objetivo diagnosticar doenças e promover a cura pela estimulação da força de autocura do corpo. Esse processo se dá pelo realinhamento e redirecionamento da energia, por meio da estimulação de pontos de acupuntura por agulhas finas metálicas, laser, pressão e outras formas de abordagem. Essa técnica é desenvolvida com base no princípio de indissociabilidade do corpo com o ambiente, das relações intrínsecas entre o microcosmo e o universo, permeando com a mesma energia.

É denominada medicina tradicional no contexto dos países que utilizam práticas tradicionais e populares como a principal forma de atenção à saúde. Ela foi nomeada como Medicina Complementar e Alternativa nos países onde a principal forma de medicina praticada é a alopática.

A acupuntura tem relevância no Sistema de Saúde Pública na China, país onde se originou a prática há milênios. Divulgações da World Health Organization (WHO) como o Caderno publicado em 1985, intitulado *The role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China* relatam o uso e a importância das terapias tradicionais chinesas para os cuidados de saúde primários nesse país, na prevenção e promoção à saúde (WHO, 1985).

Em 2003, para dar maior visibilidade e fundamentação à acupuntura como terapêutica eficaz e segura para uma grande quantidade de enfermidades, a WHO fez divulgações de doenças tratáveis pela acupuntura (WHO, 2003).

Foi feita uma listagem sobre estudos clínicos controlados de acupuntura em diferentes enfermidades, coletados nos anos anteriores a 2002 e provenientes de diversos países do mundo. Para justificar a importância das publicações realizadas pela Organização Mundial de Saúde, cumpre ressaltar que essa listagem foi também referenciada pelo governo do Distrito Federal no Manual de Normas e Procedimentos das atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração em 2005 (SES, 2005).

Segundo o documento organizado pela WHO, há uma ampla gama de possibilidades terapêuticas da acupuntura para doenças agudas e crônicas, para todas as faixas etárias, inclusive e especialmente para idosos. Ela pode ser sugerida para todos os níveis de atenção com alto grau de resolutividade e eficiência. Embora a acupuntura tenha credibilidade no Ocidente como método eficaz para alívio da dor, seu uso se estende para distúrbios dos sistemas respiratório, digestivo, nervoso, bem como para problemas psicológicos e

emocionais. Ao se realizar o diagnóstico e tratamento pela acupuntura, múltiplos sintomas podem ter remissão completa ou parcial, simultaneamente, pois é o todo energético que está implicado no tratamento.

No Brasil, muito antes dessas iniciativas, uma enfermeira já relatava em 1983 o crescente interesse pela população brasileira sobre o uso das Terapias Complementares e a importância do enfermeiro não ficar alheio a esse movimento. Esse interesse, segundo a autora, devia-se principalmente a alguns fatores: o preço elevado da assistência médica privada, o alto custo de medicamentos, precariedade da assistência dos serviços de saúde pública, eficácia da terapêutica e menores efeitos colaterais (NOGUEIRA, 1983).

A Organização Mundial de Saúde organizou uma revisão das experiências clínicas de acupuntura realizadas nas últimas duas décadas e fez uma consulta sobre acupuntura em diferentes países pelo mundo. Os resultados foram publicados em um documento intitulado *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials*. Foram listadas 43 doenças tratadas e tratáveis pela técnica (WHO, 2003).

Foram criadas quatro categorias principais dentre elas a categoria um, que refere às doenças, sintomas ou condições para as quais a acupuntura foi comprovada como tratamento efetivo. Foram citadas enfermidades tais como: artrite reumatóide, cefaléia, ciática, depressão, dores cervicais, de joelho, lombar, dor pós-operatória, hipertensão essencial, indução de parto, leucopenia, náuseas e vômitos, reações à radioterapia e quimioterapia e muitas outras condições.

A completa listagem organizada no documento da WHO apresenta uma infinidade de afecções do corpo humano, das físicas às mentais e emocionais. Mas, sem dúvida, as afecções dolorosas são as mais citadas, com o efeito da acupuntura sendo comparável à da morfina. De fato, a dor tem sido possivelmente a causa mais comum e decisiva para que uma pessoa procure serviço médico. As pessoas que tem dor experimentam graus variáveis de angústia, sendo as principais ações da acupuntura, os efeitos analgésicos, sedantes, homeostáticos, imunodefensivos, psicológicos e de recuperação motora.

A acupuntura, como intervenção terapêutica, tem se mostrado benéfica, quando a resposta ao tratamento prévio com medicamentos, repouso, injeção epidural, fisioterapia, osteopatia, quiropraxia e cirurgia têm falhado (SMITH-FASSLER, LOPEZ-BUSHNELL, 2001).

4. METODOLOGIA:

4.1. Tipo de pesquisa:

O método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador. No campo da saúde coletiva, os métodos frequentemente usados para estudos das populações humanas são os quantitativos (mais frequentes por meio da epidemiologia) e qualitativos (mais utilizados pelas ciências sociais). Ao se desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas de uma pesquisa, o investigador trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, em face do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; PARGA et al., 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Este tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

O valor da pesquisa qualitativa não é reconhecido integralmente nem dentro das ciências sociais. Muitos cientistas sociais consideram importantes os estudos qualitativos apenas para fins exploratórios, recomendando sempre o uso de questionários estruturados para o que definem como “pesquisa científica”, na qual são exigidos testes de hipóteses, possibilidades de repetição pela estandardização das perguntas e testes de validade e fidedignidade. Essa concepção é oriunda do positivismo, cuja suposição é de que o refinamento dos instrumentos padronizados e das técnicas estatísticas é capaz de solucionar a fidedignidade das pesquisas.

Este estudo aplicará uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1995, p.21-22) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O estudo será do tipo descritivo. Segundo CRESWEL (2007) esta pesquisa é usada quando já se tem algum conhecimento do assunto que se quer descrever um fenômeno. Algumas hipóteses podem ser formuladas com base em conhecimentos prévios, procurando confirmá-las ou negá-las. Neste tipo de estudo é extremamente importante a exatidão e precisão dos dados coletados.

4.2. Estratégia para coleta de dados

A coleta de dados será realizada entrevista semi-estruturada com sujeitos com lesão medular e praticantes de atividades físicas e/ou alternativas.

De acordo com TRIVIÑOS (1987, p. 146) a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Já segundo MANZINI (1990/1991, p. 154), a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

4.3. Sujeito da Pesquisa

Os sujeitos do estudo serão escolhidos aleatoriamente de acordo com o interesse em participar da pesquisa, totalizando 15 pacientes com lesão medular, internados no Hospital de

Apoio de Brasília, praticantes de atividades físicas e/ou complementares e 15 familiares que acompanham o lesado medular durante a internação; 4 profissionais de saúde que atuam no setor de lesados medulares. Total da amostra 34 participantes.

4.3.1. Critérios de inclusão: Pacientes com lesão medular internados no Hospital de Apoio de Brasília que pratiquem alguma das atividades apresentadas no projeto; familiares que acompanham o lesado medular durante a sua internação; profissionais de saúde que atuam no setor de lesados medulares há pelo menos 1 ano; e que aceitem participar voluntariamente do estudo.

4.3.2. Critérios de exclusão: Pacientes com lesão medular internados no Hospital de Apoio de Brasília com possibilidade de reabilitação física total; que utilizem das práticas relacionadas para determinado fim ou que não praticam atividades físicas e/ou alternativas; familiares que não acompanham o lesado medular durante a internação; profissionais que atuam no setor de lesados medulares há menos de 1 ano. Sujeitos que não aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

4.4. Local da Pesquisa

A pesquisa se desenvolverá em um serviço hospitalar público, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, denominado Hospital de Apoio de Brasília, que possui como especialidades ambulatoriais: cuidados paliativos, acupuntura, triagem neonatal, clínica médica e fisioterapia.

O Hospital de Apoio de Brasília (HAB) é um hospital da rede de assistência pública à saúde no Distrito Federal que presta assistência a pacientes com doenças crônicas, em processo de reabilitação e/ou com potencial para reabilitação. Por ser uma unidade de saúde de atenção em nível quaternário, oferece atendimento médico especializado, suporte e complementação à assistência prestada aos usuários de outros hospitais da rede.

4.5. Riscos e benefícios da Pesquisa:

Este projeto possui os seguintes benefícios: divulgar os benefícios das atividades físicas e terapias complementares em saúde para aqueles que não a praticam, bem como, no meio acadêmico; poderá ainda melhorar a formação dos profissionais de saúde que atendem a estes casos.

Os riscos são: estimular a manifestação de emoções desagradáveis em relação ao adoecimento e trauma a partir da entrevista, pois os pacientes serão submetidos a questões que envolvem sua opinião a respeito do seu tratamento e reabilitação, podendo ser respondidas de forma positiva ou negativa. Caso venham a ter um desequilíbrio emocional ou psicológico, nós como pesquisadores teremos as seguintes atitudes conforme a assistência: encaminhar o paciente ao apoio psicológico, reforçar a assistência a este paciente, a fim de ajudá-lo a se restabelecer. Orientar a família sobre o ocorrido e pedir que a mesma dê apoio para assim facilitar sua recuperação. Este ocorrido poderá ser minimizado pelo atendimento psicoterapêutico da UCB.

4.6. Análise dos dados:

As entrevistas semi-estruturadas serão transcritas e analisadas de forma crítica e interpretativa, de forma a atender os objetivos. Será usada a análise de discurso. O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou imagens (fotografias) (MUTTI, 2003) ou linguagem corporal (dança) (ORLANDI, 2001).

A análise das entrevistas semi estruturadas será realizada tendo em vista o roteiro elaborado no qual a primeira parte contém informações que possibilitam o estabelecimento do perfil dos respondentes e na segunda parte busca informações referente ao impacto das terapias complementares em saúde na reabilitação de pacientes portadores de lesão medular. Para as variáveis quantitativas será utilizado MUTTI 2003 e para os dados qualitativos, questões abertas, será utilizado a análise de discurso.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com a resolução 196/96, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FEPECS, protocolo nº 452.920.

4.8. Cronograma

Etapas	1º Semestre 2013	2º Semestre 2013
Aprofundamento teórico e metodológico do projeto	X	
Submissão comitê de ética	X	
Coleta de dados		X
Análise dos dados		X
Elaboração do TCC		X
Apresentação do TCC		X

Fonte: Elaboração própria. Brasília, 2013.

4.9. Orçamento:

Recursos	Preços
Combustível	R\$ 300,00
Impressão	R\$ 50,00
Gravador	R\$ 200,00
Papel A4	R\$ 15,00
Revisão de português	R\$ 300,00
Normalização	R\$ 200,00
Total	R\$1.065,00

Fonte: Elaboração própria. Brasília, 2013.

5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS:

A análise das entrevistas semi estruturadas foi realizada tendo em vista o roteiro elaborado no qual a primeira parte continha informações que possibilitavam o estabelecimento do perfil dos respondentes e na segunda parte buscava informações referentes às opiniões dos entrevistados a cerca das terapias complementares e atividades físicas. Nesta fase foi utilizada a análise discurso.

A construção dos dados foi sistematizada de acordo com os objetivos da pesquisa, considerando o perfil de cada um dos participantes e a opinião dos participantes sobre as terapias complementares e atividades físicas. A análise foi estruturada conforme os passos descritos a seguir:

5.1. Perfil dos Profissionais de Saúde, dos pacientes e familiares entrevistados:

A primeira parte realizada foi a análise do perfil dos entrevistados por categoria, onde distribuiu-se os dados considerando os profissionais de saúde, pacientes e familiares. A seguir a Tabela 1 distribui as características dos profissionais de saúde do Hospital de Apoio de Brasília, que trabalham diretamente com o paciente com lesão medular, participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde do Hospital de Apoio de Brasília por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil. Brasília, 2013 (n=4).

Perfil dos Profissionais	Nº	%
Sexo		
Masculino	1	25
Feminino	3	75
TOTAL	4	100
Faixa Etária		
31-35 anos	2	50
Acima de 35 anos	2	50
TOTAL	4	100
Profissão		
Terapeuta Ocupacional	1	25
Fisioterapeuta	1	25
Médico (a)	1	25
Enfermeiro (a)	1	25
TOTAL	4	100
Escolaridade		
Ensino Superior Completo	2	50
Pós Graduação <i>Lato Sensu</i>	2	50
TOTAL	4	100
Estado Civil		
Casado (a)	4	100
TOTAL	4	100

Fonte: Elaboração própria, Brasília, 2013.

Os dados desta análise permitem verificar que a maioria dos profissionais entrevistados pertence ao sexo feminino (75%), já do sexo masculino fica em uma pequena parte (25%). É considerado ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas, (GIRARDI, 1999 citado por MARTINS et al, 2006).

Ao analisar o perfil dos profissionais, estes estavam distribuídos igualmente em uma faixa etária que varia entre 31 a 35 anos (50%) e maiores de 35 anos (50%).

Quanto à área de atuação profissional, estas estavam distribuídas em Terapeuta Ocupacional (25%), Fisioterapeuta (25%), Médico (25%) e Enfermeiro (25%).

O nível de escolaridade variou entre Superior Completo (50%) e Pós Graduação *Lato Sensu* (50%), evidenciando a alta procura pela formação de nível superior, a especialização em uma determinada área e a conseqüente busca por capacitação profissional. Rocha et al (2010) afirma que esse crescimento está relacionado com as mudanças ocorridas no perfil da saúde da população e na educação dos profissionais. Os avanços na saúde estiveram vinculados com o início da Reforma Sanitária, nos anos 1970, que passou a enfocar uma intervenção complexa e integral, direcionada para a promoção da saúde.

Na educação, essas mudanças foram alicerçadas na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, que determinou as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação e a conseqüente atualização dos currículos e do ensino das profissões da saúde. Segundo Martins et al, (2006) é fundamental que o profissional atuante seja ágil em decisões, criativo, inovador, capaz de agregar valor econômico e social a suas ações, somado ao potencial para resolução de problemas e a preocupação constante de se manter atualizado para acompanhar as inovações.

Analisando o estado civil, foi observada uma total porcentagem de pessoas casadas (100%).

A seguir, a Tabela 2 distribui as características dos pacientes do Hospital de Apoio de Brasília, praticantes das terapias complementares, participantes da pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes do Hospital de Apoio de Brasília por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil, renda mensal, número de filhos, naturalidade, procedência, tipo de residência e com quem reside. Brasília, 2013 (n=15).

Perfil dos Pacientes	Nº	%
Sexo		
Masculino	14	93,3
Feminino	1	6,7
TOTAL	15	100
Idade		
18-20 anos	4	26,7
21-25 anos	3	20
26-30 anos	2	13,3
31-35 anos	2	13,3
Acima de 35 anos	4	26,7
TOTAL	15	100
Profissão		
Possui profissão	12	80
Não possui profissão	3	20
TOTAL	15	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	5	33,3
Ensino Fundamental Completo	2	13,3
Ensino Médio Incompleto	3	20
Ensino Médio Completo	3	20
Ensino Superior Incompleto	2	13,3
TOTAL	15	100
Estado Civil		
Solteiro (a)	10	66,7
Casado (a)	2	13,3
Outros	3	20
TOTAL	15	100
Renda Mensal		
Abaixo de 1 salário mínimo	3	20

De 1 à 2 salários mínimos	8	53,3
De 2 à 3 salários mínimos	2	13,3
De 3 à 4 salários mínimos	1	6,7
Acima de 4 salários mínimos	1	6,7
TOTAL	15	100
Número de filhos		
Não possui filhos	5	33,3
1-3 filhos	8	53,3
4-6 filhos	2	13,4
TOTAL	15	100
Naturalidade:		
Distrito Federal	7	46,7
Outras localidades	8	53,3
TOTAL	15	100
Procedência:		
Distrito Federal	11	73,3
Outras localidades	4	26,7
TOTAL	15	100
Tipo de residência:		
Casa/Apartamento próprio	9	60
Casa/Apartamento alugado	4	26,7
Casa de Familiares	2	13,3
TOTAL	15	100
Reside com:		
Pais	6	40
Irmãos	3	20
Avós	1	6,7
Cônjuge	3	20
Sozinho	1	6,7
TOTAL	15	100

Fonte: Elaboração própria, Brasília, 2013.

Os dados desta análise permitem verificar que a maioria dos pacientes entrevistados pertence ao sexo masculino (93,3%) e o sexo feminino fica em uma pequena parte (6,7%). Dados da Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação (2009) afirma que a população de indivíduos que foram atendidos na Rede SARAHA a maioria é masculina (73,9%).

Segundo CASALIS, 2003 a população mais atingida é a de jovens do sexo masculino. 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 baixa renda e com baixo nível de instrução (CAFER et al., 2005; NEVES, 2003).

De acordo com as estimativas disponíveis para a população mundial, cerca de 20 a 40 indivíduos, por milhão, são portadores de lesão medular, sendo que o segmento proporcionalmente mais atingido é constituído por jovens do sexo masculino e com menos anos de escolaridade formal (MEYERS, 2001).

Ao analisar a faixa etária desses pacientes, encontramos predominantemente uma faixa etária que varia entre 18 a 20 anos (26,7%) e maiores de 35 anos (26,7%), seguidos por 21 a 25 (20%), 26 a 30 (13,3%), 31 a 35 (13,3%) em proporções menores. Campos, et al (2008) afirma que os novos casos de lesão medular que ocorrem, 60% deles acometem pessoas com idade entre 16 e 30 anos. Pessoas jovens com idade entre 16 e 30 anos constituem mais da metade dos novos casos de LME a cada ano (BRUNNER&STUDARTH).

Quanto à área de atuação profissional, (80%) a maior parte possui profissão e uma pequena parte (20%) não possui profissão.

O nível de escolaridade predominante é o Ensino Fundamental Incompleto (33,3%), Ensino Médio Incompleto (20%), Ensino Médio Completo (20%), seguido por Ensino Fundamental Completo (13,3%), e Ensino Superior Incompleto (13,3%).

Analisando o estado civil, foi observada uma grande porcentagem de pessoas solteiras (66,7%), vindo em seguida outros (20%) e uma pequena porcentagem de casados (13,3%).

No critério de renda mensal em primeiro lugar está a variante de 1 à 2 salários mínimos (53,3%), em segundo lugar abaixo de 1 salário mínimo (20%), seguido por de 2 à 3 salários mínimos (13,3%), em quarto lugar vem com o mesmo percentual (6,7%) os salários de 3 à 4 salários mínimos e acima de 4 salários mínimos.

OREN (2001) afirma que a baixa renda, e o baixo grau de escolaridade podem 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.

Em relação à existência de filhos, observou-se que, predominantemente, possuem de 1 a 3 filhos (53,3%), seguido por (33,3%) que não possui filhos, e (13,4%) que possuem de 4 a 6 filhos (13,4%).

De acordo com a naturalidade e procedência dos entrevistados, a maioria nasceu em outras localidades (53,3%) e uma outra parte nasceu no Distrito Federal (46,7%). Em relação à procedência a maioria mora no Distrito Federal (73,3%), seguido por uma pequena parte que mora em outras localidades (26,7%).

Ao analisar o tipo de moradia, pode-se observar que (60%) dos entrevistados residem em casa/apartamento próprio, seguidos de (26,7%) em casa/apartamento alugado e (13,3%) em casa de familiares. A análise também permitiu verificar que a grande maioria reside com os pais (40%), em seguida vem com o mesmo percentil de (20%) os que residem com irmãos e cônjuges e por último com o mesmo percentil de (6,7%) os que moram com avós ou sozinhos.

A seguir será apresentada a Tabela 3, com o perfil dos familiares dos pacientes com lesão medular, que os acompanham em sua reabilitação, participantes da pesquisa.

Tabela 3 – Distribuição dos familiares por sexo, faixa etária, profissão, escolaridade, estado civil. Brasília, 2013 (n=15).

Perfil dos Familiares	Nº	%
Sexo		
Masculino	3	20
Feminino	12	80
TOTAL	15	100
Idade		
18-20 anos	1	6,7
21-25 anos	3	20
31-35 anos	1	6,7
Acima de 35 anos	10	66,7
TOTAL	15	100
Profissão		
Possui profissão	3	20
Não possui profissão	12	80
TOTAL	15	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	4	26,7
Ensino Fundamental Completo	2	13,3
Ensino Médio Incompleto	2	13,3
Ensino Médio Completo	3	20
Ensino Superior Incompleto	2	13,3
Ensino Superior Completo	2	13,3
TOTAL	15	100
Estado Civil		
Solteiro (a)	4	26,7
Casado (a)	4	26,7
Viúvo (a)	1	6,7
Outros	6	40
TOTAL	15	100

Fonte: Elaboração própria, Brasília, 2013.

Os dados desta análise permitem verificar que a maioria dos familiares entrevistados pertence ao sexo feminino (80%) e o sexo masculino fica em uma pequena parte (20%). Nessa população, de modo geral há predomínio do sexo feminino como agentes do cuidado dependente. 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 adquirir competências para desenvolver-se enquanto agência de autocuidado. (FARO, 1999 e MADUREIRA 2000).

O predomínio de mulheres cuidadoras remete ao gênero, pois o cuidado à pessoa com deficiência em geral é atribuído à mulher, como decorrência de seu papel tradicional como cuidadora do lar e da família. (FARO 2011, ROBISON et al. 2009, BLANES et al. 2005).

Ao analisar a faixa etária desses familiares, estes estavam distribuídos, predominantemente, em uma faixa etária de maiores de 35 anos (66,7%), seguido por 21 a 25 anos (20%), em subseqüência, com o mesmo percentil, vem a faixa de 18 a 20 anos (6,7%) e 31 a 35 anos (6,7%).

Podemos observar que a maior parte dos familiares responsáveis pelo cuidado do paciente com lesão medular são mulheres na faixa etária de 21 até maiores de 35 anos. Em estudo realizado por PEREIRA e ARAUJO 2006, com 6 lesados medulares e 6 familiares, obteve-se o resultado que, o grupo de familiares era composto por 3 mães, 2 esposas e 1 companheira entre 23 e 41 anos de idade, evidenciando o papel da mulher como promotora do cuidado deste tipo de paciente.

Quanto à área de atuação profissional, a maioria (80%) não possui profissão e uma pequena parte (20%) possui profissão.

O nível de escolaridade predominante é o Ensino Fundamental Incompleto (26,7%), seguido por Ensino Médio Completo (20%), e em menores proporções verificamos o Ensino Fundamental Completo (13,3%), Ensino Médio Incompleto (13,3%), Ensino Superior Incompleto (13,3%) e Ensino Superior Completo (13,3%), todos com o mesmo percentil. O nível de escolaridade pode implicar na capacidade de maior absorção das informações referentes ao enfrentamento da vida (SCHOELLER, et. al., 2012).

Analisando o estado civil, foi predominante a porcentagem para outros (40%), seguida da porcentagem de 53,4% para casados (27,6%) e solteiros (27,6%), e viúvo 6,7%.

5.2. Análise de discurso dos pacientes:

5.2.1. Análise de discurso dos pacientes sobre suas principais queixas:

Analisando as principais queixas dos pacientes entrevistados, observou-se que 60% apresentam dor, e 40% não possuía queixas, conforme respostas abaixo:

Paciente 1: Dor e queimação nos membros

Paciente 2: Nenhuma

Paciente 3: Dor em Membro Superior Direito

Paciente 4: Nenhuma

Paciente 5: No momento nenhuma

Paciente 6: Muita dor em todo o corpo.

Paciente 7: Dores. Cada hora ela migra para um lugar. Tenho uma na mão que desde o acidente, eu vim, fiz a cirurgia, mas ela sempre aparece por aqui, que é no dedo mindinho. Ela vem aqui e volta. Sinto queimação no corpo também, como se alguém colocasse algo e cima de mim e começasse a queimar, e eu não sinto coisa gelada no lado esquerdo do corpo, sinto como se estivesse quente.

Paciente 8: Dores no tornozelo

Paciente 9: Dor na cicatrização da cirurgia

Paciente 10: Dor na perna esquerda

Paciente 11: Dor nos braços, cabeça e pernas

Paciente 12: Sem queixas

Paciente 13: Quando eu fico agitado, meu pescoço dói muito. E minhas pernas esquentam um pouco.

Paciente 14: Sem queixas

Paciente 15: Não apresenta queixas

A ocorrência de dor após a lesão medular é muito frequente, 60% dos casos terão dor em alguma fase da vida. Cerca de um terço dos pacientes desenvolve dor crônica de forte intensidade. A dor neuropática caracteriza-se por sensação desconfortável geralmente imprecisa em queimação, choque ou formigamento em região na qual há perda ou diminuição da sensibilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

5.2.2. Análise de discurso dos pacientes sobre a frequência da prática de terapias complementares e atividades físicas:

A seguir será apresentada a tabela 4, com a frequência, por semana, da prática das terapias complementares e atividades físicas pelos pacientes com lesão medular.

Tabela 4: – Distribuição da frequência da realização de alguma terapia complementar ou atividade física semanalmente. Brasília, 2013 (n=15).

Quantidade por Semana	Nº	%
3 vezes	3	20
Todos os dias	12	80
Total	15	100

Elaboração própria. Brasília, 2013.

Foi observado que a maioria dos pacientes (80%) praticam as terapias complementares e atividades físicas todos os dias da semana, seguido por uma minoria (20%) que praticam apenas 3 vezes por semana.

5.2.3. Análise de discurso dos pacientes sobre principais terapias complementares e práticas esportivas realizadas:

A seguir será apresentada a tabela 5, com as principais terapias complementares e atividades físicas realizadas pelos pacientes:

Tabela 5 – Principais Terapias Complementares e Atividades Físicas realizadas pelos pacientes. Brasília, 2013.

Paciente	Acupuntura	Natação adaptada	Equoterapia
1	X		
2		X	
3		X	
4	X	X	
5	X	X	
6		X	
7	X	X	
8		X	
9	X		
10	X	X	X
11		X	
12	X		
13	X		
14	X	X	
15	X		
Total:	10 (66,7%)	9 (60%)	1 (6,7%)

Elaboração própria. Brasília, 2013.

Ao analisar as principais terapias complementares e atividades físicas desenvolvidas com os pacientes, encontrou-se uma maioria (66,7%) que praticam acupuntura, seguido dos pacientes que praticam natação adaptada (60%), e uma minoria (6,7) que praticam equoterapia.

A seguir, será apresentada a tabela 6, a quantidade de terapias complementares e atividades físicas realizadas por cada paciente.

Tabela 6 – Quantidade de atividades (terapias complementares e atividades físicas) realizadas por paciente. Brasília, 2013.

Paciente	Nº	%
Realizam 1 atividade	10	66,7
Realizam 2 atividades	4	26,7
Realizam 3 atividades	1	6,7

Elaboração própria. Brasília, 2013.

Analisando a quantidade de atividades, podemos observar a predominância da realização de apenas 1 atividade (66,7), seguido por pacientes que realizam 2 atividades (26,7), e uma minoria que realiza 3 atividades (6,7).

5.2.4. Análise de discurso dos pacientes sobre como conheceram as terapias complementares e atividades físicas:

Em análise dos discursos dos pacientes sobre como conheceram as terapias complementares e atividades físicas, observou-se que na maioria dos casos este conhecimento se deu através de profissionais de saúde relacionados com o cuidado direto do paciente e que conhecem ou realizam estas terapias, tornando-se um elo importante, favorecendo uma adesão ao tratamento.

“A enfermeira no posto que fazia o meu curativo que me indicou as terapias complementares. Eu vim para tratar a infecção urinária, que na época eu usava sonda, daí eles resolveram me internar. (Paciente 4).”

“Fui indicado pela doutora que me atendeu do Hospital JK, localizado no Sudoeste. (Paciente 15).”

“A fisioterapia, a natação e a equoterapia eu conheci através do CEUB, foram eles que indicaram. (Paciente 13).”

Se as terapias complementares tornarem-se integradas em todos os sistemas nacionais de saúde, os pacientes terão acesso aos benefícios dos conhecimentos com uma abordagem mais ampla em saúde. Além disso, estando as terapias complementares integradas nos

sistemas de saúde, garantirão a compreensão das práticas e dos seus efeitos ainda com mais segurança, eficácia e qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

5.2.5. Análise de discurso dos pacientes sobre a opinião em relação às terapias complementares e atividades físicas realizadas:

Em análise dos discursos dos pacientes sobre a opinião em relação às terapias complementares e atividades físicas realizadas observou-se que houveram mudanças significativas no cotidiano e vida destes pacientes, gerando muitos benefícios e satisfação de 100% da amostra. Os discursos a seguir podem elucidar, em parte, a opinião da maioria dos entrevistados:

“Eu acho ótimo. Em todos os sentidos, tanto as atividades, quanto às pessoas, é perfeito! (Paciente 5).”

“Antes da lesão, eu não acreditava nem em fisioterapia, nem em hidroterapia, nem em acupuntura, não acreditava, pra mim isso era mito, para mim não tinha lucro nenhum. Aí depois da lesão, que eu vi que eu tinha perdido todos os movimentos, de tudo, de evacuar, de urinar, de andar, de mexer, de virar em uma cama, de mexer um braço, aí que eu pude perceber que a hidroterapia e a acupuntura são um conjunto valioso, muito valioso. (Paciente 7).”

“Cada caso é um caso. Todas elas pra mim são gratificantes, todas elas contribuíram para a evolução do meu tratamento. A natação e a equoterapia são as que mais contribuem. A acupuntura eu faço para aliviar as dores. (Paciente 10).”

Em estudo realizado sobre a avaliação da satisfação dos pacientes tratados com as terapias complementares revelaram um alto nível de satisfação geral. (SUDA, UEMURA E VELASCO, 2009).

5.2.6. Análise de discurso dos pacientes sobre o que as terapias complementares e atividades físicas têm acrescentado em suas vidas:

Em análise dos discursos dos pacientes sobre o que as terapias complementares e atividades físicas têm acrescentado em suas vidas, observa-se que os fatores cognitivos, psicológicos e físicos estão intimamente ligados as vantagens da realização dessas terapias. Além dessas vantagens e todo arsenal que as terapias possuem, os discursos mostram que a motivação do paciente também é um fator de recuperação importante, conforme os discursos a seguir:

“A independência. (Paciente 4).”

“Muitos médicos acreditavam que eu não iria ganhar nada, que se eu desse conta de almoçar sozinho, de beber uma água sozinho, com a minha própria mão, ia ser um grande ganho, e graças à Deus to ai andando. (Paciente 7).”

“Acrescentou movimentos que eu não tinha após a lesão. O psicológico melhorou muito. (Paciente 12).”

A Equoterapia é um recurso terapêutico completo, utilizada como terapia de reabilitação complementar e aborda o praticante como um ser vivo único, o qual não se reparte em aspectos, partes ou distintos componentes (físico ou psíquico). Nesse recurso, trabalham-se as áreas cognitivas, afetivas, sensoriais e motoras, além de proporcionar ao praticante a percepção do ambiente em movimento (DURAN, 1999).

A Motivação, de acordo com ROBBINS (1999, p. 151), é o resultado da interação do indivíduo com a situação, podendo ser definida como “o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta”.

5.2.7. Análise de discurso dos pacientes sobre as modificações que ocorreram no pós-tratamento com as terapias complementares e atividades físicas, comparando o pré e o pós-terapias.

Em análise dos discursos dos pacientes sobre as modificações que ocorreram no pós-tratamento com as terapias complementares e atividades físicas, comparando o pré e o pós-

terapias, encontramos respostas que estão ligadas à recuperação total dos movimentos, independência, aumento da força, do equilíbrio, melhora do padrão respiratório, urinário e digestivo, melhoras da dor. Estas mudanças foram, na opinião dos pacientes, importantes e primordiais após a lesão medular, restabelecendo fatores de qualidade de vida.

“Recuperei todos os movimentos. Antes eu não conseguia segurar uma bala, um papel, uma gaze que me desse na mão. (Paciente 7).”

“Depois que eu comecei a fazer a hidroterapia eu fiquei mais independente, consigo movimentar melhor os membros, eu nunca perdi a sensibilidade não, sempre senti os braços e as pernas, mas agora eu já consigo mexer um pouco mais. Não tem nem comparação, porque agora é totalmente diferente do que era no começo. Os médicos sempre diziam que eu não voltaria a andar, mas depois que comecei a fazer as terapias, e com as mudanças que elas trouxeram, tive mais esperança. (Paciente 8).”

“Na verdade eu não acreditava muito na acupuntura; não via um resultado eficaz, porém a deixava fazer. Quanto à fisioterapia, o que mais melhorou foi a respiração, em decorrência do tempo que eu fiquei deitado, quando eu sentava na cadeira eu desmaiava na hora, então, comecei a trabalhar esse ponto, o que pra mim foi o que mais ajudou. (Paciente 15).”

“Antes eu não mexia nada. Aí comecei a movimentar, desenvolver bastante as pernas, então eu gostei muito. Eu não controlava a vontade de fazer xixi e nem as fezes. Hoje, as vezes, eu consigo sentir e peço pra ir ao banheiro. Quando eu cheguei, eu não dava conta de fazer nada. Eu não falava, não conseguia comer com minhas próprias mãos, não conseguia escovar os dentes, não dava conta de vestir uma blusa...não dava conta de nada. Aí eles me ensinaram bastante. (Paciente 13).”

“Quando eu comecei a natação a perna direita ela tinha bem menos movimento que a perna esquerda. Em uma escala de 0-100%, antes eu mexia 20%, hoje eu já mexo mais de 50%. Com a equoterapia, também contribuiu muito para a evolução do quadro. As terapias fizeram com que melhorasse a independência, e recuperar algum dos movimentos. Adquiri força e equilíbrio. (Paciente 10).”

“Cheguei aqui sem mexer nem a cabeça. Antes eu não conseguia fazer xixi, nem evacuar, ficava muitos dias sem evacuar. Ai eu comecei a evacuar, depois voltei a fazer urina, pois ela ficava retida, não conseguia eliminar a urina. A acupuntura me ajudou muito na questão de conseguir eliminar a urina. Quando conseguia eliminar a urina por vontade própria, comecei a fazer a hidroterapia, aí eu comecei a ficar em pé, conseguia me levantar para vestir uma roupa, e cada dia fui ganhando mais e mais com as Terapias. Antes eu ficava em casa só deitado, não passava para a cadeira, ficava deprimido. Hoje eu já posso me virar sozinho, estou aprendendo a fazer a transferência da cama para a cadeira. (Paciente 4).”

“Antes de começar a acupuntura eu sentia dores, latejava muito, eu sinto uma sensação de conforto quando eu faço a terapia. Com o medicamento não faz efeito igual a que acupuntura faz. Quando estou com dor em algum lugar em específico, eu mostro pra Dra e com as agulhas, parece que chega ao local onde mais dói mesmo. (Paciente 9).”

Muitos efeitos terapêuticos benéficos obtidos com terapias complementares (como o relaxamento, a analgesia), são associados aos efeitos possíveis de se obter com os exercícios realizados quando se exploram as diferentes propriedades físicas da água. Nos diferentes sistemas os efeitos encontrados são: Melhora da capacidade aeróbica, melhora nas trocas gasosas, reeducação respiratória, aumento no consumo de energia, auxílio no retorno venoso, melhora da irrigação sangüínea.

Com a variação do pH e da profundidade na qual o corpo está submerso, há aumento dos fluidos corporais, levando ao aumento da diurese profunda. Isso porque o sangue, ao ser bem distribuído, melhora a circulação venosa e, conseqüentemente, a resposta renal e o estímulo ao processo de micção, devendo-se tomar cuidado com pacientes com incontinência. (DEGANI, 1998).

Os exercícios físicos podem começar nas primeiras fases do tratamento, de modo que os músculos possam ser relaxados e o metabolismo estimulado, ocorrendo: redução do espasmo muscular e das dores, diminuição da fadiga muscular, melhora da performance geral (trabalho de agonistas e antagonistas igualmente), recuperação de lesões, melhora do

condicionamento físico, auxílio no alongamento muscular, melhora da resistência e da força muscular (DEGANI, 1998).

Segundo MACPHERSON et. al., 2004 e TAO 2005 a acupuntura é eficaz no tratamento da dor, principalmente nas de origem músculo-esquelético, exercendo também efeito relaxante muscular e anti-inflamatório, além de melhorar a ansiedade, depressão e sintomas somáticos que se apresentem isoladamente ou acompanhando os quadros dolorosos.

5.2.8. Análise de discurso dos pacientes sobre indicar as terapias complementares e atividades físicas para outros lesados medulares.

Em análise do discurso dos pacientes sobre indicar as terapias complementares e atividades físicas para outros lesados medulares encontrou-se respostas relacionadas a importância que estas terapias tiveram no quesito independência, inclusive expressaram o desejo de poder convencer e ensinar, devido aos inúmeros ganhos e das grandes modificações adquiridas ao longo do tratamento. Os discursos a seguir descrevem estas idéias:

“Claro, recomendaria sim. Essas terapias que hoje concederam a minha independência, hoje posso comer sozinho. Já voltei até a escrever, com um pouco mais de lentidão, mas já consigo. (Paciente 7).”

“Eu se eu puder convencer alguém a vir pra cá, é o que eu vou fazer. O tratamento com as terapias é muito bom. (Paciente 8).”

“Com certeza. Inclusive já recomendei pra várias pessoas. (Paciente 15).”

“Se eu tivesse condição eu até ajudaria a ensinar o que eu aprendo aqui dentro. (Paciente 11).”

5.3. Análise de discurso dos familiares/acompanhantes:

5.3.1. Análise de discurso dos familiares em relação às principais mudanças ocorridas no âmbito familiar após a lesão (físicas, psicológicas e sociais):

Em análise das respostas dos familiares sobre os quais foram as principais mudanças no âmbito familiar, encontrou-se muitas modificações principalmente na rotina. Em relação ao âmbito psicológico, pode-se observar que, em grande parte, houve uma aproximação dos membros da família, levando em consideração as necessidades deste paciente; uma

flexibilidade no que diz respeito à comportamentos e sentimentos. O discurso, a seguir, apresenta uma mudança familiar.

“Mudou para melhor, pois hoje a família está muito mais unida e atenciosa. (Familiar 6).”

No âmbito social, esses familiares, que agora assumem papéis de cuidadores, abdicam de seus empregos e demais atividades para exercer esta função, e outros, tornam-se os provedores do sustento do lar, assumindo assim um papel que anteriormente era exercido pelo paciente.

“A minha filha, tia dele, trabalhava antes e agora está parada pra me ajudar a cuidar dele. As despesas aumentaram e os recursos financeiros são poucos. (Familiar 10).”

No âmbito físico, foram relatadas mudanças na acessibilidade, com a necessidade de adequação de banheiros, escadas, portas, dentre outros. Nos discursos dos familiares à seguir, podemos explicitar as principais mudanças ocorridas no cotidiano, pós-lesão medular:

“No espaço físico, em casa, agente fez um teste, pois só estivemos lá uma vez, pois viemos para Brasília para fazer o tratamento e estamos na casa da minha irmã. Lá nos procuramos adequar o máximo que foi possível, adquirimos a cadeira de banho. Tinha degrau, tinha escada, mas nós tivemos que nos virar, carregando. Na minha casa nada é adaptado, precisa colocar rampas nos banheiros, modificar a entrada da casa que é uma escada. Na família houve muitas mudanças, eu tive que largar meu outro filho, meu esposo, meu trabalho, para estar aqui cuidando dele. No início foi muito difícil, mas temos apoio dos psicólogos, e as coisas estão fluindo, está tudo mais tranqüilo. (Familiar 3).”

“As mudanças foram muitas. Primeiro porque um homem de uma forma ou de outra é o pilar da casa. E abala muito, ficamos muito sem chão. Porém eu sinto que ele sempre foi muito forte em relação a isso e não deixou se abater. Âmbito familiar mudou, porque hoje nós o priorizamos, o que ficar bom para ele agente se adapta, em relação à viagem, a lugares que agente vai, se vai ser bom para ele, se vão receber ele bem, se vai estar adaptado para ele. E se não for, nós desistimos e não vamos. A família nunca se opôs

à nada. No aspecto psicológico, se ele está nervoso, se fala alto, nós sempre tentamos relevar. Hoje as portas são mais largas, os banheiros são mais adaptados à ele. Adaptamos os carros também. Não vamos visitar um parente que mora em apartamento, porque ele não tem como ir. Aceitamos tudo sem problemas, ninguém sofre e ninguém reclama. (Familiar 7).”

KOVÁCS (1997) ao discutir a deficiência adquirida e qualidade de vida, considera a família como um organismo, na fase aguda. Há uma revolução e mudanças específicas que envolvem toda a família.

Segundo SCRAMIN (2006) para conseguir se adaptar e ainda aprender a viver de forma diferente, com constante superação das alterações no modo de vida, faz-se necessário, entre outros, seguir orientações e participar de um programa de reabilitação, o que exige da pessoa com deficiência e seus familiares abdicar de momentos de lazer ou a necessidade de priorizar hábitos ou atividades mais condizentes com a nova situação, muitas vezes alterando a rotina de vida de toda a família.

5.3.2. Análise de discurso dos familiares em relação ao enfrentamento frente à nova condição do paciente:

Em análise ao enfrentamento dos familiares em relação à nova condição do paciente, encontrou-se discursos relacionados à apoio mútuo, auxílio dos demais membros da família que não aqueles que moram e convivem com o paciente. No discurso abaixo, podemos observar este enfrentamento:

“A família ajudou muito, tanto os irmãos dele, quanto meu marido, todo mundo deu a força que podia. Quando cheguei aqui minha irmã estava nos aguardando, e nos deu todo o suporte. Essa minha irmã tirou a licença Premium por 2 meses para poder me ajudar. Nós tivemos muito apoio da família, tanto na compreensão do que estão lá, quando os que estão aqui conosco, incentivam, tudo isso nós tivemos e foi muito bom, nos dá força. (Familiar 3).”

MARCON (1999) relata que a família é, ao mesmo tempo, elemento indispensável no cuidado de um ente a ser assistido, de tal maneira em que o paciente já não pode ser visto de forma isolada. É preciso que se considere pelo menos seu contexto mais próximo que é a

família, lembrando que a presença, o carinho e o apoio são fundamentais ao ser cuidado (WALDOW 2004).

Como forma de enfrentamento, há a divisão do trabalho e do cuidado, e principalmente, colocar-se no lugar do outro. As famílias reorganizaram-se para lidar com o medo, as incertezas, dificuldades financeiras, como demonstrado no discurso a seguir:

“Enfrentar foi muito difícil, porque ele era um homem muito ativo, trabalhava parecendo que era elétrico, aí você ver ele em cima de uma cama, e tudo depender de você. Logo no início, ele dependia até de que as pessoas colocassem água na boca dele, ele não tinha forças nem para levar a colher na boca. Ajudar a dar banho, trocar uma fralda. Para mim mesmo, como sogra, foi muito difícil, e para ele ainda foi mais, porque ajudar a dar banho, e ele ficar nu na minha frente, muito constrangedor. E eu tive que ajudar, porque minha filha só tinha a mim, e minhas netas que na época eram muito pequenas, também só tinham a mim. Ele gemia muito, e chorava muito, e tinha que estar ali, para mudar de posição e foi muito difícil. Trazer um terço daquela responsabilidade foi necessário. Eu sempre gostei muito dele, mas depois disso eu passei a sentir por ele não um amor de sogra, mas um amor de mãe. (Familiar 15).”

KOVÁCS (1997) diz que é preciso lidar com o medo, a incerteza e o sofrimento. Continua esta autora, que uma nova organização é necessária nas formas mais diversas, podendo ocorrer desorganização, ruptura ou reorganização, reunião e fortalecimento, não podendo se afirmar que há um padrão familiar.

A família terá, depois, a função de cuidar do indivíduo em casa, desenvolvendo suas atividades da vida diária, até que o mesmo recupere o controle de si mesmo, ainda que parcialmente. Nesse emaranhado, ocorrem profundas mudanças que a afetam diretamente, já que todos terão de se adaptar a essa realidade. Esse momento é rodeado de sentimentos, como o medo, a incerteza e o sofrimento. Cada família reagirá de forma distinta, porém o que se espera é que essas mudanças ocorram, para que a família possa participar ativamente de todo o processo de reabilitação (SCHOELLER et. al., 2012).

Em algumas famílias, o fato da nova condição deste paciente foi a ferramenta de reconciliação e união familiar, em busca de melhores condições de vida e cuidado para este paciente. A seguir, apresentamos alguns discursos que elucidam estes enfrentamentos.

“Quando a gente soube a agente ficou muito abalado. O médico falou para mim: “esse ai morreu e viveu de novo”. Ele ainda passou por outra cirurgia, pois o intestino dele virou e teve que ser operado imediatamente no Hospital de Base. Agora a gente corre atrás para a melhora dele. (Familiar 2).”

“Nós estamos separados por conta das drogas, e foi por esse motivo que ele está nessa condição hoje, mas como companheira dele me senti na obrigação de ajudá-lo, e isso nos reaproximou de novo. (Familiar 8).”

Segundo MOTTA (2002), essa condição traz inúmeras repercussões para o indivíduo, a família e a sociedade, e seu enfrentamento, assim como ocorre nos casos de doença, faz com que a família se organize e a redimensione sua vida para melhor compreender o indivíduo e aprender a conviver com a doença e as implicações dela decorrentes.

5.3.3. Análise de discurso dos familiares em relação às mudanças observadas após o início do tratamento com as terapias complementares e atividades físicas:

Em análise dos discursos dos familiares em relação às modificações observadas após o início do tratamento com as terapias complementares e atividades físicas, pode-se encontrar grandes mudanças psicológicas nos familiares, que após o trauma inicial, passam a acreditar na reabilitação. Os pacientes em questão apresentaram ganhos cognitivos, motores, psicológicos e sociais, como: equilíbrio, força, humor e independência. Os discursos a seguir demonstram estes fatores:

“Em momento algum ele desanimou, ele falava que iria voltar a andar, que iria voltar a se mexer. Eu chorava escondido, porque eu realmente achava que ele não iria conseguir. Entraram os psicólogos, e começaram a jogar o choque de realidade, que seria possível que ele não pudesse andar, mas ele nunca desistiu. Agora ele está andando, mas ele não está satisfeito: quer correr, jogar bola, andar a cavalo, a fazer tudo como ele fazia antes.

Agradeço todos os dias pelo o que ele já está fazendo. Ele teve muitos ganhos, as vezes nós não temos noção da capacidade que tem uma terapia dessas. Você olha assim, e não dá muita credibilidade no que você vê, mas observando todos os dias esses meninos aqui, começamos a ver os resultados. Na hora que vi meu filho, que não mexia nada, e depois dessas terapias ele estar andando, é muito gratificante. Quando ele começou a comer sozinho, escovar os dentes, fazer a barba, se vestir, passar fio dental, foram grandes vitórias. (Familiar 3).”

“As terapias são muito prazerosas para ele, eu percebo até que ele fica mais calmo. A natação, por exemplo, ele gosta muito de fazer, a equoterapia então, nem se fala. Ele pode estar estressado, nervoso, e tudo, mas depois que ele sai de cima do cavalo dele, parece outra pessoa, volta zen, bem tranqüilo. Na parte neurológica, no que se refere as dores, quando ele faz as atividades, as dores melhoram muito, quando ele está dentro da piscina ou em cima do cavalo ele não sente dor. Ele sente diferenças na parte motora, tem mais força na perna e mais equilíbrio, o tronco dele é muito equilibrado, a equo ajuda muito nisso. Ele em cima de um cavalo você não diz que ele tem deficiência alguma, ele aparenta ser uma pessoa normal. Ele tem muita fixação no ombro, muita habilidade. Na natação, melhora muito a auto-estima dele porque ele consegue andar dentro da água, então isso deixa ele bem contente, porque ele tem essa liberdade de andar. (Familiar 7).”

“Completamente diferente, antes ele era muito nervoso, muito estressado, e ele tinha muito medo. E isso aos poucos foi sumindo. Ele ficava no quarto com uma luz ligada , e depois das terapias isso foi melhorando, melhorando. E quando ele sentia dor, ele ficava muito nervoso. Hoje ele é mais paciente, e já tem uma independência maior. (Familiar 15).”

As práticas de atividades físicas e esportivas promovem controle do peso corporal, melhora da mobilidade articular, do perfil lipídico, da resistência aeróbia, da força muscular, da resistência à insulina, aumento da densidade óssea e contribui para a diminuição da pressão arterial. Além dos benefícios físicos, traz benefícios psicossociais, tais como, aumento da auto-estima, alívio do estresse, melhora da auto-imagem e bem estar, redução do isolamento, manutenção da autonomia e diminuição da depressão (MATSUDO, 2000).

Alguns familiares relataram melhoras, principalmente, na intensidade e na frequência da dor, bem como a diminuição dos espasmos musculares, realidades marcantes do cotidiano do paciente com lesão medular, conforme discurso à seguir:

“Houveram melhoras no padrão de dor, nos espasmos musculares. Hoje ele é uma pessoa mais tranqüila, mais motivado, e tem muitas esperanças de andar. (Familiar 6).”

A acupuntura pode complementar o tratamento com medicamentos porque age sobre a dor, liberando os opióides endógenos capazes de suprimi-la. Além disso, trata-se de uma técnica já aceita pela Associação Americana de Medicina e pela Associação Brasileira de Cefaléia como modalidade terapêutica (KLINGER, 2002).

Em uma menor parte, mas não menos relevante encontramos a lesão medular, as práticas de terapias alternativas e atividades esportivas como precursoras da mudança de comportamento e reinserção social, de acordo com o discurso a seguir:

“Ele era usuário de drogas. Agora após a lesão ele está determinado a mudar de vida. (Familiar 8).”

Segundo OLIVEIRA (2004) a adaptação dos indivíduos vítimas de lesão medular diz respeito ao modo como tomaram consciência da sua nova condição e organizaram os recursos. Essa característica permite que o indivíduo redimensione a sua existência buscando um novo significado para a vida e encontrando-o. Esta dimensão revelou ser o motor da pessoa se dispor a gerir as conseqüências da sua lesão, mantendo objetivos na vida para cumprir, a valorização da vida, tornando-se mais humano e mais solidário.

As inúmeras seqüelas de uma lesão medular transformam de forma significativa a vida dos indivíduos, tanto nos aspectos físico, como emocional, ocupacional, social, relacional, valorativo e da auto-percepção (FECHIO, 2009).

5.4. Análise de discurso dos profissionais de saúde:

5.4.1. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à relevância das terapias complementares e atividades físicas.

Em análise ao discurso dos profissionais de saúde, identificamos uma unanimidade no tocante a relevância e importância das terapias complementares e atividades físicas, contribuintes e essenciais para a reabilitação do pacientes com lesão medular, de modo a restabelecer a independência nas atividades de vida diária.

“Precisamos de todas elas. Nós fazemos um esquema multidisciplinar, são várias especialidades atuando no mesmo paciente. Cada um em seu horário, mas todos são importantes. (Médico).”

“As práticas são voltadas à reabilitação, visando a independência dos pacientes nas atividades de vida diária, logo são muito relevantes. (Terapeuta Ocupacional).”

“Elas complementam muito o trabalho do paciente, porque vê o paciente como um todo. Então é completamente importante para a reabilitação dele. (Enfermeiro).”

Há crescente interesse em todo o mundo pela utilização de tais técnicas. Três grandes centros de saúde da cidade de São Paulo já utilizam técnicas como a musicoterapia, o relaxamento/yoga e acupuntura (FALCÃO, 2000). Esse interesse é devido a vários fatores, tais como: o preço elevado da assistência médica privada, associado ao alto custo dos medicamentos, além da precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos em geral; verifica-se, na maioria das vezes, que as terapias complementares são tão eficazes como a terapêutica "científica"/aloterapia, além do que, se corretamente utilizadas, não ocasionam efeitos colaterais danosos ao organismo (NOGUEIRA, 1983a).

A reabilitação de pacientes com lesão da medula espinhal é de grande importância e promove maior sobrevivência, menor morbidade e maior qualidade de vida (WESSELS et. al., 2010).

5.4.2. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à como conheceu as terapias e sua formação profissional.

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento sobre as terapias, a maioria as conheceu durante o processo de formação profissional ou após a sua conclusão.

“Eu me formei no Rio e já tinha formação de acupuntura antes de vir para Brasília. Eu sou cirurgiã geral, mas acupuntura eu fiz 2 anos depois da minha formatura. Atuo não só na área de lesados medulares, mas também em cuidados paliativos oncológicos. (Médico).”

“Na faculdade, escolhi trabalhar com isto na faculdade. Tenho pós-graduação em fisiologia do exercício, o que tem muito a ver com a terapia que desenvolvo aqui. (Fisioterapeuta).”

Em estudo realizado por GONÇALVES et. al. (2008), a cerca do conhecimento sobre as terapias complementares, em relação aos meios pelos quais os profissionais de saúde entrevistados obtiveram informações sobre as terapias, observou-se: cursos obrigatórios durante graduação (7,14%), cursos opcionais durante graduação (10,71%), cursos após a graduação (26,78%), conhecimento popular - mídia e outros - (39,8%), pesquisa pessoal (21,43%) e através de colegas (1,79%). Dos 56 profissionais entrevistados, 46 (82,15%) não cursaram disciplinas com abordagem acerca das terapias durante a graduação e 10 (17,85%) relataram ter cursado, sendo que destes, 7 eram enfermeiros e 3 eram médicos. Não há evidências estatisticamente significativas de correlação entre a profissão e ter cursado disciplinas que abordam temas sobre terapias não-convencionais.

5.4.3. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação ao retorno que as terapias complementares e atividades físicas têm dado aos pacientes.

Em análise do discurso dos profissionais de saúde em relação ao retorno que as terapias complementares e atividades físicas têm dado aos pacientes pode-se observar, em sua maioria, a reabilitação motora, cognitiva, digestiva, respiratória e psicológica. Elucida-se que as terapias complementares e atividades físicas constituem parte de um tratamento integral ao paciente com lesão medular, visando a restauração do maior número de funções possíveis.

Outros benefícios também citados são aqueles relacionados ao controle vesical e intestinal, estes que são considerados como necessidades básicas, e que são os elementos mais afetados. Além de todo o aparato físico e psicológico, podemos também observar a questão social, pois terapias complementares, na visão dos profissionais de saúde, constituem uma forma de troca de experiências e aprendizagens, bem como uma reinserção social.

“Ele acelera a reabilitação, tanto na parte motora, quanto na parte cognitiva. Não só a parte motora, mas a parte, por exemplo, de depressão, parte digestiva, respiratória. Então o tratamento é integral. Quase todas as

funções nós conseguimos restabelecer, menos a parte cirúrgica. Tudo o que não for cirúrgico dá para tratar com acupuntura. (Médico).”

“Eles chegam aqui no Hospital perdendo bastante urina, sem evacuar e com o passar do tempo de treinamento eles começam a ter maior controle dessa urina, do intestino, equilíbrio de tronco, movimento, ficam mais independentes. (Enfermeiro).”

“Eu tenho a vivência da água, que é onde eu trabalho. Além de melhorar a parte motora, porque a água facilita os movimentos, o ambiente favorece muito. Sair do ambiente hospitalar, ver o sol, conversar com as pessoas, a parte social, ajuda muito. Eles fazendo a terapia juntos, trocam experiências entre si. (Fisioterapeuta).”

Programas de atividade física que intentem à restauração da função, força e trofismo muscular, ao desenvolvimento do senso de propriocepção, ao relaxamento da musculatura, à restauração da flexibilidade articular e à prevenção da síndrome do desuso também são eficientes nesse processo. A marcha, os exercícios na água (natação adaptada) e o condicionamento do aparelho cardiovascular e respiratório são também instrumentos que contribuem para melhorar a reabilitação dos pacientes. As atividades físicas devem ser adequadas às capacidades de cada indivíduo (LIN et. al., 2001).

5.4.4. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação aos seus papéis, enquadrando o processo de enfrentamento e reabilitação, para com o paciente com lesão medular:

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação aos seus papéis para com o paciente com lesão medular, pode-se observar uma busca de visão do paciente como um todo, um ser psicológico, físico e social, bem como a diminuição de danos ocasionados na lesão medular, conjuntamente com o seu processo de reabilitação. Cabe salientar que o Enfermeiro é responsável, também, pela integralização da díade paciente-família, buscando para ambos oportunidades para alcançar o melhor bem estar possível.

“Estou tratando espasticidade, déficit motor, sensorial, a parte de cognição, por exemplo, paciente com insônia, constipação, náusea. Na verdade, dá pra tratar tudo. (Médico).”

Embora a Acupuntura tenha credibilidade no Ocidente, como um método eficaz para alívio de dor, seu uso se estende para as desordens dos Sistemas: Respiratório, Digestivo, Nervoso, bem como para problemas psicológicos e emocionais. Ressalta-se que o principal foco do Acupunturista deve ser prioritariamente o todo da pessoa, e não o alívio de sintomas. Portanto, ao se realizar o diagnóstico e tratamento pela Acupuntura, múltiplos sintomas podem ter remissão completa ou parcial simultaneamente, pois é o todo energético que está implicado no tratamento. (KUREBAYASHI, FREITAS, OGUISSO, 2009).

“Orientá-los, treiná-los, tanto nos cateterismos vesicais intermitentes; resumindo, educá-los e treinar a família para manter o treinamento em casa. (Enfermeiro).”

Entre os profissionais da equipe de saúde, o Enfermeiro é um participante essencial no cuidado em saúde, seja urgência ou reabilitação, e deve evitar ou minimizar conseqüências que possam dificultar a adaptação do indivíduo na nova vida após o trauma. (SCHOLLER et. al., 2012).

Os diversos papéis desenvolvidos pelo enfermeiro em sua formação, seja como educador, gerente, e prestador de assistência; coordenando e determinando a administração da assistência, tanto para o indivíduo quanto para sua família pode ser de grande poder terapêutico, não no sentido de curar a lesão, mas em termos de chegar ao melhor bem estar possível. O enfermeiro é uma peça fundamental para o bom andamento do trabalho na reabilitação, funcionando como elo de integração na equipe de assistência (ANDRADE et. al., 2010).

5.4.5. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação às experiências mais marcantes em suas vidas profissionais:

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação às experiências mais marcantes em suas vidas, pode-se perceber, em sua totalidade, que estão relacionadas intimamente com a reinserção social e satisfação desses pacientes, mesmo que não tenham obtido reabilitação total.

Os profissionais buscam satisfazer as necessidades do paciente, seja no âmbito social, psicológico ou físico. A prioridade essencial do paciente, torna-se o objetivo de trabalho dos

profissionais que atuam na área de lesão medular. A seguir, seguem os discursos de dois profissionais ligados diretamente ao tratamento desses pacientes:

“O que mais marca a gente é ver o paciente saindo daqui satisfeito e o vínculo que se cria com o paciente. (Enfermeiro).”

“Uma que me marcou muito foi um paciente que iria ficar com lesão, iria ser cadeirante, dependente, mas que ele agradecia mesmo assim, porque com as terapias, ele pôde sair do mundo das drogas, isso foi muito forte. Ele disse que preferia estar como estava naquele dia, na cadeira de rodas, mas não estava mais no mundo das drogas. (Fisioterapeuta).”

5.4.6. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação à importância da equipe multidisciplinar na assistência ao lesado medular:

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação à importância da equipe multidisciplinar na assistência ao lesado medular, encontrou-se respostas relacionadas ao cuidado integral com o paciente. Considerando que o indivíduo é um ser psicológico, social e físico, e que como tal, necessita de diferentes assistências e olhares, constituindo assim uma visão holística do processo do cuidar.

“O paciente não é só uma lesão medular, então a gente tem que integrar a parte psicológica, a parte social, a parte afetiva, então nós dependemos de todos os profissionais, não só da área médica, mas o auxiliar de enfermagem, fonoaudióloga, psicóloga, tudo. Não tem como um único profissional dar conta de todos os aspectos do paciente. (Médico).”

“Total. Se não existir uma equipe multidisciplinar, o trabalho não é completo. Nós não somos somente um pedaço, somos inteiros, somos um todo: corpo, intelecto e social. O trabalho multidisciplinar é completamente necessário. (Fisioterapeuta).”

A reabilitação de pessoas com lesão medular deve envolver diversos profissionais da área da saúde, ser iniciada na fase aguda e continuar com serviços especializados e diferentes abordagens terapêuticas (MEHRHOLZ; KUGLER; POHL, 2008).

HACKMAN (1987) afirma que a efetividade da equipe será uma função do nível de esforço coletivo empreendido pelos membros para produzir os resultados da tarefa, da quantidade de conhecimentos e habilidades que esses trazem para desenvolvê-la e do grau de adequação das estratégias de desempenho por eles escolhidas para tal.

5.4.7. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação às principais mudanças encontradas no paciente com lesão medular após o tratamento:

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação às principais mudanças encontradas no paciente com lesão medular após o tratamento, observou-se que as principais alterações estavam relacionadas à melhora da qualidade de vida e do aspecto psicológico em pacientes com lesão medular completa, e para aqueles que possuem lesão incompleta, as mudanças estão voltadas para a reabilitação sensitiva e motora.

“Um paciente com lesão medular completa, plégico, o tratamento não é restabelecer a parte motora, mas por exemplo, melhora da espasticidade, melhora da parte psicológica, diminuir a depressão, insônia. Melhora a aceitação ao tratamento. Na lesão parcial, ele restabelece tanto a parte sensitiva quanto a parte motora. (Médico).”

PAESLACK (1978) considera as terapias benéficas para paraplégicos em relação aos seguintes aspectos: recuperação ou melhoria de funções fisiológicas atingidas pela lesão, treinamento da musculatura do tronco, da cintura escapular e dos braços; treinamento da coordenação; ajuda no treinamento do equilíbrio em posição ereta ou sentada; treinamento da musculatura que foi parcialmente lesada, no caso de paresia; incentivo para melhorar o desempenho físico nos confrontos esportivos.

Para BROMLEY (1997), as terapias possuem também um grande valor terapêutico aos portadores de lesão medular no que se refere a redução da espasticidade.

5.4.8. Análise de discurso dos profissionais de saúde em relação ao esclarecimento existente entre profissionais e pacientes em relação às terapias, explicando a diferença entre a ferramenta de melhora da qualidade de vida e ferramenta de cura:

Em análise dos discursos dos profissionais de saúde em relação ao esclarecimento existente, entre profissionais e pacientes sobre as terapias, observou-se que há um esclarecimento entre equipe e paciente, no que se refere às possibilidades de reabilitação, sem excluir as demais possibilidades. Dentre os profissionais, há momentos de consenso, onde são avaliadas possibilidades futuras e as realidades presentes. Ao passar do tempo, os profissionais partilham com os pacientes estas realidades, de forma a situar-se na situação de tratamento de cada um.

“Logo na admissão agente não fala para o paciente que ele não tem cura, porque às vezes o paciente chega totalmente plégico e ele reabilita durante a internação, ele volta a ter movimento. Então agente não tem como dizer “você não vai andar ou você não vai reabilitar”. Lógico que tem paciente que agente espera que ele vai reabilitar e não tem reabilitação, então agente não pode falar para o paciente na admissão que ele não vai ter ganho de movimento. Agente mostra que precisa de reabilitação para as atividades de vida diária, para auxiliar no dia-a-dia dele, mas não diz logo de cara qual é o prognóstico dele, porque ele muda durante a internação. Próximo da alta do paciente é feita uma reunião multidisciplinar na qual é discutida quais foram os ganhos do paciente e quanto tempo de internação ainda é necessário ou se não preciso mais, e aí sim é dado um respaldo ao paciente. (Médico).”

“Eu acredito que na equipe sim, nesta reunião de equipe ela se esclarece sim, e aos poucos são esclarecidos aos pacientes, aos familiares, explicando que são terapias para adquirir mais força, mais independência, mas que não necessariamente farão com que se reabilitem totalmente, talvez você chegue só até determinado ponto, e na maior parte das vezes eles compreendem. (Fisioterapeuta).”

O gerenciamento de caso é um processo sistemático de assistência ao paciente, a partir de um trabalho interdisciplinar, iniciado na admissão do paciente, e que inclui avaliação, implementação de planos de cuidado, coordenação e monitoração das opções de serviços, para que sejam alcançadas as necessidades de saúde individuais do paciente, através da comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência e os recursos existentes dentro e fora da instituição de saúde. (McCOLLUM & SAGER, 1996). Requer troca de tarefas específicas entre todos os membros da equipe de cuidado de saúde. (RAWSKY, 1996).

6. CONCLUSÃO:

A Lesão Medular é uma condição de insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente da interrupção dos tratos nervosos motor e sensorial desse órgão. Pode ocasionar também, alterações nas funções motoras e déficits sensitivos, superficial e profundo nos segmentos corporais localizados abaixo do nível da lesão, além de alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfinterianas, sexuais, dentre outras.

A lesão medular gera muito mais fatores do que se imagina. Questões físicas, psicológicas e sociais entram em conflito em decorrência de uma mudança abrupta no cotidiano. A independência física/social é um dos fatores mais afetados, e uma adaptação a esse novo estilo de vida geralmente leva muito tempo e envolve não só a pessoa lesionada, mas sua família e seu convívio pessoal.

Reabilitação é definida como um processo que tem como objetivo auxiliar o paciente a encontrar uma melhor condição física, psicológica e social coerentes com suas limitações fisiológicas, anatômicas e ambientais, bem como seus desejos e planos de vida, delineando uma adaptação à sociedade e sua vida particular, valorizando suas potencialidades, independente do grau de limitações que a lesão tenha lhe impretrado.

Para uma melhor reabilitação desses pacientes, terapias complementares têm sido criadas, visando uma adaptação mais rápida e uma melhor aceitação de sua condição atual.

Este estudo teve como objetivo investigar o impacto das terapias complementares em saúde e práticas esportivas na reabilitação de pacientes portadores de lesão medular. Foi realizado, a partir de entrevistas semi estruturadas com 15 pacientes com lesão medular, internados no Hospital de Apoio de Brasília, praticantes de atividades físicas e/ou terapias complementares, 15 familiares que acompanham o lesado medular durante a internação e 4 profissionais de saúde que atuam no setor de lesados medulares. Total da amostra: 34 participantes.

No que diz respeito ao perfil dos pacientes entrevistados, 93,3% eram do sexo masculino e apenas 6,7 do sexo feminino. Em sua maioria, 60%, adultos jovens de 18 à 30 anos, os quais constituem mais da metade de novos casos de lesão medular a cada ano. Por se tratar de uma fase produtiva da vida, esta lesão e as conseqüentes impossibilidades que a lesão medular causa, trazem consigo um impacto considerável no enfrentamento do lesado medular

em relação à vida como um todo e no desempenho de funções rotineiras que essa nova condição o impõe.

Estudos no Brasil relatam que há o predomínio de lesões medulares em pessoas do sexo masculino, com idade predominante abaixo dos 40 anos, de baixa renda (73,3% dos pacientes apresentaram renda abaixo de 2 salários mínimos), e com baixo nível de instrução (33,3% não completaram o ensino fundamental).

Os pacientes consideraram as terapias e atividades físicas de extrema importância. Atribuíram boa parte de sua recuperação motora, psicológica e social à realização destas atividades, readquirindo elementos perdidos após a lesão medular, e ganhando novas habilidades para suprir aquelas que não puderam ser recuperadas. Apresentaram como elementos valiosos no processo de reabilitação por serem, acima de tudo, prazerosas.

Em todo esse aspecto, a família demonstrou ter papel primordial na reabilitação do lesado medular. Isso implica uma atenção especial, tanto nos cuidados diretos ao paciente, quanto no convívio social e afetivo a esse paciente. Para superar o impacto de uma vida limitante, porém atuante, familiares e/ou cuidadores ressaltaram aspectos positivos da recuperação, incentivando e elogiando os progressos motores, psicológicos e sociais, assim como respeitando os momentos de desesperança, frustração e hostilidade, uma vez que também pertencem as fases de ajustamento de uma nova condição de vida.

No contexto, terapias complementares e atividades físicas, os familiares mostraram-se favoráveis e atribuíram fundamental importância e contribuição, citando melhorias como: força, equilíbrio, alívio da dor, maior amplitude de movimentos, reabilitações totais, melhoras cognitivas e de humor, independência e reinserção social. Além de denominarem as terapias como ferramentas de mudança de vida e comportamento, sendo capaz de redimensionar seus objetivos.

O profissional de saúde, na abordagem das terapias complementares e atividades físicas, é de suma importância na manutenção da vida desse paciente. O profissional não se restringiu a executar técnicas ou procedimentos e sim propor uma ação de cuidados abrangentes, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação, inserção, auxiliar o paciente a retomar as atividades de vida diária e concomitantemente readquirir sua independência, explicitando em seu discurso a importância que as terapias

complementares e atividades físicas possuem no quesito reabilitação de modo geral, físico, psíquico e socialmente.

As práticas esportivas e terapias complementares não devem ser consideradas apenas como meio de inserção social e reabilitação motora, mas também como meio de promoção de saúde, à medida que possibilita a prevenção de incapacidades. Estudos mostram que a atividade física traz benefícios psicossociais, tais como, aumento da auto-estima, alívio do estresse, melhora da auto-imagem e bem estar, redução do isolamento, manutenção da autonomia e diminuição da depressão.

Faz-se necessário um maior conhecimento a cerca das terapias complementares em saúde e práticas esportivas por parte das Instituições de Ensino Superior, dos profissionais de saúde, das autoridades do Governo e da população em geral, devido aos grandes benefícios encontrados. Além de serem atividades que promovem promoção e prevenção em saúde, englobam o indivíduo como um todo, e são capazes, dessa forma, de devolverem qualidade de vida, reinserirem socialmente e trabalharem aspectos psicológicos dos pacientes com lesão medular. Estando as terapias complementares integradas nos sistemas de saúde, garantirão a compreensão das práticas e dos seus efeitos ainda com mais segurança, eficácia e qualidade.

7. REFERÊNCIAS:

- ADLER, C. **Lesões na medula espinhal**. In: PREDETTI, L.W., EARLY, M.B. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5a ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 805-31.
- ALOUCHE, Sandra. **Os Benefícios da Natação Adaptada em Indivíduos com Lesões Neurológicas**. *Revista Neurociências*. Volume 12 - nº2 – 2004.
- ANDRADE, Jozias; RAPOPORT, Abrão; ECBC-SP **Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral**. *Rev. Col. Bras. Cir.* vol.35 no. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2008.
- ANDRADE, L.T, ARAÚJO, E.G, ANDRADE, K.R.P, SOARES, D.M., CIANCA, T.C.M. **Papel da enfermagem na reabilitação física**. *Ver. Bras. Enferm.* 2010; 63(6): 1056-60.
- ÁVILA, LC. **Conexionismo e equoterapia: relacionando-se com o mundo**. *Revista da associação nacional de equoterapia*. n. 5, p. 3, 2001.
- BARROS, T.E.P. **Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares**. *Rev.Bras. ortop.* 1994; 9(3): 99-106.
- BARROS, T.E.P, TARICCO, M.A., OLIVEIRA, R.P., GREVE, J.M.D, SANTOS, L.C.R, NAPOLI, M.M. **Estudo epidemiológico dos traumatismos da coluna vertebral com déficit neurológico internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo*. 1990; 45(3):123-6.
- BEHRMAN, A. L., LAWLESS-DIXON, A. R, DAVIS, S. D., BOWDEN, M. G., NAIR, P., PHADKE, C., et al. **Locomotor Training Progression and Out comes After Incompletes Spinal Cord Injury**. 2005. *Physical Therapy*, 85 (12), 1356-1371.
- BLANES, L., LOURENÇO, CARMAGNANI, M.I.S., & FERREIRA, L.M. **Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia in São Paulo, Brazil**. 2009. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 67, 388-390.
- BLANES, L. **Short-form-36 e Caregiver Burden Scale em cuidadores primários de paraplégicos**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2005.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 197/97**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e / ou qualificação do profissional de enfermagem. In: COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo: Escrituras, 2001. p. 159-60

BRO, E. **Sementes do saber medicina alternativa: guia prático**. São Paulo: Callis, 1997.

BROWLEY, I. **Paraplegia & Tetraplegia** – um guia Teórico-Prático para Fisioterapeutas, cuidadores e familiares. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BRUNNER & SUDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. V.2 Cap. 63: Cuidados aos Pacientes com Traumas Neurológicos pág: 1892-93 – 1908- 1910, 2008.

BRUNI, Denise. STRAZZIERI, Kelly. GUMIEIRO, Marcella. GIOVANAZZI, Romy. SÁ, Vinício. MANCUSSI, Ana Cristina. **Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular**. R. Escola de Enfermagem USP 2004; 38(1):71-9.

CAFER, C.R, BARROS, A.L.B.L., LUCENA, A.F., MAHL, M.L.S, MICHEL, J.L.M. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular**. Revista Acta Paulista de Enfermagem. 2005; 18(4): 347-53.

CALDAS, A.P.M. **Fonoaudiologia aplicada à equoterapia**. Curso básico de equoterapia. Piracicaba: ANDE, junho de 2003.

CAMPBELL, Colin. **A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio**. Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.5-21. 1997.

CAMPOS, M.F., RIBEIRO, A.T., LISTIK, S., PEREIRA, C.A., SOBRINHO, J.A., RAPOPORT, A. **Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral**. Vol. 35, nº 2. São Paulo. Mar./Abr. 2008.

CAREGNATO, R.C.A., MUTTI R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006. Out-Dez; 15(4): 679-84.

CARTER, R.E. **Etiology of traumatic spinal Cord injury: statistics of more than 1,100 cases**. Texas medicine. 1977; 73 (6): 61-5.

CASALIS, M.E.P. **Lesão Medular**. In: TEIXEIRA, E., et al. Terapia Ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2003. Cap. 4, p. 41-61.

COLOMBAROLI, Jerusa. **Equoterapia: Tratamento Especializado para Pacientes com Lesão Medular**. Revista inspirar. Ed.03, Nov-Dez/2009.

CRIPPS, R.A., LEE, B.B., WING, P., WEERTS, E., MaACKAY, J., & BROWN, D. **A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention** Spinal Cord. 2011. 49, 493-501.

DEFINO, H.L.A. **Trauma raquimedular**. Medicina (Ribeirão Preto). 1999; 32(4): 388-400.

DEGANI, A.M. **Hidroterapia: os efeitos físicos, fisiológicos e terapêuticos da água**. Fisioterapia em Movimento 11(1): 93-105, 1998.

DELISA, J.A., CURRIE, D.M., MARTING, G.M. **Rehabilitation medicine: Past, present and future**. Em: DELISA, J.A. & GANS, M.B.(Orgs.), Rehabilitation Medicine: Principles and Practice p. 3-22. Philadelphia: Lippincott- Raven, 1998.

DINIZ, D., MEDEIROS, M., SQUINCA, F. **Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Caderno de Saúde Pública, 23 (10), 2507-2510 – 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Manual de normas e procedimentos das atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI**. Brasília, 2005.

DOMENICO, G. WOOD, E.C. **Técnicas de massagem de Beard**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1998.

DONAVAN, W.H. **Spinal Cord injury: past, present, and future**. Journal of Spinal Cord Medicine. 2007. 30, 85-100.

DURAN, M.A **Equoterapia: aspectos neurológicos em pacientes com encefalopatia infantil não progressiva com transtorno motor**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1, 1999, Brasília: Ande Brasil. P. 151-152.

EKMAN, L.L. **Neurociência, Fundamentos para a Reabilitação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002, 532p.

FALCÃO, D. **Hospitais se rendem às terapias "alternativas"**. Folha de São Paulo 2000 Maio 11: Suplemento Folha Equilíbrio, 10-2.

FARO, A.C.M. **As atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular.** Rev. Paul Enferm. 2001; 20(2): 33-43.

FECHIO, et. al. **A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito.** Acta Fisiátrica. 2009; 16(1): 38-42.

FERRAZ, Marcelo. RIBEIRO, André. LISTIK, Sérgio. PEREIRA, Augusto. MASINI, Marcos. **Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil.** Bras. Neuro. Cirurg. 12 (2): 97-100, 2001.

FRAZÃO, S. **Equoterapia – Recurso terapêutico em discussão.** O Cofitto. n. 11, p. 66-81, jun. 2001.

GERBER, R. **Cura holística e mudança de modelo: o surgimento da medicina para a nova era.** In: Medicina vibracional: uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 1997. P. 341-83.

GONÇALVES, A.M.T, ROSA, L.N. , D'ÂNGELO, C.T., SAVORDELLI, C.L., BONIN, G.L., SQUARCINO, I.M. **Aspectos epidemiológicos da lesão medular traumática na área de referência do Hospital Estadual Mário Covas.** Arq. Méd. ABC. 2007; 32(2): 64-6.

GONÇALVES, R.P. ANTUNES, H.M. TEIXEIRA, J.B.P. CARDOSO, L.O. BARBOSA, P.R. **Profissionais da área da saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação à práticas médicas não convencionais.** Rev. APS, v. 11, n. 4, p. 398-405, Out/Dez. 2008.

HACKMAN, J. R. (1987). **The design of work teams.** In LORSCH, J.(Ed.), Handbook of organizational behavior (pp. 315-342). New York: Prentice-Hall.

HIRATA, M. C. **Florais de Bach: uma abordagem na enfermagem segundo Martha Rogers.** Rev. Baiana Enfermagem, v. 6, n. 1, p. 28-46, abr, 1993.

JODAT, R.W. **The biomechanics of spinal injuries.** Critical reviews in biomedical engineering.1984; 11 (1): 1-76.

KAMINSKI, P., KATZ, R. **Repertório das essências florais: um guia abrangente das essências florais norte americanas e inglesas, para o bem estar emocional e espiritual.** São Paulo: Triom, 1998.

KENNEDY, P., LUDE, P., ELSTRÖM, M. L., & SMITHSON, E. **Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study.** 2012. *Spinal Cord*, 50, 112-118.

KLINGER, K. **HC da Unicamp Usa Acupuntura para Tratar Enxaqueca.** Folha de S.Paulo, São Paulo, 03 janeiro, 2002.

KOVÁCS, M.J. **Deficiência adquirida e qualidade de vida - possibilidades de intervenção psicológica.** In: MASINI, E.A.F.S. et al. *Deficiência: alternativas de intervenção.* São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997. p.95-125.

KRIEGER, D. **O toque terapêutico:** Versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos. São Paulo: Cultrix, 1993.

KUREBAYASHI, L.F.S. FREITAS, G.F., OGUISSO, T. **Enfermidades tratadas e tratáveis pela Acupuntura segundo percepção de Enfermeiras.** *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43 (4): 930-6.

LABRONICI, Rita. CUNHA, Márcia. OLIVEIRA, Acary. GABBAL, Alberto. **Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade.** *Arq. Neuropsiquiatria*, 2000; 58(4): 1092-1099.

LARA, S.R, SILVA, A.N. **Práticas alternativas:** a terapia floral como facilitadora no equilíbrio físico e mental dos trabalhadores de saúde em ambulatório hospitalar. *Rev. Nursing*, p. 24- 9, abr, 2001.

LAVERY, S. **Aromaterapia:** guia prático. São Paulo: Callís, 1997.

LUZ, Madel. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas:** novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43. 1997.

MACPHERSON, H., THORPE, L., THOMAS, K., GEDDES, D. **Acupuncture for depression:** first steps toward a clinical evaluation. *J Altern Complement Med.* 2004;10:1083-91.

MANCUSI-FARO, A.C. **A reabilitação da pessoa com lesão medular:** tendências da investigação no Brasil. *Enferm Global.* 2003; (3).

MARCHIZELI, J.C. **A equoterapia antes e depois da montaria.** Equoterapia, Brasília, ano 2, n. 4, p. 44-68, agosto./ set. 2000.

MARCON, S.S. ELSÉN, I. **A enfermagem com um novo olhar:** a necessidade de enxergar a família. Família Saúde Desenv. 1999; 1 (1/2): 21-6.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C. LEITE, M.M.J. **Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15, n.30, p. 472-8, Jul. – Set. 2006.

MATSUDO, V.K.R, MATSUDO, S.M.M. **Fisiologia da atividade física e do exercício no esporte.** In: DOUGLAS, C.R. Tratado de fisiologia aplicada à ciência da saúde. São Paulo: Robe Editorial; 2000. p. 1303-30.

McCOLLUM, P., SAGER, D. **Case management.** In: HOEMAN, S.P. Rehabilitation nursing: process and application. 2 ed., MOSBY, St. Louis, p. 102-104, 107, 1996.

MEHRHOLZ, J., KUGLER, J, POHL, M. **Locomotor training for walking after spinal cord injury.** Spine 2008; 33: E768-77.

MEYERS, A. R. **The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States.** In NESATHURAI, S. (Ed.). The rehabilitation of people with spinal cord injury. P. 9-13. Boston: Boston Medical Center, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:** Uma realidade no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família – Ano IX. Ed. Especial (Maio 2008). Brasília, 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília, 2013. V.68, p: il.

MOTTA, M.G.C. **O entrelaçar de mundos:** família e hospital, o viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. P. 157-79.

MUTTI R. **O primado do outro sobre o mesmo.** In: Anais do 10 Seminário de Estudos em Análise de Discurso; 2003 Nov 10-13; Porto Alegre, Brasil [CDROM]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2003.

- NEVES, R.S. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia II da NANDA**. Brasília: Universidade de Brasília; 2003.
- NOGUEIRA, M.J.C. **Terapêuticas alternativas em enfermagem: por que não?** Enfoque, 1983; 11(2): 31-5.
- NOGUEIRA, M.J. **Fitoterapia e enfermagem comunitária**. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1983 (A).
- OLIVEIRA, J.H.B. **Psicologia positiva**. Lisboa: Edições ASA; 2004.
- OREM, D.E. **Modelo de Orem**. Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4ª edição. Barcelona: Masson/ Salvat; 1993.
- ORLANDI, E.P., **Cidade atravessada: os sentidos públicos no espaço urbano**. Campinas (SP): Pontes; 2001.
- O'SULLIVAN, S. B., SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. 4ªed. São Paulo: Editora Manole, 2004.
- PAESLACK, V. **Esporte para os paraplégicos**. In: HULLEMANN, K.D. (org.) Medicina Esportiva: clínica e prática. São Paulo: EPU/Educação Física da Universidade de São Paulo, 1978. Cap. 19, P. 292-299.
- PEREIRA, Maria Eloá. ARAUJO, Tereza. **Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores**. Revista Psico, v. 37, n.1, pp. 37-45, jan./abr. Brasília, 2006.
- POLIA, A., CASTRO, D. **A Lesão Medular e suas seqüelas de acordo com o modelo de ocupação humana**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2007, vol. 15 nº1. Goiás.
- QUEIROZ, M.C.S.O. **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde**. Cad. Saúde Pública, v. 16, n. 2, p.363-375, abr./jun, 2000.
- RAMOS, S.S. **O sistema USUI de cura natural**. São Paulo: Meca, 1995.
- RAWSKY, E. **Building a case management model in a small community Hospital**. Nurs Manag, 27: 49-51, 1996.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na Rede Sarah com lesão medular.** Rede SARAH de Hospitais. Centro Nacional de Controle de Qualidade, 2009.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Informações sobre doenças tratadas: lesão medular.** Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, 2011.

ROBISON, J.R, KLEPPINGER, A., SHUGRUE, N., PORTER, M.A. **Broader view of family caregiving:** effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; 64(6): 788-98.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional.** 8ª ed. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos, 1999.

ROCHA, V.M., CALDAS, M.A.J., ARAÚJO, F.R.O., RAGASSON, C.A.P, SANTOS, M.L.M, BATISTON, A.P. **As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas.** Anais do XVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e II Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva. *Fisioter Brasil.* 2010; 11(5) :4-8.

SANTINONI, Vera. **Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular.** Brasília, fev. 2012.

SCHOELLER, Soraia. BITENCOURT, Rodolfo. LEOPARDI, M.T. PIRES, Denise. ZANINI, M.T. **Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida.** *Rev. Eletr. Enf.* 2012 jan/mar; 14(1): 95-103.

SCRAMIN, AP. **Convivendo com a tetraplegia:** da necessidade de cuidados à integralidade no cotidiano de homens com lesão medular cervical. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2006.

SILVA, Maurício. OLIVEIRA, Ricardo. CONCEIÇÃO, Maria Inês. **Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular.** *R. Bras. Med. Esporte.* Vol. 11, Nº 4 – Jul/Ago, 2005.

SMITH-FASSLER, M.E. LOPEZ-BUSHNELL, K. **Acupuncture as complementary therapy for back pain.** *Holist Nurs Pract.* 2001; 15(3): 35-44.

STERN, C. **Tudo o que você precisa saber sobre os remédios florais de Bach.** São Paulo: Pensamento, 1998.

SUDA, E.Y, UEMURA, M.D., VELASCO, E. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP.** *Fioter. Pesq.* 2009; 16(2): 126-31.

TAO, H. **Acupuncture treatment of depressive syndrome.** *J Trad Chin Med.* 2005; 25: 106-7

TAVARES, C. **Iniciação à visão holística.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

WALDOW, V.L. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.

WESSELS, M., LUCAS, C., ERIKS, I., de GROOT, S. **Body weight-supported gait training for restoration of walking in people with an incomplete spinal cord injury: a systematic review.** *J. Rehabil. Med.* 2010; 42: 513-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of traditional medicine in primary health care in China.** Geneva; 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Acupuncture:** review and analysis of reports on controlled clinical trials. Genebra, 2003.

WORTH, Y. **Massagem:** guia prático. São Paulo: Callis, 1997.

YARKONY, G. M. **Spinal cord injury-medical management and rehabilitation.** Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1994.

ZIEGLER, B. **Reiki :** a energia vital. Blumenau: Eko, 1997.

8. APENSO:

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: OS BENEFÍCIOS DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE E PRÁTICAS ESPORTIVAS NA REABILITAÇÃO FÍSICA E PSICOSSOCIAL DO LESADO MEDULAR, sob responsabilidade da Prof. Fernanda Monteiro, alunas Kívia Abrantes e Raíssa Alves.

O objetivo desta pesquisa é: investigar o impacto das Terapias Complementares em saúde na reabilitação de pacientes portadores de lesão medular.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). O Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

A sua participação será da seguinte forma: responder a uma entrevista sobre as práticas alternativas e/ou esportivas praticadas. O tempo estimado para sua realização: 40 min.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na instituição Universidade Católica de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto possui os seguintes benefícios: divulgar os benefícios das atividades físicas e terapias complementares em saúde para aqueles que não a praticam, bem como, no meio acadêmico; poderá ainda melhorar a formação dos profissionais de saúde que atendem a estes casos. Os riscos são: estimular a manifestação de emoções desagradáveis em relação ao adoecimento e trauma a partir da entrevista. Estes serão minimizados pela garantia de atendimento psicoterapêutico na UCB.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Fernanda Monteiro, na instituição Universidade Católica de Brasília telefone 3356-9225, Kívia Abrantes: 8125-9469, Raíssa Alves: 8570-8003.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, parecer nº 452.920. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o voluntário da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____



Curso de Enfermagem

Título da Pesquisa: Os benefícios das Terapias Complementares e Práticas Esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado medular.

Pesquisadores responsáveis: Kívia Abrantes Henriques e Raíssa Alves de Sousa

Instrumentos de Pesquisa Aplicado ao Paciente

1. **Dados de identificação do paciente:** **Data do preenchimento:** __/__/2013

1.1. Nome:

1.2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

1.3. Idade:

() 18 – 20 anos () 21- 25 anos () 26 – 30 anos
() 31 – 35 anos () Acima de 35 anos

1.4. Profissão:

1.5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

1.6. Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Outros

1.7. Renda mensal:

2.7. Qual terapia você mais gosta de fazer?

2.8. Como é o seu tratamento?

3. Dados referentes às Terapias Complementares em Saúde:

3.1. Como você conheceu as Terapias Complementares?

3.2. Qual a sua opinião em relação à Terapia que está sendo desenvolvida com você?

3.3. O que esta Terapia tem acrescentado em sua vida?

3.4. Quais as modificações que ocorreram no pós-tratamento?

3.5. Faça um comparativo entre o pré e o pós terapias.

3.6. Você recomendaria o tratamento que está fazendo à outro lesado medular?



Curso de Enfermagem

Título da Pesquisa: Os benefícios das Terapias Alternativas e Práticas Esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado medular.

Pesquisadores responsáveis: Kívia Abrantes Henriques e Raíssa Alves de Sousa

Instrumentos de Pesquisa aplicado aos Familiares

1. **Dados de identificação do paciente:** **Data do preenchimento:** __/__/2013

1.1. **Nome:**

1.2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

1.3. **Idade:**

() 18 – 20 anos () 21- 25 anos () 26 – 30 anos

() 31 – 35 anos () Acima de 35 anos

1.4. **Profissão:**

1.5. **Escolaridade:**

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

1.6. **Estado Civil:**

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Outros

2. **Dados referentes aos familiares:**

2.1. Quais foram as mudanças no âmbito familiar após a lesão? (Psicológica, Social e em Espaço físico)

2.2. Como foi o enfrentamento em relação a nova condição do paciente?

2.3. Quais foram as mudanças observadas após o início do tratamento com as Terapias Alternativas?



Curso de Enfermagem

Título da Pesquisa: Os benefícios das Terapias Alternativas e Práticas Esportivas na reabilitação física e psicossocial do lesado medular.

Pesquisadores responsáveis: Kívia Abrantes Henriques e Raíssa Alves de Sousa

Instrumento de Pesquisa Aplicado aos Profissionais

1. **Dados de identificação do paciente:** **Data do preenchimento:** __/__/2013

1.1. **Nome:**

1.2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

1.3. **Idade:**

() 18 – 20 anos () 21- 25 anos () 26 – 30 anos

() 31 – 35 anos () Acima de 35 anos

1.4. **Profissão:**

1.5. **Escolaridade:**

() Ensino Superior Completo () Ensino Técnico/Profissionalizante

Pós Graduação () *Lato Sensu*

() *Strictu Sensu*

1.6. **Estado Civil:**

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Outros

2. Dados referentes ao Profissional de Saúde:

2.1. Qual é a sua opinião em relação à essas Terapias? São relevantes?

2.2. Como conheceu as Terapias e qual é a sua formação profissional?

2.3. Na sua vivência profissional, qual o retorno que essas terapias têm dado aos pacientes?

2.4. Qual é o seu papel como enfermeiro para com o paciente lesado medular? (Enquadrar o processo de enfrentamento e reabilitação)

2.5. Qual a experiência que mais marcou a sua vida durante a atuação na área?

2.6. Qual a importância da equipe multidisciplinar na assistência ao lesado medular?

2.7. Quais as principais mudanças, em sua percepção, encontradas no paciente com lesão medular após o início do tratamento?

2.8. Há esclarecimento entre profissional e paciente em relação às Terapias? (Ferramenta de melhora de qualidade de vida x ferramenta de cura).