

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENADORIA GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO VOLTADO A PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E
SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES
POR PRESSÃO**

Adriana Bispo Alvarez

**RIO DE JANEIRO
FEVEREIRO / 2018**

Adriana Bispo Alvarez

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO VOLTADO A PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E
SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES
POR PRESSÃO**

**RIO DE JANEIRO
FEVEREIRO / 2018**

Adriana Bispo Alvarez

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO VOLTADO A PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E
SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES
POR PRESSÃO**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna
Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro
para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Luiza de Oliveira Teixeira

**RIO DE JANEIRO
FEVEREIRO / 2018**

473c Alvarez, Adriana Bispo

A construção e validação de um aplicativo de Enfermagem de reabilitação voltado a pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão / Adriana Bispo Alvarez. -- Rio de Janeiro, 2018.
312 f.

Orientadora: Maria Luiza de Oliveira Teixeira.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Aplicativo de Enfermagem. 2. Reabilitação . 3. Lesão medular. 4. Lesão por pressão. 5. Cuidador.
I. Teixeira, Maria Luiza de Oliveira, orient. II. Título.

Adriana Bispo Alvarez

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO VOLTADO A PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E
SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES
POR PRESSÃO**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 07 de fevereiro de 2018, aprovada por:

Profa. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Presidente

Prof. Dr. William Cesar Alves Machado
1º Examinador

Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna
2ª Examinadora

Profa. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
3ª Examinadora

Profa. Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim
4ª Examinadora

Profa. Dra. Graciele Oroski Paes
Suplente

Profa. Dra. Raquel Silva de Paiva
Suplente

Confia

Confia, acalma tua Alma
Confia, e saiba que Ele é Deus
Confia, tudo já vai passar
Confia, que Ele é contigo
Confia, e use a tua Fé
Confia, tudo já vai passar
Não pare de adorar
Não pare de lutar
Tua dor regara tua fé

Confia, pois o Senhor é contigo
Ele não te abandonará
Há esperança e um bom futuro
Não pare de acreditar
O teu Deus nunca te deixará

Confia, pois o Senhor é contigo
Ele não te abandonará
Há esperança e um bom futuro
Não pare de acreditar

O teu Deus nunca te deixará
O meu Deus nunca me deixará

(Ministério União de Deus)

DEDICATÓRIA

À minha avó (*in memoriam*), Elisabete, sinônimo de força, coragem, determinação, superação, amor incondicional e fé. Você sabia que eu chegaria até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu Deus, ao Senhor da minha vida, por esta realização, por este sonho que o Senhor tornou realidade. À Ele toda honra e toda glória! Nada acontece sem Sua permissão, e o Senhor me permitiu alcançar esta vitória. Nunca foi sorte, sempre foi Deus. Obrigada por ter me dado forças, por ter me dado Teu colo e por não ter me abandonado em um dos acontecimentos mais difíceis da minha vida, durante um período da realização desta Tese. A cada dia o Senhor enviava uma mensagem, através de diversos meios, para me mostrar que eu nunca estive só. Tu És fiel.

Aos meus pais, tão queridos, tão amados, tão perfeitos, meus amores maiores. À minha mãe, Elizabeth, que com seu amor, sua fé e seu cuidado e, apesar de agora morarmos em cidades diferentes, sempre se mostrou presente, cuidou de mim e dividiu comigo angústias, alegrias e vitórias. Ser pai e mãe não é fácil, pois muitas vezes papai ficou longe por causa das viagens de trabalho, mas você foi incansável. Ao meu pai, Sergio, que por muitas vezes esteve longe devido aos seus compromissos profissionais, mas nunca esteve ausente. Sempre me deu força e amor. Todo o seu sacrifício valeu a pena, paizinho. Vocês dois são responsáveis pelo que me tornei. Ensinaram-me o valor do amor, caráter, respeito, educação, honestidade e ética. Sempre estarei junto de vocês. Ninguém nunca vai nos separar. Obrigada por tudo! Amo muito vocês!

Ao meu pequenininho mas bem crescido (risos), meu irmão, Renato. Meu companheiro, meu melhor amigo, minha paz, aquele que topa ir a qualquer lugar comigo, que nunca me deixa sozinha, que tem o abraço mais confortante desse mundo. Deus não poderia ter escolhido irmão melhor para a minha vida. O amor que eu sinto por você é incondicional. Você é meu maior presente. Vou te proteger por toda a minha vida. Te amo!

Confesso que é tão mais difícil estar longe da família. Nunca pensei que fosse tão difícil. O coração aperta, dói de saudades. Por tantas vezes chorei de saudades, mas eu tinha que me mostrar forte, pois era um processo que eu precisava estar. Foi o caminho que Deus me reservou para crescer e florescer. Estarei sempre junto de vocês, independente da distância. Mas sempre têm aquelas mensagens pelo WhatsApp e principalmente, as ligações de vídeo e, quando a circunstância permite, sempre têm os mergulhos na piscina. Obrigada pela compreensão das minhas ausências durante a

produção da Tese. Como eu desejava estar com vocês, mas eu precisei abrir mão de alguns momentos para que essa vitória chegasse.

À minha mais que querida orientadora, Maria Luiza de Oliveira Teixeira. Você significa para mim muito mais do que minha orientadora de Doutorado. Você se tornou uma parte de mim, uma amiga verdadeira e muito especial. Aquela que me orienta tanto academicamente quanto profissional e pessoalmente (e como nossas orientações renderam bons frutos e excelentes conselhos...são sempre muito alegres e leves de onde surgiam grandes ideias). Você, para mim, é um exemplo de força, de determinação, de sabedoria. Uma pessoa excepcional. Nunca me deixou sozinha na construção desta Tese. Aliás, desde o Mestrado sempre foi perfeita! Sempre esteve junto de mim em todos os momentos, não só acadêmicos quanto pessoais principalmente quando estive doente. Obrigada pelos conselhos, pelo ombro amigo, por passar por cada etapa junto, por acreditar em mim, pelos ótimos momentos de alegria com seu senso de humor que lhe é peculiar (risos). Muito obrigada, mais ainda, por vibrar quando me tornei Coordenadora do Curso de Graduação da UFRJ - Macaé, quando eu mais pensei que você fosse brigar comigo, já que o tempo para dedicação à Tese se tornaria muito menor. Mas mesmo assim, você vibrou com a oportunidade e me apoiou, o que me deixou muito feliz. Eu devo muito aliás, tudo a você. Você é muito importante na minha vida e eu não te largo nunca mais. O Doutorado acaba mas a parceria e amizade, jamais! Te amo demais. Oro a Deus todos os dias pela sua vida. Não poderia ter orientadora melhor. Você mudou a minha vida e a minha história. Uma honra ter sido sua primeira doutoranda.

À minha querida Elen Martins da Silva Castelo Branco, conselheira, amiga, divertida, carinhosa. Obrigada pelo carinho e pelo apoio na minha trajetória. Você também é muito especial na minha vida. Obrigada pelos ensinamentos. De professora para a vida. Amo você.

Aos meus amigos que me acompanharam tão de perto nesta minha trajetória:

Raquel Silva de Paiva, minha amiga, companheira de muitos trabalhos e principalmente, da jornada da vida. Obrigada por tudo!;

Rachel Corrêa Rodrigues, mesmo distante, continua sendo a amiga de sempre e pra sempre;

Genesis de Souza Barbosa, amigo presente, conselheiro, expert em primeiros socorros...e como me socorria quando o desespero de achar um artigo ou escrever a tese batia na porta;

Hércules Rigoni Bossato, a pessoa que chegou na minha vida de uma maneira pouco provável, se torna hoje praticamente um irmão. Você torna meus dias mais leves. Obrigada!;

Luciana Oberg, que voltou para minha vida e saiba que não deixo você ir embora nunca mais. Sensível, amiga, companheira.

Obrigada pela amizade verdadeira de vocês. Vocês são muito especiais e fundamentais na minha vida. Obrigada pelos momentos de alegria, de choro, de aflição, de cuidado, de cumplicidade e principalmente, por não me deixarem esmorecer em nenhum momento. Existe amizade que se torna família, não é? Cada um tem um espaço enorme no meu coração. Estaremos sempre juntos. Amo vocês.

Às pessoas maravilhosas que tive a oportunidade de conhecer: Juliana Pontes e Patrícia Siqueira. Vocês foram essenciais na minha vida. Ambas com seu jeito carinhoso de ser, descobri um lado muito divertido de vocês e muito amigo. Sempre apoiando e aconselhando, principalmente quando desistir seria uma possibilidade. Obrigada, minhas queridas. Amo vocês.

À minha querida Julyana Gall, uma amizade que começou inesperadamente. Possui um jeito alegre, companheira e amante dos animais.

À Glaucimara Riguete. Muitos foram os nossos momentos de troca, de desespero, de noites mal dormidas, mas também de muitos momentos de descontração.

Ao meu querido Paulo Vaccari que sempre esteve presente, mesmo a quilômetros de distância. Obrigada pelo carinho, pelos conselhos e puxões de orelha. Te amo.

À Magdalena Rennó, sempre incentivando para que eu terminasse a tese com êxito. Obrigada por sempre se fazer presente na minha vida e pela amizade. Você é especial.

Ao meu parceiro de Coordenação, Iuri Bastos, por auxiliar quando tudo se tornou mais difícil. Obrigada pela parceria. À Roberta Coutinho, por me auxiliar positivamente neste processo e na vida. Tenho carinho e grande consideração por vocês.

Aos meus alunos mais que especiais que fizeram parte deste processo. Quando eu achava que não ia conseguir, eles chegaram e me auxiliaram da melhor forma que

puderam. Ana Paula, obrigada pela colaboração na organização dos materiais e no cuidado comigo, no apoio e principalmente, obrigada pelas suas orações. Hugo Maia e Mariana Martins, obrigada por me ajudarem na Tese mas, muito além, por cuidarem tanto de mim. À turma a qual eu fui paraninfa. Todas acompanharam de perto a maior parte da produção da Tese e sempre com palavras de coragem e carinho, me ajudaram a prosseguir. Vocês são para a vida inteira. Sem vocês, eu não teria conseguido!

Aos meus outros alunos e não menos queridos, mas que estiveram comigo durante esta caminhada.

Ao Professor Marcio Jose de Medeiros pela atenção e paciência durante a análise estatística dos dados. Muito obrigada por reservar um tempo para analisar os meus dados e carinhosamente me explicar tudo detalhadamente.

Ao Patrick Lorrán, tão paciente e sempre disponível às minhas solicitações e dúvidas, que tanto me ajudou para que o aplicativo ficasse pronto.

Ao Henrique Cordeiro, secretário da Residência Multiprofissional que sempre me recebeu com o maior sorriso e maior atenção, mesmo quando eu chegava exausta para as orientações, sempre criando um ambiente favorável o que tornava os dias mais leves.

Ao pessoal do Apoio às Coordenações dos Cursos de Graduação do Campus UFRJ-Macaé Professora Aloísio Teixeira, Elza Helena, Etielle Santos e Saulo Guilherme que tanto me incentivaram quando eu chegava desanimada ou cansada após dias e dias de pesquisa. Obrigada pelos cafés, por todo o carinho, e pelo incentivo. Gosto muito de vocês!

Às pessoas com deficiência, em especial aos participantes deste estudo, que tanto me motivaram a aprofundar cada vez mais e que me ensinaram tanto. Obrigada pelos momentos de diálogo e pelas amizades que foram construídas. Seus ricos depoimentos mudaram mais o meu olhar sobre a lesão medular, seus desafios e enfrentamentos, mostrando que é necessário lutar cada vez mais pela inclusão social no País. É possível sim transpor barreiras! Aos seus cuidadores que compartilharam suas vivências expondo que é válida toda forma de cuidado para prover qualidade de vida a estas pessoas. Obrigada a todos pelo carinho com o qual me receberam.

Ao time Macaé Basquete sobre Rodas. Obrigada pela receptividade, por entenderem e incentivarem para que esta Tese ficasse pronta. Admiro muito a garra de vocês que, mesmo com poucos recursos, seguem em frente. O trabalho de vocês é lindo!

Muito bom poder ver a importância, a qualidade de vida através do esporte. Que vocês deixem seu legado por onde passarem.

À Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, por oferecerem auxílio e pela atenção dispensada durante esse processo.

Aos professores que compuseram a minha banca e acompanharam toda a trajetória deste estudo. Obrigada pelas ricas contribuições.

Ao Professor William César Alves Machado, com sua expertise e experiência e que, com muita atenção, esteve disposto a atender minhas solicitações quando eu necessitava de auxílio durante a contextualização da Tese. Com certeza, hoje sou muito mais apaixonada pelo que escolhi estudar e pretendo contribuir para a ciência e para a sociedade.

À Professora Lúcia Helena Garcia Penna, sempre tão querida e amorosa, contribuindo ricamente para o estudo, pontuando questões-chave que mereciam maior atenção. Muito obrigada!

À Professora Neide Aparecida Titonelli Alvim que acreditou que eu pudesse iniciar o Mestrado e me orientou no final da Graduação, mostrando-me o caminho dessa longa jornada. A Sra possui grande parte em minha trajetória. Obrigada!

Às Professoras Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, Raquel Silva de Paiva e Graciele Oroski Paes, por aceitarem participar também desta construção e contribuírem para o desenvolvimento desta Tese. Mesmo na etapa final, vocês foram fundamentais. Muito obrigada!

À equipe do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sempre dispostos a ajudar.

Aos meus colegas de turma, doutorandos, que compartilharam opiniões, ideias, dificuldades e conquistas. Parabéns a todos nós.

À minha psiquiatra, Dra Alice Abi-Kair e à minha psicóloga, Larissa Lessa. Vocês não têm noção do quanto foram fundamentais para que eu prosseguisse e chegasse até aqui. Duas excelentes profissionais que me deram todo o suporte com muita atenção e carinho.

Este é um momento de total gratidão a todos que foram essenciais nesta trajetória. Sozinha eu não teria conseguido chegar até aqui. Espero não ter esquecido ninguém. Que Deus abençoe a todos.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

ALVAREZ, Adriana Bispo. **A construção e validação de um aplicativo de Enfermagem de reabilitação voltado a pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão.** Rio de Janeiro, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

O objeto centra-se na construção compartilhada junto à pessoa com lesão medular e seus cuidadores de um aplicativo como material educativo cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e sua validação. O objetivo geral compreende em desenvolver uma tecnologia de informação junto a pessoa com lesão medular e seus cuidadores por meio de um aplicativo como material educativo voltado a prevenção e tratamento das lesões por pressão. Os objetivos específicos consistem em construir e validar um aplicativo como material educativo com orientações para pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre as medidas preventivas e tratamento das lesões por pressão. Aplicaram-se os conceitos de Freire e Orem sobre a valorização e conhecimento da realidade do indivíduo e a horizontalidade do diálogo para identificação da demanda terapêutica de cada um, além da aplicabilidade dos requisitos de autocuidado no desvio à saúde. Pesquisa qualitativa de abordagem convergente-assistencial na elaboração do aplicativo. Depois de sua construção, foi utilizada a Técnica Delphi para validação e após, foi realizada a avaliação junto aos participantes do estudo. Foram entrevistadas 19 pessoas com lesão medular, sendo 02 tetraplégicas e 11 paraplégicas, bem como 06 cuidadores, captadas pela Técnica Bola de Neve. O cenário escolhido para a realização desta pesquisa foram os domicílios de pessoas cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família da cidade de Macaé, Rio de Janeiro. As fases de desenvolvimento da pesquisa consistiram em entrevistas individuais com problematização dos cuidados concernentes à prevenção e tratamento das lesões por pressão bem como elaboração de um processo de cuidado voltado às suas reais necessidades. De acordo com as informações, foi elaborado o aplicativo. Após, seguiu-se para o processo de validação e avaliação. Ao corpus de dados aplicou-se a análise temática de conteúdo. Identificou-se questões que interferem diretamente no cuidado como a necessidade da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência, essencial em todo este processo para a promoção da autonomia e qualidade de vida da pessoa com lesão medular. Desta forma, foi realizado o cuidado educativo, utilizando a educação em saúde como estratégia de cuidado. Assim, identificou-se também que os participantes acumulavam saberes, que eram constantemente compartilhados com outras pessoas nas mesmas condições que devem ser valorizados e, através do diálogo o profissional pode acrescentar o saber científico. Os participantes foram levados a refletir, sendo mobilizados a conhecer o que não sabiam. A tecnologia da informação criada nesta tese é uma ferramenta de fácil uso, auxiliando no cuidado e tem a acessibilidade disponível, uma vez que o uso de celulares é muito frequente nos dias atuais, com a informação chegando cada vez mais rápido. Ainda, foram abarcadas questões além das lesões por pressão. Participaram da validação do material, 21 enfermeiros. O grau de concordância do aplicativo foi de 91,7%. O aplicativo foi avaliado como um recurso positivo e importante pelos participantes do estudo a ser disseminado para outras pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismos da medula espinal; cuidadores; lesão por pressão.

RESUMEN

ALVAREZ, Adriana Bispo. **La construcción y validación de una aplicación de enfermería de rehabilitación orientado a personas con lesión medular y sus cuidadores sobre prevención y tratamiento de lesiones por presión.** Río de Janeiro, 2018. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de enfermería Anna Nery, Universidad de la ciudad de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

El objeto se centra en la construcción compartida junto a la persona con lesión medular y sus cuidadores de una aplicación como material educativo cuidadores sobre prevención y tratamiento de las lesiones por presión y su validación. El objetivo general comprende en desarrollar una tecnología de información junto a la persona con lesión medular y sus cuidadores de una aplicación como material educativo orientado a la prevención y tratamiento de las lesiones por presión. Los objetivos específicos consisten en construir y validar una aplicación como material educativo con orientaciones para personas con lesión medular y sus cuidadores sobre las medidas preventivas y tratamiento de las lesiones por presión. Se aplicaron los conceptos de Freire y Orem sobre la valorización y conocimiento de la realidad del individuo y la horizontalidad del diálogo para identificar la demanda terapéutica de cada uno, además de la aplicabilidad de los requisitos de autocuidado en el desvío a la salud. Investigación cualitativa de enfoque convergente-asistencial en la elaboración de la aplicación. Después de su construcción, se utilizó la Técnica Delphi para validación junto a los expertis y después, fue realizada la evaluación junto a los participantes del estudio. Se entrevistaron 19 personas con lesión medular, siendo 02 tetraplégicas y 11 parapléjicas, así como 06 cuidadores, captadas por la Técnica Bola de Nieve. El escenario escogido para la realización de esta investigación fueron los domicilios de personas registradas en las Estrategias de Salud de la Familia de la ciudad de Macaé, Río de Janeiro. Las fases de desarrollo de la investigación consistieron en entrevistas individuales con problematización de los cuidados concernientes a la prevención y tratamiento de las lesiones por presión así como elaboración de un proceso de cuidado volcado a sus reales necesidades. De acuerdo con las informaciones, se elaboró la aplicación. Después, se siguió al proceso de validación y evaluación. Al corpus de datos se aplicó el análisis temático de contenido. Se identificaron cuestiones que interfieren directamente en el cuidado como la necesidad de la Red de Cuidados a la persona con Deficiencia, esencial en todo este proceso para la promoción de la autonomía y calidad de vida de la persona con lesión medular. De esta forma, se realizó el cuidado educativo, utilizando la educación en salud como estrategia de cuidado. Así, se identificó también que los participantes acumulaban saber, que eran constantemente compartidos con otras personas en las mismas condiciones que deben ser valorados y, a través del diálogo el profesional puede añadir el saber científico. Los participantes fueron llevados a reflexionar, siendo movilizados a conocer lo que no sabían. La tecnología de la información creada en esta tesis es una herramienta de fácil uso, ayudando en el cuidado y tiene la accesibilidad disponible, ya que el uso de teléfonos móviles es muy frecuente en los días actuales, con la información llegando cada vez más rápido. También se abordaron cuestiones además de las lesiones por presión. Participaron en la validación del material, 21 enfermeros. El grado de concordancia de la aplicación fue de 91,7%. La aplicación fue evaluada como un recurso positivo e importante por los participantes del estudio a ser diseminado a otras personas.

PALABRAS CLAVE: Traumatismos de la médula espinal; cuidadores; lesión por presión.

ABSTRACT

ALVAREZ, Adriana Bispo. **The construction and validation of an application of rehabilitation for people with spinal cord injury and their caregivers on prevention and treatment of pressure injuries.** Rio de Janeiro, 2018. Thesis (Doctorate in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

The object focuses on the shared construction next to the person with spinal cord injury and their caregivers of an application as educational material caregivers on prevention and treatment of pressure injuries and their validation. The general objective is to develop an information technology for the person with spinal cord injury and their caregivers of an application as an educational material for the prevention and treatment of pressure injuries. The specific objectives are to build and validate an application as educational material with guidelines for people with spinal cord injury and their caregivers on preventive measures and treatment of pressure injuries. The concepts of Freire and Orem were applied on the valuation and knowledge of the reality of the individual and the horizontality of the dialogue to identify the therapeutic demand of each one, besides the applicability of the requirements of self-care in the deviation to health. Qualitative research of convergent-assistance approach in the elaboration of the application. After its construction, the Delphi Technique was used for validation with the expertises and after, the evaluation was carried out with the study participants. We interviewed 19 people with spinal cord injury, being two quadriplegic and 11 paraplegic, as well as 06 caregivers, captured by the Snowball Technique. The scenario chosen for this research was the households of people enrolled in the Family Health Strategies of the city of Macaé, Rio de Janeiro. The development phases of the research consisted of individual interviews with problematization of care concerning the prevention and treatment of pressure injuries as well as elaboration of a care process focused on their real needs. According to the information, the application was prepared. Afterwards, we proceeded to the validation and evaluation process. The content analysis was applied to the data corpus. We identified issues that directly interfere with care as the need for the Disabled Care Network, essential in this whole process to promote the autonomy and quality of life of the person with spinal cord injury. In this way, educational care was carried out, using health education as a care strategy. Thus, it was also identified that participants accumulated knowledge, which were constantly shared with other people under the same conditions that should be valued and through dialogue the professional can add scientific knowledge. The participants were led to reflect, being mobilized to know what they did not know. The information technology created in this thesis is an easy-to-use tool, aiding in the care and accessibility available, since the use of cell phones is very frequent in the present day, with the information arriving faster and faster. In addition, questions were raised in addition to pressure injuries. Twenty-one nurses participated in the validation of the material. The degree of agreement of the application was 91.7%. The application was rated as a positive and important resource by study participants to be disseminated to others.

KEYWORDS: Spinal cord injuries; caregivers; pressure injury.

SUMÁRIO

	Págs.
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.1. Aproximação com a temática.....	22
1.2. A construção do objeto de pesquisa.....	28
1.3. Questões norteadoras.....	34
1.4. Objetivos.....	34
1.4.1. Objetivo geral	34
1.4.2. Objetivos específicos.....	35
1.5. Justificativa, relevância e contribuições do estudo.....	35
CAPÍTULO II - BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	46
2.1. A Enfermagem e a Pedagogia Freiriana.....	47
2.2. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.....	50
2.3. Cuidado de enfermagem à pessoa com lesão medular voltado à prevenção e tratamento das lesões por pressão.....	53
2.4. Os paradigmas voltados à deficiência.....	59
2.5. Política Nacional de saúde da pessoa com deficiência/ Estatuto da pessoa com deficiência/ Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular/ Portaria 793/2012.....	62
CAPÍTULO III – A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	70
3.1. Tipo de estudo e Abordagem Metodológica.....	71
3.2. Elaboração do aplicativo - Trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial.....	73
a) Fase de concepção.....	73
b) Fase de instrumentação.....	73
-Espaço da Pesquisa.....	73
-Participantes da Pesquisa.....	75
-Técnicas para obtenção e análise das informações.....	75
c) Fase de Prescrutaç�o: estratégia para a obten�o de informa�es.....	76
- Coleta de Dados.....	76
d) Fase da análise dos dados.....	79
Fluxograma da Metodologia Aplicada.....	93
Princípios �ticos da pesquisa.....	94
Gerenciamento da Pesquisa.....	94
CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	96
4.1. Caracteriza�o das pessoas com lesão medular.....	97
4.1.1. Dados referentes � identifica�o das pessoas com lesão medular.....	97

4.1.2.Dados referentes à lesão medular.....	103
4.1.3.Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias assistivas.....	105
4.1.4.Dados relacionados às lesões por pressão.....	112
4.2.Caracterização dos cuidadores.....	114
 CAPÍTULO V - A NECESSIDADE DA REDE DE CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA À PESSOA COM LESÃO MEDULAR	119
 CAPÍTULO VI - A CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO COMO MATERIAL EDUCATIVO PARA LESADOS MEDULARES E CUIDADORES SOBRE LESÕES POR PRESSÃO	144
6.1. Os significados inferidos sobre as lesões por pressão e as vivências durante a hospitalização pós-trauma.....	150
6.2. As experiências das pessoas com lesão medular e cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e as orientações pertinentes à construção do material educativo na ótica da população pesquisada.....	165
 CAPÍTULO VII - O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO COMO MATERIAL EDUCATIVO PARA LESADOS MEDULARES E CUIDADORES SOBRE LESÕES POR PRESSÃO	213
7.1. O instrumento da avaliação do aplicativo pelos enfermeiros da prática.....	215
7.2. A participação de enfermeiros da prática.....	216
7.3. Validação pelos enfermeiros da prática.....	217
7.3.1. Caracterização do perfil dos enfermeiros da prática.....	217
7.3.2.O grau de concordância das afirmativas segundo a avaliação dos enfermeiros da prática.....	222
7.3.3. Percentual de concordância A1 – A24.....	226
7.4. Avaliação de todo o processo, da metodologia utilizada e do aplicativo móvel pelos participantes do estudo.....	227
 CAPÍTULO VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	252
 REFERÊNCIAS.....	258
 ANEXOS	272
 ANEXO 01 – FOLDER.....	273
 ANEXO 02 – ESCALA ASIA	275
 ANEXO 03 – ESCALA DE BRADEN.....	276
 ANEXO 04 – ESCALA PUSH.....	277

ANEXO 05 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....	278
ANEXO 06 – PARECER CEP.....	279
APÊNDICES	288
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	291
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE.....	292
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR.....	293
APÊNDICE D - ROTEIRO DE DISCUSSÃO.....	294
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO (ENFERMEIROS DA PRÁTICA).....	295
APÊNDICE F – ESCALA LIKERT (ENFERMEIROS DA PRÁTICA).....	296
APÊNDICE G – ESCALA LIKERT (DESIGNER).....	304
APÊNDICE H – ROTEIRO DE DISCUSSÃO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO.....	310
APÊNDICE I –CRONOGRAMA.....	311
APÊNDICE J – ORÇAMENTO.....	312

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Manobras para alívio de peso - Fonte: Rede Sarah. Disponível em: www.sarah.br	58
Figura 02 - Divisão das camadas da pele. Fonte: www.npuap.org	159
Figura 03 - Lesão por pressão – Estágio 01. Fonte: www.npuap.org	151
Figura 04 - Lesão por pressão – Estágio 2. Fonte: www.npuap.org	151
Figuras 05 e 06 - Lesões por pressão – Estágio 3 e 4. Fonte: www.npuap.org	152
Figura 07 - Lesão por pressão- Não-classificável. Fonte: www.npuap.org	152
Figura 08 – Interface do aplicativo – Parte 01	201
Figura 09 – Interface do aplicativo – Parte 02	202
Figura 10 – Interface do aplicativo – Parte 03	203
Figura 11 – Interface do aplicativo – Parte 04	204
Figura 12 – Interface do aplicativo – Parte 05	205
Figura 13 – Interface do aplicativo – Parte 06	206
Figura 14 – Interface do aplicativo – Parte 07	207
Figura 15 – Interface do aplicativo – Parte 08	208
Figura 16 – Interface do aplicativo – Parte 09	209
Figura 17 – Interface do aplicativo – Parte 10	210
Figura 18 – Interface do aplicativo – Parte 11	211
Figura 19 – Interface do aplicativo – Parte 12	212
Figura 20 – Interface do aplicativo – Parte 13	213
Figura 21 – Interface do aplicativo – Parte 14	214

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Busca bibliográfica nas bases LILACS, BDNF e MEDLINE	38
Quadro 02 – Busca bibliográfica na biblioteca SciELO	38
Quadro 03 – Análise de dados – Categoria 01	80
Quadro 04 – Unidades de significação - Categoria 01	81
Quadro 05 - Análise de dados – Categoria 02 – Subcategoria 01	83
Quadro 06 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 01	83
Quadro 07 - Análise de dados – Categoria 02 – Subcategoria 02	84
Quadro 08 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 02 –	87
Parte 1	
Quadro 09 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 02 –	88
Parte 2	
Quadro 10 - Dados referentes à identificação das pessoas com lesão medular	97
– Parte 01	
Quadro 11 - Dados referentes à identificação das pessoas com lesão medular	97
– Parte 02	
Quadro 12 - Dados referentes à lesão medular – Parte 01	102
Quadro 13 - Dados referentes à lesão medular – Parte 02	102
Quadro 14 - Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias	104
assistivas – Parte 01	
Quadro 15 - Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias	105
assistivas – Parte 02	
Quadro 16 - Dados referentes à necessidade de auxílio nos cuidados	110
Quadro 17 – De quem recebe Auxílio	111
Quadro 18 – Tipo de Auxílio	111
Quadro 19 - Dados referentes a presença de lesões por pressão	112
Quadro 20 – Dados referentes às LPs	113
Quadro 21 - Dados referentes caracterização dos cuidadores	114
Quadro 22 – Caracterização do perfil dos <i>enfermeiros da prática</i>	219
Quadro 23 – Análise estatística simples da Escala Likert (<i>enfermeiros da</i>	222
<i>prática</i>)	
Quadro 24 – Respostas Escala Likert (<i>enfermeiros da prática</i>)	223

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 01 – Fluxograma da Metodologia Aplicada	92
Esquema 02 – Trajetória da Coleta de Dados	93
Esquema 03 - Momento dialogado sobre rede de cuidados ao qual o lesado medular se insere	120
Esquema 04 - Momento dialogado sobre as lesões por pressão	146

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Tempo de formação dos enfermeiros da prática (ano)	220
Gráfico 02 – Tempo de trabalho na área dos enfermeiros da prática (ano)	221

Capítulo I

Considerações Iniciais

CAPÍTULO I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Desde a Graduação de Enfermagem e Obstetrícia, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com lesão medular (LM) em processo de reabilitação. Tal experiência de ensino-aprendizagem ocorreu na Unidade de Reabilitação (UR) de um hospital federal de ensino na cidade do Rio de Janeiro.

As ações se pautavam na reabilitação, ou seja, o processo que ajuda a pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico e social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida (VALL, 2008).

Nesse âmbito, a reabilitação proporciona estratégias para reintegração da pessoa com lesão medular na sociedade. Muito além de integração/reintegração, busca a inclusão destas pessoas na sociedade e nas atividades da vida diárias. Além disso, evita ou minimiza possíveis complicações, o que conseqüentemente diminui a incidência de reinternações e até mesmo a piora de complicações que podem levar à morte.

Em especial, a ocorrência de lesões por pressão (LPs) nessa população cresceu a minha inquietação, pois as lesões permaneciam apesar do acompanhamento pela equipe multiprofissional. As LPs ocasionavam sérias complicações, interferiam nas atividades diárias, na autonomia, na autoimagem e autoestima das pessoas, já afetadas por tantas circunstâncias limitantes.

Os cuidados de enfermagem prestados a esta população eram predominantemente orientados para a higiene corporal, medidas de conforto e curativos. Os curativos eram realizados conforme a prescrição de Enfermagem, entretanto o registro da avaliação da ferida e do tipo de cobertura era assistemático. Ainda mais, estas pessoas e acompanhantes careciam de orientações sobre prevenção, tratamento, possíveis complicações das LPs e dos tipos de coberturas ideais para a lesão, além do cuidado em domicílio.

Em suma, a experiência na graduação despertou o interesse pelo cuidado educativo¹ para pessoas com lesão medular de forma a considerá-los mais ativos no próprio cuidado e reabilitação, partindo da valorização do saber próprio e autônomo.

O tema foi objeto de investigação na Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada “*Saberes e práticas de clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre lesões por pressão: implicações para o cuidado educativo de enfermagem*”. Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi possível acessar mais intensamente o saber-fazer e saber-pensar dos lesados medulares e cuidadores sobre a LP e a promoção do processo de cuidado.

Ainda mais, através de um processo integrativo, interativo e dialógico foi elaborado um produto com as principais orientações para prevenção das lesões por pressão (ANEXO 01). Tratava-se da construção compartilhada com a produção de uma cartilha que envolveu pessoas com lesão medular, cuidadores e a enfermeira-pesquisadora. À época, dúvidas e crenças foram clarificadas através do diálogo e da participação ativa dos envolvidos no processo.

O material educativo, como forma de cuidado, foi uma sugestão dos participantes para que as informações compartilhadas se tornassem “vivas” a todo instante, podendo ser acessadas quando fosse necessário sendo avaliado positivamente pelos participantes. A construção de uma cartilha não era um dos objetivos da Dissertação, porém, como a Pesquisa Convergente-Assistencial, metodologia utilizada, permite tal expansibilidade e, conforme a solicitação e demandas dos participantes, a cartilha foi criada.

O estudo agregou outras importantes contribuições ao contexto da reabilitação, pois as ações educativas de enfermagem se mostraram imprescindíveis para prevenção e tratamento das lesões por pressão. A reflexão para a transformação ou não da realidade, a partir da relação dialógica foi um dos aspectos fundamentais que permearam as ações.

O conjunto de textos e imagens idealizados na cartilha considerou diversos aspectos ressaltados pelas pessoas, como a acessibilidade restrita na cidade em que vivem fato evidenciado pela dificuldade de deslocamento no transporte urbano ou nas vias públicas. Outras questões sobre o encaminhamento dos lesados medulares após a

¹ O termo cuidado-educação e sua variação, cuidado educativo, são utilizados no âmbito da enfermagem fundamental e segundo consenso de autores, estes termos se referem à aplicação da educação em saúde enquanto uma estratégia de cuidado em enfermagem, que promove o diálogo e a interação e visa educar o sujeito para que ele se emancipe e tenha o controle sobre a sua vida (BELLATO *et al*, 2006; ALVIM; FERREIRA, 2007; FERREIRA *et al*, 2007; FERREIRA, 2008)

recuperação do trauma e conseqüente lesão medular, as medidas para a melhoria da qualidade de vida em seus domicílios e a inserção nas diversas atividades e na vida em sociedade também foram abordadas.

O estudo alertou para os efeitos negativos das ações metodologicamente verticalizadas, mecanicistas e pautadas na transferência de informações. Tal atitude pouco permite ao indivíduo uma participação ativa no processo de cuidado, pois a comunicação ocorre de modo linear, passivo e uniforme. Muitas vezes, a mensagem não se encaixa na realidade do indivíduo ou ele não consegue compreender como realizar a forma dita como “ideal”.

Ao terminar o Mestrado, ingressei como professora temporária no Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – *Campus* Professor Aloísio Teixeira. Na ocasião integrei a equipe docente da disciplina “Cuidados de Enfermagem VI: a pessoa em processo de reabilitação 2”.

As atividades de campo aconteciam nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) em Macaé/RJ, quando foi possível o contato com pessoas com lesão medular e seus cuidadores. No âmbito das atividades, a visita domiciliar proporcionou às pessoas a oportunidade de conversar com o grupo de estudantes sobre a vida diária, as dúvidas e as dificuldades relacionadas ao tratamento como a falta de recursos para a compra de coberturas próprias para as lesões, por exemplo.

Além disso, se percebia que os lesados medulares usavam fraldas ou sondas de demora, ocasionando lesões por pressão e infecções urinárias. Havia lacunas na orientação sobre reeducação vesical e intestinal e sobre a Rede de Cuidados, ou seja, a referência e contra referência para atender às demandas apresentadas.

Muitos eram esquecidos em seus lares, sem perspectiva de autonomia e inclusão social. Além disso, os cuidadores possuíam inúmeras dúvidas como evitar complicações e reinternações futuras.

Existe uma dificuldade com relação às pessoas com lesão medular e seus cuidadores se dirigirem à ESF local para sanar suas dúvidas, devido à falta de tempo pelas inúmeras atividades que realizam, além da péssima acessibilidade que dificulta o acesso ao local. Por outro lado, a estrutura de atendimento nas ESFs requer planejamento de acordo com demandas, prioridades e atividades burocráticas, o que pode exigir um tempo maior para realizar a visita domiciliar às famílias cadastradas.

Desta forma, ao construir um material educativo acessível, de fácil manuseio, com informações rápidas e reais, adequado as necessidades das pessoas com lesão medular e seus cuidadores, se torna uma estratégia de auxílio e que concorre para resolução rápida de problemas que sejam urgentes no processo de cuidado.

Ainda mais, atuei como enfermeira assistencial em um hospital da rede estadual do Rio de Janeiro e vivenciei situações similares àquelas encontradas em outros cenários. Os indivíduos e suas famílias também recebiam orientações gerais e dissonantes das próprias necessidades, o que tornava o processo de reabilitação mais árduo e ocorria o agravamento das lesões.

A título de exemplo, algumas pessoas sabiam que as lesões deveriam ser lavadas, mas desconheciam as soluções indicadas e se poderiam secá-las ou não. Além disso, não compravam a cobertura prescrita devido ao custo elevado. Observava-se que de um lado estava a equipe de saúde com a transmissão das informações de caráter técnico-científico e, do outro lado, o indivíduo que as ouvia passivamente. Por sua vez, os indivíduos também consideravam que as LPs seriam consequências quase inevitáveis da hospitalização e da condição limitante.

Não havia a compreensão de que tais lesões poderiam ser evitadas e que existem inúmeras tecnologias e até medidas simples de cuidado para a prevenção destas, como a inspeção, o uso de almofadas, a realização da manobra de descompressão isquiática e a mudança de decúbito, por exemplo, fundamentais para a não ocorrência de tais complicações que podem levar até mesmo à morte.

Pelo exposto, a contextualização do problema poderia seguir vários caminhos, envolver diversos atores e segmentos. Entretanto, em qualquer perspectiva, não se pode perder a visão crítica da realidade. Por isso, ao refletir sobre o cuidado pautado em bases transformadoras, se vislumbra a horizontalidade no diálogo, condição em que o educando (pessoa) é participativo, crítico e ativo; e o educador (enfermeiro) participa com o educando (pessoa), não havendo dominação nem imposição sobre ambos os envolvidos no processo (FREIRE, 2001).

Nesse enfoque, o cuidado educativo é essencial, uma vez que proporciona a “construção compartilhada de conhecimento” (CARVALHO et al, 2001, p.101). Além disso, “o envolvimento dos cuidadores é primordial, pois se configuram como elementos integrantes da equipe assistencial, no sentido de participar e dar continuidade ao processo implementado” (MANCUSSI, 1998).

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012, p.82), o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente podendo, ou não, ser um membro da família. A figura do cuidador não deve constituir, necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde. Porém, propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados no próprio domicílio.

Nesta perspectiva, é importante salientar que a relação cuidador-pessoa com lesão medular deve ser simbiótica, isto é, vantajoso para ambos os envolvidos neste processo, implicando em uma interação tão estreita, ousa-se até dizer, entre os envolvidos que se torna pujante. Coloca-se como uma afinidade obrigatória, de forma que toda pessoa com lesão medular, em algum momento de seu cuidado, necessita de outra pessoa, como por exemplo, a inspeção da área sacrococcígea, percebendo áreas de hiperemia e até pontos indicando o aparecimento das lesões.

Desta forma, esta relação deve ser benéfica a tal ponto de que o cuidador não se sinta sobrecarregado com a condição que lhe é imposta e, assim, continuar o cuidado. Assim, as atribuições devem ser pactuadas entre a equipe de saúde responsável, a família e o cuidador, compartilhando saberes e práticas e estabelecendo responsabilidades. Corroborando o estudo, destaca-se que “é importante buscar a participação ativa da pessoa em todo seu processo de saúde–doença sendo sujeito, e não apenas objeto do cuidar”. (BRASIL, 2012)

É importante destacar que há lacunas entre os profissionais no sentido da Rede de Cuidados, atendendo às necessidades congruentes a cada pessoa com lesão medular. Tal fato interfere diretamente nas orientações realizadas. Desta forma, se percebeu a necessidade de agregar a inclusão digital já existente com a finalidade de oferecer orientações qualificadas utilizando como base o aplicativo como material educativo.

A priori, foi pensado na construção de uma cartilha, porém, um aplicativo móvel é atual e mais fácil no sentido da usabilidade, portabilidade e consulta das informações a qualquer momento em que as pessoas com lesão medular e seus cuidadores desejarem.

Em síntese, a premência de ações educativas mais abrangentes para a prevenção da LPs em pessoas com lesão medular conduziu o presente estudo, através da produção de uma tecnologia da informação, um aplicativo móvel, que pode auxiliar no cuidado. Porém, a elaboração desta tecnologia foi realizada, dando voz aos participantes, congruentes às suas necessidades, na perspectiva dialógica.

Além disto, a fim de promover consistência aos dados produzidos, o aplicativo foi validado juntamente aos enfermeiros inseridos na prática, isto é, que possuem contato com os lesados medulares e, como se tornaram partícipes desta tecnologia, avaliaram todo o processo e o material final, tecendo considerações diversas, como a aplicabilidade deste.

O Smartphone – telefone inteligente surgiu de uma combinação entre celulares e agendas eletrônicas. Eles possuem uma tecnologia mais avançada e seu próprio sistema operacional é escrito em código aberto, o que significa que qualquer pessoa pode simplesmente desenvolver programas que funcionam neste sistema operacional. (BATISTA, 2011 apud HERNANDEZ et al, 2012, p.08)

As tecnologias móveis como os smartphones e Tablets, por exemplo, têm crescido constantemente no que concerne à popularização, uma vez que constituem cada vez mais, aplicabilidades e utilidades no cotidiano.

Eles têm tudo para cair no gosto popular e já viraram objeto de desejo: leves, práticos, permitem acessar sites, tirar fotos, acompanhar as redes sociais e, é claro, fazer ligações telefônicas. Cinco milhões de smartphones foram vendidos no Brasil no ano passado e a tendência é que neste ano a venda desses aparelhos supere a de PCs, segundo a consultoria IDC. Os smartphones permitem levar o trabalho e o lazer para qualquer lugar: na espera por um voo atrasado no aeroporto, por exemplo, é possível responder e-mails e recuperar um pouco do tempo perdido. (GOULART, 2011)

Com a finalidade de oferecer diversas funcionalidades aos smartphones, facilitando as atividades a serem realizadas pelos indivíduos, diariamente são criados diversos aplicativos com funcionalidades diferentes. Para a criação de um aplicativo é necessária, fundamentalmente, uma ideia que envolva a resolução de um problema ou de um determinado grupo de pessoas, no estudo em tela, a prevenção e tratamento das LPs para pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

Neste estudo, inúmeras contribuições foram produzidas para dirimir dúvidas e modificar comportamentos de risco. A construção deste material levou o indivíduo a refletir, problematizar e mudar sua realidade em prol do seu autocuidado.

O material pode auxiliar ao cuidador e além de ser um instrumento que permite o acesso às informações, proporciona aos indivíduos rememorem quando alguma informação for perdida. Por se tratar de um recurso de fácil acesso, pode aclarar ou complementar as orientações (FONSECA et al, 2011). Além disso, constitui-se em um recurso válido para o enfermeiro utilizar em suas ações educativas em saúde.

1.2. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

A lesão medular é um evento impactante, uma vez que afeta a pessoa envolvida e a família/cuidador. Ainda, ocasiona déficit motor e sensitivo abaixo do nível da lesão e requer um processo de cuidado mais sensível, específico e mais atento às necessidades individuais.

Segundo Rabe e Caliri (2010), a lesão medular é uma agressão multicausal derivada de ferimentos por arma de fogo, acidentes automobilísticos, quedas e mergulhos, atos de violência, lesões desportivas, tumores, entre outras. O tipo de lesão e o atendimento emergencial efetivo são fatores determinantes da gravidade da lesão e das consequências motoras, sensoriais e psicossociais (ALVAREZ et al, 2013).

A pesquisa dos dados sócio demográficos mais atuais não se torna claro e suficiente. No Brasil, no Censo de 2010 não é possível encontrar dados referentes à deficiência física e suas condições como a tetraplegia, paraplegia, hemiplegia. O documento, ainda em vigor, abrange apenas as deficiências visual, auditiva e motora.

Com isto, diversos estudos que abordam a deficiência física, se baseiam no Censo 2000, porém os números estão obsoletos e não refletem o panorama contemporâneo. De acordo com Rabe e Caliri (2010), os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados pelo censo demográfico de 2000 demonstraram um contingente de 200.000 paraplégicos e 50.000 tetraplégicos no Brasil em uma população de 169.872.856 pessoas.

As autoras (op.cit.) informam que a idade da população afetada é inferior a 40 anos. Destaca-se que tal população hígida, jovem e ativa é acometida de forma abrupta por todas as repercussões psicobiológicas e psicossociais decorrentes da lesão.

Apesar de ser uma condição que afeta suas potencialidades, é possível perceber que as questões envolvidas no processo de cuidar são diversas e as iniciativas para a assistência integral ainda são incipientes. Dentre elas estão o isolamento social, as lacunas no plano de reabilitação, a falha na referência e contra referência, o tratamento que não se adequa as possibilidades do indivíduo e a oferta de serviços de reabilitação distante dos domicílios.

Após a instalação da LM, o indivíduo sofre alterações físicas e mentais que, em graus variados, podem ser irreversíveis ou fatais. Um exemplo de condição irreversível

é a bexiga neurogênica, uma disfunção vesico-esfincteriana originária de agravos neurológicos congênitos ou adquiridos (LIANZA, 2007).

A bexiga perde a capacidade de contração, perda de urina por extravasamento e, presença de grande volume residual. Nesse caso, o enfermeiro elabora um plano de cuidados orientado para a reeducação da bexiga a fim de promover melhor qualidade de vida ao indivíduo, porém o controle esfincteriano não retorna à situação anterior ao trauma.

A lesão por pressão é outro agravo previsível. Trata-se de uma alteração reversível, que pode ser evitada, de modo a poupar a pessoa de complicações mais sérias (ALVAREZ, 2012). Além disso, as LPs podem causar infecções que podem levar a hospitalização e podem levar à morte. Ainda mais, podem ocasionar problemas psicossociais como isolamento social e interferir na qualidade de vida das pessoas envolvidas.

A permanência prolongada na cadeira ou na cama pode originar LP na região dorsal, mais especificamente na área escapular, na região sacrococcígea e nos calcâneos. Em algumas áreas, o manejo para o autocuidado é difícil e o envolvimento dos cuidadores se torna essencial para auxiliar a pessoa que não realiza as atividades por si.

As lesões retardam o início ou a continuidade do tratamento nos programas de reabilitação, uma vez que algumas atividades mencionadas acima podem aumentar as dimensões da ferida. Tal fato se justifica pelo atrito da pele com as superfícies durante a realização dos exercícios, o que agrava o estadiamento da LP. Acrescenta-se que o tratamento da LP é multifacetado e requer diversas idas aos serviços de saúde para a avaliação da equipe interdisciplinar. As medidas preventivas são fundamentais para a redução dessa necessidade e a diminuição total dos custos com o tratamento.

Desta forma, os cuidados preventivos para a LP são essenciais para a inclusão do indivíduo nas atividades da vida diária e na sociedade, pois a atitude preventiva contribui para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e do cuidador em diversos aspectos.

Neste contexto, a Enfermagem oferece apoio à pessoa assistida, como pontua Carvalho (2004, p. 355):

Adotar como ponto de partida tal concepção - de relação de ajuda - envolve assumir uma perspectiva humanista, estética e ético - política para a assistência de enfermagem. De um lado, essa perspectiva contempla o cliente que tem suas necessidades e direitos e, de outro, contempla a Enfermagem no que tange aos deveres da competência profissional e mesmo ao compromisso social das enfermeiras, em prol do alcance de uma prática de qualidade.

Além disto, ratifica que esta ajuda “pressupõe o ato de auxiliar, colaborar, amparar, facilitar ou socorrer alguém diante de alguma necessidade. É um ato que se fortalece no acompanhamento.” (CARVALHO, 2004). Carvalho (2004, p.355, 356) complementa:

Contudo, para pôr em prática tal atitude de ajuda, é preciso estar disponível para ajudar o outro. Nesse sentido, as condições essenciais para o estabelecimento de uma relação de ajuda são: a congruência, a atitude positiva e a compreensão empática. Ser congruente é se mostrar como uma pessoa unificada e integrada na relação, ou seja, expressar os sentimentos e atitudes de forma autêntica, sem ambiguidades. A atitude positiva junto ao ajudado é mantida por expressões de afeto, interesse, aceitação e respeito pelo outro. O que implica ver na pessoa suas potencialidades para se desenvolver e encontrar os meios para resolver seus problemas com autonomia.

Boff (1999) corrobora o que defendo nesta tese ao explicitar que:

“(...) o cuidado transcende o próprio ato e passa a ser uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. É uma ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, que objetiva zelar para que o diálogo "Eu-Tu" seja uma ação libertadora, sinérgica e construtora de alianças.”

Desta forma, a enfermeira deve se mostrar disponível e atenta a qualquer forma de comunicação das pessoas assistidas, observando as expressões verbais e não verbais. Deve mostrar interesse em explorar suas crenças e valores e incentivá-los a criar em conjunto, um plano de cuidados congruentes às suas necessidades.

As práticas de saúde promovem mudanças e produzem algo novo. As tecnologias leves de cuidado, como o diálogo utilizado nesta tese, são consideradas fundamentais para a produção do cuidado pelo seu caráter relacional (MERHY, 2003).

Neste estudo, a estratégia se estruturou para a aprendizagem ativa dos lesados medulares e cuidadores, pois adotou uma linguagem clara, objetiva e próxima das pessoas em questão por meio de uma relação interativa. A discussão permitiu a elaboração de um processo de cuidado, bem como a criação e a validação de uma tecnologia da informação, como tecnologia dura, estruturada a partir da leve com o objetivo de contribuir para a qualidade de vida e inclusão social desta população.

Além disto, o Caderno de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2007), correlaciona a produção compartilhada do material educativo e a construção do conhecimento na relação dialógica e destaca a possibilidade da troca de saberes e práticas, a partir da proposição dos temas.

A produção deste material se deu através da problematização e discussão acerca das questões e mostrou a riqueza das informações que puderam ser abordadas.

O objetivo dos materiais educativos deve ser o de facilitar o trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação de pacientes e familiares. Estes materiais subsidiam a orientação verbal dos profissionais de saúde aos familiares e pacientes e uniformizam as orientações a serem realizadas sobre os cuidados (FONSECA et al, 2011, p. 195).

O uso de imagens, fotos e recortes, discussões em grupo (enfermeira-cuidador-indivíduo) foram facilitadores para a aquisição de informações e contribuíram para a efetividade do cuidado educativo, sem imposição nem dominação das partes envolvidas. Estes recursos motivam a corresponsabilidade e o envolvimento em seus cuidados, tornando-os mais independentes e autônomos na realização das atividades de vida diárias, acrescentando a adesão ao tratamento.

Desta forma, o material educativo contribui para a aprendizagem do educando e assim, é considerado um processo educativo. Além disto, tornam as ações de Educação de Saúde, subsídios para cuidar. Corroborando com Fonseca e Áfio (2014, p. 162), complementa que os enfermeiros implementadores de tais tecnologias nas atividades de Educação em Saúde devem se comprometer com a transformação da pessoa inserida neste processo educativo. Ainda acresce “Portanto, a formulação de tecnologias deve integrar o fazer, o pensar e o ser, mobilizando ações de cuidado humano.” (ÁFIO, 2014, p. 162). Em suma, a elaboração de materiais educativos proporciona a percepção como algo concreto que o indivíduo visualiza de acordo com a sua necessidade (ÁFIO, 2014).

Assim, foi possível pensar e colocar em prática a construção de um aplicativo móvel, a fim de informar/orientar as pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre suas demandas, participando da elaboração de um processo de cuidado em conjunto com a enfermeira-pesquisadora.

O uso do aplicativo móvel como material educativo é relevante para aos lesados medulares, seus cuidadores e para a Enfermagem. Para os lesados medulares e seus cuidadores se constitui como facilitador sendo partícipe de um plano de cuidados elaborado juntamente com a enfermeira-pesquisadora, voltado à prevenção e tratamento das LPs, inerente às suas reais necessidades. Além disto, se transformam em multiplicadores do conhecimento visto que vivem em sociedade e compartilham suas ideias com outras pessoas que estão inseridas no mesmo contexto.

A construção e validação deste aplicativo possibilita o alcance de outras pessoas que possuem as mesmas características e se encontram na mesma condição, os auxiliando a exercer sua autonomia, já que oferece o acesso à informação e, conseqüentemente, à inclusão social.

Assim sendo, o aplicativo como material educativo bem como processo e, conseqüentemente, produto do cuidado educativo é resultado da relação, da interação, do diálogo e do compartilhamento de ideias entre os envolvidos no processo de cuidado.

De acordo com as ideias de Paulo Freire (1980, p.26), o indivíduo deixa de ser um depósito de informações, e passa a ser ativo, crítico, interagir e atuar de forma direta, participando do planejamento do cuidado juntamente com a enfermeira que conduz o processo levando em consideração realidade sócio-político-econômica do indivíduo. Desse modo, se propicia um cuidado compartilhado e com grande chance de ser bem sucedido através da horizontalidade do diálogo.

O cuidado compartilhado e a participação ativa são corroborados pelo Ministério da Saúde, visto que incentiva o suporte das equipes de saúde ao cuidador, promovendo o processo de cuidado conforme sua condição, incentivando ao compartilhamento de saberes e ideias em grupos de cuidadores, com vistas a estabelecer o cuidado inerente a cada realidade (BRASIL, 2012).

O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência. A tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Normalmente, essa responsabilidade é transferida como uma ação a mais para a família, que, em seu cotidiano, é obrigada a acumular mais uma função entre as que realiza. (BRASIL, 2012, p.82)

Ressalta-se que o diálogo motiva a troca de saberes entre o senso comum e o saber técnico-científico, promove o cuidado educativo, proporcionando a utilização da educação em saúde como estratégia de cuidado. Desta forma, o saber comum dialoga com o conhecimento técnico-científico através da reflexão do tema em questão a fim de produzir um novo conhecimento, eficaz para a implementação no plano de cuidados de cada indivíduo.

Neste íterim, a construção se torna importante, pois cada pessoa possui as próprias crenças, valores e concepções e assim, incentiva o cuidado educativo, promovendo eficácia no cuidado.

A validação do material se torna relevante a fim de identificar o fenômeno a ser estudado e porque oferece informações pertinentes sob o olhar da reabilitação no contexto de explorar sua funcionalidade, seu melhor potencial e respeitando suas limitações.

Ainda mais, colabora com a diminuição do índice das reinternações por infecções ou pelo agravamento das lesões e também contribui com o início precoce do cuidado dispensado por outros profissionais, como o fisioterapeuta, por exemplo. Em síntese, trata-se de uma estratégia para a qualificação da assistência à pessoa com deficiência física.

Desta forma, a importância do diálogo acerca dos saberes e práticas, o entendimento de como se dá o cuidado educativo e compartilhado e a consideração das necessidades possibilitam pensar que é pertinente apresentar como objeto do estudo *a construção compartilhada junto à pessoa com lesão medular e seus cuidadores de um aplicativo como material educativo sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e sua validação.*

O processo de diálogo com os participantes possibilitou a sistematização do cuidado, utilizando estratégias, ferramentas para dinamizar o cuidado, podendo ser considerado como uma tecnologia, uma vez que “a tecnologia moderna não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades.” (KOERICH et al, 2006, p.180).

De acordo com Teixeira (2008, p.185) e totalmente aplicável neste estudo uma vez que:

“Esse processo constitui uma tecnologia porque comporta um conjunto de ações que são operacionalizadas de forma sistemática, articulando conhecimentos de dois universos: científico e senso comum, fundamentada em conceitos teóricos. Implica em uso de técnicas procedimentais, interativas e clínicas.”

Tal afirmativa se configura na tecnologia apresentada durante o desenvolvimento da pesquisa, no que tange à discussão do tema, elaboração de plano de cuidado e a construção do aplicativo bem como sua validação, tendo como base o compartilhamento de ideias com os participantes, respeitando sua cultura, seguindo os pressupostos de Freire através das ações educativas e os conceitos de Orem quando abordamos a questão do autocuidado. Ainda, a Pesquisa Convergente-Assistencial,

contribui na realização deste processo tornando-os participativos com a enfermeira-pesquisadora intimamente ligada em todo o processo.

Desta forma, o produto desta Tese é um avanço considerando o folder elaborado na dissertação de mestrado, uma vez que o aplicativo móvel permite a globalização das informações. A elaboração do aplicativo, como a elaboração do folder da dissertação, continuou valorizando a reflexão, a crítica sobre a temática abordada por parte dos participantes do estudo.

A tecnologia da informação criada nesta tese é uma ferramenta de fácil uso, tanto para a pessoa com lesão medular, os cuidadores e também para profissional de saúde que necessite de orientação específica desta clientela, auxiliando no cuidado e tem a acessibilidade disponível a qualquer momento e qualquer lugar, uma vez que o uso de celulares é muito frequente nos dias atuais, com a informação chegando cada vez mais rápido. O aplicativo permite atualização das orientações. Este aplicativo, por sua vez, foi além das orientações sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão, sendo possível ter acesso a informações como, por exemplo, informações relativas a Rede de Cuidado.

1.3. QUESTÕES NORTEADORAS:

- Quais os principais elementos de uma tecnologia da informação na construção e validação de um material educativo junto a pessoa com lesão medular e cuidadores sobre prevenção e tratamento de LPs?
- Quais as repercussões a partir da avaliação dos profissionais com vivências sobre a temática e dos participantes acerca do material educativo sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão?

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. OBJETIVO GERAL

- Desenvolver uma tecnologia de informação junto a pessoa com lesão medular e seus cuidadores de um aplicativo como material educativo voltado a prevenção e tratamento das lesões por pressão.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Construir um aplicativo como material educativo com orientações para pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre as medidas preventivas e tratamento das lesões por pressão;
- Validar um aplicativo como material educativo com orientações para pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre as medidas preventivas e tratamento das lesões por pressão.

1.5. JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A justificativa do estudo alinha-se à Portaria 793, de 24 de abril de 2012, que versa sobre a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde que, busca ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência (PcD) (BRASIL, 2012). A Portaria especifica as diretrizes e os objetivos para a operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Dentre eles, a Portaria abarca a questão da promoção à autonomia e independência das pessoas a fim de decidirem o que é melhor para si.

Vale ressaltar que, parte dos profissionais desconhecem a totalidade do cuidado específico e necessário para atender integralmente às PcDs. Portanto, os indivíduos com lesão medular se encontram, muitas vezes, em suas residências, em uso de fraldas ou cateteres de demora e/ou se sentindo desorientados com relação ao cuidado com as lesões por pressão e outras complicações.

A tese está implicada nas perspectivas de inclusão e empoderamento, levando à autonomia e independência no cuidado. Quando tratamos acerca dos modelos sociais da pessoa com deficiência através da historicidade, temos inicialmente, o modelo exclusivamente discriminatório. Logo após, temos o modelo de integração, mas leva ao questionamento da finalidade desta integração bem como onde o mesmo deve assim ser integrado. Através do Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009, com a Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência, temos o modelo de inclusão, obtendo seus direitos de ir e vir, além de vida independente, possuindo o direito de escolha de onde e com quem morar, liberdade de movimentação, acesso à justiça, liberdade e segurança, respeitando a igualdade das oportunidades, acessibilidade, dentre outros.

Como cita Sasaki (2010, p. 17),

“O movimento de inclusão social começou incipientemente na segunda metade dos anos 80 nos países mais desenvolvidos, tomou impulso na década de 90 também em países em desenvolvimento e está se desenvolvendo fortemente nos primeiros 10 anos do século 21 envolvendo todos os países.”

Desta forma, quando falamos de inclusão entendemos que esta pessoa deve ser incluída totalmente, em todos os âmbitos da sua vida, exercendo sua cidadania com qualidade de vida. Integrar requer apenas modificações para que uma pessoa com deficiência se insira em um determinado local, em um determinado momento, como modificar uma calçada, por exemplo. Já, a inclusão permite entender que a escolha de pessoas que possuem acesso a determinados lugares ou funções, é inconstitucional.

Neste ínterim, a sociedade possui a obrigatoriedade de um compromisso de modificações e comprometimento político em prol de qualquer pessoa possuindo o direito de participar de qualquer atividade.

O estudo propõe o alinhamento entre os referenciais teóricos de Paulo Freire e Dorothea Orem, pois o compartilhamento de saberes e práticas pelo diálogo promove a problematização e transformação, de acordo com a diversidade de cada contexto e de cada cultura.

Reforçando as afirmativas sobre a importância da dialogicidade, posterior reflexão, autonomia e inclusão com os envolvidos no processo, apresentadas neste estudo, temos o Caderno de Educação Popular em saúde (BRASIL, 2014):

Nessa perspectiva busca promover a participação dos sujeitos sociais, incentivando a reflexão, o diálogo e a expressão da afetividade, potencializando sua criatividade e sua autonomia. Incorpora a perspectiva do protagonismo dos diversos sujeitos, a valorização das culturas locais nas suas organizações, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Esta publicação, amparada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012), ratifica a participação ativa dos envolvidos no estudo e no referencial teórico utilizado. Através do diálogo, foi possível promover a crítica com posterior conscientização sendo a chave fundamental para a mudança de sua realidade, em uma perspectiva emancipatória e assim, os mesmos se tornam protagonistas de seu próprio processo de cuidado.

As perspectivas problematizadora e dialógica do estudo também se amparam em alguns princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013). Um dos princípios que trata do “protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos

sujeitos e coletivos”, é ensejado através da valorização do indivíduo como cidadão e responsável pelo próprio processo de cuidado, ao lado de outros usuários e equipes de saúde.

Além disso, o mesmo é congruente com as diretrizes “acolhimento”, visto que, através do reconhecimento da necessidade de saúde, proporcionado pelo diálogo, o indivíduo é incluído nas relações com outros usuários, profissionais e gestores; “clínica ampliada e compartilhada”, através da demonstração e prática da importância do diálogo, da construção compartilhada, sendo possível a percepção da real necessidade da pessoa, de acordo com o contexto sócio-econômico-cultural-político, a fim de obter efetividade no processo de cuidado; “defesa dos direitos dos usuários”, através do incentivo, do estudo em questão, das pessoas com lesão medular em seu cuidar, no que tange às LPs, de acordo com seu contexto.

Esta pesquisa, através da construção e validação do material educativo, considerando o indivíduo como participativo, ativo em seu processo de cuidado, oferece um cuidado voltado a este tipo de população a fim de não haver divergências no processo. Todo o estudo está embasado, além dos referenciais teóricos, pelas políticas públicas do SUS pertinentes ao mesmo, justificando-o.

Para corroborar a justificativa do objeto do estudo, realizou-se uma busca bibliográfica de artigos científicos e teses em bases de dados, no período de 20 de abril de 2014 a 16 de janeiro de 2018, indexados na biblioteca SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online*), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS /BIREME) utilizando as bases de dados: LILACS e BDENF; no banco de Teses da CAPES e da UFRJ.

Os critérios de inclusão para as publicações foram a disponibilidade nos idiomas inglês, português e espanhol e possuir sua versão completa acessível. Não houve delimitação de recorte temporal para a busca, o que permitiu que uma maior quantidade de publicações fosse explorada, a fim de embasar e contextualizar o estudo de forma mais aprofundada. Para realizar a busca, foi necessário inicialmente selecionar os descritores a serem utilizados os quais são mostrados nos quadros a seguir:

Descritores encontrados nas bases LILACS, BDEF e MEDLINE:

Operadores booleanos	Definição	Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)
and/AND	Paraplégicos/paraplegia/ Cuidadores	“paraplegia” or “traumatismos da medula espinhal” or “traumatismos da medula espinhal” and “cuidadores”
and/AND	Educação em saúde	“educação em saúde”
and/AND	Validação	“estudos de validação como assunto” or “estudos de validação”
and/AND	Tecnologia educacional	“tecnologia educacional”
and/AND	Materiais educativos e de divulgação	“materiais educativos e de divulgação”
and/AND	Lesão por pressão	“ulcera por pressão” or “ulcera de decúbito” or “ulcera de pressão”
and/AND	Centros de reabilitação	“centros de reabilitação”

Quadro 01 - Busca bibliográfica nas bases LILACS, BDEF e MEDLINE

Descritores encontrados na biblioteca SciELO:

Operadores booleanos	Definição	Palavras/Termos
and/AND	Paraplégicos/paraplegia/ Cuidadores	“paraplegia” or “paraplegias” or “paraplegic” or “paraplégica” or “paraplégicas” or “paraplégico” or “paraplégicos” or “paraplegics” or “paraplegy” or “paraplegia” or “paraplejicas” or “paraplégicos” or “traumatismos da medula espinhal” or “traumatismos na medula espinhal” or “lesão medular” and “cuidadores” or “cuidadores”

		de pessoas com deficiência”
and/AND	Educação em saúde	“educação em saúde”
and/AND	Validação	“validação” or “validação de instrumento”
and/AND	Tecnologia educacional	“tecnologia educacional”
and/AND	Materiais educativos e de divulgação	“materiais educativos e de divulgação”
and/AND	Lesões por pressão	“úlceras por pressão” or “ulcera por pression” or “ulcera por presion” or “pressure ulcer” or “pressure ulcers” or “úlceras de decúbito” or “úlceras por decúbito” or “úlceras de pressão”
and/AND	Centros de reabilitação	“centros de reabilitação”

Quadro 02 – Busca bibliográfica na biblioteca SciELO

No Banco de teses da CAPES e da UFRJ as publicações foram pesquisadas por assunto e por palavras, respectivamente, de acordo com as ferramentas de busca disponíveis. As palavras utilizadas na busca foram: “paraplegia”, “cuidadores”, “educação em saúde”, “tecnologia educacional”, “materiais educativos e de divulgação”, “úlceras por pressão” e “validação”. Tais palavras foram utilizadas no campo assunto. Em ambos os Bancos de Teses, a busca se deu pela captação de publicações que contivessem, pelo menos, um desses termos.

Ao combinar “centros de reabilitação”, “paraplegia” e “traumatismos da medula espinhal”, foram encontrados seis estudos, sendo que três abordam a questão da caracterização do perfil do participante, um aborda a questão da comunicação entre equipe e paciente com lesão medular, um versa sobre as complicações possíveis e, por fim, o último expõe a questão do peso corporal como alternativa para suporte.

Ao combinar estudos de validação e materiais educativos, sendo cada combinação feita separadamente, nenhum estudo foi encontrado. Tal fato chama a atenção, uma vez que todas as temáticas encontradas seriam mais eficazes no que concerne na orientação

e no plano de cuidados, caso lançassem mão de materiais educativos/tecnologias de informação para fixação das orientações, sendo uma estratégia importante no cuidado.

Os descritores relacionados a paraplegia e a educação em saúde resultou em apenas um artigo de enfermagem, intitulado “Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal”, na autoria de Marcele Pescuma Capeletti Padula e Mariana Fernandes de Souza, no ano de 2007.

O que se percebe ao buscar estudos de validação, na Enfermagem, é que em sua maioria, estes estudos são voltados para a validação de diagnósticos de Enfermagem, indicando lacunas na questão das tecnologias como os aplicativos, por exemplo.

Ao relacionar separadamente os descritores, a fim de explorar maior quantidade de publicações, fora encontrado somente um estudo intitulado “Validación al español de la escala de auto percepción de carga de cuidado”, na autoria de María Cecilia Arechabala, María Isabel Catoni, Silvia Barrios e Eugenia Palma, no ano de 2012, combinando os descritores “paraplegia”, “cuidadores” e “estudos de validação como assunto”.

Não foram encontradas publicações com todos os descritores e palavras-chave. Isto revela uma grande lacuna apresentada e tal fato é preocupante, pois os lesados medulares não se beneficiam de produtos validados contendo esta problemática.

Não foram encontrados artigos que focalizassem as pessoas com lesão medular, a pedagogia da problematização, de acordo com Paulo Freire e saberes e práticas que poderiam contribuir para a relevância do estudo em questão. Assim, as buscas corroboram a justificativa do estudo, uma vez que encontramos uma grande escassez de estudos.

Como relevância do estudo podemos aqui destacar sobre a garantia do acesso aos serviços e atenção humanizada e centrada nas necessidades das PcDs, a fim de proporcionar a inclusão socialmente e em suas atividades de vida diárias, exercendo assim, a sua cidadania.

Além disso, ao incentivá-los a exercer sua cidadania, os mesmos buscarão se informar mais sobre a Rede de Cuidados existentes, no caso em questão, em Macaé, uma vez que a carência de suporte interfere no seu cuidado.

A discussão compartilhada descrita auxilia no quesito dos cuidados às lesões por pressão, porém o estudo abarca uma dimensão muito maior no sentido do indivíduo

entender sua Rede de Cuidados que lhe é própria e ter sucesso em seu processo de reabilitação.

Com a identificação da demanda terapêutica de autocuidado específica oferecida pelo indivíduo, foi possível traçar um plano de cuidados eficaz, congruentes às suas reais necessidades. Desta forma, é necessário reforçar que, em alguma situação, a pessoa com lesão medular se torna dependente de alguém que, de certa forma, causa uma fragilidade em sua autonomia. Assim, é necessário que haja o auxílio para manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, auxiliando-o a enfrentar sua nova condição.

Por sua vez, os materiais educativos como tecnologias educacionais, são importantes visto que se têm “evidenciado que a crescente evolução de tecnologias a partir das demandas da sociedade apresenta novas possibilidades de uso destes materiais no cotidiano do trabalho em instituições de ensino e saúde.” (FONSECA et al, 2011)

Tais tecnologias constituem um avanço com relação às ferramentas utilizadas pelo enfermeiro a fim de promover o cuidado e facilitar o trabalho da equipe de saúde, podendo ser implementados nas práticas de cuidado e de ensino de saúde, como cita Áfio (2014) a seguir:

“Tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino aprendizagem utilizados como meio de transferência de conhecimento, propiciando ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências conducente ao aprimoramento de habilidades.”

No presente estudo, necessitou-se buscar estratégias de cuidado, a fim de compartilhar orientações aos lesados medulares e seus cuidadores e fornecer subsídios para o manejo das lesões por pressão no que tange a sua prevenção até o seu tratamento, prevenindo complicações, reinternações e morte. Sendo assim, foi elaborado e validado um aplicativo sobre este contexto, na ótica tanto de profissionais com vivências com lesados medulares quanto das pessoas em questão.

A elaboração de material educativo é uma importante estratégia de cuidado, sendo uma ferramenta educativa. De acordo com Castro et al (2014), “os materiais educativos assumem um papel importante no processo de educar, (...) e funcionam como recurso disponível, para que o paciente e sua família possam consultá-lo sempre que acharem necessário utilizarem.” Utilizamos uma referência de cartilha, porém abordamos a questão do material educativo em geral, uma vez que, no estudo, será

realizado um aplicativo como tecnologia da informação com perspectiva educativa, porém com finalidade semelhante às cartilhas educativas.

As cartilhas educativas podem ser entendidas como um recurso dedicado a informar a população sobre direitos, deveres, doenças, acidentes, dentre outros. Tais temáticas devem ser abordadas por meio da divulgação de conceitos e mensagens, bem como de perguntas e respostas, podendo mesclar narrativas em quadrinhos e textos didáticos e/ou informativos. As cartilhas educativas facilitam o processo de aprendizado, pois permitem ao paciente e sua família uma leitura posterior, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando na tomada de decisões do cotidiano. (CASTRO et al, 2014)

Neste contexto, o cuidado educativo de Enfermagem, em consonância com a proposta de tecnologia, objetiva evitar complicações e, para isto, a horizontalidade do diálogo com os participantes foi crucial para a construção e validação do material produzido.

Este estudo se articula em diversas políticas de saúde, na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, nas subagendas de “Saúde dos Portadores de Necessidades Especiais”, “Promoção da Saúde” e “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde”, e atende também a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no País (PNCTIS).

“A PNCTIS, com relação ao princípio da inclusão e controle social, deve contemplar a inclusão do cidadão na sociedade do conhecimento, por meio da educação científica, tecnológica e cultural adequadas à realidade atual e aos desafios futuros, respeitando e valorizando o saber e culturas locais.” (BRASIL, 2008)

O estudo busca trazer os aspectos inerentes ao processo de cuidado na prevenção e tratamento das LPs nas pessoas com lesão medular e, posteriormente, quando o mesmo se tornar protagonista de seu próprio cuidado e conhecimento, nas atividades de vida diárias e na sociedade.

Um dos eixos condutores da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, é a relevância social e econômica que consiste no “avanço do conhecimento ou da aplicação dos resultados à solução de problemas prioritários para a saúde” (BRASIL, 2008). A visibilidade deste eixo se apresenta nos referenciais teóricos que fundamentam o estudo, na metodologia que guiou a construção do material educativo como tecnologia da informação e na aplicação dos resultados na realidade que os indivíduos se encontram.

E é, não somente neste contexto, mas em outros diversos, que devemos repensar a Enfermagem no sentido que:

“(...) acreditamos ser indispensável as reflexões acerca de nossos valores e atitudes na condução do processo assistencial. Assim, pensamos que o cuidado de enfermagem baseado nos princípios da relação de ajuda favorece o estabelecimento de interações positivas, com potencial de estimular a expressão dos pensamentos e emoções dos clientes ensejando um melhor bem-estar das pessoas. E a enfermeira pode, dessa forma, planejar os cuidados mais adequados em uma dada circunstância.” (CARVALHO, 2004)

Desta forma, a expressão da sensibilidade se desenvolve na Enfermagem, mostrando-se disponível para identificar as demandas do outro potencializando assim, o seu cuidado. Há que se reafirmar que a tese em questão aponta para a perspectiva do empoderamento da pessoa com lesão medular para que o mesmo se torne autônomo, autossuficiente no que concerne ao seu próprio cuidado.

Como contribuições do estudo, podemos destacar, a construção do aplicativo para a Enfermagem, a consolidação da sua função educativa e o fortalecimento de sua autonomia profissional, em particular no que se refere ao seu papel de reabilitadora focado em ações educativas em saúde. Ainda, “esse avanço tecnológico também pode apoiar o cotidiano do enfermeiro, disponibilizando informações e potencializando a aquisição de conhecimentos, na educação permanente deste profissional.” (FONSECA et al, 2011).

O enfermeiro possui papel como educador não somente pela realização de ações educativas, mas na elaboração e aplicação de recursos produzidos, como no caso, de um aplicativo móvel, para consumo da população em questão, pois auxiliam através do envolvimento e interação com o contexto, na transformação da realidade. Ainda, o aplicativo tem por objetivo ser um material que mostre o cuidado gerador de conforto aos participantes em questão.

O desenvolvimento do material contribuiu para a implantação de uma tecnologia que alie a prática do enfermeiro (científico) às práticas informais dos cuidadores e das pessoas cuidadas. Além disto, foi importante para a promoção do cuidado educativo alinhado com a realidade das pessoas em diversos contextos.

As definições do material, neste estudo, foram claras e objetivas, de acordo com as reais necessidades, para que os objetivos fossem alcançados. O mesmo se tornou acessível, atrativo, significativo, levando em consideração as ilustrações e o texto (CASTRO et al, 2014) e, de acordo com os referenciais teóricos utilizados no estudo em tela, promoveu a reflexão para estimular a conscientização da prática em vigor, proporcionando promoção à saúde, reabilitação, autonomia e qualidade de vida.

Desta forma, para os lesados medulares e seus cuidadores, o compartilhamento de saberes e práticas, contribui para os cuidados fundamentais de Enfermagem desenvolvidos e para o processo de cuidado, ampliando seus conhecimentos e suas possibilidades, no que tange ao cuidado com as LPs, para a promoção da qualidade de vida e exercício de sua cidadania. Ainda, foi possível incentivá-los ao empoderamento tornando-se autônomo e independente em suas atividades. Através do diálogo foi também possível contextualizar outras questões inerentes ao cuidado e à qualidade de vida da pessoa com lesão medular, ampliando/aprofundando seu conhecimento.

Já, para o ensino, contribuirá para as discussões sobre a construção e validação de novas tecnologias como estratégias para o cuidado, pautados na prática dialógica do enfermeiro. No âmbito da pesquisa, será importante no aprimoramento e aprofundamento acerca do tema para a Enfermagem Fundamental, principalmente no que tange às construções e validações de materiais educativos voltadas para o cuidado educativo de enfermagem.

Através disto, também poderá contribuir para aplicação dos conceitos inerentes ao campo da enfermagem fundamental e, ainda, promovendo discussões importantes no que pese os procedimentos clínicos e interativos próprios ao cuidado de enfermagem.

A pesquisa se insere no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte) que apresenta três grandes áreas de domínio: ética profissional, concepções teóricas de enfermagem e cuidados fundamentais e tecnologia de enfermagem. Esta última tem como ementa “procedimentos técnicos, clínicos e interativos próprios da assistência de enfermagem para o ensino e a pesquisa. Riscos da assistência de enfermagem e da reabilitação preventiva. O estilo de vida, as necessidades básicas e os direitos e implicações da assistência de enfermagem. Contribuição dos cuidados básicos e tecnologia da enfermagem para o marco conceitual da enfermagem fundamental” (ALVAREZ, 2012).

No presente, foi incentivado o diálogo e a interação com a pessoa e o cuidador, correspondentes aos procedimentos interativos integrantes da ementa. O referencial teórico, Paulo Freire, embasa o estudo através do compartilhamento de ideias, através da horizontalidade do diálogo tornando-o crítico e reflexivo, levando à conscientização.

Ainda, há o respeito dos aspectos culturais dos indivíduos envolvidos no processo de cuidado, de acordo com os conceitos de Freire, uma vez que reconhece o contexto que o indivíduo está inserido bem como sua realidade sociocultural.

Além disto, utilizamos os conceitos de Dorothea Orem na Teoria do Autocuidado, visto que é necessário explorar e aprofundar o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam benéficamente a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Através do diálogo foi possível propor, de acordo com cada realidade, os procedimentos clínicos e técnicos a serem utilizados no processo de cuidado. O estilo de vida e as necessidades básicas, contidas na ementa, também são congruentes ao estudo em questão, visto que é de acordo com cada necessidade, cada cultura e valor, que é possível conduzir o cuidado educativo, proporcionando cuidados de Enfermagem singulares a cada pessoa.

Desta forma, o enfermeiro é capaz de promover autonomia a pessoa, pois a mesma realizou seus cuidados com maior segurança, uma vez que compartilhou seus saberes e práticas com a enfermeira, visando uma melhoria em seu cuidado. Neste ínterim, proporcionou o resgate social do indivíduo visto que houve o estímulo a integração do mesmo em suas atividades de vida diárias e na sociedade, reconquistando assim, a sua cidadania.

Assim, este estudo contribuiu para o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), já que, como mencionado acima, esta pesquisa é inerente à ementa do Núcleo. Consequentemente contribuiu para a linha de pesquisa intitulada de Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem.

Capítulo II

Bases teórico- conceituais

CAPÍTULO II. BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Este capítulo consiste na apresentação das bases teórico-conceituais utilizadas relacionando com o objeto de estudo em questão. De acordo com os conceitos de Freire utilizados, através da horizontalidade do diálogo, levando à reflexão, criticidade, saindo do estado de passividade, é possível que a pessoa problematize a sua realidade e, conseqüentemente, leve à conscientização. Isto permite que o indivíduo opte pela mudança ou não. Ainda, é utilizado o conceito de que é essencial o conhecimento prévio da realidade da pessoa, respeitando seus valores e cultura, como ponto de partida para iniciar o diálogo (FREIRE, 2001).

Em continuidade, foram utilizados conceitos da Teoria do Autocuidado formulado por Dorothea Orem. Neste estudo os conceitos estão relacionados à identificação da demanda terapêutica específicos de cada um além dos requisitos de autocuidado nos desvios da saúde que se identificou ao longo das discussões.

Ainda, foi necessária a discussão sobre os paradigmas voltados à deficiência, uma vez que a autonomia e independência são fundamentais no estudo e nos cuidados voltados à pessoa com lesão medular, no sentido da prevenção e tratamento das lesões por pressão.

Também, foi possível vislumbrar sobre a legislação vigente no sentido da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, além das Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular e a Portaria 793/2012 que aborda a Rede de Cuidado voltada à Pessoa com Deficiência, dados estes que emergiram na pesquisa, no que concerne à garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, proporcionando a esta pessoa, autonomia.

2.1. A ENFERMAGEM E A PEDAGOGIA FREIRIANA

A educação em saúde é uma atividade tradicional no campo da Enfermagem, a ser utilizada majoritariamente na assistência e tal recurso tem por finalidade qualidade no que tange aos cuidados de saúde desde a metade do século XIX (FOX, 1997 *apud* TEIXEIRA, 2008, p. 51).

O diálogo é fundamental no processo de cuidado do ser humano. De acordo com Paulo Freire (1994, p. 28), “O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém”. Com isso, o homem não

deve ser apenas um receptor de informações, sem voz ativa, sem reflexão. Freire destaca a libertação do indivíduo através das palavras, sendo assim, imprescindível promover o diálogo.

Para Freire (1989, p. 107) o diálogo é uma relação horizontal de A com B que nasce de uma matriz crítica e gera criticidade e requer sentimentos como o amor, a humanidade, a esperança, a fé, a confiança. Nesse sentido, quando os dois polos se ligam com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos em busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos e assim ocorre a comunicação.

Destaca-se também o caráter permanente da educação. A interação entre os seres humanos possibilita a reflexão e o diálogo sobre a realidade considerando seus diferentes pontos de vista, seus sentimentos, emoções, dentre outros. A partir daí a comunicação se torna possível e efetiva. Ressalta-se que também através do diálogo a educação se torna possível.

Através da comunicação, do diálogo com outra pessoa, o ser humano deixa seu estado de ingenuidade e passividade e se torna capaz de ser ativo, participativo, reflexivo, crítico e questionador e assim, podendo construir (ou reconstruir) a realidade, promovendo a conscientização que é fundamental para a mudança.

O modelo tradicional de educação em saúde abarca uma horizontalidade no diálogo, através de informações verticalizadas, refletindo uma certa falta de autonomia do educando. Vasconcelos (2001, p.14) aborda que:

A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor de saúde uma cultura de relação com as classes populares que representam uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

No diálogo conceituado por Freire, o indivíduo compartilha saberes, práticas, ideias, valores com outro ser, se comunicando de forma horizontalizada e não de forma verticalizada. Os indivíduos participam do processo que se torna transformador e promove mudanças. Ao dialogar, o ser humano conhece novos caminhos e opta por mudar ou não, reconhecendo o que é melhor para sua realidade. Se o indivíduo desejar a mudança, sua realidade será modificada de alguma forma.

Freire (1979, p.31) ainda pontua que a "Educação não é um processo de adaptação do homem à sociedade". O homem não deve se adaptar à situação e sim,

transformá-la para que seu cuidado seja efetivo. Porém, para que isto ocorra, é necessário que a individualidade humana seja respeitada.

A partir do pressuposto que o ser humano é composto de valores, crenças, sentimentos, ideias, contexto social, político, econômico e cultural distintos, se pode afirmar que cada ser é individual, único, devendo ser valorizado. Há de se conhecer a realidade, o contexto em que cada um está inserido e valorizar suas crenças e valores, sendo positivo para o processo (FREIRE, 2001).

A educação em saúde continua sendo bastante valorizada nas ações da Enfermagem, porém valoriza outra perspectiva. A enfermeira se torna participativa juntamente com o indivíduo e não deposita somente informações sob o mesmo. O mesmo é visto em sua totalidade e, através de troca horizontal de informações faz com que a pessoa seja ativa, crítica, reflexiva, de forma a decidir o que é melhor para seu cuidado, entendendo melhor o mundo que o cerca, isto é, o contexto o qual está inserido.

Não há dominação nem imposição por parte do educador (enfermeiro), nem passividade e ingenuidade por parte do educando (pessoa assistida). Assim, o cuidado se torna o mais efetivo possível se adequando a realidade de cada um.

Além disso, Paulo Freire defende a educação problematizadora como a educação que irá romper com as barreiras da opressão entre educador e educando. Freire (1980, p. 81) descreve a educação problematizadora como sendo:

(...) fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras.

Desta forma, a conscientização proporciona a crítica, se opondo ao modelo bancário, depósito de informações, afastando qualquer forma de opressão. Bordenave; Pereira (1997, p.10), expõe os seguintes pressupostos:

Uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no problema;
A solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre alunos e professores. A aprendizagem é concebida como a resposta natural do aluno ao desafio de uma situação-problema;
A aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão “sincrética” ou global do problema para uma visão “analítica” do mesmo – através de sua teorização – para chegar a uma “síntese” provisória, que equivale à compreensão. Desta apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas consequências nascem “hipóteses de solução” que

obrigam a uma seleção das soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade.

De acordo com Freire (1980, p.26), o processo de ensino-aprendizagem se dá através da educação problematizadora, constituindo uma unidade dialética, permeado pela ação-reflexão. Sendo assim, a pessoa deve organizar seu pensamento criticamente e com base na reflexão e a conscientização deve ser contínua e progressiva, sendo uma reflexão sobre o contexto ao seu redor e, a partir dessa tomada de consciência, o pensamento se torna problematizador da mesma ou de outras questões do contexto.

Freire (1980, p. 26) assim aponta que:

A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica.

Neste estudo, foram promovidos encontros entre a enfermeira-pesquisadora, as pessoas com lesão medular e seus cuidadores. No compartilhamento de ideias, pensamentos e ações, os seus saberes e práticas quanto à prevenção e tratamento das lesões por pressão foram valorizados com o objetivo de validar o produto final. Houve a troca entre o saber técnico-científico, por parte da enfermeira, e o senso comum.

Desta forma, promoveu-se uma atitude crítica - reflexiva acerca dos temas abordados. As mudanças foram sugeridas e analisadas após um tempo. Assim, se considerou tanto a efetividade da mudança quanto à adequação ou inserção de novos temas adaptados às suas reais necessidades.

De acordo com Carvalho (2004) “o compromisso com um comportamento de ajuda pode conduzir o trabalho da equipe para ações mais condizentes com as necessidades dos clientes”, que se defende nesta tese, através de um compromisso na assistência de enfermagem ao lesado medular e seu cuidador, conduzindo ao cuidado voltado às demandas dos mesmos.

2.2. TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Em 1991, Dorothea E. Orem formula a sua teoria geral de Enfermagem, George (2000, p.84) e pontua:

“A condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem em um adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos.”

A Teoria Geral de Orem, é composta por três teorias inter-relacionadas, a saber: teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. É válido destacar que, apesar do estudo estar embasado na Teoria do Autocuidado e que, foram abordados conceitos desta teoria, se precisou abarcar alguns aspectos para compreensão geral do que se trata esta tese.

Segundo George (2000), é necessária a compreensão dos conceitos de autocuidado, fatores condicionantes básicos, ação de autocuidado e demanda terapêutica de autocuidado. Orem (1991) pontua que quando o autocuidado é efetivamente realizado, há a manutenção da integridade estrutural e o funcionamento humano. Abaixo seguem tais conceitos, segundo George (2000):

Autocuidado: Desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam benéficamente a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Há três requisitos de autocuidado, a saber: São eles: requisitos universais, que constituem todos os processos que visam à integridade da estrutura e funcionamento do corpo. Estes requisitos são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo de vida e devem ser entendidos como fatores inter-relacionados; requisitos de desenvolvimento de autocuidado, que dizem respeito às ações de autocuidado voltadas para a condição ou eventos que ocorrem nas diversas fases de desenvolvimento dos indivíduos; e autocuidado no desvio de saúde, que é exigido em condições de lesão ou doença ou medidas médicas com a finalidade de ajustar a condição ou diagnosticá-la.

“(...) identifica os requisitos de autocuidado como a seguir:

1. A manutenção de uma ingesta suficiente de ar;
2. A manutenção de uma ingesta suficiente de água;
3. A manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos;
4. A provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos;
5. A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso;
6. A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social;
7. A prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem estar do ser humano;
8. A promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. A normalidade é usada no sentido que é essencialmente humano, de acordo com a genética, as características constitucionais e os talentos dos indivíduos” (George, 2000, p.85)

Ainda, cabe destacar que George (2000, p.85) aborda sobre os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, a saber:

- “1. Buscar e garantir assistência médica apropriada;
2. Estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos;
3. Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas;
4. Estar consciente e levar em conta ou regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos;
5. Modificação do autoconceito (e autoimagem), aceitando estar em um determinado estado de saúde e necessitar de formas específicas de atendimento à saúde;
6. Aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado.”

Apesar de a teoria abordar a questão prescritiva, estas questões não foram inclusas na tese uma vez que foi compartilhado e elaborado um plano de cuidados eficaz levando em consideração a demanda terapêutica de cada indivíduo.

De acordo com tais requisitos, é possível perceber a demanda terapêutica de cada um, entendendo sua singularidade. O autocuidado, em sua ação, consiste na capacidade humana ou o poder de estar engajado no autocuidado, que pode ser afetada pelos fatores condicionantes básicos, sendo estes o sexo, idade, estado de saúde, o estado de desenvolvimento, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos.

Ação de autocuidado: Capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado que pode ser afetada pelos **fatores condicionantes básicos** como idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (GEORGE, 2000, p.84).

A demanda terapêutica de autocuidado consiste na “totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher exigências conhecidas de autocuidado, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas.” (GEORGE, 2000, p.84).

Neste ponto, a teoria se mostra adequada ao estudo em tela, haja vista que, foram apresentadas as lacunas existentes nos cuidados ao lesado medular. Logo, as orientações realizadas, o diálogo compartilhado estabelecido e o desenvolvimento do aplicativo, permitiram a garantia da independência com autonomia e empoderamento das pessoas

com lesão medular em suas atividades de vida diárias e em suas atividades que o incluam socialmente. Apesar da presença do cuidador se fazer presente que, por vezes, auxilia em seus cuidados, o lesado medular consegue optar o que é melhor para si e para o seu cuidado.

Tendo em vista o acesso ao saber-fazer cotidiano das pessoas com lesão medular e seus cuidadores com relação à prevenção e tratamento das lesões por pressão, esta Teoria proporciona a identificação, a análise e o planejamento de modo que atenda às necessidades específicas, à demanda terapêutica de autocuidado específica, requisito fundamental para se obter uma assistência de qualidade, resolutive e humanizada.

Para tanto, esse estudo se apoia nessa teoria a partir do desvio de autocuidado que esses indivíduos apresentem em relação à prevenção e tratamento das lesões por pressão.

A partir dos pressupostos de Orem, esse estudo buscou acessar a visão de mundo, valores, cultura de cada indivíduo acerca do cuidado às lesões por pressão, permitindo assim a construção de um material educativo, um aplicativo móvel, apontado por eles, de grande valia para também outras pessoas que se encontrarem na mesma situação, proporcionando a elaboração de um plano de cuidado compatível a cada um. Vale pontuar que o aplicativo informa e, com este objetivo alcançado, previne. Se previne e/ou promove saúde, consiste no autocuidado, sendo uma justificativa para o desenvolvimento deste material.

Através do cuidado educativo, de uma prática dialógica e problematizadora, através dos requisitos de autocuidado no desvio da saúde e na identificação de demanda terapêutica de cada um, levando em consideração a singularidade de cada um, foi possível a construção e validação de um material educativo sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão.

2.3. O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM LESÃO MEDULAR VOLTADO À PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

As lesões medulares, também chamadas de traumatismos raquimedulares (TRM), podem ser classificadas como: traumáticas, que correspondem à maior estatística dentre as lesões e as não-traumáticas que vêm em menor incidência.

As lesões traumáticas correspondem aos acidentes decorrentes de perfurações por armas de fogo (PAF), acidentes automobilísticos, lesões desportivas e quedas, por

exemplo. Devido ao aumento da violência urbana, as principais causas são por PAF e acidentes automobilísticos, supracitados.

Por sua vez, as lesões não-traumáticas são correspondentes às lesões causadas por neoplasias, complicações decorrentes da diabetes, infecções, acidentes vasculares, dentre outras.

A lesão traumática impede a condução dos estímulos nervosos visto que afeta as estruturas da medula espinhal. Na medula, há diversas estruturas correspondentes a determinadas funções. Se a lesão ocorrer no nível de C7, por exemplo, a pessoa com lesão medular consegue se alimentar, visto que esse nível é responsável pela realização de tal função. Através da compreensão de dermatômos e miótômos onde, dermatômos se localizam no local onde a medula é inervada por axônios sensitivos que compõem a raiz nervosa e os miótômos são fibras nervosas inervadas pelo axônio motor que está dentro da raiz nervosa.

De acordo com a Escala ASIA (American Spinal Injury Association), o nível da lesão medular é identificado a partir do último segmento sensitivo e motor preservado constatado pela avaliação neurológica (ANEXO 02). As lesões abaixo de T1 indicam paraplegia e acima, tetraplegia.

Através da avaliação neurológica, é possível classificar a lesão como completa ou incompleta, o que é fundamental para a implementação do plano de cuidados congruentes com a necessidade de cada um.

Na lesão completa não há movimento voluntário abaixo do nível da lesão. Já na incompleta, permanece algum movimento voluntário ou sensibilidade abaixo do nível da lesão. A lesão incompleta subdivide-se em: incompleta sensitiva, incompleta motora não funcional e incompleta motora funcional. Na lesão incompleta sensitiva, a atividade motora está presente e alguma sensibilidade se faz presente, mas não é total. Na incompleta motora não funcional a função motora está ausente ou com o mínimo uso funcional e na incompleta motora funcional, a função motora está preservada e há funcionalidade abaixo do nível da lesão (FARO, 1996).

A partir deste conhecimento em conjunto com o nível da lesão, grau da lesão medular e o tempo de instalação desta lesão, é possível identificar que função será danificada e que cuidado poderá ser inerente à condição desta pessoa. O dano na medular pode acarretar danos irreversíveis e levar até a morte. Esse evento na medula pode levar a alterações motora, sensitiva e autônomas.

As manifestações clínicas decorrentes da lesão medular vão depender de fatores como (FIGUEIRÓ, 2007): nível da lesão, que corresponde ao local da medula que fora lesionada. Assim, quanto mais baixa for a lesão, menos comprometido este indivíduo será; extensão da lesão, que corresponde à quantidade de feixes e fibras nervosas atingidas. Quanto maior a extensão, mais importante será a lesão e; tempo de instalação da lesão, visto que as lesões que demorarem a se instalar, permite que o organismo se ajuste à nova condição, diferente das lesões de instalação rápida (traumáticas), em que o indivíduo não consegue se adaptar ao evento.

As estatísticas da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2016), apontam que a maioria dos pacientes são jovens, 123 referentes ao sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas, o que corrobora até mesmo com a maior incidência de lesões traumáticas, como citado acima, visto que está diretamente relacionado com a crescente violência urbana e o sexo masculino estar em grande maioria ligado aos crimes urbanos.

A reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade (MANCUSSI e FARO, 2005), além de estar intimamente ligado ao modelo educativo que, no estudo em questão, foi a abordagem principal do profissional de Enfermagem.

A equipe de reabilitação é multiprofissional, composta por: enfermeiro, fisiatra, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social. Cabe destacar que, muito além de ser uma equipe multiprofissional, é de suma importância a interdisciplinaridade, visto que as ações para implementação do plano de cuidados, devem ser conjuntas para promoção de autonomia e independência ao indivíduo, uma vez que os cuidados são inerentes à realidade, inserindo nas atividades de vida diárias, auxiliando a lidar com as complicações não evitáveis, como o intestino neurogênico, por exemplo, prevenindo as evitáveis.

Quando a pessoa sofre uma lesão medular, é acometida por complicações não evitáveis, ou seja, são consequências e não podem ser evitadas, como a bexiga e o intestino neurogênico, por exemplo, pode ser acometida pelas complicações evitáveis, como as úlceras por pressão e a trombose venosa profunda, por exemplo. Ao sofrer o traumatismo raquimedular, o indivíduo deve ser inserido em um programa de reabilitação o mais breve possível, a fim de atendê-lo mais precocemente, incentivando sua autonomia e promovendo qualidade de vida. Nesse estudo, foram destacadas as

úlceras por pressão com atual mudança de nomenclatura, em 13 de abril de 2016, para lesões por pressão (LPs), bem como as lesões por fricção, sendo o foco na população pretendida.

As lesões por pressão, de acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP¹, 2016), são complicações sérias que podem levar a diversas outras complicações como processos infecciosos, por exemplo, e até a morte. São bastante comuns no contexto da pessoa com TRM, e que consistem em um dos maiores problemas para a Saúde Pública, visto que os altos índices de morte decorrentes aos altos índices de infecções, é devido a estas complicações, além dos elevados custos para tratamento.

A LP constitui em um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, na maioria das vezes devido a uma proeminência óssea. Além disto, tal lesão pode estar relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão não é considerada apenas quando a úlcera já se encontra aberta mas sim, quando a pele ainda se encontra íntegra (NPUAP, 2016).

A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Além disso, as LPs causam desestímulo aos lesados medulares por demandarem diversas idas aos serviços de saúde, pela cicatrização ser demorada e dependente de outros fatores como doenças de base, status nutricional, dentre outros, e os custos com o tratamento serem relativamente altos, pela diversidade de tratamentos a lesões de pele, como coberturas, por exemplo. Ainda podem levar ao isolamento social devido a dor, e baixa produtividade, visto que o absenteísmo se torna elevado pela busca ao tratamento.

Devido à imobilidade decorrente da lesão medular, há aumento da pressão em locais de proeminências ósseas, além de fricção que pode piorar o problema e o cisalhamento, fatores estes principais para o aparecimento destas lesões. A pessoa com lesão medular não consegue ter a percepção que é necessária a mudança de posição, acentuando cada vez mais o quadro, se não tratada adequadamente.

¹ Organização norte-americana, criada em 1989, composta por um conselho multidisciplinar que traça recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa visando à melhoria dos resultados na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

As lesões por pressão são divididas em quatro estágios, a serem detalhados a seguir:

- Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece. Ainda a mesma pode parecer diferente em pele de cor mais escurecida. Existem mudanças, que precedem as visuais que podem levar à indicação de uma lesão estágio 1 que seria o eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento). Cabe destacar que a descoloração púrpura ou castanha podem indicar dano tissular profundo.

- Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial. Neste estágio já podemos visualizar uma exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele como as feridas traumáticas, como as lesões por fricção, por exemplo.

As feridas por fricção também acometem o indivíduo com lesão medular, por necessitar se arrastar em superfícies para realizar as transferências, principalmente. Estas lesões não são mais chamadas de lesões por pressão e sim, por fricção, que são causadas por fatores externos relacionados exclusivamente à fricção.

- Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total, presença de hipoderme visível, tecido de granulação e epíbole que consiste em lesão com bordas enroladas. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

- Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Epíbole, descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.

- Lesão por Pressão Não Classificável: Presença de tecido de esfacelo ou necrose, encobrindo a lesão. Desta forma, não se pode observar e mensurar lesão bem como a perda proporcionada. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Após a retirada destes tecidos, é possível a avaliação desta lesão e possível estadiamento.

- Lesão por Pressão Tissular Profunda: A pele pode estar intacta ou não, com a presença de área bem delimitada e contínua vermelha escura, marrom ou púrpura

que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.

Duas definições foram adicionadas às novas classificações das lesões por pressão que seguem:

- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: Esta classificação identifica a etiologia da lesão, que deve ser encaixada nos estágios das LPs.
- Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: Este tipo de lesão ocorre quando há uso de dispositivos médicos no local do dano e, pela anatomia do tecido, não podem ser categorizadas.

O cuidado da equipe de enfermagem é essencial visto que a orientação e tratamento das LPs são de competência e responsabilidade do enfermeiro. O cuidado bem como as orientações são primordiais neste contexto, como: orientar quanto à mudança de decúbito que, em cadeirantes, deve ser realizada de meia em meia hora (LIANZA, 2007); orientar a realização de manobras de descompressão isquiática, como a manobra conhecida como “*push up*”; orientar a elevação de áreas do corpo, por partes, aliviando a pressão e o contato da pele com as superfícies como, por exemplo, inclinando-se para frente depois para trás e assim, por diante, como mostra a figura 01.



Figura 01 – Manobras para alívio de peso - Fonte: Rede Sarah. Disponível em:
www.sarah.br

Além disto, há o incentivo ao correto posicionamento na cadeira de rodas, orientando a distribuição total do corpo na cadeira, maximizando o contato e redistribuindo o peso sobre superfícies de contato maiores; o estímulo à inspeção, pois esta é uma das técnicas mais simples e mais eficazes para identificação de áreas vulneráveis ao aparecimento das lesões; estimular uma alimentação rica e variada além da ingestão hídrica; evitar vestir ou calçar roupas e sapatos apertados, usando sempre

roupa soltas; se a roupa estiver molhada ou suja, trocá-la imediatamente (WHO, 1996); atentar para não bater com o corpo na cadeira de rodas ou em alguma superfície quando for se deslocar da cama para a cadeira ou da cadeira para a cama, por exemplo; atentar para não queimar a pele quando carregar ou apoiar na pele pratos com alimentos quentes bem como bebidas.

A manutenção da limpeza da pele é um cuidado fundamental. Além da orientação quanto à limpeza da pele, neste assunto, é importante a reeducação vesical e intestinal, para que sejam evitadas agressões à pele.

Com a lesão já instalada na pele, é necessária uma avaliação para que seja identificado qual agente tópico utilizar na realização do curativo. A AH CPR recomenda o uso de solução fisiológica normal com suficiente pressão para a limpeza, sem causar trauma ao leito da ferida. Mantendo sempre a ferida limpa de resíduos, corpos estranhos, excesso de exsudatos, presença de umidade no leito, impedindo a evolução da mesma.

2.4. OS PARADIGMAS VOLTADOS À DEFICIÊNCIA

No capítulo anterior, pontuou-se que os conceitos de inclusão foram sendo lapidados após a década de 80. Inicialmente, existia o modelo discriminatório que, por muitas vezes, se deve ao modelo médico da deficiência que Sasaki (2010, p.28) afirma que “uma das razões pelas quais as pessoas deficientes estão expostas à discriminação é que os diferentes são frequentemente declarados doentes.”

Desta forma, este modelo busca trazer a essência de que a pessoa com deficiência está fortemente desamparada e possuem uma posição passiva e, que muitas vezes, tais deficiências são tratadas como um “problema” do próprio indivíduo que deve buscar auxílio aos profissionais que acabam por tornar o enfoque na deficiência, na doença, no que é diferente. Eram consideradas pessoas inválidas e incapazes.

“ O modelo médico da deficiência tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio as pessoas com deficiência e/ou com outras condições atípicas para que estas possam, aí sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.” (SASSAKI, 2010, p.29)

Ainda, através do modelo social da deficiência, a sociedade acaba por levar à incapacidade/desvantagem no desempenho dos papéis da pessoa com deficiência. Neste sentido, a Classificação de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, criada e desenvolvida

pela Organização Mundial de Saúde (2003) tem a finalidade de derrubar este modelo, tornando importantes diversos fatores que serão pontuados mais adiante.

O conceito de integração foi sendo problematizado e gerou importantes discussões com a finalidade de derrubar o modelo excludente e discriminatório. Como a sociedade segregava tais pessoas, as instituições iniciaram suas especializações, uma vez que a pessoa precisaria ser integrada nas atividades e por isso, foram criadas as escolas especiais, os clubes e associações desportivas especiais, dentre outras.

Tais instituições tinham por finalidade proporcionar a maior parte das atividades, criando espaços semelhantes aos ditos “normais”, ou seja, que não possuíam deficiência. Esta criação se deu uma vez que a sociedade não era capaz de receber e inserir estas pessoas nas atividades sociais e cotidianas (SASSAKI, 2010).

Assim, estas pessoas com deficiência experienciavam e vivenciavam situações semelhantes às reais, porém, institucionalizadas, separadas. A interação assim permite que as pessoas com deficiência se insiram na sociedade, porém, que possuam algum tipo de capacidade de superar e contornar os obstáculos que lhes são impostos de acordo com suas limitações físicas, podendo até mesmo lidar com a autonomia, mas dificilmente com a independência de poder exercer seus direitos e deveres por si só.

Segundo Vasconcellos e Brito (2006, p.49) autonomia significa: “um processo gradativo de amadurecimento, que ocorre durante toda a vida, proporcionando ao indivíduo a capacidade de discernir e, ao mesmo tempo, de arcar com as consequências dessa decisão, assumindo, portanto, responsabilidades.”

A autonomia, segundo Sasaki (2017), consiste na condição que o ambiente físico e social dispõe, preservando sua privacidade e dignidade, isto é, quando a pessoa não se torna parte, não possui sua inteireza em determinada situação tanto de espaço físico quanto social, ela não se torna autônoma.

Segundo Machado (2010), a autonomia é considerada como forma de liberdade pessoal, no sentido do direito à expressão no autocuidado, não necessitando da interferência de outros.

Como base para discussão sobre autonomia foram utilizados conceitos como liberdade, responsabilidade. A busca pela autonomia se dá através da conscientização com uma reflexão e transformação de sua consciência sob a sociedade em que se insere. Através deste processo de conscientização e, se uma pessoa for reconhecida dentro de

uma sociedade, com todos seus direitos e deveres, é possível que ele esteja intimamente em contato com sua própria autonomia.

“Autonomia também se relaciona com política, pois o indivíduo que tem os seus direitos prescritos contidos e assegurados nas políticas públicas de governo, tanto mais será autônomo pela sua visão de mundo, seu senso crítico que favorecerá a busca de seus próprios direitos e também os de sua comunidade (ALVAREZ, 2012).”

Já a independência, requer na decisão do indivíduo de forma que consiga fazer escolhas sem necessitar de terceiros. No caso do estudo em tela, foi possível inferir que a independência das pessoas com lesão medular está intrinsicamente ligada à decisão em seu processo de cuidado voltado às lesões por pressão.

Desta forma, o indivíduo pode ser autônomo no ambiente em que se relaciona, como no caso desta tese, as diversas barreiras arquitetônicas impediriam os participantes do estudo de se locomoverem, mas sua independência os fez optar, por exemplo, para pedir auxílio e sair para integrar o time de basquete da região. E ainda, o indivíduo pode ser independente mas talvez não ser autônomo pois o meio tanto físico quanto social podem restringir suas atividades e, desta forma, sendo empoderado, ele consegue buscar melhorias segundo seus direitos e deveres.

O empoderamento, por sua vez, é uma decisão pessoal da própria pessoa, possuindo acesso às informações, direitos e deveres. No caso em questão e como bem explicita Sasaki (2010, p.36) “(...) usa o seu poder pessoal inerente à sua condição(...) para fazer escolhas e tomar decisões, assumindo assim o controle de sua vida.” Quando se trata sobre o aspecto da pessoa com deficiência é válido pontuar que esta pessoa seja respeitada e se empodere, gozando de seus direitos e optando sobre sua qualidade de vida exercendo assim, sua cidadania, fazendo escolhas e arcando com as consequências das mesmas.

Apesar de consistirem em três conceitos distintos, estão interligados intrinsicamente uma vez que a autonomia leva à independência e assim, o empoderamento, sendo imprescindível para a melhora de sua qualidade de vida e levando-o a se ver como um cidadão dentro da sociedade, sem diferenças nem exclusão.

A Teoria do Autocuidado neste estudo descrita vai ao encontro destes termos, uma vez que o autocuidado é fundamental para a independência com autonomia e assim, com empoderamento a pessoa com lesão medular, sendo capaz de manter sua saúde, optando sobre o que é melhor para si.

A inclusão social, portanto, requer que a sociedade seja responsável por incluir a pessoa com deficiência em todos os aspectos e esta, esteja apta para assumir todas as suas responsabilidades, participando plenamente da sociedade. Espera-se então, no modelo inclusivo que a sociedade seja capaz de respeitar as diferenças de cada um, valorizando-as e aceitando-as em suas particularidades.

No modelo discriminatório, excludente, a pessoa com deficiência deveria estar reclusa em casa ou buscando apoio para “curar sua doença” e aprender a lidar com isto. Já no modelo totalmente inclusivo, a sociedade se torna responsável por, por exemplo, oferecer espaços para que consigam se locomover, no caso de uma deficiência física, eliminando barreiras arquitetônicas e buscando junto com os mesmos, a luta para o desenvolvimento de novas políticas públicas que garantam sua total inclusão.

Ainda, a sociedade se torna responsável por não limitar nenhuma atividade social, quiçá como cidadão, uma vez que o mesmo opta sobre o que é melhor para si, se empoderando de sua vida e, conseqüentemente, obtendo uma melhor qualidade de vida.

2.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ DIRETRIZES DE ATENÇÃO À PESSOA COM LESÃO MEDULAR/ PORTARIA 793/2012

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu capítulo II, artigo 23, determina que “É competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Cabe destacar que atualmente, a nomenclatura utilizada é pessoas com deficiência visto que, a deficiência não é algo que um indivíduo porte, carregue ou que, por determinado tempo, o mesmo possa deixar de lado.

Ao longo dos tempos, inúmeros e distintos instrumentos legais têm sido discutidos e implementados em prol das pessoas com deficiência, como:

- Lei nº. 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social);
 - Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde);
 - Lei nº. 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento);
 - Lei nº. 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade),
- e;
- Decretos nº. 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da

Pessoa Portadora de Deficiência) e nº. 5.296/04 (regulamenta as Leis nº. 10.048/00 e nº. 10.098/00) (ALVAREZ, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, fora implementada em 05 de junho de 2002, mostrando que o conceito de deficiência evolui ao longo dos anos, em todo o mundo (ALVAREZ, 2012). O Decreto nº. 3.956/01 traz a igualdade dos direitos deste segmento populacional, abrindo novas oportunidades de ampliação de políticas públicas. As Diretrizes como saúde, educação, emprego, dentre outros, foram estabelecidas (Ministério da Saúde, 2010).

Um marco importante fora a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), como já mencionado no item anterior, que vem para mudar a questão de ser incapaz e ser deficiente, promovendo a inclusão social, padronizando as informações e contribuindo para o desenvolvendo novas políticas públicas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência então criada, visa a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo prevenir agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação, além de reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, incluindo em todas as esferas da vida social e prevenindo agravos que determinam o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010).

Nas três esferas de gestão, há seis diretrizes a serem implementadas (BRASIL, 2010):

- Promoção da qualidade de vida: Esta diretriz objetiva a igualdade de oportunidades e a promoção da acessibilidade tanto no ambiente quanto na inclusão sociocultural, que ainda voltado às unidades de saúde, respeita a Norma Brasileira 9050 da ABNT para estruturar um melhor atendimento.
- Também, objetiva a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde.
- Prevenção de deficiências: Esta diretriz visa unir a Saúde com outras áreas como segurança, educação, assistência social, direitos humanos, dentre outras, para que juntos, a atenção seja potencializada. Ainda, neste âmbito as ações educativas são importantes tanto para a população quanto para os profissionais e gestores dos serviços.

- Atenção integral à Saúde: Focam nos cuidados voltados a este contingente populacional, de forma a garantir seu atendimento desde a atenção básica até o atendimento em setores de alta complexidade e reabilitação. Nesta diretriz, houve a proposta da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf – Portaria MS/GM nº. 154, de 24/1/08) com equipe multiprofissional.

Com isto, foca-se a relevância da inclusão desta temática nas cartilhas, manuais, capacitações, a fim de sensibilizar tanto profissional quanto a comunidade. Ainda,

As equipes das unidades de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa com deficiência (BRASIL, 2010).

- Melhoria dos mecanismos de informação: Objetiva a melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre esta população. Outro ponto se refere ao aperfeiçoamento dos sistemas de informação do SUS e o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas focando as pessoas com deficiência. Ainda, o estímulo à produção e distribuição de material educativo em formatos acessíveis a diversas pessoas com deficiência é importante o que corrobora o estudo em questão, visto que fora construído e validado um aplicativo como material educativo voltado a prevenção e tratamento de úlceras por pressão em pessoas com lesão medular, atendendo à Política em questão.
- Capacitação de recursos humanos: Estímulo à qualificação e especialização dos profissionais de saúde, voltado às pessoas com deficiência.
- Organização e funcionamento dos serviços: os serviços se organizarão de forma descentralizada, intersetorial e participativa, sendo as Unidades de Saúde da Família. Proposta de um atendimento humanizado, voltado também aos familiares (o que o estudo em tela também abarca), com diversas ações, em um atendimento multi e interdisciplinar.

O Governo Federal, assim, lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, denominada “Viver sem Limite”, que possuem metas a serem alcançadas até 2014, através do decreto nº. 7.612, de 17 de novembro de 2011, possuindo como eixos: acessibilidade, acesso à educação, atenção à saúde e inclusão social. O objetivo deste Plano é proporcionar a inclusão social e a autonomia da pessoa com deficiência, eliminando barreiras e permitindo acesso a bens e serviços (BRASIL, 2011a).

Desta forma, as diretrizes do Plano são: garantia de um sistema educacional inclusivo; garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado; ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional; ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza; prevenção das causas de deficiência; ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e, promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistida.

Ainda, em 06 de julho de 2015, instituiu-se a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que “é destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. ” (BRASIL, 2015). O Estatuto ainda, utiliza termos empregados na CIF, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para avaliação multiprofissional como: “os impedimentos nas funções e estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades e; a restrição de participação. ” (BRASIL, 2015).

Cabe pontuar que a CIF foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (2003) e, complementa a CID-10, fornecendo um quadro mais abrangente sobre a saúde. Possui como objetivo proporcionar uma linguagem unificada e padronizada bem como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde e vem para substituir o enfoque negativo de incapacidade e deficiência sendo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (FARIAS, BUCHALLA, 2005).

Com isto, o foco na inclusão social e autonomia das pessoas com deficiência têm crescido significativamente, com a elaboração de políticas públicas, além do incentivo a produções científicas e novas tecnologias para atender a população. Desta forma, a construção e validação do material educativo se embasou nas Políticas públicas de saúde voltadas a população em questão, visto que auxilia na inclusão social, qualidade

de vida bem como autonomia e o exercício da cidadania, através da avaliação do que a pessoa realmente necessita, explorando suas potencialidades.

As diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular vêm para corroborar a Política Nacional de Saúde à Pessoa com Deficiência, uma vez que possui como objetivo principal “oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com lesão medular nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2013).

Estas diretrizes permitem a orientação dos profissionais, apresentando que os lesados medular devem ser tratados de maneira específica, mais atenta, bem como os diagnósticos e as possíveis complicações. Tais diretrizes são imprescindíveis, uma vez que reduzirá a mortalidade dos lesados medulares, o índice de internações e complicações evitáveis e não evitáveis, auxiliando à equipe que irá se deparar com uma pessoa que sofreu um trauma, sabendo orientar e referenciar para o atendimento que suprirá suas necessidades.

Cabe destacar que ainda há um grande contingente deste segmento populacional esquecido, sem saber para onde deve se encaminhar a fim de obter autonomia em suas atividades de vida diárias e qualidade de vida, por desconhecimento principalmente, dos profissionais de saúde.

Atualmente, entende-se que a Atenção Básica (AB) consiste na continuidade do serviço de reabilitação, compreendendo que a AB não se limita apenas de serviços de prevenção e promoção à saúde.

Da mesma forma que a Política Nacional de Saúde à Pessoa com Deficiência, as diretrizes discursam e expõem a relevância do cuidado pautado no âmbito interdisciplinar, o processo terá sucesso, uma vez que

É necessário considerar outras dimensões do sujeito (existencial, subjetiva e social) para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença dos usuários. No processo de reabilitação do paciente com lesão medular é importante que se construa um cuidado pautado em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, desenvolvendo ações com foco no respeito à individualidade e a autonomia, escuta e estabelecimento de vínculo, objetivando em seu cotidiano, a busca pela integralidade do cuidado e a produção de uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos (BRASIL, 2013).

Tal afirmativa corrobora o estudo em tela, visto que, através do cuidado compartilhado e a construção e validação de um material educativo, pode alcançar tanto o indivíduo com lesão medular quanto a equipe, não somente de Enfermagem, mas

multiprofissional que cuida do mesmo, sendo importante como tecnologia da informação.

Ainda, para problematizar o estudo, se utilizou a Portaria 793/2012, que trata da instituição da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde que, em seu artigo 1º pontua que:

“Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2012)

Tal portaria, operacionalizada pela equipe de saúde, especifica as diretrizes para o funcionamento da Rede de cuidados pelo SUS à pessoa com deficiência, sendo elas dispostas em seu artigo 2º:

“Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; promoção da equidade; promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).” (BRASIL, 2012)

Ainda destaca objetivos gerais e específicos em seus artigos 3º e 4º, a seguir. Os gerais se compreendem em:

“Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.” (BRASIL, 2012)

Já, os específicos são:

“Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio

do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.” (BRASIL, 2012)

A Portaria é clara quando se trata da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que deverá:

“I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
 II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
 III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.” (BRASIL, 2012)

É importante salientar que, segundo Machado et al (2016):

“Com a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, mudanças são necessárias nas relações de integração dos serviços e pontos de atenção do sistema de saúde, com vistas na agilização dos encaminhamentos das pessoas com perfil de potenciais usuários dos programas de reabilitação disponíveis na comunidade.”

Esta portaria é de suma importância para o estudo em tela, uma vez que promove a integralidade do cuidado ao lesado medular, sendo essencial para a qualidade da realização de suas atividades de vida diárias, e, neste estudo, incentivando-os a exigir seus direitos no sentido desta rede de cuidados, uma vez que muitos se encontram em suas residências, sem uma continuidade no processo de reabilitação.

Ainda, a portaria viabiliza a produção de informações sobre diversas questões relacionadas à pessoa com deficiência, mais especificamente, com o uso de cartilhas para medidas de prevenção de futuras complicações, como as LPs, por exemplo, tornando-o partícipe, protagonista do cuidado, oferecendo-lhes autonomia, independência e inclusão social.

É possível inferir ainda que, com um encaminhamento eficaz para a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, é necessário que os serviços se comuniquem, através do sistema de referência e contra referência, obtendo registros seguros com

todas as informações necessárias da pessoa com lesão medular, a fim de que a equipe haja com interdisciplinaridade e elaborem estratégias, de acordo com cada especialidade, em prol do processo de cuidado deste indivíduo, acompanhando seus ganhos ou perdas funcionais e agindo em favor desta pessoa.

Neste ínterim, se pode alcançar uma melhor adesão ao plano de cuidado por parte da pessoa com lesão medular, sendo orientado para solucionar os problemas que lhes são necessários como, por exemplo, a orientação e encaminhamento para adquirir tecnologia assistiva imprescindível às suas atividades, dentre outros pontos.

Capítulo III

A trajetória metodológica do estudo

CAPÍTULO III. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

3.1. TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo sobre elaboração e validação de um aplicativo como material educativo voltado a prevenção e tratamento das lesões por pressão junto a pessoa com lesão medular e seus cuidadores. Para a elaboração deste aplicativo se utilizou da abordagem qualitativa.

A opção é epistemológica, ou seja, as bases do conhecimento nas quais se assentam o objeto de estudo, sua natureza, exige métodos qualitativos de investigação já que o fenômeno abrange o compartilhamento de práticas e saberes dos sujeitos implicados em uma determinada ação. A modalidade foi de pesquisa de campo denominada convergente-assistencial, que de acordo com Trentini e Paim (2014, p.21):

Esta abordagem metodológica está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa. A PCA caracteriza-se como um delineamento dual: por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência.

O método possui articulação com a assistência, exigindo envolvimento por parte do pesquisador e da clientela a ser pesquisada, com vistas a melhorar a realidade em que o indivíduo está inserido, neste caso, as pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

Na fase de coleta de dados, o pesquisador e o participante da pesquisa se envolvem tanto na pesquisa quanto na prática, podendo emergir novas informações, uma vez que o campo prático é rico em informações e as questões estão abertas para a discussão a serem exploradas livremente.

Esta metodologia é compatível com o referencial teórico escolhido nesta pesquisa, uma vez que através do conhecimento do contexto e do participante inserido e imersão em sua realidade, entendendo seus próprios valores e crenças e respeitando-os, é possível proporcionar um compartilhamento de ideias, saberes e práticas acerca do tema envolvido.

Ainda, no diálogo promovido, não há imposição nem dominação sobre todos os envolvidos no processo, abrindo espaço para os mesmos exporem suas ideias cada vez mais, sendo ampla a discussão.

A utilização da PCA proporcionou o cuidado construído coletivamente que, através de uma relação de ajuda realizada através do cuidado de enfermagem, foi capaz de gerar autonomia e independência do indivíduo. Em suma, na PCA é permitido que o conhecimento comum em conjunto com o conhecimento técnico científico, realize uma negociação em saúde sobre as reais necessidades de cuidado, convergindo para um cuidado transformador.

Cabe pontuar que, segundo os pressupostos de Freire, esta transformação é livre, uma vez que o indivíduo é levado a refletir e conscientizar sobre determinada situação e só assim, optar ou não pelo cuidado transformador.

De acordo com Trentini e Paim (2014), na PCA há a articulação do saber fazer com o saber pensar e ainda destacam alguns princípios básicos que possibilitam tal articulação como:

- ✓ Dialogicidade, que possibilita a compreensão da existência de duas lógicas (assistência e pesquisa) utilizando o diálogo como instrumento primordial no contexto;
- ✓ Expansibilidade, que nos permite expandir os objetivos durante o processo (a pesquisa não é estática);
- ✓ Imersibilidade, pois insere o pesquisador como parte da assistência visando à produção de mudanças compartilhadas;
- ✓ Simultaneidade, na medida em que garante que tanto a pesquisa, quanto a assistência mantenham suas configurações de instâncias próprias.

Para a validação do aplicativo desenvolvido em conjunto com a pessoa com lesão medular e seus cuidadores foi utilizada a Técnica Delphi, que na sua formulação original é uma técnica para a busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros. (WRIGTH e GIOVINAZZO, 2000,P.54).

Todo processo da validação será detalhado posteriormente, na terceira categoria intitulada **“O processo de validação de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão”**

3.2. ELABORAÇÃO DO APLICATIVO - TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

Em qualquer estudo, o planejamento é fundamental para termos um resultado dentro do esperado, sem equívocos. Segundo Trentini e Paim (2014). As fases deste tipo de pesquisa, segundo as autoras, são: a) Fase da concepção; b) Fase de instrumentação; c) Fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações; d) Fase de análise.

a) Fase de concepção:

Esta fase corresponde à elaboração do projeto de pesquisa. Neste ponto, são definidas a escolha do tema, levantamento bibliográfico, norteamento das questões, objetivos, justificativa, relevância e referencial teórico.

b) Fase de instrumentação:

Os procedimentos metodológicos que guiarão a pesquisa são delimitados neste momento. São eles: a escolha do espaço da pesquisa, escolha dos participantes e escolha das técnicas para obtenção e análise das informações. De acordo com Trentini (2014, p.34) “é na fase de instrumentação que o pesquisador está obrigatoriamente envolvido no conhecimento da prática assistencial seja ela do tipo clínica, promocional e/ou educativa.”

- Espaço da Pesquisa

“O espaço da pesquisa é definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa”. (Trentini e Paim, 2004, p.74). Ainda, segundo Trentini e Paim (2014, p.34):

A PCA pode ser conduzida em qualquer serviço de atuação da enfermagem, como: hospitais; unidades básicas de saúde; secretarias de estado da saúde; centros de saúde; associações comunitárias; grupos comunitários; residências familiares; instituições industriais, escolares, comerciais, comerciais, acadêmicas, governamentais; ou seja, em qualquer cenário onde cabe assistência à saúde da população em âmbito preventivo, curativo, restaurativo e promocional.

O cenário escolhido para a realização desta pesquisa foi a cidade de Macaé, Rio de Janeiro, mais especificamente nos domicílios de pessoas cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Selecionou-se o cenário da realidade macaense, especificamente no bairro Lagomar e Morro de São Jorge, e outras Estratégias de Saúde

da Família, devido à aproximação da pesquisadora com os locais onde se percebeu que há equipes multidisciplinares com a presença de enfermeiros, médicos, agentes comunitários, fisioterapeutas, assistentes sociais e dentistas.

A Política Nacional de Atenção Básica abrange a promoção a saúde, prevenção de agravos, a promoção da saúde, o tratamento e reabilitação da população, tanto no coletivo quanto no individual, mantendo a saúde e proporcionando autonomia à população (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica se estrutura na Estratégia de Saúde da Família e conta com uma equipe multiprofissional composta por: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser parte os profissionais relacionados à saúde bucal (BRASIL, 2012).

No estudo em tela, foi possível entrevistar participantes no contexto das ESFs, respeitando os territórios aos quais estão cadastrados e especificidades de cada Estratégia, desde a promoção até o tratamento da saúde dos lesados medulares no que concerne às lesões por pressão, com vistas a proporcionar maior autonomia sobre si e qualidade de vida, auxiliando na preparação para melhoria em seu desempenho para o autocuidado, de acordo com Orem. De acordo com os conceitos de de Freire, a enfermeira-pesquisadora estará mais próxima à realidade da pessoa, respeitando sua individualidade.

Apesar da estrutura da equipe e da dinâmica de atendimento domiciliar, percebe-se a inexistência de um programa de reabilitação e até mesmo de um plano de cuidados visando a inserção dos lesados medulares nas atividades da vida diárias bem como de seus cuidadores que, muitas vezes, deixam o hospital, desconhecendo a continuidade do cuidado em domicílio. Desta forma, a população ainda é bastante carente de ações educativas, principalmente pelos profissionais de enfermagem, para a promoção da qualidade de vida e materiais educativos que divulguem os cuidados, condição sine qua non, para proporcionar o cuidado e reabilitação.

Ainda, pelo que a enfermeira-pesquisadora vivenciou, as ações educativas, para a promoção da qualidade de vida e reabilitação, são raramente realizadas durante as consultas. Cabe destacar que não houve a delimitação somente a estes dois locais, visto que a população com lesão medular se encontra pulverizada nas diferentes comunidades

da região e, como o município ainda realiza o cadastramento das pessoas, não há um quantitativo nem localização destas pessoas com lesão medular, optando-se assim, como estratégia de captação, a técnica Bola de Neve caracterizada a seguir.

- Participantes da Pesquisa

Não há um quantitativo exato atualmente sobre as pessoas com lesão medular no Município de Macaé. Tal afirmação foi obtida após solicitação de autorização para realização da pesquisa na Secretaria de Saúde de Macaé, que não possuía dados da descrição exata deste quantitativo. Foram entrevistadas 19 pessoas com lesão medular, sendo 02 tetraplégicos e 11 paraplégicos, bem como 06 cuidadores.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: pessoas com lesão medular e seus cuidadores (se possuírem), serem maiores de 18 anos e estarem cadastrados nas ESFs de Macaé/RJ. Os critérios de exclusão são: não possuírem capacidade cognitiva para participar do diálogo.

Em atendimento aos aspectos éticos, o anonimato foi respeitado durante toda a pesquisa e os participantes foram identificados como E referente ao entrevistado com lesão medular e C referente aos respectivos cuidadores e códigos numéricos de acordo com a ordem das entrevistas (exemplo: E1, E2, E3 etc e, C1, C2 etc).

- Técnicas para obtenção e análise das informações

De acordo com Trentini e Paim (2014), a convergência se dá pela unificação da pesquisa, assistência e participação. Este tipo de pesquisa também aglomera métodos, estratégias e técnicas diversas, sempre para aprofundar e obter um maior número de informações, sendo todas relevantes para a PCA.

Foram adotados nesta pesquisa: a técnica Bola de Neve (Snowball Technique) para a coleta dos dados, a entrevista para obtenção de dados para a construção do perfil do participante e de seu cuidador e, a discussão com ele e seu cuidador sobre o tema da pesquisa, dados de observação obtidos durante todo o processo, conforme detalhamento a seguir.

A Técnica Bola de Neve pode ser utilizada quando se tratar de uma população altamente especializada e de pequeno número de integrantes, como foi o caso dos

participantes deste estudo, pessoas com lesão medular no município de Macaé. As informações divulgadas são que os mesmos se encontram pulverizados nas comunidades da região. O pesquisador começa por um participante, que indica um ou mais sujeitos para participarem do estudo.

Assim, através desta técnica, é possível convisar um maior número de participantes para a pesquisa.

Vinuto (2014, p. 203) destaca que:

“O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados”.

c) Fase de Prescrutaç o: estratégia para a obtenção de informações

- Coleta de Dados

Os dados foram coletados seguindo os seguintes passos:

1^a passo → solicitação de autorização formal para o desenvolvimento da pesquisa, por meio de contato com a Secretaria de Saúde de Macaé bem como as ESFs do município de Macaé/RJ. A ESF para contato inicial foi a do Lagomar A, visto que o contingente populacional é mais elevado e por contato prévio com a enfermeira, foi possível, inicialmente, localizar três participantes. Além disso, se ampliava a possibilidade de captar um maior número de participantes, pois existe um time de basquete, “Basquete Sobre Rodas”, formado por pessoas com diversos tipos de deficiência residentes nos bairros com cobertura das ESFs. Cabe destacar que, pela experiência de prática, os enfermeiros das ESFs foram convidados para participar na fase de validação do produto;

2^a passo → realização do diagnóstico situacional através da observação da dinâmica atual de atendimento desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família Lagomar A e depois nas outras ESFs (imersibilidade), respeitando a indicação, bem como levantamento na literatura sobre a temática em questão; e iniciação do processo de produção de dados para a pesquisa, a partir da captação dos participantes em potencial.

Os participantes foram convidados para uma abordagem inicial, os objetivos da pesquisa, apresentados e aqueles que aceitaram participar do estudo, após a leitura, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A partir daí foram realizadas entrevistas, individualmente, para caracterização da pessoa com lesão medular e dos cuidadores, participantes da pesquisa, sendo aplicado um formulário estruturado de produção de dados para conhecimento prévio da realidade dos mesmos (APÊNDICE B e C). É compreensível destacar que, devido a dificuldade de locomoção, além da ausência de transporte e dos cuidadores que, por vezes se encontravam trabalhando, não fora possível estabelecer esta discussão através de um grupo de convergência. Ainda, devido à técnica Bola de Neve, os participantes foram elencados em diversas regiões de Macaé/RJ, dificultando o encontro dos mesmos.

Para Freire (1997) é necessário um conhecimento prévio da realidade do participante para entender melhor seu universo. Isto se justifica uma vez que, através da discussão com as pessoas com lesão medular e seus cuidadores, foram abarcadas questões sobre o que consideram importante e o que realizam como cuidado. Desta forma, se entende que a condição sociocultural está implicada no objeto, pois, se torna necessário conhecê-la.

Nesta primeira abordagem, ocorreu a apresentação da pesquisa e o encontro dialogado individual, configurando-se na etapa caracterizada a seguir. Tal fato se deu pela disponibilidade dos mesmos, uma vez que alguns precisariam ir a outras regiões fazerem atividades de fisioterapia, viagens, dentre outras justificativas.

3ª passo → realização do encontro dialogado individual com os participantes para compartilhamento sobre o tema do estudo. Neste momento foram apresentados os temas/assuntos. O objetivo, neste momento, foi coletar o maior número possível de sugestões para cada assunto e incluir novos aspectos.

O encontro dialogado visa fazer fluir os seus saberes e práticas e também os da enfermeira-pesquisadora sobre o tema. Para tanto, foi utilizado um roteiro com questões chave para conduzir a discussão (APÊNDICE D). A partir dos relatos acerca das suas construções, a discussão foi desencadeada visando compartilhar os saberes e práticas, bem como o processo de problematização para a construção de um aplicativo, sobre prevenção e tratamento das LPs.

O desenvolvimento compartilhado do material educativo consistiu na estratégia de educação em saúde junto a pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão. Conforme a temática foi sendo abordada na discussão, esta foi problematizada, sendo crucial durante todo o processo.

Para isto, foram utilizados textos explicativos, em linguagem simples, com imagens associando ao que se propõe. A utilização de linguagem simples é importante, uma vez que, muitas vezes os profissionais de saúde podem utilizar uma linguagem técnico-científica, desconhecida por pessoas leigas.

Neste passo, se identificou se o entrevistado conhecia e indicava outro indivíduo, na mesma condição, para que fosse realizada uma nova entrevista, respeitando a estratégia da técnica bola de neve.

Ainda, nesta fase foram utilizadas as escalas de avaliação de risco, como a Escala de Braden e a Escala PUSH, já que é necessário ter um ponto de partida, para julgamentos futuros relacionados a evolução das lesões por pressão.

A Escala de Braden (ANEXO 03) consiste em um instrumento que avalia o risco aparecimento de lesões por pressão. Já a Escala PUSH (ANEXO 04), avalia a evolução das lesões, se assim os indivíduos possuísem, bem como o tipo de tecido, aspecto da lesão, quantidade de exsudato e tamanho. O tamanho da lesão fora medido através do comprimento x largura que se deu medindo o maior comprimento (no sentido da cabeça para os pés) e a maior largura (do sentido de um lado para o outro) usando uma régua em centímetros. Assim, foram multiplicadas estas duas medidas (comprimento x largura) para obter uma área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm²).

Através da avaliação da quantidade de exsudado (drenagem) presente após a remoção do curativo e antes de aplicação de qualquer agente tópico na lesão, se tornou possível quantificar o exsudado (drenagem) como nenhum, escasso, moderado ou abundante.

Os tipos de tecidos foram numerados para identificação dos mesmos presentes no leito da lesão:

4 – Tecido necrótico (dura): tecido negro, castanho ou castanho-claro que adere firmemente ao leito da ferida ou aos bordos e que pode estar mais firme ou mole do que a pele circundante.

3 – Tecido desvitalizado: tecido amarelo ou branco que adere ao leito da ferida em fios ou camadas espessas ou com muco.

2 – Tecido de granulação: tecido cor-de-rosa ou vermelho-vivo com um aspecto brilhante, húmida e granulosa.

1 – Tecido epitelial: para lesões superficiais, novo tecido cor-de-rosa ou brilhante (pele) que cresce a partir dos bordos ou como ilhas na superfície da lesão.

0 – Tecido cicatrizado/re-epitelizado: a ferida está completamente coberta de epitélio (pele nova).

Quanto maior o total, maior e mais infectada é a lesão.

Cabe pontuar que não houve resistência ou negação de qualquer um dos indivíduos que participaram da pesquisa em responder às questões do instrumento de identificação nem às questões que emergiram a partir das questões guia apresentadas.

d) Fase da análise dos dados:

A partir das transcrições das falas dos participantes do estudo, foi possível iniciar o processo de categorização, a partir da análise de conteúdo temática-categorial de acordo com Bardin. Esta categorização fora realizada através do ir e vir caracterizado pela PCA, oportunizando que a temática fosse discutida e refletida através de cada questão a ser considerada, resultando assim, na produção das informações.

A partir da interação proposta pela enfermeira-pesquisadora com todos os envolvidos e os fatores que interferem nesta discussão, como o contexto, por exemplo, foi possível realizar o processo de decodificação.

A triangulação dos dados foi realizada mediante análise das discussões estabelecidas com todos os participantes do estudo, o plano de cuidados implementado bem como a observação participante realizada ao longo das entrevistas pela enfermeira-pesquisadora.

Para a realização da análise, existem alguns conceitos importantes neste processo com as Unidades de Registro (UR), Construção de Categorias (CC) e Análise Categorical (AA). Bardin (2000) explicita UR como um recorte, a partir da qual pode-se fazer a análise, que pode ser definida como uma palavra, uma frase ou até mesmo, parágrafo do texto, ou um segmento que contenha uma afirmação sobre o objeto que se tem estudado.

A CC consiste na classificação dos elementos de um conjunto de elementos, sob um título genérico, segundo os caracteres comuns destes elementos. A AA é considerada a totalidade do texto na análise, sendo realizada a classificação e quantificação da frequência de aparecimento destes dados (ESPÍRITO SANTO, 2011).

O processo de análise de conteúdo temática-categorial compreende em três etapas (OLIVEIRA, 2008):

- **Pré-análise:** Nesta etapa, escolhe-se os documentos, os objetivos da análise e elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final;
- **Exploração do material ou codificação:** Os dados brutos são elaborados sistematicamente e agregados em unidades de registro, descrevendo as características inerentes ao conteúdo expresso no texto;
- **Tratamento dos resultados - inferência e interpretação:** Nesta etapa, colocamos em evidência as informações fornecidas pela análise, através da frequência. Busca-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações, permitindo apresentar dados em fluxogramas, modelos, dentre outros.

Sendo o foco deste estudo abarcar as questões de prevenção e tratamento das lesões por pressão na visão das pessoas com lesão medular e seus cuidadores, foi necessário buscar elementos que nos fizessem identifica-los para a construção de um aplicativo.

Em todas as entrevistas, antes de dar início à discussão sobre as lesões por pressão, os participantes do estudo versaram sobre Rede de cuidados, significados e vivências no período hospitalar pós-trauma, o que nos permitiu ampliar as discussões no material elaborado.

Desta forma, emergiram três categorias:

- A necessidade da Rede de Cuidados na assistência à pessoa com lesão medular;
- A construção de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão;
- O processo de validação de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão.

A seguir será detalhado este processo de análise que culminou nas duas primeiras categorias apresentadas a seguir:

<p>Categoria 1: A necessidade da Rede de Cuidados na assistência à pessoa com lesão medular</p>
--

E1: Eu não fui reabilitado.
E1: Não. Reabilitação foi com os colegas do basquete.
E1: 11 dias. 2 dias no centro cirúrgico e 9 dias na enfermaria. E já saí com escara. A primeira escara foi no cóccix.
E1: Não, reabilitação pra deficiente não tem. Eles falam que vão fazer um projeto aí que tava na prefeitura, mas não fizeram.
E1: Pra reabilitação não tem.
E2: Vim pra casa e fiquei aqui até hoje.
C1: É, você começou fazendo a fisioterapia, a fisioterapia muito falhada né? Ela só vinha aqui uma vez, duas vezes na semana no máximo que ela conseguia vir aqui né?
C1: Se o serviço público não der o suporte para ele, coitado. O cara vai viver para sofrer.
P: Mas um serviço de reabilitação aqui...
E3: Aqui? Não.
C2: No hospital, aprendi olhar, porque a gente fica 5 meses, e depois eu fazia em casa.
E4: (...)aí pediu ajuda pra vir no postinho, aí foi só no começo mesmo, no primeiro mês. Aí falou que no final de semana não podia vir, aí ia ter que aprender do mesmo jeito. Aí depois não vinha mais não, aí minha mãe deixou de chamar eles.
E4: Eu acho que o serviço daqui é muito fraco. Não tem nada.
E4: O pessoal do postinho podia ajudar mais, ficar mais em cima das pessoas. Procurar ajudar mais, dar mais atenção as pessoas, pelo menos um bom tempo, até a pessoa se reabilitar, a pessoa ficar ciente das coisas, acho que ajudava bastante.
E6: Nem aqui nem fora.
E7: Reabilitação em si, nada.
E7: Sai cheio de feridas.
P: Mas algum atendimento de reabilitação a senhora nunca passou?
E8: Não.
P: E ninguém tinha te explicado o que que tinha acontecido com você?
E9: Não, eu sabia que eu operei.
P: Não, mas que você ia ficar em uma cadeira de rodas, enfim...
E9: Não, até hoje não me falaram. Que tanto, antes de operar, eu falei, eu escutava que minha situação era grave, aí ele chegou e falou assim, eu perguntei: “Doutor, eu vou andar?”, aí ele falou: “Não sei”. Aí eu falei assim: “Doutor você acha que eu vou ficar em uma cadeira de rodas?”, aí ele disse: “Também não sei”. Então, assim, na realidade, eu não sei, eles não me passaram nada, nada, nada, nada. Entendeu? Cada um fala uma coisa, o que ouviu, o que deixou de ouvir, não sei. Mas eu queria saber, eu mesmo saber com o próprio médico, entendeu?
E9: Ah, eles vem aqui, conversa, conversa, conversa, mas eles não me passam nada.
P: O que eles disseram para não te encaminhar para a Instituição?
E9: A clínica da família? Eles falam que vai botar, que ainda não tem, que, inventa uma porção de coisa e eu não tenho atendimento.”
C4: Eles estão em uma amarração para colocar a gente pra lá, uma droga.
C4: Aqui ta abandonado.

C5: Sete meses. (...) Ele voltou com uma escara enorme nas costas.
C6: Aqui? Não, só lá em Campos que ele fazia muito. Fazia fisioterapia, era muito boa a fisioterapia de lá.
E12: Eu fazia fisioterapia só. Depois a prefeitura não mandou mais carro para me buscar. Aí fiquei sem fazer. Aí consegui fazer em casa. Tinha dois, um para o pulmão, e outro para a coluna. Aí fazia, aí depois pararam de ir também.

Quadro 03 – Análise de dados – Categoria 01

Unidades de significação	Carência de
Participantes	assistência
E1	5
E2	1
E3	1
E4	3
E5	
E6	1
E7	2
E8	1
E9	3
E10	
E11	
E12	1
E13	
C1	2
C2	1
C3	
C4	2
C5	1
C6	1

Quadro 04 – Unidades de significação - Categoria 01

Cabe pontuar que foram 25 unidades de registro em que as pessoas com lesão medular e seus cuidadores apontaram a necessidade de pontos de atenção à Saúde, atendendo às suas demandas específicas. Por fim, refinando a categoria provisório apresentada acima, entendemos que a Rede de Cuidados está diretamente relacionada ao atendimento destas demandas, com ampla necessidade de discussão. Desta forma, temos a primeira categoria, a saber: **“A necessidade da Rede de Cuidados na assistência à pessoa com lesão medular”**.

Categoria 2: “A construção de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão”.

A segunda categoria intitulada “**A construção de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão**” apresenta a construção do aplicativo realizada em conjunto com os indivíduos, construção esta produzida a partir do diálogo e da problematização da realidade. Esta categoria é fruto da discussão dialogada que resultou na análise teórica do processo, seguida da produção do material educativo que fora elaborado após a problematização sobre o tema em questão, além de exaustiva revisão de literatura para o embasamento teórico do material.

Esta categoria necessitou ser dividida em duas subcategorias, uma vez que emergiram diversas informações as quais precisariam ser subdivididas para melhor agrupamento.

A proposta é que o aplicativo seja um instrumento facilitador do cuidado educativo. Desta forma, é condição sine qua non que o mesmo seja de fácil compreensão de quem vai acessar, abarcando todo tipo de grau de escolaridade.

Subcategoria 1: Significados das lesões por pressão e vivência pós-trauma no hospital
E1: Eu conheço como decúbito e escara. Essa outra de pressão tô sabendo agora com você.
E1: Já tive cinco escaras. Eu saí do hospital já com três. No cóccix e as duas do fêmur. Aí com tempo foi, eu não sabia que saia, não sabendo de nada (...) Nem no hospital não falaram nada que eu tinha que virar.
P: Você sabe o que são as úlceras por pressão? E2: Não.
E3: A úlcera por pressão, é a compressão né? De você ficar muito tempo sentado na cadeira sem fazer um alívio, sem fazer uma descompressão para aliviar, da cama também. (...) Desde que eu vim do hospital e fechou, eu não tenho mais nenhuma.
P: E orientaram alguma coisa sobre as feridas que poderiam aparecer nele com o tempo? C2: Não. Orientou só que era pra eu virar ele de vez em quando para não esquentar. Mas nada, só isso.
P: A senhora foi aprendendo vendo? C2: Foi, do dia a dia.
C2: Não. Orientou só que era pra eu virar ele de vez em quando para não esquentar. Mas nada, só isso.
E4: Aí depois eu vim pra casa, aí foi quando no começo minha mãe não sabia de nada, eu estava com uma ferida grandona no cóccix.
E4: Aham. Eu fiquei com a ferida por causa da prancha, os outros falam que é normal ter, sair a ferida aqui.
C3: No início foi um pouco difícil né? Um pouco difícil né? Mas depois eu acostumei e não

teve problema não.
E6: Porque eu tive sorte da minha escara ficar apenas quatro meses, tenho conhecidos que ficaram 2 anos, então, sei como é duro ter escara, é uma coisa que incomoda, uma coisa que não por sentir, porque a gente não sente, mas uma coisa que atrapalha sua vida num todo, no geral.
E7: Não, não. No caso a gente tava lá, eu fiquei dois meses no STI. Saí e fui para enfermaria. Só que também não viram no meu cóccix que eu tinha uma escara. Aí me liberaram para casa.
C5: Sete meses. Eu sei que três dias ele ficou desacordado. Ele voltou com uma escara enorme nas costas.
P: Alguém te orientou como cuidava?
C5: Não.
C5: Quando ele veio pra casa que eu comecei fazer o curativo nele, foi através de eu vendo, as meninas aqui do posto fazendo e eu olhando, aí comecei a fazer.
E11: Sai cheio de feridas.
E11: Sim. Aí depois deu osteomelite.
E12: Gente que falasse da minha lesão assim, dos cuidados, não teve não.
E13: Ninguém me falou.(...) Eu enfrento isso. Na verdade, são dois momentos. É o momento que você luta a cada dia, é uma luta diária.
Quadro 05 - Análise de dados – Categoria 02 – Subcategoria 01

Unidades de significação	Conhecimento sobre a lesão por pressão	Desconhecimento sobre a lesão por pressão	Vivência positiva no pós-trauma	Falta de assistência/ orientação
Participantes				
E1		2		1
E2		1		
E3	1			
E4		2		2
E5				
E6	1			1
E7				1
E8				
E9				
E10				
E11				2
E12		1		1
E13	1			1
C1	1			

C2				2
C3		1		
C4				
C5		1		3
C6				

Quadro 06 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 01

As unidades de registro acima nos mostram que foram 26 unidades sobre as lesões bem como a sua experiência no pós-trauma hospitalar. Tais informações foram essenciais na construção do aplicativo a fim de entender o que já foi vivido no pós-trauma e o que se entende sobre tais lesões para que pudéssemos abarcar as questões sobre prevenção e tratamento. Desta forma, após as unidades de registro expostas, a primeira subcategoria foi intitulada **“Os significados inferidos sobre as lesões por pressão e as vivências durante a hospitalização pós-trauma”**.

Na subcategoria 2, com 64 unidades de registro que tratou sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão. Os participantes do estudo foram desenvolvendo esse raciocínio de acordo com seus saberes e práticas e enfatizando o que é importante na orientação a pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre a temática.

Esta subcategoria foi intitulada de **“As experiências das pessoas com lesão medular e cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e as orientações pertinentes à construção do material educativo na ótica da população pesquisada”**.

Subcategoria 2: As experiências das pessoas com lesão medular e cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e as orientações pertinentes à construção do material educativo na ótica da população pesquisada
E1: Aí ditado popular dos outros, foi açúcar.
E1: Dersani também usou.
E1: Açúcar, babosa, pra segurar o açúcar e não dar formiga.
E1: É. Povidine. Aí falavam... tinha um povidine pra... dois tipos. Minha mãe comprava qualquer um porque não sabia.
E1: Sabe eu usei o que também? Vaselina.
E1: Não todo dia, só quando eu caio, quando acontece algum acidente, e eu não costumo olhar todo dia. E em casa, eu dormindo em casa em cima da boia, que usava colchão de água, agora uso essa boia com almofada de gel, eu durmo em cima. Eu não durmo em colchão, colchão nosso lá é aquele ortobom, mas eu boto a boia. Pra dormir, eu durmo só com a boia.

E1: Aquela boia que uns usam até pra coisa de hemorroida, que a gente senta, eu tomo banho em casa naquilo. (...) ela é de borracha de ar. Eu sopro ela e encho.
E1: Uso um creme, natura, hidratante.
E1: Bebo. Bebo, mas, da enfermeira no mínimo três litros de agua. Por causa da infecção urinária, pra ajudar a infecção.
E1: Uso sonda de cateterismo.(...) de alívio.
E1: Sem esbarrar em nada, daqui pra cadeira.
E1: Pra não abrir escara, usar essa bóia, almofada de ar para não machucar. Não sentar em lugar de atrito, lugar duro, usar uma almofada. Viajar, usar uma almofada de gel, sempre bom uma almofada de gel. Cateterismo. Eu dirijo com uma almofada de gel. Caso vou frear, dá uma raspagem. Evitar raspagem. Raspou vai dar escara.
E1: Cateterismo, que se tiver com escara não deixar a urina, a evacuação na escara que contém micróbio que ao invés de fechar, vai abrir, e vai infeccionar o machucado, a escara. Tanto faz a urina, quanto as fezes. E ter maior higiene possível.
E1: Outra coisa que falaram que é bom, é carvão ativado.
E1: No começo não, mas agora eu levanto para tirar pressão. Tiro o corpo pra frente. Não fico só parado na cadeira. Quando eu to em casa, de 2 em 2h, ou eu vou para o colchão que é macio, fico lá e viro de lado um pouquinho, viro pra lá, viro pra cá.
E1: To sentado aqui, eu venho pra cá. Aí levanto, fico em pé para tirar a pressão.
E2: Eu mudo de posição.
C1: Ele faz a sonda de alívio, que eu ensinei pra ele.
E3: Ah, procuro secar sempre depois do banho, as partes úmidas, porque isso, me orientaram a quanto, que, isso ocasiona bastante úlcera de pressão. Tentando fazer alívio sempre.
E3: Hoje a tecnologia ta ajudando a gente, tem almofadas que você pode ficar um dia todo quase sentado, também, falei, mudar de posição na cama.
E3: Aplicação de botox na bexiga.
E4: Na cama agora eu consigo girar, a noite eu viro. Aí até sinto incomodado quando eu estou em uma posição só direto.
E4: Óleo de girassol.
E4: Os outros falam que de no máximo dois minutos, pra levantar, mas de dois em dois minutos eu não levanto não, passa mais tempo.
C3: E aí pra ele não ficar só deitado em um lugar só, não ficar em uma posição só. Estar sempre mudando de posição para não abrir a ferida.
E4: Sim, é tipo lá, me indicou isso. (...) Mas o certo é de quatro em quatro horas. Aí evita escapar a urina, mesmo você não podendo passar de quatro em quatro horas.
E4: Para você se livrar das fraldas e sua vida lá fora ser melhor.
E5: Então, se eu estou numa posição muito tempo, eu sei porque me incomoda, me dói. (...) se eu sentir que to ficando muito tempo na mesma posição, eu viro. To na cadeira sentada a muito tempo, to sentindo muito? Desencosto. Encosto em quem tiver, vou pra frente, estico a perna, fico descalça. O que tiver que fazer, vou fazendo assim.
E5: Então era dersani, óleo mineral, mudar de posição, hidratante. Então nunca deixei de

usar.
E6: Continuo tendo o mesmo cuidado. Passo Dersani. Continuo me virando na cama de um lado para o outro, fazendo movimentos e olhando toda hora para ver se tá avermelhado ou não. O ponto que tiver vermelho continuo passando dersani.
E6: E faço locomoções também. Saio da cadeira e sento no sofá também se tiver em algum lugar que tem sofá, e aí volto para a cadeira de novo. Então isso faz também respirar.
E6: E a sonda de alívio, as vezes eu passo até mais de uma vez, porque passo ingerir muita quantidade de líquido, entendeu?
E7: O que acontece, eu acho que a pessoa ter que virar, ou não consegue muito tempo ficar na cama, sentar um pouco na cadeira, comprar um, igual aquele que é de vaso mas um assento.
E7: A mudança de posição. Pra quem tem mesmo que mudar, ficar mudando.
E8: Eu me viro e ela passa óleo nas minhas costas as vezes.
E8: Aí eu viro, as vezes eu mesmo aqui fico de ladinho, eu subo, boto uns travesseiros aqui, eu fico meio sentada. É assim, eu não fico em uma posição só não.
E8: É, eu uso uma almofadinha aqui entre as pernas.
E8: Uma boa higiene, isso já é o suficiente. E assim, de meia em meia hora virar o paciente, quando terminar de um banho passar o óleo.
C4: Sempre que eu levo no banheiro eu olho ela. To sempre monitorando.
C4: Eu lavo ela, eu seco ela bem sequinha. Ah, eu faço um monte de coisa. Vejo se ela está urinando na fralda, não deixo ela ficar muito tempo por causa da urina.
E9: E eu já to virando pra lá e pra cá.
C4: Não, a gente bota uma almofada. Coloca ela sentada e tal, apoiada bonitinha, mas com uma almofadinha pra colocar em cima pra ela comer.
E10: Depois que começou usar boia, parou de abrir.
E10: De movimentar bem pra lá e pra cá, se movimentar para não ficar muito tempo em uma posição só.
C5: Sempre estar virando ele de posição para um lado e para o outro.
C5: Vira e mexe eu fico olhando ele. Viro assim e se eu ver uma parte meio escura, logo passo dersani em cima.
C5: Sempre estar trocando a posição, não deixar em uma posição só. Estar sempre mudando de um lado para o outro, sempre estar hidratando a pele dele porque a pele de cadeirante fica muito ressecada.
C5: Então eu sempre puxo a perna dele e boto a almofada embaixo.
E12: Dersani todo dia. Sempre.
E12: Seco bem. To sempre olhando. Às vezes eu, sempre, posicionando.
E12: Para não abrir feridas, primeiro ele tem que estar em um colchão inflável, ou pneumático, pneumático é melhor. Segundo é estar hidratando o tempo todo. E terceiro é higiene né?
E13: Não, óleo de girassol todo dia eu passo. Para não ficar ressecado.

Quadro 07 - Análise de dados – Categoria 02 – Subcategoria 02

Unidades de significação	Óleo de Girassol/ Dersani/ Hidratação	Açúcar	Plantas medicinais	Povidine	Inspeção	Cateterismo	Higiene	Livre de fraldas
Participantes								
E1	2	2	1	1		2		
E2								
E3								
E4	1					1		1
E5	1							
E6	1				1	1		
E7								
E8	2						1	
E9								
E10								
E11								
E12	2				1		1	
E13	1							
C1						1		
C2								
C3								
C4					1		1	
C5	1				1			
C6								

Quadro 08 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 02 – Parte 1

Unidades de significação	Uso de almofadas/ travesseiros/ colchão	Mudança de decúbito/ mudança de posição/ push up	Botox	Cuidados na Transferência	Carvão ativado	Pele seca após o banho	Vaselina
Participantes							
E1	3	2			1		1
E2		1					
E3	1	2	1			1	
E4		1					
E5		1					
E6		2					
E7	1	2					
E8	2	3					

E9		1					
E10		1					
E11							
E12	1					1	
E13							
C1							
C2							
C3		1					
C4	2					1	
C5	1	2					
C6							

Quadro 09 – Unidades de significação - Categoria 02 – Subcategoria 02 – Parte 2

Categoria 3: A terceira categoria intitulada “**O processo de validação de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão**” compreendeu a validação do material educativo com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das LPs. O processo de validação se desenvolveu em três momentos:

1º momento: elaboração de um aplicativo móvel proposto. Para construção do aplicativo, foi necessário o auxílio de um profissional desenvolvedor de aplicativos e de um designer gráfico, que realizou todas as ilustrações presentes no material. Este profissional foi orientado pela enfermeira-pesquisadora sobre o tipo de ilustração, sendo o mais fácil possível para compreensão.

Após todas as informações dialogadas, a enfermeira-pesquisadora separou cada tema emergente em áreas temáticas para que o aplicativo contivesse uma sequência lógica e fosse separado por temas, facilitando a compreensão de indivíduo. Sob a posse das ilustrações e das informações bem como as áreas temáticas, o desenvolvedor de aplicativos construiu o aplicativo móvel.

As áreas temáticas compreendem em:

- ***Apresentação do aplicativo;***
- ***Meu corpo e a lesão medular;***
- ***Nossa pele e as feridas;***
- ***Minha bexiga e meu intestino;***

- *Qualidade de vida;*
- *Mitos e verdades;*
- *Legislação e Rede de Cuidados;*
- *Referências.*

Após isto, temos a submissão da nova versão aos especialistas que, ao aceitarem a participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), além de entenderem o objetivo, preencheram a Escala Likert (APÊNDICE F). Os especialistas avaliaram a adequação/fundamentação das informações, da linguagem, das ilustrações e opinião geral sobre o material educativo. Os itens a serem avaliados foram adaptados da Escala e baseados em Moreira et al (2003).

A Técnica Delphi, utilizada na pesquisa, consiste em uma técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de especialistas para um consenso sobre um tópico particular.

De acordo com Faro (1997),

Ainda, com relação aos especialistas WILLIAMS; WEBB (1994) consideram Delphi uma técnica de contabilidade de resultados em função do grau de especialistas, não havendo um número ideal de juízes, sendo que a composição do grupo varia de acordo com o fenômeno em estudo e dos critérios definidos, pelo pesquisador, para a seleção destes especialistas. (...) Delphi se caracteriza por possibilitar formas alternativas de questionamento, pela agregação das respostas dos especialistas de maneira interativa-sistemática, flexível número de interações, bem como do número de especialistas, permitindo retroalimentação em um processo de análise parcial dos resultados, utilizando a comunicação escrita (AVILA; SANTOS (1988)).

Para o teste de validade de conteúdo, os especialistas serão captados de acordo com os critérios, a saber:

- Ter prática clínica na temática, em qualquer nível de atenção com lesados medulares, por no mínimo 6 meses, e/ou;
- Ser docente em qualquer nível de atenção com lesados medulares, e/ou;
- Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse, e/ou;
- Ter pesquisas publicadas sobre o conteúdo, e/ou;
- Ter artigo publicado sobre a temática em periódico indexado, e/ou;
- Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse, e/ou;

- Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao tema de interesse (qualquer nível de atenção em saúde com lesados medulares bem como estomaterapeutas, enfermeiros dermatologistas).

Para a escolha dos especialistas, houve um contato com a Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé/RJ, que indicou enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família em contato com as pessoas com lesão medular e seus cuidadores, tendo conhecimento na temática e, a partir da primeira enfermeira, as próximas foram captadas por meio da estratégia Bola de Neve, já utilizada na pesquisa. Após a seleção e convite, os mesmos responderam a um questionário (escala Likert) sobre conteúdo, linguagem, layout e design, ilustrações e arte gráfica.

É válido destacar que todos os enfermeiros da prática não são essencialmente expertises mas já tiveram alguma assistência direta no cuidado às pessoas com lesão medular.

Cabe pontuar que se optou por convidar um número ímpar, uma vez que Oliveira (2008) pontua que isto é necessário para que se evitem questionamentos dúbios. A concordância deve ser de, no mínimo correspondente a 80% (ASSIS et al, 2015).

Após a captação, se obteve um total de 21 avaliadores, sendo todos enfermeiros. Além disso, foi consultado um profissional da área de designer para avaliação do layout e design do aplicativo que também respondeu uma Escala Likert, também baseada e adaptada da Escala e baseados em Moreira et al (2003) (APÊNDICE G).

Para consulta e opinião dos juízes, foi entregue o TCLE, instrumento de julgamento do material educativo com perguntas para caracterização do perfil profissional dos enfermeiros bem como com afirmativas relacionadas ao conteúdo e aparência do material produzido.

Pontua-se ainda que, como o aplicativo estava em processo de registro, foi necessário, pessoalmente, validar junto aos enfermeiros. Estes tiveram acesso ao aplicativo através do celular da enfermeira-pesquisadora e, conforme avaliação, responderam às questões contidas no instrumento criado individualmente. O anonimato foi mantido, reduzindo influências e assim, o participante organiza livremente suas considerações.

As respostas das afirmativas resultaram em dados quantitativos que foram analisados sistematicamente por um profissional estatístico, realizando o tratamento dos dados de forma simples. Foram definidas mediana, média, quartis e desvio-padrão, que foram devolvidos para a rodada seguinte. Já as considerações realizadas são analisadas qualitativamente.

A Técnica Delphi, neste estudo, foi realizada em três rodadas, conforme recomendação e, a cada rodada, os dados foram analisados, porém as avaliações se mantiveram inalteradas. Ao final da pesquisa, por fim, foi apresentado um documento com todos os consensos e as recomendações feitas pelo grupo, a todos os participantes.

2º momento → construção de uma nova versão do material educativo com a revisão do texto, o planejamento gráfico e ilustrações, o que não foi necessário de acordo com a avaliação da maioria dos enfermeiros.

Dando continuidade ao iniciado no primeiro momento com a utilização da PCA, os participantes foram convidados para mais um encontro dialogado para a apresentação da versão do aplicativo móvel, elaborado após a validação dos enfermeiros.

Neste momento, os participantes do estudo realizaram o julgamento final do material construído (conectividade e validação do material educativo), verificando sua adequação à prática. Foi aplicado um roteiro de discussão para que os entrevistados pudessem tecer sua avaliação sobre todo o processo realizado, explicitando como se sentiram como partícipes e autores do material produzido, mostrando a importância do mesmo e de que forma o processo os auxiliou para sua qualidade de vida (APÊNDICE H).

Após todo este processo e, após o registro do aplicativo, o mesmo foi devolvido, tanto para a clientela mas também para os profissionais de saúde, como forma de devolução também para o cenário, objetivo de toda pesquisa científica, a fim de utilização para atividades educativas e, conseqüentemente, planejamento e ações de cuidado a este tipo de clientela. O uso do aplicativo com estratégia do cuidado educativo é fundamental, potencializando suas capacidades de autocuidado.

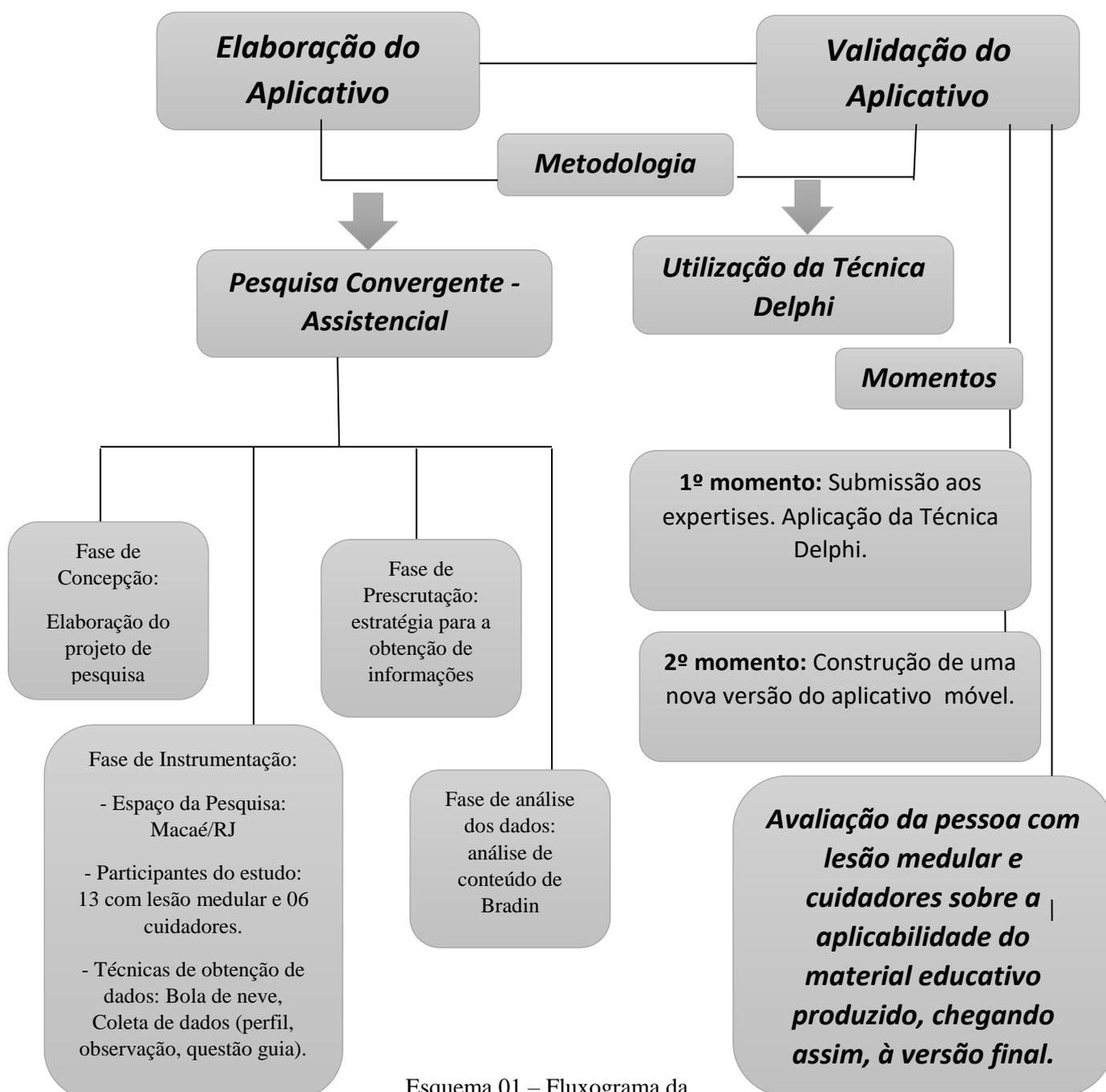
Após todo o processo de validação, os indivíduos pesquisados foram avaliados, a fim de comprovar a eficácia do material educativo. Desta forma, foram empregadas novamente as Escala de Braden e a Escala PUSH, para se avaliar as lesões, se assim eles as tivessem ou se apareceram, ou não, uma nova lesão, no caso dos participantes que

não as possuíam. O retorno para verificação de surgimento ou não de lesões por pressão se deu de acordo com a disponibilidade de cada um.

Os participantes observaram o aplicativo pronto e teceram suas considerações, se estava adequado ou não aos seus cuidados, sendo a eficácia verificada dependendo da adequação do aplicativo. Após isso, não houve a necessidade de realizar uma nova versão do material.

Fluxograma da Metodologia Aplicada

Para melhor visualização e entendimento das etapas e momentos do estudo, se pode observar a seguir um fluxograma com toda a metodologia detalhada.



Esquema 01 – Fluxograma da Metodologia Aplicada

Passos da Coleta de Dados (Fase de Prescrutação e Análise de dados)

1

- Autorização formal para realização da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Macaé/RJ e às ESFs de Macaé/RJ. Início da coleta - Lagomar A.

2

- Diagnóstico situacional através da observação dinâmica (imersibilidade); levantamento bibliográfico; produção dos dados.

3

- Encontro dialogado individual com os participantes para compartilhamento sobre o tema do estudo. O objetivo desta etapa é coletar o maior número possível de sugestões para cada assunto e incluir novos aspectos. Aplicação das Escalas Braden e PUSH e captação de novos participantes.

4

- Análise de dados.

Esquema 02 – Trajetória da Coleta de Dados

Princípios éticos da pesquisa

O estudo obedeceu ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regula as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Deste modo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob CAAE nº 53041816.5.0000.5238 e parecer nº 1.434.117.

Solicitou-se autorização à instituição, cenários escolhido para o estudo, para produção dos dados. Posteriormente, os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e receberam uma cópia do mesmo contendo todas as informações sobre o estudo como objeto, objetivos, o desenvolvimento da produção dos dados, registros dos mesmos e posterior divulgação destes resultados com finalidades científicas.

Ainda, o anonimato foi respeitado durante toda a pesquisa conforme já destacado no item sobre participantes do estudo.

Gerenciamento da pesquisa

A fim de desenvolver esta pesquisa, foi necessário que as atividades fossem organizadas cronologicamente para que cada etapa fosse cumprida em seu devido tempo, não havendo atrasos. Com isto, a elaboração e a implementação de um cronograma foi pertinente para este objetivo (APÊNDICE I). Durante toda a pesquisa, houve diversas despesas em questão, sendo necessário um planejamento financeiro para viabilizar a mesma, priorizando os gastos. Desta forma, foi realizado este orçamento como consta no Apêndice J.

Capítulo IV

Caracterização dos participantes do estudo

CAPÍTULO IV. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Segundo Freire (1997) a aproximação e o conhecimento prévio da realidade são de importância fundamental para a compreensão do indivíduo social. No estudo em questão, é preciso que a enfermeira-pesquisadora perceba as particularidades na totalidade para entender o universo de seu lesado medular/cuidador. Assim, se torna possível a elaboração de um plano de cuidados, com vistas ao cuidado educativo, congruente às necessidades dos participantes, necessidades estas discutidas na construção compartilhada.

A apreensão da visão de mundo, os valores, as crenças e os hábitos que cada indivíduo possui são extremamente importantes para o profissional de enfermagem. O cuidado é construído na perspectiva da realidade de cada um, respeitando as particularidades e a individualidade da pessoa.

Além disto, foram aplicados os conceitos de Dorothea Orem na Teoria do Autocuidado quando a enfermeira-pesquisadora guia e orienta, ensina e oferece apoio físico e psicológico aos indivíduos, promovendo um plano de ajuda direta a todas as pessoas envolvidas no processo, tornando-as partícipes do cuidado, atendendo desejos e necessidades que lhes são peculiares no que tange à assistência de enfermagem que se faz necessárias.

O conhecimento antecedente com a imersão da enfermeira-pesquisadora, respeitando também o delineamento metodológico da pesquisa proporcionado pela PCA, além da informação dos aspectos culturais inerentes a cada um, se faz necessária a descrição dos dados coletados através do preenchimento do formulário de identificação da pessoa com lesão medular e de seu cuidador (APÊNDICES B e C).

A caracterização dos participantes foi feita, respeitando os instrumentos aplicados bem como as escalas de avaliação de LPs, quando for necessário.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR:

4.1.1. Dados referentes à identificação das pessoas com lesão medular:

De acordo com os dados referentes aos lesados medulares, se deu início à análise com a identificação dos mesmos, uma vez que o conhecimento destes orientou a discussão implementada bem como o plano de cuidados. De acordo com Machado (2010), “Um dos maiores desafios atuais para a enfermagem passa inevitavelmente pela

construção de conhecimentos para consubstanciar a prática do cuidado de pessoas com deficiência”. Desta forma, a fim de se construir conhecimentos através do encontro dialogado com os lesados medulares, é preciso entender o seu universo para que os cuidados perpassem todo o seu entendimento e leve à reflexão e criticidade com sucesso.

Destaca-se que, para melhor organização, as informações foram agrupadas de acordo com a temática.

Participante	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	38 anos	40 anos	30 anos	22 anos	28 anos	24 anos
Situação conjugal	Vive maritalmente	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Nível de escolaridade	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino superior incompleto	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Profissão	Pedreiro	Motorista	Assistente administrativo	Gerente	-	-
Ocupação	Aposentado	Desempregado	Assistente administrativo	Desempregado	Desempregado	Vendedor
Número de filhos	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Renda familiar	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 6 a 9 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 6 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos
Número de pessoas residentes	1 a 3	1 a 3	4 a 6	1 a 3	1 a 3	4 a 6
Benefícios/ Qual	Não	Não	Não	Sim/ INSS	Não	Não
Procedência da água	Unifamiliar com água	Unifamiliar com água	Unifamiliar com água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar com água	Unifamiliar com água
Coleta de lixo	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Presença de animais/ Qual	Não	Não	Não	Sim/ Gatos	Sim/ Cães	Não
Religião	Evangélica	Católica	Evangélica	Evangélica	Católica	Católica

Quadro 10 - Dados referentes à identificação das pessoas com lesão medular – Parte 01

Participante	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	28 anos	55 anos	33 anos	35 anos	32 anos	29 anos	53 anos
Situação conjugal	Separado	Casada	Casada	Casado	Solteiro	Casado	Casado
Nível de escolaridade	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto	Alfabetizado	Ensino fundamental completo	Ensino superior completo
Profissão	Manicure	-	-	-	-	-	Professor de

							matemática
Ocupação	Manicure	Desempregado	Desempregado	Vendedor	Desempregado	Desempregado	Professor de matemática
Número de filhos	Dois	Um	Um	Nenhum	Dois	Nenhum	Um
Renda familiar	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 6 salários mínimos	De 3 a 6 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 1 a 3 salários mínimos	De 6 a 9 salários mínimos
Número de pessoas residentes	4 a 6	1 a 3	4 a 6	4 a 6	1 a 3	4 a 6	1 a 3
Benefícios/Qual	Não						
Procedência da água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar com água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar sem água	Unifamiliar com água
Coleta de lixo	Sim						
Presença de animais/Qual	Sim/ Cães						
Religião	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Não possui	Católica	Católico

Quadro 11 - Dados referentes à identificação das pessoas com lesão medular – Parte 02

De acordo com os Quadros 10 e 11, dos 13 participantes com lesão medular participantes, 09 correspondem ao sexo masculino e 04, ao sexo feminino. Estes índices corroboram diversos estudos publicados sobre lesão medular, como Mancussi (1998), por exemplo, que afirma que as vítimas do sexo masculino estão em proporções maiores que as do sexo feminino. Na análise dos dados as pessoas foram entrevistadas na medida em que se encontravam disponíveis e agendavam os encontros dialogados, não havendo inclinação para entrevistar determinado sexo.

O Ministério da Saúde traz estes dados uma vez que:

“No Brasil a incidência de TRM é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo que destes 80% das vítimas são homens e 60% se encontram entre os 10 e 30 anos de idade.” (BRASIL, 2013)

Conforme Lourenço (2014), em casos de lesões medulares traumáticas, estas são mais prevalentes entre jovens adultos do sexo masculino e é um importante problema social que afeta parte da população economicamente ativa.

Os quadros mostram que 05 pessoas estão compreendidas na faixa etária entre 20-30 anos, 05 estão entre 31-40 anos e 02 se encontram entre 50 e 60 anos. De acordo com Mancussi (1998), os indivíduos vítimas de lesão medular são, predominantemente, adultos jovens com idade variando entre 18 e 35 anos, embasando os dados analisados.

Destaca-se que, os que possuíam idade mais avançada, a lesão os acometera quando mais jovem ou com o aparecimento de tumores mais tardios, porém, se

delimitará com mais profundidade, mais adiante. Sabe-se que as lesões medulares têm se apresentado com maior frequência devido ao aumento da violência urbana (VALL, 2008).

As estatísticas da Rede Sarah de Reabilitação (2016) informam que as lesões medulares são cada vez mais frequentes também devido às agressões por arma de fogo e por acidentes de trânsito, comuns na população mais jovem. O índice de acidentes de trânsito tem aumentado significativamente.

De acordo com a situação conjugal, 06 participantes são casados/vivem maritalmente, 06 são solteiros e 01 é separado. Cabe destacar que, dos seis solteiros, três tinham namorado (a)/ companheiro (a) e, após o acidente, o relacionamento terminou. Tal fato leva à reflexão uma vez que sua nova condição é encarada, por muitas vezes, como causa de separação/divórcio. Muitos que compartilham da condição de cônjuge precisam dividir as tarefas entre auxiliar nos cuidados e trabalhar fora, o que pode levar ao esgotamento, ou não, do cuidador.

Um dos entrevistados relatou ter uma namorada o auxiliando desde a data do trauma, contribuindo positivamente no enfrentamento desta nova condição. A mesma incentiva e estimula o indivíduo a buscar atividades de lazer e realizar o seu tratamento. Para os outros solteiros, sua condição não é um fator impeditivo para novos relacionamentos.

O percentual daqueles que tiveram acesso ao ensino superior é muito baixo totalizando 02 pessoas porém, nem todos concluíram esta etapa. Apenas 01 possui o ensino superior completo e, na outra extremidade, há 01 pessoa com apenas a alfabetização, não havendo frequentado nenhum tipo de serviço educacional. O maior quantitativo é equivalente a 05 participantes que concluíram o antigo ensino médio. Acrescentando, 02 pessoas concluíram o ensino fundamental e 02 ainda não completaram o mesmo.

De acordo com o Censo de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na cidade de Macaé, há 206.728 de habitantes pessoas, com 191.421 pessoas com faixa etária de 10 anos ou mais. O quantitativo de pessoas que atingem o ensino superior completo corresponde a 17.905 pessoas. Ainda, 51.678 habitantes possuem o ensino superior incompleto e o médio completo bem como 59.827 correspondem a não terem instrução ou possuir o ensino fundamental incompleto. Esses índices são correspondentes ao total de 154.397 pessoas que possuem 25 anos ou mais e que atingiram tais escolaridades.

Os quadros apresentam as profissões informadas pelos participantes. As profissões se estendem nas mais diversas como: pedreiro, motorista, gerente, assistente administrativo, manicure e professor de matemática. Ainda, se visualizou o alto quantitativo de participantes (06), que não possuem alguma profissão. O estudo nos mostra que, dos 13 participantes, 08 não trabalham em atividade alguma, a maioria por ter saído do emprego ao sofrer o acidente, como os participantes que são pedreiros e motorista, por exemplo. Devido a sua nova condição, alguns relatam que não conseguem realizar muitas atividades efetivadas anteriormente e preferem ficar em casa a tentar buscar algo novo.

Na opinião dos 05 entrevistados que trabalham, entendem que a lesão não é um fator que o incapacite para o trabalho nem para as suas atividades. Um deles, ao sofrer o acidente, parou de trabalhar, portanto, entendendo o processo que aconteceu e os cuidados que deveria ter, voltou a trabalhar como vendedor, sendo um dos entrevistados que considerou não ter profissão, porém há ocupação. Cabe pontuar que os cinco que trabalham, têm como ocupação: vendedor, assistente administrativo, professor de matemática, pedreiro e manicure. Ainda, o que destaca ser pedreiro, realiza atividades até onde sua funcionalidade e potencialidade permite.

Apesar de seis participantes do estudo não trabalharem, os mesmos também não recebem o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS). O benefício fornecido à pessoa com deficiência e à pessoa idosa é pago pelo Governo Federal e assegurado por lei.

O reconhecimento do direito é efetivado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, mediante a comprovação da renda mensal do grupo familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Ainda assim, o solicitante será avaliado pelo Serviço Social e a Perícia Médica do INSS para confirmar se a sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016).

De acordo com os dados, 06 participantes se encontram desempregados, a maioria sem receber benefícios. Apenas 01 é aposentado, 02 são autônomos, atuando no mercado informal e ainda, 03 estão empregados.

De 13 participantes, 08 não possuem filhos, 03 possuem um filho e 02 possuem dois filhos. Este dado é importante uma vez que pode afetar a renda familiar e, conseqüentemente, na compra de materiais e equipamentos necessários ao cuidado à pessoa com lesão medular. O número de pessoas que residem na mesma residência também é importante por este fator, dado este que será apresentado um pouco adiante.

De acordo com os quadros acima, a renda familiar total, em sua maioria, de 04 pessoas se encontra em torno de 1 a 3 salários mínimos, 01 participante apresenta renda familiar acima de nove salários e 02 possuem renda familiar variável, já que os salários de algumas ocupações variam sazonalmente. Cabe destacar que 05 indivíduos possuem em seu domicílio, 1 a 3 pessoas que complementam a renda familiar e 2 (28,6%) tem 4 ou mais pessoas contribuindo para a renda familiar total.

Os quadros explicitam que 09 pessoas residem com 4 a 6 pessoas no mesmo domicílio e, 04 pessoas dividem a residência com 1 a 3 pessoas. De acordo com dados do Censo 2010 do IBGE, em Macaé, 17434, corresponde ao valor de famílias com menor quantidade de membros, sendo este valor referente a 02 moradores. Conforme o número de membros aumenta, a estatística diminui, alcançando índices de 2124 em família com 06 membros ou mais na cidade de Macaé/RJ, de acordo com os dados do IBGE (2010), se configurando em uma cidade com maior quantidade de famílias com poucos membros.

Percebe-se que há ainda uma distribuição desigual nas diversas regiões de Macaé, como Lagomar e Imbuuro, por exemplo, locais estes onde se realizou a pesquisa e que não recebe o abastecimento de água. Assim, 06 entrevistados não recebem água do órgão que abastece a região de Macaé, sendo o tipo de instalação sanitária unifamiliar sem água e, 07 pessoas recebem a água em suas residências, com instalação unifamiliar com água.

Desta forma, as famílias que não recebem abastecem suas residências com poço artesiano. Tal fato chama atenção, uma vez que a procedência da água interfere no processo de cuidado às LPs, principalmente, em seu tratamento. Neste contexto, as orientações de Enfermagem são fundamentais, contando com o recurso da ação educativa como estratégia de cuidado. Ainda, todos possuem coleta de lixo em suas residências evitando o acúmulo de lixo e animais indesejáveis que podem interferir negativamente na saúde da população local.

Percebeu-se a presença de animais de estimação (cães e gatos) no domicílio de 09 entrevistados. Um animal de estimação pode auxiliar o indivíduo a enfrentar sua nova condição por permear aspectos emocionais.

Por outro lado, o acúmulo de sujeira, o passeio na rua e o contato com outros animais podem carrear microrganismos e doenças que interferem negativamente no tratamento das LPs. Portanto, é necessário orientar que, apesar do convívio com os

animais ser benéfico, requer alguns cuidados fundamentais, relacionados à higiene, por exemplo.

O quadro também mostra um dado importante no que concerne à religião dos participantes do estudo. Verifica-se que 01 entrevistado não possui religião, 05 informaram ser católicos e 07 são evangélicos. Por muitas vezes, a religião confere o suporte procurado para o enfrentamento de situações distintas. No estudo em tela, o suporte espiritual é uma informação valiosa sendo fundamental para a superação da raiva ou da negação e para a aceitação da nova condição e do desejo de viver, com maior qualidade de vida.

4.1.2. Dados referentes à lesão medular:

Participante	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Idade em que ocorreu a lesão	21 anos	35 anos	19 anos	18 anos	20 anos	23 anos
Nível da lesão	L5	L1	C5-C6	L5	C5	T11-T12
Tipo de lesão	Completa	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa
Causa do trauma	PAF	Queda da laje	Mergulho em águas rasas	Acidente automobilístico	Acidente automobilístico	Acidente automobilístico

Quadro 12 - Dados referentes à lesão medular – Parte 01

Participante	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Idade em que ocorreu a lesão	24 anos	54 anos	32 anos	31 anos	22 anos	19 anos	38 anos
Nível da lesão	L1	L2	T12	T5	T2	T5-T6	T4-T11
Tipo de lesão	Completa	Completa	Incompleta	Completa	Completa	Completa	Incompleta
Causa do trauma	PAF	Tumor	Queda da laje	PAF	PAF	Acidente automobilístico	Tumor

Quadro 13 - Dados referentes à lesão medular – Parte 02

De acordo com os Quadros 12 e 13, 04 pessoas sofreram a lesão quando tinham entre 10 e 20 anos de idade, 04 quando tinham entre 31-40 anos de idade, 04 quando tinham 31-40 anos e, apenas 01 sofreu a lesão com idade compreendida entre 50 a 60 anos. Tais dados reafirmam a declaração realizada no gráfico anterior, uma vez que os mesmos sofreram a lesão quando mais jovens, com exceção dos que sofreram devido a presença de tumores, além de dois participantes, devido à queda. Faro (1996), em um de seus estudos, contribui que “O trauma raquimedular (TRM) (...) ocorrendo predominantemente nos homens em idade produtiva (18 – 35 anos)”, o que acontece no estudo em questão.

Dos 13 participantes do estudo, 02 possuem como nível de lesão, o nível C5, se configurando em tetraplegia, ambos incompletos, isto é, permanece sensibilidade ou motricidade abaixo do nível da lesão, variando de acordo com a condição clínica destes; 02, o nível L1, ambos com lesão completa, ou seja, as funções motora e sensitiva estão ausentes abaixo dos três segmentos caudais consecutivos ao nível da lesão (FARO, 1996); 01 participante, o nível L2, com lesão completa; 02 participantes compreendendo o nível L5, ambos completos; 01 indivíduo, o nível T2, completa; 01 pessoa, a de nível T4 a T11, incompleta; 01 pessoa, o nível T5, completa; 01 participante, o nível T5 a T6, completa; 01 pessoa a nível T11 a T12, completa e por fim, 01 pessoa a nível T12, incompleta.

Todos os participantes tinham seus diagnósticos confirmados e a lesão já instalada, não havendo a necessidade de aplicação da escala de avaliação neurológica, a Escala ASIA (ANEXO 02). Ainda, quanto mais alto for o comprometimento da medula, ou seja, quando mais próximo à cervical for a lesão na medula, mais restrita em suas atividades a pessoa será e assim, mais dependente.

Neste quadro, se pontuou o tipo de lesão de cada indivíduo, uma vez que, além do nível da lesão, o tipo pode interferir positiva ou negativamente, na prevenção e no tratamento das LPs. Desta forma, em alguns participantes, pude perceber certa sensibilidade no nível subsequente à lesão, ocasionando incômodos ou certa sensação de que necessita realizar a mudança de decúbito, o que é um fator positivo no cuidado às LPs, prevenindo ou tratando as mesmas.

Percebeu-se assim, ao longo das observações em diário de campo que todos os lesados medulares incompletos possuíam mobilidade e sensibilidade abaixo do nível da lesão, compreendendo em um aspecto positivo no cuidado compartilhado, haja vista que os mesmos conseguiam perceber algo e realizar o movimento para prevenção e tratamento, dentro de suas limitações e possibilidades.

Os quadros citados puderam nos mostrar que dos 13 participantes do estudo, 04 deles possuem como causa do trauma, perfuração por arma de fogo (PAF), 04 participantes com causa referente a acidentes automobilísticos, sendo dois por acidente de carro e dois, por acidente de moto. Ainda, nestes quadros, se verifica 02 pessoas com lesão acometida devido a presença de tumor e 02, por queda da laje de suas casas. Por fim, 01 participante, tetraplégico, apresentou como causa o mergulho em águas rasas em uma cachoeira.

Como já mencionado, o índice de acidente automobilístico tem aumentado significativamente, se equiparando com as lesões por perfuração por arma de fogo. Existem várias publicações sobre as causas do trauma em pessoas com lesão medular como, por exemplo, Marino et al (2007) corrobora os achados pontuando que “No Brasil 130 mil indivíduos são portadores de lesão medular, com aumento anual da incidência decorrente de acidentes automobilísticos e da violência urbana.”.

Ainda, Machado (2010) destaca que:

“Estudos sobre a temática confirmam que metade dos traumatismos medulares resultam de acidentes com veículos motorizados, quedas, acidentes de trabalho, esportivos (principalmente aquáticos), e outros decorrentes de ferimentos por armas de fogo.”

Apoiando-se na questão pontuada, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), trazem alguns dados como:

“Nos estudos brasileiros que descrevem a ocorrência de casos em hospitais ou centros de reabilitação é consensual que a maioria é de origem traumática. No entanto, há divergências entre a etiologia mais comum. Estudos em centros de reabilitação revelam que a maior parte dos casos relaciona-se a acidentes automobilísticos e ferimentos por projétil de arma de fogo como segunda causa mais comum. Já em levantamentos realizados em centros de referência em traumatologia da cidade de São Paulo, a causa mais comum relaciona-se a quedas, em especial quedas de laje.(...) As causas não traumáticas correspondem a cerca de 20% dos casos de lesão medular e compreendem um vasto leque de patologias como tumores intra e extra-medulares, fraturas patológicas (metástases vertebrais, tuberculose, osteomielite e osteoporose), estenose de canal medular, deformidades graves da coluna, hérnia discal, isquemia (em especial associada a aneurismas de aorta), infecciosas (p.ex. mielite transversa, paraparesia espástica tropical) e autoimunes (p.ex. esclerose múltipla).”

4.1.3. Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias assistivas:

Participante	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Tipo de habitação/conservação/número de cômodos	Própria/alvenaria/04	Própria/alvenaria/05	Própria/alvenaria/04	Própria/alvenaria/04	Própria/alvenaria/05	Própria/alvenaria/04
Trânsito da cadeira de rodas	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Banheiro comporta a cadeira de rodas	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Desníveis na residência ou na entrada	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Pisos regulares e	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não

antiderrapantes na residência						
Tecnologia Assistiva/ Qual	Sim/ Almofadas e barras de apoio no banheiro	Sim/ Almofadas e barras de apoio no banheiro; Enfermagem	Sim/ Adaptações para escrita, adaptações para alimentar-se (garfo, faca, colher), adaptação para escova de dentes, almofadas, barras de apoio pela residência; Enfermagem, Medicina e Fisioterapia	Sim/ Almofadas e rampas	Sim/ Rampas, almofadas, adaptações para alimentar-se, adaptação de escova de dente, barras de apoio pela residência; Fisioterapia	Sim/ Barras de apoio no banheiro; Fisioterapia

Quadro 14 - Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias assistivas – Parte

01

Participante	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Tipo de habitação/construção/número de cômodos	Própria/alvenaria/04	Própria/alvenaria/04	Própria/alvenaria/06	Favor/alvenaria/04	Própria/alvenaria/04	Alugada/alvenaria/04	Própria/alvenaria/05
Trânsito da cadeira de rodas	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Banheiro comporta a cadeira de rodas	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
Desníveis na residência ou na entrada	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Pisos regulares e antiderrapantes na residência	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Tecnologia Assistiva/ Qual	Sim/ Almofada; Fisioterapia	Sim/ Almofada	Sim/ Almofada, rampas em alguns locais; Fisioterapia	Sim/ Rampas, tábua para transferência	Sim/Almofada, barras de apoio no banheiro	Sim/ Almofadas	Sim/ Barras de apoio pela casa, rampas e almofadas; adaptações no veículo

Quadro 15 - Dados referentes à habitação e acessibilidade/tecnologias assistivas – Parte

02

Os Quadros 14 e 15 nos mostram que a maioria, 11 participantes, possuem sua habitação própria. Apenas 01 reside de aluguel e 01, de favor. Em sua totalidade, as residências são de alvenaria e possuem 04 ou mais cômodos. O que interfere diretamente nas atividades são as dimensões dos cômodos, uma vez que existem indivíduos que possuem suas residências com espaço mais restrito, impedindo sua locomoção entre os ambientes e existem indivíduos com residências que possuem total acesso a todos os cômodos, constituindo barreiras arquitetônicas importantes.

Os dados apresentados mostram que em sua maioria, 06 entrevistados, não possuem acessibilidade no que tange ao trânsito, transferência e manobra da cadeira pela residência, o que é extremamente prejudicial ao lesado medular, limitando suas atividades, influenciando diretamente no cuidado. No gráfico, se percebe que apenas 05 possuem acessibilidade necessária. Já os outros 08 participantes não possuem.

Existem dimensões ideais para que um cadeirante consiga realizar tais atividades, dimensões estas estabelecidas pelas normas da ABNT NBR 9050:2015. Nestas, o módulo de referência ocupada por uma pessoa utilizando cadeiras de rodas, deve possuir 0,80 m por 1,20 m no piso e para o trânsito ideal, sem restrições, o espaço deve possuir como largura, as dimensões abaixo:

- Se for somente a pessoa com cadeira de rodas: 0,90m;
- Se for a pessoa com cadeira de rodas mais uma pessoa sem cadeira de rodas: 1,20 a 1,50m;
- Se forem duas pessoas com cadeiras de rodas: 1,80m.

Para a área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento, as medidas necessárias são:

- Para rotação de $90^\circ = 1,20 \text{ m} \times 1,20 \text{ m}$;
- Para rotação de $180^\circ = 1,50 \text{ m} \times 1,20 \text{ m}$;
- Para rotação de $360^\circ = \text{diâmetro de } 1,50 \text{ m}$.

Com deslocamento, é previsto a dimensão de 0,90m até 2m, dependendo do trajeto deslocado. A altura do assento da cadeira de rodas que for realizada a transferência deve ter a mesma altura do local para o qual o indivíduo se moverá. Ainda, para que a transferência seja realizada, a área deve ter as dimensões do módulo de referência, no mínimo. Para a transferência, é obrigatória a existência de barras de apoio no local, o

que é um fator que exige atenção uma vez que nem todos possuem esta adaptação em suas residências.

Assim, através dos quadros se percebe que, seguindo a discussão do gráfico anterior, a maioria não possui acessibilidade voltada às suas necessidades e estipuladas pelas normas brasileiras. Neste íterim, 09 participantes relataram que sua cadeira de rodas não é comportada no banheiro, dificultando sua independência. Já, 04 indivíduos relataram possuir tal tipo de acessibilidade.

Como exposto no parágrafo anterior, se o ambiente não é capaz de oferecer dimensões ideais para a realização das atividades, o mesmo restringe o indivíduo em sua totalidade, interferindo em sua qualidade de vida.

A ABNT 9050:2015, traz as dimensões ideais tanto para domicílios quanto para locais públicos, o que se torna importante, uma vez que os órgãos públicos e privados devem respeitar tais normas, não impedindo o ir e vir, direito básico de cada cidadão.

Como exposto por tais normas, as áreas de transferência lateral, diagonal e perpendicular devem ser englobadas com a finalidade de oferecer espaço mínimo para que qualquer atividade seja exercida, sem obstáculos. A porta de entrada deve conter um espaço de 0,80m de largura, que compreende na largura da cadeira de rodas.

Os quadros promovem a possibilidade de interpretação de que 08 pessoas possuem residências apresentando desnivelamentos e nas casas de 05 indivíduos não possuem tais desníveis. Através da observação participante, se verificou que além do desnivelamento dentro das residências, com presenças de quintais ainda com terra e buracos formados pela chuva, o que dificulta o deslocamento dos participantes até os serviços de saúde. Além disto, as diversas barreiras arquitetônicas encontradas como calçadas com buracos e altas, sem acesso para cadeirantes, as ladeiras demasiadamente íngremes, com paralelepípedos, dentre outras situações, interferem no acesso. Desta forma, os mesmos ficam isolados dentro de suas residências além de necessitar de transporte para leva-los aos atendimentos que o município oferece.

De acordo com a ABNT NBR 9050, qualquer tipo de desnível deve ser evitado em rotas acessíveis. Desníveis superiores a 5 mm até 15 mm levam à obrigatoriedade da construção em forma de rampa, com inclinação máxima de 1:2 (50%), sendo considerados como degraus, os desníveis superiores a 15 mm. Em casos específicos como o banheiro, por exemplo, o piso do box para chuveiro deve possuir um desnível máximo de 1,5 cm do restante do sanitário.

Ainda, 08 entrevistados não possuem pisos regulares e antiderrapantes em suas residências e apenas 05 os possuem. A presença destes pisos se configura em medida de segurança, sendo imprescindível para evitar acidentes. Seguindo as normas da ABNT NBR 9050:2015, os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, evitando trepidações em dispositivos com rodas. As inclinações superiores a 5% são consideradas rampas. As rampas consistem em tecnologias assistivas no sentido de estruturar o ambiente a fim de oferecer autonomia e independência à pessoa com lesão medular.

Percebe-se nos quadros 05 e 06 que, em algum momento nas atividades de vida diárias, todos os participantes do estudo possuem e utilizam uma tecnologia assistiva para auxiliar em seus cuidados.

A Tecnologia Assistiva é um termo novo, utilizado para caracterizar Recursos e Serviços que visam a promoção de maior independência, qualidade de vida e, conseqüentemente, inclusão social. Isto pode se dar através da comunicação, da promoção de uma mobilidade ideal, dentre outros, à pessoa com deficiência (SARTORETTO; BERSCH, 2017).

“No Brasil, o Comitê de Ajudas Técnicas - CAT, instituído pela PORTARIA Nº 142, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2006 propõe o seguinte conceito para a tecnologia assistiva: "Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (ATA VII - Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) - Secretaria Especial dos Direitos Humanos - Presidência da República). Os Recursos são todo e qualquer item, equipamento ou parte dele, produto ou sistema fabricado em série ou sob medida utilizado para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiência. Os Serviços, são definidos como aqueles que auxiliam diretamente uma pessoa com deficiência a selecionar, comprar ou usar os recursos acima definidos.” (SARTORETTO; BERSCH, 2017).

Os Serviços se constituem naqueles prestados à pessoa com deficiência para auxiliá-lo e orientá-lo ou a utilizar uma tecnologia assistiva. Podem envolver diversas áreas como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, dentre outros. Já os Recursos são equipamentos e materiais como roupas adaptadas, bengala, softwares, dentre outros. (SARTORETTO; BERSCH, 2017).

Existem diversas categorias de tecnologias assistivas como por exemplo: auxílios para atividades diárias e projetos arquitetônicos para o ambiente. Desta forma, a

adaptação realizada pelos participantes em seu domicílio como rampas e barras de apoio, por exemplo, são consideradas tecnologias assistivas visando sua melhor qualidade de vida.

As barras de apoio são de extrema utilidade por auxiliar o indivíduo a realizar diversas atividades, como as transferências com segurança evitando quedas e ainda, para não causar uma lesão mais séria na medula espinhal.

As barras de apoio e os corrimãos, devem ser circulares e possuir diâmetro entre 3,0 cm e 4,5 cm apresentando uma distância de, no mínimo, 4,0cm da parede ou de qualquer superfície ou objeto que estiver próximo. As extremidades devem ser bem afixadas nas paredes ou possuírem desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação com formato recurvado.

As barras de apoio devem ser instaladas nos boxes para chuveiros, verticalmente, horizontalmente ou em formato de “L”. Na parede de fixação do banco no interior do boxe, deve ser instalada uma barra vertical com altura de 0,75 m do piso acabado e comprimento mínimo de 0,70 m, a uma distância de 0,85 m da parede lateral ao banco. Duas barras devem ser instaladas na parede lateral ao banco, sendo uma vertical e outra horizontal ou, alternativamente, uma única barra em “L”, obedecendo aos seguintes parâmetros:

- Barra vertical – com comprimento mínimo de 0,70 m, a uma altura de 0,75 m do piso acabado e a uma distância de 0,45 m da borda frontal do banco;
- Barra horizontal – com comprimento mínimo de 0,60 m, a uma altura de 0,75 m do piso acabado e a uma distância máxima de 0,20 m da parede de fixação do banco;
- Barra em “L” – em substituição às barras vertical e horizontal, com segmentos das barras de 0,70 m de comprimento mínimo, a uma altura de 0,75 m do piso acabado no segmento horizontal e a uma distância de 0,45 m da borda frontal do banco no segmento vertical.

Por conseguinte, se deve saber que as barras devem estar junto à bacia sanitária e devem ser colocadas barras horizontais para apoio e transferência, com comprimento mínimo de 0,80 m, a 0,75 m de altura do piso acabado.

A Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade, a CIF, está intimamente imbricada com a tecnologia assistiva e por isto, os conceitos desta Classificação foram incluídos e utilizados neste estudo. Segundo Sartoretto e Bersch (2017):

“A Tecnologia Assistiva visa melhorar a FUNCIONALIDADE de pessoas com deficiência. O termo funcionalidade deve ser entendido num sentido maior do que habilidade em realizar tarefa de interesse. Segundo a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, o modelo de intervenção para a funcionalidade deve ser BIOPSIKOSSOCIAL e diz respeito à avaliação e intervenção em: Funções e estruturas do corpo – DEFICIÊNCIA; Atividades e participação - Limitações de atividades e de participação; Fatores Contextuais - Ambientais e pessoais.”

Desta forma, a tecnologia assistiva possui amplo impacto na vida das pessoas com deficiência, em especial nesta tese, das pessoas com lesão medular e consequentemente de seus cuidadores, uma vez que os auxiliarão nos cuidados diários e na inclusão social destes em todos os aspectos de sua vida, evitando um maior desgaste dos cuidadores, como por exemplo, a tábua de transferência auxilia a pessoa com lesão medular a passar de uma estrutura para outra sem causar exaustão no cuidador que não necessitará de usar apenas sua força física para realizar as transferências, sendo positivo nessa relação de cuidado e ajuda.

Participante	Necessitam de auxílio nos cuidados
E1	Não
E2	Sim
E3	Sim
E4	Sim
E5	Sim
E6	Sim
E7	Não
E8	Sim
E9	Sim
E10	Sim
E11	Sim
E12	Sim
E13	Não

Quadro 16 - Dados referentes à necessidade de auxílio nos cuidados

Apesar de, em diversas falas, os participantes declararam que conseguem realizar muitas tarefas sozinhos, em algum aspecto, eles necessitam de outra pessoa para auxiliá-los nos cuidados, como mostra o quadro 16. Através deste, que é bastante expressivo em seu resultado, se pode inferir que 10 participantes necessitam de cuidados e 03 não necessitam.

QUADRO 17 – DE QUEM RECEBE AUXÍLIO

Mãe	4
Irmão	1
Cônjuge	4
Profissional de saúde	2
Amigos	1

QUADRO 18 – TIPO DE AUXÍLIO

Vestir-se	4
Transferência da cadeira para algum lugar e vice-versa	5
Tomar banho	9
Realização de curativos	3
Inspeção da pele	3
Alimentar-se	2
Realizar o cateterismo	2

De acordo com os dados, os participantes que necessitaram de auxílio recorreram à mãe, irmão, cônjuge (02 esposas e 02 maridos), profissional de saúde e amigos. Quando se foi questionado em quais atividades eles necessitam deste auxílio, os mesmos responderam que consistia em vestir-se, alimentar-se, realizar o cateterismo, realizar a inspeção da pele, realizar os curativos, tomar banho bem como transferir da cadeira para algum lugar e vice-versa.

Os dois tetraplégicos participantes do estudo referiram necessitar de auxílio em todas as atividades acima, uma vez que são altamente dependentes. Já, para realização de curativos e a inspeção da pele, são em locais onde se torna dificultoso olhar e alcançar como, na região sacra, por exemplo.

4.1.4. DADOS RELACIONADOS ÀS LESÕES POR PRESSÃO

Neste item serão pontuados os dados referentes às lesões por pressão, uma vez que o intuito da construção compartilhada do material educativo visa a prevenção e tratamento destas lesões. Para isto, foi necessário abordar quantos participantes as apresentavam, traçando o grau de comprometimento nos que obtiverem as mesmas e a avaliação de risco nos quais há a ausência destas. Desta forma, o acesso a tais informações nos proporcionará um diagnóstico situacional amplificado de cada um deles, a fim tornar a discussão mais própria a cada indivíduo.

Participante	Presença de lesão por pressão
---------------------	--------------------------------------

E1	Não
E2	Sim
E3	Não
E4	Não
E5	Não
E6	Não
E7	Sim
E8	Não
E9	Não
E10	Não
E11	Sim
E12	Não
E13	Sim

Quadro 19 - Dados referentes a presença de lesões por pressão

O quadro mostra que 03 entrevistados possuíam as lesões por pressão. De acordo com os dados que são apresentados no capítulo a seguir, se observa que, em sua totalidade, os participantes já apresentaram pelo menos uma LP durante a sua vida, principalmente no período de hospitalização, pós trauma, apesar de, no momento da entrevista, apenas 04 (quatro) apresentarem efetivamente as lesões. Desta forma, de acordo com suas vivências, os mesmos explicitaram medidas para evitar o aparecimento de novas lesões e os que possuem, expõem cuidados que foram orientados ou que desenvolveram por si só, a fim de tratar as mesmas.

Durante a realização do curativo de dois participantes, além de dados relatados pela mãe de um deles e a observação participante realizada pela enfermeira-pesquisadora, foi possível a aplicação das escalas de Braden e PUSH, como descritas nos ANEXOS 03 e 04. A escala de Braden avalia o risco de cada indivíduo para o desenvolvimento destas lesões se baseando em seis fatores: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, estado nutricional e fricção/cisalhamento. Destaca-se que, apesar do risco avaliado pela Escala de Braden ser o mesmo para todos os indivíduos se torna importante destacar esse risco e grau de comprometimento no estudo, uma vez que tais lesões, são extremamente negativas e perigosas à saúde da pessoa com lesão medular.

A escala PUSH, como já mencionado, visa analisar o tamanho da lesão, bem como as características do tecido e a quantidade de exsudato presentes. Cabe destacar que não foi possível avaliar a lesão do 11º entrevistado, uma vez que ele mostrou desconforto e vergonha em mostrar a lesão na região sacra para a enfermeira-pesquisadora.

QUADRO 20 – DADOS REFERENTES ÀS LPs

ENTREVI STADO	QUANTIDADE, LOCALIZAÇÃO E ASPECTO DE LPs	MENSURAÇÃO	BRADEN	PUSH
01	-	-	12	0
02	1) Região glútea D: Estágio 03. Exsudação em pouca quantidade e tecido de esfacelos em leito e maceração em bordos. 2) Região glútea E: Estágio 03. Exsudação em pouca quantidade e tecido de esfacelos em leito e maceração em bordos.	Lesão 1: C=3cm; L=4cm; P=2cm Lesão 2: C=2cm; L=3cm; P=2cm.	11	1)CL=8 EXS=2 TEC=3 TOTAL=13 2) CL=7 EXS=2 TEC=3 TOTAL=12
03	-	-	12	0
04	-	-	12	0
05	-	-	12	0
06	-	-	12	0
07	Região sacra: Estágio 01. Tecido de granulação em leito e maceração em bordos.	C=4cm; L=2cm	11	CL=7 EXS=0 TEC=1 TOTAL=8
08	-	-	12	0
09	-	-	12	0
10	-	-	12	0
11	-	-	12	0
12	-	-	12	0
13	1) Região em calcâneo D: Estágio 02. Tecido de granulação e de esfacelos em leito e bordos macerados. 2) Região em calcâneo E: Estágio 02. Tecido de granulação e de esfacelos em leito e bordos macerados. 3) Região em glúteo D: Estágio 4. Exsudação em pequena quantidade. Presença de tecido de esfacelos em leito.	Lesão 1: C=3cm; L=3cm; P=1cm Lesão 2: C=2cm; L=3cm; P=1cm Lesão 03: C=5cm; L=3cm; P=3cm.	11	1)CL=8 EXS=0 TEC=3 TOTAL=11 2) CL=7 EXS=0 TEC=3 TOTAL=10 3) CL=9 EXS=1 TEC=3 TOTAL=13

Legenda: CL = comprimento versus largura; EXS = presença e quantidade de exsudato; TEC = tipo de tecido.

De acordo com as informações contidas no quadro 20, se encontram diversas informações sobre os indivíduos que possuem ou não lesões. Sobre as lesões, desta forma, foi possível identificar as características das mesmas, ampliando o conhecimento sobre elas. Ainda foi possível obter o somatório dos componentes avaliados na Escala descritos na legenda, e o determinante do grau de comprometimento da lesão presente. Ainda, na escala BRADEN, abaixo ou igual a 12 significa um alto risco para desenvolvimento das LPs.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES

Neste item, são descritas as características dos cuidadores entrevistados, no que tange ao sexo, ocupação, idade, dentre outros, a fim de conhecer o contexto e a rede de apoio familiar que circundam as pessoas com lesão medular participantes do estudo, além de entender a relação de cuidado instituída. Neste íterim, se entende a forma de cuidar, a relação entre cuidador e indivíduo, e a ligação de como este cuidador entende o cuidar. Isto justifica o conhecimento prévio do mesmo para implementação do diálogo.

Participante	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	40 anos	53 anos	48 anos	30 anos	23 anos	58 anos
Escolaridade	Superior completo	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino fundamental completo
Profissão	Enfermeiro	-	-	Motorista	-	Doméstica
Ocupação	Enfermeiro	Do lar	-	Motorista	Do lar	Do lar
Religião	Católico	Católica	Evangélica	Evangélico	Evangélica	Evangélica
Parentesco/ Remuneração	Não há/ Não remunerado	Madrinha/ Não remunerado	Mãe/ Não remunerado	Marido/ Não remunerado	Esposa/ Não remunerado	Mãe/ Não remunerado
Primeira vez na condição de cuidador	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Único cuidador/ Outro cuidador	Sim	Não/ Padrinho	Sim	Sim	Sim	Sim

Quadro 21 - Dados referentes caracterização dos cuidadores

O quadro 21 nos mostra que 02 cuidadores são do sexo masculino e 04 cuidadores do sexo feminino, sendo maior prevalência no cuidado. De acordo com a

análise destes dados, se analisa que existe uma forte questão de gênero implicada no contexto, sendo corroborado com o embasamento na literatura que aponta:

O papel da mulher como responsável pelo cuidado é visto como natural, uma vez que este está inserido socialmente no papel de mãe. O cuidar constitui-se em mais um dos papéis assumidos pela mulher dentro da esfera doméstica, sendo transferido de geração a geração, independente desta estar trabalhando ou não fora de casa. (Baptista et al, 2012)

A idade dos cuidadores em questão é variável, porém consistem, em sua maioria, em idade superior a 40 anos, sendo 04 maiores de 40 anos e apenas 02 com idade menor de 40 anos.

Os dados nos fazem interpretar que dos 06 cuidadores participantes do estudo, 01 possui apenas o ensino fundamental incompleto, 02 cursaram o ensino fundamental completo, 02 possuem o ensino médio completo e 01 completou o ensino superior.

No que tange à profissão dos cuidadores, é possível interpretar que 01 cuidador é doméstica, 01 é motorista, 01 é enfermeiro e 03 não possuem profissão. Apesar de três possuírem uma profissão, apenas dois continuam trabalhando, dividindo as tarefas entre o trabalho e o cuidado com a pessoa com lesão medular.

Sobre a religião dos cuidadores, temos como dados 04 evangélicos e 02 católicos. A fé tem se mostrado fundamental para os cuidadores a fim de oferecer apoio tanto emocional quanto com relação aos cuidados, aos indivíduos com lesão medular, incentivando-os a buscar o melhor para sua qualidade de vida. Ainda, é importante no sentido de buscar forças para entender e ajudar o outro.

No que concerne aos cuidados, há 04 cuidadores que não possuem vínculo consanguíneo se caracterizando em marido, esposa, enfermeiro da ESF local e madrinha. As outras 02 pessoas possuem vínculo consanguíneo como mães destes. Cabe destacar que todos os cuidadores não possuíam remuneração em seus cuidados à pessoa com lesão medular.

Os que não possuem vínculo consanguíneo, também são considerados como cuidadores pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Salienta-se que apesar de não possuírem vínculo consanguíneo, alguns cuidadores são de extrema importância uma vez que de acordo com Mancussi (1998), “(...) reforçamos que o envolvimento da família como elemento integrante da equipe assistencial, é imprescindível no processo de reabilitação implementado.” Neste caso, se engloba a família e os cuidadores que não possuem vínculo. Todos os cuidadores não recebem remuneração para realização dos

cuidados. Cabe pontuar que 01 cuidador não é o único, sendo os outros 05, os únicos cuidadores de cada lesado medular.

Um fato importante a ser destacado nesta análise é o fato da maioria totalizando 04 cuidadores, estarem em sua primeira vez na condição de cuidador. Apesar disto, muitos foram apreendendo o cuidado prestado em diversas situações como, por exemplo, no hospital quando o indivíduo com lesão medular sofreu imediatamente o trauma. Ainda buscam auxiliá-los da melhor forma possível solicitando ajuda quando necessário, apesar de algumas vezes não terem a resposta para seus questionamentos e terem que aprender por si só.

A caracterização dos participantes permitiu a compreensão dos aspectos sociais, culturais, religiosos, econômicos, como destaca Freire. Ainda foi possível entender o universo de cada um, em sua singularidade, para que a enfermeira-pesquisadora entendesse como atuar de acordo com os preceitos de Orem. Entendendo-se a realidade do indivíduo, de forma prévia, como pontua Freire, é possível compartilhar ideias e promover o cuidado educativo, mais próximo ao indivíduo.

Nos capítulos a seguir, serão apresentados os aspectos que perpassam o cuidado incluindo a rede de cuidados na qual estão inseridos e que interferem em todo o processo e na qualidade de vida do mesmo. Ainda, serão apresentadas suas vivências e experiências no cuidado com as LPs, com vistas a maior autonomia, independência e auxiliando a disseminar, através da construção do material educativo, cuidados inerentes e propícios a outras pessoas que adquiriram esta deficiência.

Portanto, a caracterização dos participantes do estudo é de suma importância para a construção do material educativo, uma vez que é possível conhecer os lesados medulares e cuidadores em seus aspectos sócio-econômico-culturais, de forma a entender o contexto que vivem, seus valores, sua cultura, bem como a rede de suporte em que a pessoa com lesão medular está inserida. Desta forma, é possível entender a forma de direcionar tais cuidados e podemos entender a forma de abordar essas pessoas para maior entendimento da discussão posta e construção do material alcançando seus objetivos.

Além disto, se sabe que a promoção de um ambiente terapêutico é fundamental no sucesso do processo de saúde-doença e, entendendo que o ambiente em que se insere tem direta influência no cuidado a todo indivíduo, se pôde ter acesso a esta informação, o que se torna imprescindível para que seja possível entender o contexto e assim, traçar estratégias que possam alcançar positivamente os participantes que ali se inserem.

Neste capítulo foi possível conhecer o indivíduo em sua totalidade e com suas singularidades para assim, poder nortear as questões abordadas e o cuidado compartilhado. Nos capítulos a seguir, abordaremos a necessidade da rede de cuidados às pessoas com lesão medular e como se deu a construção do material educativo bem como sua validação e avaliação.

Capítulo V

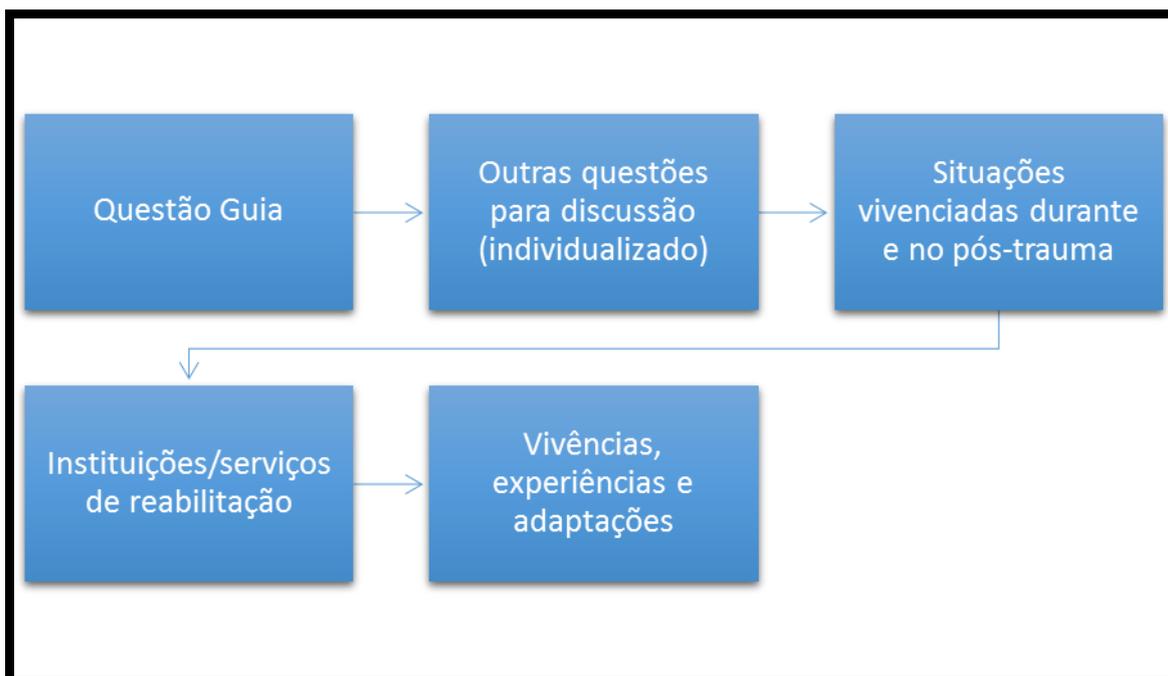
A necessidade da Rede de Cuidados na assistência à pessoa com lesão medular

CAPÍTULO V. A NECESSIDADE DA REDE DE CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA À PESSOA COM LESÃO MEDULAR

Este capítulo aborda os desdobramentos do que se discutiu a partir das questões guia (APÊNDICE D), durante o encontro dialogado e neste momento, os participantes compartilharam suas vivências desde a ocorrência do trauma. Para o aquecimento da discussão emergiram questões acerca do motivo da lesão bem como para quais serviços de saúde o mesmo se direcionou e/ou teve acesso desde a data do trauma até os dias atuais. Assim como as pessoas com lesão medular responderam tais questões, os cuidadores também participaram da discussão, optando alguns por dialogarem em conjunto e outros optaram por obter um momento individual para a entrevista com a enfermeira-pesquisadora.

Através deste momento inicial, além do conhecimento do indivíduo delineado pela caracterização sócio-econômico-cultural do mesmo, aproximando a enfermeira-pesquisadora dos indivíduos do estudo, foi possível maior aprofundamento no conhecer do universo de cada um. Em sua maioria, o diálogo foi iniciado discorrendo sobre o que é ser uma pessoa com traumatismo raquimedular dentro do sistema único de saúde assim como o enfrentamento em relação ao trauma e a busca de informações por parte da equipe de saúde para melhoria de sua qualidade de vida e as adaptações necessárias.

Tais informações são imprescindíveis, pois terão influência direta no processo de cuidado a ser elaborado e no material educativo a ser construído, sendo uma estratégia de cuidado a fim de disseminar o conhecimento compartilhado, com perspectivas do cuidado humanizado, indo ao encontro aos referenciais teóricos do estudo. Logo, a discussão se delineou com a seguinte trajetória:



Esquema 03 - Momento dialogado sobre rede de cuidados ao qual o lesado medular se insere

“A Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Portaria MS/ GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), vem contribuindo para que o Estado assuma sua parcela de responsabilidade quanto ao incremento de ações e serviços de saúde para as pessoas com deficiência (PcD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (MACHADO, PEREIRA, 2016).

Desta forma, de acordo com a citação acima, se tem crescido a necessidade de atenção às pessoas com deficiência, mais especificamente, em sua inclusão, principalmente, nos serviços de saúde.

A Portaria 793/2012 institui sobre a rede de cuidados “voltada à pessoa com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, bem como intermitente ou contínua no âmbito do Sistema único de Saúde.” (BRASIL, 2012). Esta portaria deve ser operacionalizada pela equipe de saúde e ainda, delimita minuciosamente diretrizes, objetivos gerais e específicos a ser oferecidos a esta parcela da população.

Desta forma, a equipe de saúde deve estar preparada, entendendo e realizando em prática a questão muito além da multidisciplinaridade, mas sim, da interdisciplinaridade, quando diferentes categorias que formam uma equipe de saúde, realizam o cuidado inerente a cada um, porém em conjunto. Tal ação é necessária para a elaboração e implementação de um plano de cuidado coeso e eficaz.

Desta forma, o Ministério da Saúde traz como definição (BRASIL, 2013):

“A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, responsabilizado por determinada população e, assim como todos os pontos de atenção, devendo responder as necessidades de saúde da população de uma forma articulada e integrada.”

Entende-se que as ações e serviços de saúde estão dispostos em níveis, sendo eles: primário, através da Assistência Primária à Saúde, por vezes conhecida como Atenção Básica; secundário, através da hospitalização em média e alta complexidade e; terciário, através de serviços ambulatoriais no sentido da continuidade do cuidado.

É possível entender que, para eficaz articulação entre os serviços de saúde, a Assistência Primária à Saúde proporciona o acesso a todos os serviços de saúde, através do sistema de referência e contrarreferência para melhor atendimento das demandas de cuidado à pessoa com deficiência.

Pontua-se ainda que, “ que implica corresponsabilização do cuidado, devido ao compartilhamento de informações sobre a história clínica, dados do exame físico, resultados laboratoriais e as suspeitas diagnósticas, as necessidades e intervenções realizadas nos diferentes níveis de atenção” (FINKELSZTEJN et al., 2009 *apud* MACHADO , PEREIRA, 2016).

Assim, é necessário o empenho correto do encaminhamento nestes sistemas bem como o preenchimento das reais necessidades de cada indivíduo e da sua justificativa a fim de integrar os pontos de atenção responsáveis pelo cuidado integral à pessoa com deficiência. Cabe pontuar que a desatenção a este comprometimento pode levar a descontinuidade do cuidado, interferindo negativamente no atendimento às demandas dos indivíduos, afetando diretamente a sua inclusão nos serviços de saúde.

A Portaria entra em convergência com os referenciais teóricos que embasam o estudo uma vez que a percepção de cada aspecto que submerge o indivíduo, se faz possível torna-lo mais próximo do processo de cuidado, sendo partícipe do mesmo, havendo chances maiores de eficácia neste processo.

É importante descrever que a Portaria, além de suas diversas diretrizes e objetivos, possui o intuito e a responsabilização para tornar o indivíduo com deficiência, autônomo, independente, respeitando tanto à sua deficiência quanto às suas individualidades no que tange ao cuidado, garantindo inclusão social e que os serviços sejam acessíveis e de qualidade (BRASIL, 2012).

Além disto, o indivíduo deve ser livre para fazer suas escolhas, decidindo o melhor para si, que vai de encontro aos pressupostos de Paulo Freire que expõe que, ao

mesmo tempo em que é necessário o diálogo para promover reflexão, crítica, problematização e posterior mudança ou não, não havendo imposição nem dominação sobre nenhuma das partes (FREIRE, 2001).

Freire defende que o educador, no caso, a enfermeira-pesquisadora deve compreender a importância de conhecer cada visão, valor, cultura de cada indivíduo e, a partir deste conhecimento, aproximar indivíduo-cuidador-enfermeira, baseando suas ações no sentido individualizado, com a finalidade de melhorar a aceitação das orientações dos profissionais permeadas no diálogo.

A Teoria do Autocuidado de Orem, por sua vez, traz o desempenho de atividades que os indivíduos realizam benéficamente a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar e, no caso do estudo em questão, no autocuidado no desvio de saúde, sendo exigido em condições de lesão com a finalidade de ajustar a condição ou diagnosticá-la. Ainda, se pode citar como exemplo um dos requisitos de autocuidado no desvio de saúde que consiste na modificação do seu autoconceito e aprendendo a viver com os efeitos da sua nova condição e das medidas de tratamento buscando o estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Neste íterim, um dos objetivos específicos pontuados nesta Portaria versa sobre o que se desenvolve nesta tese de Doutorado que consiste em “produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais” (BRASIL, 2012). Porém, para que isto seja possível, é necessário imergir no mundo de cada indivíduo proporcionando empoderamento de seu próprio cuidado.

Neste capítulo, é possível perceber as colocações dos participantes do estudo com relação a rede de cuidados desde o acidente até seu processo de reabilitação que perdura até os dias atuais. Podemos ver na fala a seguir:

“Eu não fui reabilitado, fui reabilitado com a turma do basquete que vieram, os meninos que tinha do Rio lá, começou explicar o que era(...)” (E1)

Ao iniciar a conversa, E1 já pontua que não é acompanhado por nenhum serviço de reabilitação na cidade, descrevendo que, aprendeu alguns cuidados devido à interação promovida pelo basquete paraolímpico, chamado de “Basquete sobre Rodas”, onde pessoas com deficiência buscam esse esporte para maior qualidade de vida, se tornando independentes e autônomos.

Logo, na conversa acima, E1 mostra que, apesar de não ter sido reabilitado, por não ter tido a oportunidade de buscar este serviço em outra cidade devido ao desconhecimento da composição da equipe de reabilitação bem como as atividades a serem realizadas, aprendendo a realizar alguns cuidados com os outros colegas do basquete, como o cateterismo, por exemplo.

P: Alguém ia te acompanhar em casa? Já passou por um centro de reabilitação? Um programa de reabilitação?

E1: Não. Reabilitação foi com os colegas do basquete.

P: Ah, eles que te ensinaram fazer o cateterismo também?

E1: Também.(...)

P: Então não tem nenhum serviço de reabilitação, nada aqui? O que te ajuda é seu basquete?

E1: Não, reabilitação pra deficiente não tem. Eles falam que vão fazer um projeto aí que tava na prefeitura, mas não fizeram.”

E1 sempre pontua a questão da falta de um acompanhamento, além da maioria dos demais participantes do estudo, então a enfermeira-pesquisadora questionou sobre o fluxo desde que ele, assim como os outros, sofreu o acidente a fim de situar a questão da rede de cuidados, uma vez que, segundo Vall (2008, p.2) “A reabilitação não tem o objetivo de avaliar o grau de invalidez do indivíduo, mas o seu potencial de capacidade para a reabilitação.” Desta forma, é necessário entender por quais serviços os mesmos percorreram, realizando ou não avaliações, tratamentos, para se construir junto com cada um, um plano de cuidados inerente à sua realidade.

Neste íterim, foi possível o entendimento acerca do conhecimento sobre as instituições pelas quais passaram ou não, bem como o significado de cuidado e saúde para este indivíduo. Somente desta forma, foi possível traçar um plano de cuidados coeso a cada lesado medular, através do entendimento da sua inserção nos sistemas de saúde.

P: Quando você sofreu o acidente, você foi pra onde imediatamente?

E1: Me levaram pro hospital. (um dos hospitais públicos da cidade)

P: E aí você ficou lá quanto tempo?

E1: 11 dias. 2 dias no centro cirúrgico e 9 dias na enfermaria. E já saí com escara. A primeira escara foi no cóccix.

P: Então esse foi o único serviço de saúde que você ficou?

E1: O único foi esse. Aí depois comecei a fazer fisioterapia no Z, que aconteceu a tragédia no meu joelho (se refere a um problema no joelho mas não à reabilitação físico-motora devido à lesão medular)

P: E como você se vê hoje dentro do serviço de saúde? Ou não se vê?

E1: Eu? (...) Pra mim é difícil. Porque eu vou ver negócio de exame, quando vai ver exame pra mim é difícil.

P: Então ninguém te acompanha? No serviço de saúde?

E1: No meu caso não.

P: Ninguém vai na sua casa?

E1: Não. (...)

P: Então você não se sente em nenhum lugar no serviço de saúde aqui? Para reabilitação?

E1: Pra reabilitação não tem. (...)

P: Porque a enfermagem faz o serviço de reabilitação também.

E1: Pode? Dizem que é área do fisioterapeuta. (...)

Desta forma, E1 desconhece a atuação da Enfermagem no processo de reabilitação, remetendo este processo à fisioterapia. Ainda mostra bem claramente que, após a sua hospitalização, o mesmo não fora orientado quanto aos serviços de reabilitação que o auxiliaria a ter uma qualidade de vida melhor, sua independência e sua reinserção nas atividades da vida diária. Ao dialogar e compartilhar as atividades do enfermeiro na reabilitação, o mesmo interrompe e coloca que:

“E1: No caso ali eles ficam acomodados, ficam no comodismo e querem receber o salário deles. Vai fazer isso, mas não faz aquilo que você disse. Aí se impõe, ah meu serviço é só fazer isso, aí a outra área é da fisioterapia, então não vou intervir naquela área.

P: A equipe de reabilitação ela pode ser formada por médicos, enfermeiro, tem que ser tudo junto, nutricionista, fisioterapeuta. Não é só o fisioterapeuta. Além disso, a enfermagem auxilia na parte do cateterismo, das feridas...

E1: Cateterismo é da parte da enfermagem?

P: Da enfermagem. É a enfermagem que orienta.”

E1 pontua uma questão preocupante, uma vez que a Enfermagem possui papel fundamental no processo de reabilitação, mas não ocupa completamente este espaço. Durante a graduação, o acadêmico é formado com vistas a atuar na esfera educacional,

assistencial e gerencial, observando o indivíduo como um todo, em todas as etapas de sua vida.

No contexto da reabilitação, além da promoção do autocuidado através dos cuidados com as lesões por pressão, orientações com relação a reeducação vesical e intestinal bem como a prevenção e cuidados com outras complicações que podem acometer estes indivíduos, o enfermeiro é o elo entre a pessoa/família/cuidador e a equipe assistencial, auxiliando na sua independência funcional, respeitando seus limites, além de entender a significação da lesão medular para o indivíduo e sua família e, posteriormente, reinserindo-o em suas atividades da vida diárias e na sociedade. (RABEH, 2010; LEITE, 2005).

Leite (2005, p.93) ainda pontua que:

“A reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/cuidador familiar.”

O papel educativo do enfermeiro neste contexto é primordial na implementação do cuidado a este indivíduo, uma vez que o processo de reabilitação é um processo duradouro, que requer uma atenção importante para ações preventivas, orientações/assistência para o tratamento de certas complicações, bem como estimular sua independência e evitar ou diminuir novas complicações reduzindo o índice de hospitalizações.

Desta forma, entendendo cada indivíduo como ser único, dando voz e participação aos mesmos, o enfermeiro pode auxiliar na mudança de hábitos que podem se tornar prejudiciais ao processo de reabilitação, levando-os a entender os motivos pelos quais tais hábitos são nocivos e assim, expondo possibilidades e estratégias para que escolham o que é melhor para si.

Entende-se que a Enfermagem precisa ter um olhar mais atento às pessoas em processo de reabilitação, pois apesar desta disciplina ser ofertada apenas em alguns Cursos de Graduação, existem as especializações que devem ser apresentadas aos enfermeiros como possibilidade de atuação e aperfeiçoamento.

Em todo este capítulo há a identificação do fluxograma dos lesados medulares desde o trauma até os dias atuais, entendendo o universo em que se inserem, uma vez que é necessário captar de onde e se receberam informações, avaliações, dentre outros

aspectos inerentes e que influenciam diretamente no cuidado. Além disto, é preciso discorrer acerca do que se tem tomado por responsabilidade por conta do suporte ao deficiente com lesão medular, na questão mais prática, uma vez que as políticas públicas têm sido formuladas, porém a implementação ainda é uma barreira nesse processo de construção de um cuidado mais efetivo.

E2 é um indivíduo mais reservado, porém aceitou dialogar na presença do enfermeiro da ESF local que é quem cuida do mesmo, orientando, realizando seus curativos, dentre outros cuidados. Sempre se mostrou disponível a aprender sobre a reabilitação, visto que em sua formação, o mesmo não tivera esta disciplina.

Ao conversar com E2, questiono:

P: Quando você sofreu o trauma então, você foi direto pro hospital? E aí depois o que aconteceu? Você veio pra casa?

E2: Vim pra cá e fiquei aqui até hoje.

P: E aí quem te acompanha é o pessoal da Estratégia?

E2: É. Mas sabe o que eu sinto o que? Uma dor, uma dor não, não consigo levantar o quadril de jeito nenhum. É um peso insuportável.

C1: É, você começou fazendo a fisioterapia, a fisioterapia muito falhada né? Ela só vinha aqui uma vez, duas vezes na semana no máximo que ela conseguia vir aqui né?

P: É porque eu vejo. Assim, graças a Deus ele está bem orientado aqui com relação a isso.

C1: Muitas coisas eu converso muito com ele (outro lesado medular), ele vai me passando e os médicos, os fisioterapeutas, toda equipe que ele tem contato, os profissionais que ele tem contato, ele vai me passando e eu vou passando a instrução pro E2. (...) Aí saiu a vaga pra ele (em outra instituição de reabilitação, no Rio de Janeiro, intitulada Y), mas saiu nessa ocasião que ele não estava muito bem psicologicamente, ele não aceitou. (...) E acabou que a gente suspendeu a fisioterapia por causa das úlceras.

P: Até porque se um dia você conseguisse ficar no Rio, e fizer o tratamento no Y teria que essas lesões fecharem completamente, se não eles não aceitam, pelo fato dos exercícios que eles vão fazer com você, não te arrastar e acabar abrindo as úlceras.”

Desta forma, E2 deixa bem claro que o seu cuidador, enfermeiro da ESF, realiza seus cuidados e tenta torna-lo mais independente. Considerando Freire, podemos refletir sobre esta postura de E2, podendo associá-la a questões relacionadas ao seu contexto

social, sua cultura, sua visão de mundo refletidos na forma de cuidado dependente do enfermeiro dentro de sua casa, sem o esforço de buscar o melhor para si. Tal fato torna o processo mais dificultoso, como bem pontua C1:

“Ele se a gente não ficar meio que fazendo por ele, ele não faz. Mas isso é uma coisa que eu acho, um desvio que ele tem de personalidade, de longa data de droga.(...) Vai viver condenado ao sofrimento. Se o serviço público não der o suporte para ele, coitado. O cara vai viver para sofrer.”

Cabe ainda destacar que o enfermeiro se dedica no cuidado, em especial, com este indivíduo e, apesar de possuir lacunas referentes à especificidade do cuidado em reabilitação, o mesmo busca, sempre que possível, aprender mais sobre a reabilitação físico-motora, compartilhando saberes com outros profissionais e outros indivíduos com esta condição. Desta forma, oferece autonomia e torna o sujeito partícipe do seu cuidado. Ainda, a enfermeira-pesquisadora complementa a afirmativa acima:

“P: E aí você pode fazer essas coisas, e aí depois, onde você busca as maiores informações sobre como você se trata e tudo mais? Você busca as informações lá na Estratégia? Onde você tira as suas dúvidas?”

E2: Tiro com o enfermeiro.

P: E aí quem avalia e acompanha? E aí como você se sente dentro do serviço de saúde daqui?

E2: Ah, não tem o que falar não né? As vezes só a falta de material, as vezes a gente passa um pouco de “perrengue” mas fora isso, é excelente o serviço dele.”

A fala de E2 então, entra em contraponto com a fala de E1 que aprendeu os cuidados, porém não enxerga a assistência da Enfermagem neste contexto. E2 apenas consegue enxergar a assistência de Enfermagem devido à realização de curativos bem como a insistência do enfermeiro em orientar, auxiliando a prevenir outras complicações e tratando as que já existem.

Durante o encontro dialogado, E3 discorre por onde percorreu:

E3: “(...) eu fiquei 5 meses internado no hospital (...)

P: E aí depois de lá você foi pra onde? Qual outros serviços de saúde que você já passou?”

E3: Eu passei foi, pessoal que na época, a equipe, me deu um suporte também. Até em questão de curativo mesmo, por causa da úlcera. (Refere-se à instituição localizada no Rio de Janeiro).

P: Ficou lá quanto tempo mesmo?”

E3: Foi 1 ano e três meses mais ou menos que eu fiquei. E os médicos que me acompanham desde que eu fiquei internado lá. Internado não, que eu fiz tratamento lá. Porque quando eu fui pra lá, lá já não tinha mais internação.

P: Mas um serviço de reabilitação aqui...

E3: Aqui? Não.”

E3 trabalha em uma das ESFs que a enfermeira-pesquisadora teve acesso e o mesmo, quando sofreu o acidente de mergulho em águas rasas, foi levado diretamente ao hospital, buscando o tratamento de suas lesões por pressão que o acometeram no período de hospitalização. Após esse tempo, E3 conseguiu acompanhamento na Instituição a fim de ser reinserido em suas atividades. Então comparecia duas vezes por semana para o atendimento de reabilitação. Porém, ao ser questionado sobre algum tipo de tratamento local, o mesmo relata não possuir. Os profissionais que o acompanham são fisioterapeutas particulares que realizam exercícios, semanalmente.

Sua cuidadora (madrinha), corrobora o relatado por E3 já que a mesma o acompanhava em todos os serviços que eram necessários para sua reabilitação.

“P: E lá alguém orientou a senhora como cuidava dele?”

C2: Não.

P: E aí a senhora teve que aprender sozinha?

C2: No hospital, aprendi olhar, porque a gente fica 5 meses, e depois eu fazia em casa, e até hoje eu tenho o aspirador em casa. Mas graças a Deus não precisa. Que aí depois a gente descobriu que ele tinha um problema na traquéia, e aí a gente foi para o hospital lá em Niterói. Aí começou a cuidar dele lá, aí depois que ele foi lá pra Instituição, que foi um lugar que foi de primeira para mim. (...) ia duas vezes na semana.

P: Foi difícil para a senhora?

C2: Muito difícil. É, mas aí, agora a gente já acostudou e ele também ajuda um “bocado” né? Porque ele foi pra lá, e ele voltou pra casa sem saber que ele ia ficar tetraplégico. Ele veio pra casa sem saber, no hospital não falaram pra ele, porque eu não quis que falasse. Eu não autorizei a falar porque eu achei que ele ia entrar em depressão e ia se entregar e seria pior para ele. Eu falei: Não, quando chegar na hora certa Deus vai mostrar e lá que caiu em si que ele ia ficar tetraplégico. Fazendo as atividades, fazendo as amizades, e ali ele foi escutando coisas o que estava se passando por ele, e já passou com as outras pessoas lá, com os companheiros dele lá. Começou

fazer amizade, começou a aprender e caiu em si que ele ia ficar tetraplégico. Entendeu? Foi assim.”

Através da procura de um serviço de reabilitação longe do lugar que reside, e com a troca de experiências e vivências com outras pessoas, E3 foi optando pelo melhor plano de cuidados para o seu dia a dia, garantindo sua liberdade, autonomia, com uma atenção integral e mais humanizada, como presume a Portaria 793/2012. Porém, o plano de cuidados era mais prescritivo. Sendo assim, E3 passou a escolher o melhor para si ao voltar para o domicílio e começar a direcionar as informações recebidas ao seu cotidiano.

Ao entrar na discussão sobre o cuidado à E3 e toda a sua trajetória, C2 mostra, com expressões não verbais, um certo desconforto e uma apatia, quando a enfermeira-pesquisadora questionou sobre como é cuidar dele, uma vez que é tetraplégico e depende de cuidados específicos a serem realizados por ela, na maioria das vezes.

“P: E para a senhora esse processo foi difícil?”

C2: Muito difícil.

P: Foi mais difícil pra aceitar ou pra cuidar?”

C2: Pra aceitar, porque eu entrei em depressão também. Até hoje eu tomo medicamento, até hoje eu tomo.

P: A senhora hoje em dia consegue lidar com isso bem ou já acostumou?”

C2: Acostumei, mas não aceito ainda. É difícil, é muito difícil.(...) Tem 11 anos, vai fazer 12 anos que ele ficou tetraplégico. É muito difícil, mas.(...) Dou. Ele come, ele tem adaptação, ele come sozinho, só que assim, tudo na mão né? Se dá um café a gente tem que botar na boca, essas coisas né? Que adaptação ele só tem para comer. É isso, para trocar uma fralda, para tudo, passar sonda...(...) Mas eu ainda tenho fé e creio, e acredito que ele ainda vai alcançar ainda, ó o que eu to te falando, um dia você, Deus ainda vai me dar vida, sabe, pra mim ver isso ainda, ele de pé ainda. É eu acredito, eu creio.(...) Ele é ótimo, e assim, prestou concurso, passou no concurso da prefeitura, faz faculdade, meu marido leva, fica esperando.”

Tal relato mostra o quanto a lesão medular não afeta somente a pessoa acometida mas a rede social, o contexto, a família que o circunda. Desta forma, C2 nos mostra que E3 é completamente dependente dela, porém o que mais a incomoda não é a sobrecarga que muitos estudos enfocam.

Apesar disto, a mesma se apóia na fé de que algum dia ela verá o mesmo realizando as atividades anteriores ao trauma e ainda mais, mostra um amor imensurável

nos cuidados e principalmente, ao alertá-lo sobre nunca desistir de seu crescimento pessoal, incentivando-o a buscar o melhor para si, dentro das suas limitações, o que incentiva seu processo de reabilitação uma vez que:

“A reabilitação, entendida como um processo que ajuda a pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico e social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida” (VALL, 2008).

E4: Quando eu sofri o acidente eu fui pro hospital local, fiquei lá 3 dias. Aí como minha mãe tem um plano particular por causa do serviço dela, aí eu fui pra lá (hospital particular). (...) aí pediu ajuda pra vir no postinho, aí foi só no começo mesmo, no primeiro mês. Aí falou que no final de semana não podia vir, aí ia ter que aprender do mesmo jeito. Aí depois não vinha mais não, aí minha mãe deixou de chamar eles.

P: E nenhum agente comunitário passou aí pra marcar, ou enfim, pra pedir a enfermeira pra vir olhar?

E4: Eles vinham mas era difícil. Era difícil vir aqui.

P: Entendi. Então, ninguém acompanhava? Nem te avaliava?

E4: Não, só no começo. Depois...

P: E aí então, hoje em dia, como é que você se vê dentro do serviço de saúde daqui?

E4: Eu acho que o serviço daqui é muito fraco. Não tem nada. (...) faço no Y toda semana. Toda quinta. (...) Aqui parece que o povo trabalha só pra receber o dinheiro no final do mês né? Tá nem aí para os outros não.

P: E aí, onde atualmente você busca informação? Sobre sei lá, eu sei que várias coisas você está aprendendo, você já sabe e tudo mais. Mas se você tiver uma dúvida, a quem você recorre?

E4: E, hoje em dia até que tem bastante. Tem no basquete. No basquete eu vou fazer 5 meses lá. Eu não saia de casa não, ultimamente que eu saio. (...) Acho que como os médicos não podem ir nas casas quando sai, acho que o postinho é feito para isso né? Para ajudar as pessoas. O pessoal do postinho podia ajudar mais, ficar mais em cima das pessoas. Procurar ajudar mais, dar mais atenção as pessoas, pelo menos um bom tempo, até a pessoa se reabilitar, a pessoa ficar ciente das coisas, acho que ajudava bastante.”

E4 percorreu por alguns serviços de reabilitação, porém o único suporte que possui é a convivência com outros cadeirantes que jogam no Basquete sobre Rodas, assim como E1. A troca, o compartilhamento de saberes se torna imprescindível para o

cuidado, quando a troca de experiências se torna fundamental, uma vez que não recebem o suporte da equipe de saúde das ESFs locais.

E4 realiza seu acompanhamento de reabilitação e desta forma, ao aprender e ser orientado para o seu autocuidado, consegue repassar tais informações a pessoas que possuem a mesma condição que ele, como E1, por exemplo.

E5: “(...) o resgate daqui me pegou, me levou pro hospital público(...) Minha mãe e meu pai chegaram no hospital, aí não me viram e tal, pegaram notícia. “Podem ir para casa que sua filha tem duas costelas fraturadas”. Meu pai: “Ah, só a costela?” “Só.”. “Era melhor que não fosse nada, mas duas costelas, não perfurou nada?” “Não, tá super bem! São duas costelas, pode ir embora.(...) Quando ele me viu (o tio do namorado de E5 que estava aqui e é neurologista), ele viu que não eram duas costelas, eram duas vértebras. Aí, com meu plano de saúde, que eu tinha feito há 6 meses atrás, ele acionou, aí veio de helicóptero e me levou pra Niterói pra emergência e me operou com urgência. ”

Esta fala de E5 corrobora o que se tem discutido sobre a questão do despreparo não somente da equipe de Enfermagem mas de toda a equipe de saúde. Sabe-se que o cuidado em reabilitação tem início quando o indivíduo sofre o trauma e a equipe deve estar bem preparada para realizar os cuidados a serem feitos imediatamente, uma vez que um cuidado inicial despreparado pode acarretar problemas importantes como a elevação no nível da lesão bem como o aumento de sua extensão e até mesmo, a morte. Como pontua Leite (2005, p.93):

“Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/cuidador familiar. ”

E5: ”Dei entrada lá (Niterói)(...) Aí tive o atendimento do home care, do posto de saúde, e lá eu fui pra Barra da Tijuca, particular. No caso, um enfermeiro que tava no hospital me atendendo, fisioterapeuta que tava me atendendo no hospital tava fazendo especialização nessa clínica no Rio, aí ele me falou que eu seria a pessoa ideal pra ele.(...) Viemos embora e aí começou o caos. Aí eu voltei no centro de reabilitação, e pela graça de Deus, um fisioterapeuta maravilhoso, que não tem grandes especializações mas tem grandes experiências. Então ele abraçou minha causa, e me ajudou muito. Aí fui para uma clínica particular. Descobri a equoterapia vasculhando. Aí ia pra Niterói e voltava pra cá. Aí veio a equoterapia em 2013, aí comecei segunda

feira a equo, e terça e quinta particular. (...) E nesse percurso, assim que eu me acidentei eu fui para o Y. O Y abriu no ano que eu me acidentei. Aí lá, até então, usei fralda durante um ano, não sentia, só sentia que fazia xixi o tempo inteiro, mas eu sentia vontade, só não conseguia controlar. Aí lá, foi a única coisa assim que eu tive benefício. Do resto, eu não peguei com eles.”

E5 se beneficiou do acompanhamento também na Instituição de reabilitação no Rio de Janeiro, porém, relatou não ter adquirido grandes aprendizagens em sua reabilitação. Atualmente, E5 se beneficia do programa de equoterapia, chamada de Equoterapia Passo Amigo Macaé, que a prefeitura oferece, porém, as vagas são limitadas. A equoterapia funciona com uma equipe multidisciplinar composta por treinadores, condutores, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Para ter acesso a este serviço, a pessoa precisa ser avaliada por um médico, fisioterapeuta e psicólogo. A Regulamentação do projeto de Lei nº 4761/2012 fora aprovado pela Câmara e é indicado a pessoas com lesão medular, dentre outras patologias.

Ribeiro (2006) pontua os benefícios da equoterapia para a qualidade de vida de pessoas que utilizam desse serviço. São eles: melhorias na área de desenvolvimento biopsicossocial, na área de lazer e esporte bem como consecução de uma postura através de movimentos de endireitamento ou alinhamento, realizações de automatismos de controle postural do movimento, melhoras nas percepções proprioceptivas e táteis bem como a melhoria nas dimensões espaciais e no tempo das ações.

Além disto, E5 relata ser atendida por fisioterapeuta particular, uma vez que não há Estratégia local que encaminhe profissionais até a sua residência para avaliações e acompanhamentos.

P: “Você sofreu acidente e aí te levaram pra onde?”

E6: Hospital público(...) Um mês em um e um mês no outro. Fiquei um mês no X por causa da escara, fui transferido. Foi os dois lugares que eu fiquei.(...) Aí vim pra casa, e nunca mais voltei pro hospital.

P: E você já foi para algum serviço de reabilitação aqui?

E6: Nem aqui nem fora. Eu tô inscrito no Y, mas nenhum momento me ligou ainda. Tô no aguardo, mas também não pretendo ir.

P: Por que?

E6: Ah, pô. Porque eu já faço tanta coisa sem o Y. (...) Eu sei que eu to no começo mas tudo que tá no instituto eu já fiquei sabendo e já consigo fazer. Eu ganhei independência por si só, sem centro de reabilitação, já chega do hospital. (...)

P: E aí, de hoje em diante você frequenta algum serviço de saúde?

E6: Eu faço só a fisioterapia. Tô inscrito na equoterapia também, que faz parte da prefeitura. Faço fisioterapia também no ginásio, que é prefeitura também.”

E6, por sua vez, se beneficia dos serviços que fora encaminhado para realizar. Além disso, se considera independente demais para não precisar do atendimento da Instituição, esclarecendo que algumas informações ele aprendeu por suas próprias vivências dentro de casa, ao sair na rua, ao realizar seu próprio cuidado. E7, a participante a seguir também percorreu o mesmo fluxo da maioria dos indivíduos do estudo que ao sofrer o trauma, foi encaminhada para o Hospital público local.

“P: E aí você foi encaminhada para algum serviço de reabilitação?

E7: Não, vim direto para casa. Fiquei fazendo fisioterapia, acompanhada pelo postinho, entendeu?(...) Reabilitação em si, nada. (...) É, pra poder levantar agora, aprendi isso no basquete.”

Esta entrevistada, como alguns outros já citados no capítulo, buscam a adaptação para a sua melhor forma de cuidado através do convívio com outras pessoas nas mesmas condições. Além disto, buscou uma melhor qualidade de vida, se mostrando mais ativa, o que antes da lesão vivia por vezes dentro de casa, sem uma motivação, o que o basquete trouxe após a lesão.

Já, E8 sofreu a lesão medular pela presença de um tumor e o processo de perda da sensibilidade e motricidade dos membros inferiores fora gradual. Desta forma, ao descobrir o tumor, foi submetida a diversos tratamentos de quimioterapia e a cirurgias para retiradas dos tumores.

“E8: Em Campos. Eu opero em Itaperuna e faço o tratamento oncológico em Campos.(...)”

P: Mas algum atendimento de reabilitação a senhora nunca passou?

E8: Não. O Neuro é de Itaperuna, o oncologista é de Campos. Entendeu? O meu prontuário, eu tenho o prontuário aqui, porque ele atende aqui e lá em Campos.”

Desta forma, este relato como muitos outros mostram a enfermeira-pesquisadora que os lesados medulares precisam ir a outras cidades buscarem um serviço de reabilitação inerente às suas necessidades, uma vez que é dificultosa a visita de profissionais de saúde do município que, por vezes, desconhecem ou são despreparados para lidar com esta população. Isto demanda um tempo maior, disponibilidade de transporte, disponibilidade de um acompanhante para auxiliá-lo na chegada até o local, dentre outras necessidades.

E9 expõe para a enfermeira-pesquisadora toda a dificuldade que vai além da disponibilidade dos serviços de reabilitação, mas o que aconteceu com a mesma no dia do trauma e como ela se sentiu dentro do serviço de saúde para o qual ela foi levada.

“E9: Aí chegou lá, tinha uma porção de gente né? Perna quebrada né? Tudo de ruim. Aí eu fiquei lá e comecei a gritar: “O que tá acontecendo”. Aí a maioria ia tudo para um lugar né? (...) E aí eu vi que tava demorando muito, vir alguém para falar comigo. Aí eu vi aquela junta médica, vi mais de cinco, um conversando com o outro e me apontava, aí que eu entrei em desespero: “Eu quero falar, quero saber o que está acontecendo”. Aí depois veio um médico, um deles que me operou, mas eu não imaginava né? Aí ele chegou: “Sente isso, sente isso, sente isso?”. Aí daqui a pouco ele chegou e falou assim: “Eu não sei se você vai sobreviver, se você vai ficar, eu vou dar para você 24h e agora vamos esperar em Deus.”(...)Eu já não dormia com dor e aí que eu entrei em desespero. Aí depois passou 24h mas a gente não acredita muito né? Virou o dia, aí eu ainda falei assim: “Moço o que eu tô fazendo aqui? Ó eu tenho que ir para casa, tenho que fazer minhas coisas”. Eu acho que eu não acreditei naquilo né? (...) Aí o médico chegou e falou comigo: “Ó, agora você vai ter que esperar a operação, vai ter que ficar aí. Entendeu? Então fica aí um período”. (...) Aí eu cheguei lá, mas graças a Deus, operei e fui para UTI. A UTI é tudo de ruim, tu via saco, mais saco, saco, uns maus tratos, não tinha, depois que você passa assim, acho que 24h sem beber água, mas depois você não bebia água direito não. Um copo, dois copos por dia e olhe lá. Comida gelada, café gelado, porque assim, eles não tem, eles não dão atenção. Eles, a vida deles é um conversar com o outro, um brincar com o outro e ali tudo jovem, tudo pessoas jovens, batendo papo, um falando da vida do outro, do que tava acontecendo, do deixava de fazer, mas dando atenção para os doentes não dava não. Eles cuidavam, dava banho, mas comia na hora que eles queriam. (...) não sei o que tem na cabeça deles, que eles botam comida, um monte de comida e enfiam dentro da tua goela e toda hora, acham que você tem que comer aquilo tudo na rapidez. Não dão atenção, não dão nada. E meu banho, caiu a noite. Era tipo uma escada lá. Aí quando chegou a noite, a água gelada. Imagina eu com cobertor, quentinha, sentindo dor aos gritos e a hora que eu tentava, a água gelada.

P: E ninguém tinha te explicado o que que tinha acontecido com você?

E9: Não, eu sabia que eu operei.

P: Não, mas que você ia ficar em uma cadeira de rodas, enfim...

E9: Não, até hoje não me falaram. Que tanto, antes de operar, eu falei, eu escutava que minha situação era grave, aí ele chegou e falou assim, eu perguntei: “Doutor, eu vou andar?”, aí ele falou: “Não sei”. Aí eu falei assim: “Doutor você acha que eu vou ficar em uma cadeira de rodas?”, aí ele disse: “Também não sei”. Então, assim, na realidade, eu não sei, eles não me passaram nada, nada, nada, nada. Entendeu? Cada um fala uma coisa, o que ouviu, o que deixou de ouvir, não sei. Mas eu queria saber, eu mesmo saber com o próprio médico, entendeu? Porque as vezes assim, falar para minha mãe, aí minha mãe não entende direito. Aí fala pra mim, fala de outro jeito. Então, eu queria ouvir dele mesmo a minha situação real e eu não sei.”

E9 descreve minuciosamente toda a angústia e desespero que sentiu ao adentrar ao serviço de emergência e após, na UTI e se deparar com o descaso, a falta de cuidado humanizado, o acolhimento que tanto se preza no cuidado prestado a qualquer pessoa. Ainda mais, sem saber o seu diagnóstico o que demora ainda mais para o início da elaboração de estratégias para evitar, prevenir possíveis complicações que não são consequências da lesão medular e orientar sobre as complicações que são consequências, como a bexiga neurogênica, por exemplo.

Desta forma, E9 se encontra perdida, sem nenhuma referência de algum profissional que possa orientá-la e sanar as suas dúvidas, o que consiste em um direito do paciente, de acordo com o Código de Ética dos profissionais de Saúde. Mais um indivíduo com lesão medular que não é orientado e os profissionais, por sua vez, não encaminham para o serviço de reabilitação como relata a seguir:

P: Aí depois você veio para casa e ficou sendo acompanhada pelo pessoal do posto?

E9: Ah, eles vêm aqui, conversa, conversa, conversa, mas eles não me passam nada. E eu pensei que teria depois um, assim, eu vou lá no neuro depois para tirar os pontos e pra me avaliar e eu vou ter uma noção né?

P: O que eles disseram para não te encaminhar para a Instituição?

E9: A clínica da família? Eles falam que vai botar, que ainda não tem, que, inventa uma porção de coisa e eu não tenho atendimento.”

C4, seu esposo que divide o seu tempo entre trabalhar e cuidar de sua esposa, corrobora que já foi inúmeras vezes ao posto de saúde próximo à sua residência e não obteve sucesso ao buscar atendimento em reabilitação, avaliando a questão da bexiga e do intestino, por exemplo, essenciais quando reeducados, para que o lesado medular obtenha uma excelente qualidade de vida.

“C4: Eles estão em uma amarração para colocar a gente pra lá, uma droga. Até a sonda eles não quiseram tirar e vinham trocar a sonda aqui depois de dois meses, se não fosse a tia dela, ela tava ferrada. Mas a gente deixava eles virem, que aí a gente pegava as sondas. Aqui tá abandonado, e vão chegar aqui, vão ficar louco quando verem ela desse jeito, porque não queriam tirar.”

No relato acima, o mesmo descreve para a enfermeira-pesquisadora que a esposa já estava com sonda vesical de demora há mais de dois meses e a mesma sentia dor e notou a presença de sangue no lúmen da sonda. Ao contatar a enfermeira do posto mais próximo, a mesma relatou que não ia fazer a retirada e que a mesma deveria continuar com a sonda, sem realizar a avaliação da mesma. A tia de E9 que é enfermeira, fez a retirada da mesma, porém, o processo de reeducação vesical se tornou dificultoso, uma vez que E9 utilizava sonda e fralda, uma vez que a sonda não era suficiente para segurar a quantidade de urina expelida.

Durante mais um encontro dialogo, a enfermeira-pesquisadora se depara com o mesmo problema: o descaso. C5, esposa de E10, nos relata como fora a trajetória no serviço de saúde desde o trauma.

“C5: Pro hospital público. (...) Três dias desacordado.

P: E aí o tempo total que ele ficou, do tempo que ele entrou até o tempo que ele foi embora?

C5: Sete meses. (...) Ele voltou com uma escara enorme nas costas.”

Após ficar no Hospital Público, E10 segue o mesmo fluxo dos demais: vai para casa e depende das visitas da ESF local, porém necessita ser encaminhado a um serviço de reabilitação. Além disso, C5 não se demonstra exausta com a questão de ser cuidadora dele e ainda, o incentiva a ser independente, autônomo. Porém, ele ainda resiste uma vez que fora criado pela mãe de outro jeito, limitando o que ele é capaz de realizar. Ainda, é válido destacar que residem na casa da mãe dele no momento, uma vez que onde ele morava a ESF local não existia e eles só entendem a importância da equipe multiprofissional da ESF em sua condição atual, para o tratamento das lesões por pressão, apenas.

“C5: Eu quero mostrar para ele que ele pode ser independente, que ele pode sozinho. Mas ele não aceita.

P: É que para ele deve ser também muito difícil, ficar nessa condição.

C5: Não é, porque ontem eu peguei a perna dele e coloquei em cima da outra, aí eu pedi: “Vai, tira a perna daí”. Aí ele falou: “Ah, eu não consigo não”. (...) Aí

voltamos para cá. Quando ele morava comigo ele comia sentado. Ele acordava de manhã, café da manhã, cuidava dele, curativo e tudo, banho curativo, cuidava dele, ia para cadeira, ia para cozinha, ele mesmo pegava o café dele. Tomava o café dele, ele ia para o quintal, não tinha escada nem nada, eu arrumava casa e ele me ajudava. Ele arrumava casa, varria casa. Hoje em dia... Se botar ele na cadeira, ele mexe tudo. Ele fez a casinha do cachorro, ele consertou a televisão, ele faz várias coisas sozinho quando senta na cadeira. Quando vocês forem embora eu vou mostrar a vocês, a casinha do cachorro, meu irmão só cortou a maquita para ele.(...) Mas ele aqui, é muito dependente. Pois nem tudo ela (referindo à mãe dele) deixa ele fazer sozinho. Ele tinha um andador aqui que eu levei. Quando eu fui colocar ele no andador, foi o dia que ela me agrediu. Ela falou na cara dele, que ela prefere ver ele na cadeira de roda do que andando, porque ela sabe que no dia que ele voltar andar, ele vai embora daqui. Aí ele chora. Ele não gosta de morar com ela. Porque ela perto de vocês é uma coisa. Eu só estou aqui por causa dele, eu já tentei ir embora várias vezes.”

E11 afirma que ao sofrer a lesão, seguiu para um hospital em Campos. A discussão fora realizada junto com C6, sua mãe que relata que, apesar de querer que o filho esteja em casa buscando os serviços de reabilitação inerentes à sua realidade, o mesmo vive mudando de casa e volta quando deseja. Ainda, ao questionar sobre o serviço de reabilitação C6 responde: *“Aqui? Não, só lá em Campos que ele fazia muito. Fazia fisioterapia, era muito boa a fisioterapia de lá.”*

Ao discutir sobre o caminho percorrido após sofrer o trauma, E12 também relata para a enfermeira-pesquisadora que foi para o hospital público e depois foi enviado para casa.

“P: Aí você ficou lá um tempo e depois, quem te acompanhava? De serviço de saúde? Você já passou por algum serviço de reabilitação?”

E12: Eu fazia fisioterapia só, lá no barracão. Depois a prefeitura não mandou mais carro para me buscar. Aí fiquei sem fazer. Aí consegui fazer em casa. Tinha dois, um para o pulmão, e outro para a coluna. Aí fazia, aí depois pararam de ir também. Foi aí que eu mudei para cá. Aí mudei para cá, aí minha mãe foi embora de novo, eu fiquei por aí mesmo, aí casei.”

Durante a discussão com a enfermeira-pesquisadora, E12 pontua que hoje em dia, não recebe visitas nem frequenta nenhum serviço que atenda às suas demandas e quem realiza alguns cuidados básicos além dele, é a sua esposa, sendo independente e autônomo nas suas atividades.

Por fim, E13 relata que, na época que descobriu o tumor e foi perdendo a sensibilidade e a motricidade dos membros inferiores, ainda morava no Rio de Janeiro:

P: E aí quando você descobriu o trauma você foi para onde inicialmente?

E13: Inicialmente eu fiquei em casa, fiquei três meses em casa, tratando pelo hospital do plano né? O home care. Que aí eu comecei, o pessoal me orientou a procurar a Instituição no Rio de Janeiro. Quando eu entrei lá, foi aí que eu comecei a ver outras possibilidades, eu não via outras possibilidades. Aí foi lá que eu aprendi a tomar banho sozinho, a trocar de roupa sozinho, a usar coletor né? Aprendi a montar o coletor, aprendi a andar na rua...

P: No início foi difícil essa adaptação?

E13: Demais. Muito difícil, porque quando eu fiz a cirurgia, eu não imaginava que eu ia ficar na cadeira.

P: Ninguém nunca tinha te falado?

E13: Ninguém me falou. Era um tumor, que eu fui dirigindo para o hospital, aí quando eu acordei da cirurgia eu já não estava sentindo nada da cintura para baixo, não tinha a menor noção que poderia acontecer isso. Aí, quando eu entrei lá, eu entrei ainda achando que eu, que a minha cirurgia ia ser reversível, que não foi. Então eu fiquei assim, mais ou menos uns 6 meses para cair a ficha né? Tipo: “Agora você é cadeirante, e você vai ter que arrumar um lugar para...”, tanto é que eu morava no sobrado no segundo andar, nem passava pela minha cabeça mudar de lá. Era um duplex que eu fiz, o negócio ficou muito show. Eu nem pensava em mudar dali. Só que aí quando caiu a ficha, que eu falei: “É, agora eu vou ter que comprar uma casa”. Aí foi quando eu comecei a, isso foi lá em Padre Miguel. Aí foi quando eu comprei minha casa, adaptei meu carro, aí foi quando eu conheci o basquete, aí foi quando minha vida mudou, porque eu falei: “Se eu posso jogar basquete, eu posso fazer o resto”. E qual é o resto? Ter uma vida normal, de familiar né? E voltar a dar aula, voltar a trabalhar, foi o que eu fiz.

P: E aí demorou quanto tempo para você se adaptar e fazer tudo sozinho?

E13: Com três meses na X (Instituição de Reabilitação no Rio de Janeiro) eu já estava fazendo tudo sozinho. Com 1 ano que eu saí da X eu já estava completamente adaptado. Com 1 ano eu já saí da X e comecei a trabalhar. Fiz um projeto dentro da X, que eu trabalhava com informática, e comecei a dar aula dentro da X de informática. Tanto que quando eu saí da X, o pessoal começou a financiar as minhas idas lá. Eles adaptaram meu carro e tinha um pessoal lá que pagava meu combustível. Aí eu fiquei 2

anos trabalhando na X. Aí foi quando eu recebi uma proposta né, para voltar para minha área, de projeto. Aí eu voltei. Foi quando eu recebi uma proposta para vir para Rio das Ostras, trabalhar na rede projeto. Aí aqui eu me encontrei, porque apesar de ser mineiro eu sempre gostei de praia. Aí eu comprei uma casa lá em Rio das Ostras, aí eu vendi a casa do Rio né? Aí minha esposa passou em um concurso aqui, aí eu comprei esse lote aqui. (...) A vida começou andar mais por aqui, basquete, trabalho, meu filho estuda na Estácio, então, como o trânsito lá estava daquele jeito que você conhece, aí a gente ficou aqui.”

Assim, E13 se mostrou bastante adaptado com a orientação da equipe de reabilitação na instituição para a qual fora direcionado. Com a ajuda da família e da sua visão e desejo de querer crescer, se tornar independente, tudo isso se tornou possível. Atualmente, além de dar aulas, o mesmo buscou qualidade de vida no Basquete sobre Rodas, onde se dedica aos treinos e viaja com o time para competições.

Infelizmente, o time ainda não possui o financiamento que necessitam, mas com poucos recursos conseguem treinar e competir. Cabe pontuar que E13 ainda, estando há mais tempo no time, e por já ter passado por um intensivo programa de reabilitação, divide experiências e ensina a outros cadeirantes como realizar as atividades da vida diária.

Desta forma, foi possível analisar que, apesar de alguns participantes terem frequentado um Programa de Reabilitação fora do Município de Macaé/RJ, muitos não foram referenciados e contra referenciados para serviços que lhes oferecessem suporte para uma melhor qualidade de vida em reabilitação. Cabe lembrar que, segundo a Portaria 793/2012, o serviço Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que deverá:

- “I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação (BRASIL, 2012)

Sabe-se ainda que:

“Sabe-se que a dualidade de liderança na gestão hospitalar é composta de especialistas, tanto por médicos como enfermeiros, que são tomadores de decisões que envolvem a dimensão administrativa, inclusive, no que diz respeito ao preparo dos clientes para a alta hospitalar. Contudo, essas lideranças tendem a se orientar pela lógica imediatista de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento

específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e, frequentemente, não tomam conhecimento do disponível em termos de serviços complementares de saúde extramuros hospitalares, resultando em altas sem a devida orientação dos clientes e seus familiares. Tendo em vista que o preparo da alta dos clientes das instituições hospitalares envolve direta ou indiretamente outros profissionais da equipe, cumpre destacar o princípio da integralidade, pois este remete inexoravelmente à compreensão de que a integração de serviços por meio de redes assistenciais, é fundamental. Em se tratando da oferta de intervenções terapêuticas para atender essa demanda, deve-se recorrer à reabilitação, como área de conhecimento e prática responsável por possibilitar à pessoa o treino de novas habilidades que tornem possível o enfrentamento destes obstáculos cotidianos. É preciso esclarecer que a reabilitação, enquanto serviço, é um conjunto de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde e bem estar, bem como de sua família e comunidade” (Machado et al, 2016)

Ainda, segundo Machado et al (2016), podemos destacar que:

“É importante destacar que a Enfermagem cuida de clientes em reabilitação, tanto na fase aguda do pós-lesão, como prestando cuidados de longo prazo. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades de cada cliente e família, dentre as quais se destacam as funcionais, motoras, psicossociais e espirituais. O foco é mantido na busca da independência do cliente em relação aos seus limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade. Cuidados e assistência especializados envolvem saberes e fazeres prestados por profissionais de diversas áreas de conhecimento. Esforços para viabilizar sua inclusão em programas de protetização, identificação de tecnologias assistivas, avaliação funcional para atividades cotidianas e autocuidado, além de preparo para cuidado domiciliar. Ademais, há que se considerar a importância da intervenção precoce nesses casos, devendo encaminhar essas pessoas para os pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para que recebam atendimentos adequados.”

Assim, são inteiramente responsáveis pelo encaminhamento destas pessoas ao atendimento congruente às suas reais necessidades. É de extrema importância o entendimento da equipe de saúde ao se voltar às pessoas com suas incapacidades, pois quando têm alta hospitalar, muitas vezes não recebem as devidas visitas no domicílio, nem o tratamento de reabilitação adequado, podendo causar complicações irreversíveis, reinternações e até mesmo, a morte.

Vale ressaltar ainda que, segundo Machado et al (2016):

“Sabe-se que muitos fatores podem influenciar a qualidade de vida após o trauma, como a qualidade do atendimento oferecido pelo sistema de saúde, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condição socioeconômica, entre outros. Dessa maneira, a sistemática avaliação dos clientes no pós-trauma pode refletir a condição do atendimento à saúde de uma determinada região, bem como identificar as necessidades de equipamentos e serviços institucionais para a reintegração psicossocial das pessoas após a alta hospitalar.”

Pereira e Machado (2016, p.1036) destacam que a organização da Rede de Cuidados perpassa a identificação de deficiências físicas que necessitam ser encaminhadas da Atenção Primária em Saúde para níveis de média e alta complexidade. Os autores reforçam que, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012), as deficiências decorrentes de amputações, ostomias, tetraplegia entre outros, são situações que devem ser referenciadas para unidades de atendimentos específicos, com possíveis desdobramentos para a área de tecnologia assistiva correspondente.

Tais pontuações trazidas da bibliografia nos faz entender a relevância de uma Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência eficaz, de forma que recebam o atendimento especializado e de reabilitação singular a cada caso e assim, obtenham autonomia e independência na sua vida. Segundo Machado et al (2016), é preciso conhecer os processos/princípios do SUS que orientam a alta de pessoas com deficiência para que as informações cheguem com objetividade e sistematicidade nos pontos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e assim, possam oferecer autocuidado e qualidade de vida a estas pessoas.

Percebe-se desta forma que, as visões de mundo de cada indivíduo são diferentes bem como sua maneira de identificar, enxergar seus enfrentamentos no processo de cuidado. Ainda, é perceptível diferenças com relação a sua posição dentro dos sistemas de saúde e como eles atuam, haja vista que, ao sair do hospital, muitas vezes, não são encaminhados para serviços de reabilitação nem informados como buscar informações e até mesmo que o processo de reabilitação deve ser um plano de cuidados contínuo.

Desta maneira, cada um possui sua interpretação própria com relação aos seus cuidados e saúde, de forma que os serviços oferecidos bem como o fluxo que os mesmos deveriam seguir, muitas vezes são negligenciados. Assim, o princípio de integralidade, proposto pelo Sistema único de Saúde acaba sendo ferido, uma vez que acabam não sendo contemplados em todos os níveis de atenção, tornando-o deficiente no que tange ao cuidado em reabilitação, haja vista que as ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde não podem ser compartimentalizadas (BRASIL, 2012).

Por fim, é possível pontuar que, apesar da Portaria 793/2012 e da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência bem como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que visam a integração e a reinserção social das pessoas com deficiência além de possuir como objetivo a garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado e ampliando o acesso

aos serviços de saúde, direito básico de qualquer cidadão, dentre outros, tais ações não ocorrem necessitando ser revisto junto às Secretarias Municipais de Saúde, os focos destes problemas, uma vez que reinternações podem acontecer devido ao aumento das complicações que poderiam ser evitáveis bem como reinserir esta pessoa no mercado de trabalho, gerando fonte de renda para o País, garantindo a cidadania dos mesmos.

Neste ínterim, é importante destacar e explicitar este caminho a ser percorrido bem como a Rede de cuidados como uma estratégia para o cuidado continuado focando nos pontos de atenção desde a sua hospitalização até o domicílio. Destaca-se a importância da efetividade da Assistência Primária à Saúde no sentido de referenciar e contrarreferenciar estes indivíduos para os pontos de atenção necessários às demandas apresentadas.

Pode-se perceber que este conhecimento promove influência direta na aceitação, adaptação de sua nova condição. Desta forma, é relevante a presença da Rede de Cuidados no material educativo elaborado, uma vez que acessando tais informações, o indivíduo com lesão medular pode acessar questões que podem conduzi-lo à reflexão e posterior condição de pleitear seus direitos.

Capítulo VI

*A construção de um aplicativo
como material educativo para
lesados medulares e cuidadores
sobre lesões por pressão*

CAPÍTULO VI. A CONSTRUÇÃO DE UM APLICATIVO COMO MATERIAL EDUCATIVO PARA LESADOS MEDULARES E CUIDADORES SOBRE LESÕES POR PRESSÃO

Após a realização das entrevistas no processo de produção de dados, a análise de conteúdo evidenciou as questões aqui pontuadas. Sabe-se que, o capítulo anterior foi solicitado para que fosse colocado no aplicativo como informações importantes, porém, o objeto do estudo abarca a temática sobre lesões por pressão e, desta forma, se inicia neste capítulo a construção inicial do aplicativo.

Este capítulo apresenta o diálogo, como tecnologia na construção do material educativo, implementado a partir da segunda e terceira questões guia (APÊNDICE D). Este diálogo permitiu à reflexão e discussão do saber-pensar e saber-fazer, além de considerar importante para o conhecimento do cuidado voltado às lesões por pressão, no que tange à prevenção e tratamento.

Através dos encontros dialogados entre a enfermeira-pesquisadora e os participantes se estabeleceu um caminho para a construção do aplicativo. Ressalta-se a importância da disseminação deste conhecimento para outras pessoas em situações semelhantes e que, por muitas vezes, recebem alta hospitalar e retornam aos seus lares com pouca ou nenhuma orientação sobre o que muda mediante a sua nova condição.

Pontua-se que, “A popularização dos celulares inteligentes, os smartphones, tem sido considerada por muitos a revolução tecnológica de maior impacto nos últimos tempos após a revolução causada pela Internet e pelas redes sociais.” (TIBES et al, 2014).

Tibes et al (2014) ainda pontua:

“O crescimento do mercado de dispositivos móveis tem gerado oportunidades comerciais e sociais em diversas áreas. Esse tipo de dispositivo é considerado um computador de bolso com acesso a milhões de aplicativos. Apenas em 2012, mais de 40 bilhões de aplicativos foram baixados nos smartphones e a previsão é de que esse número chegue a 300 bilhões em 2016.2. Isso se deve principalmente à facilidade com que esses aplicativos podem ser acessados em suas respectivas lojas virtuais. Desse modo, desenvolver soluções computacionais no formato de aplicativos móveis representa um meio eficaz de disponibilizar a ferramenta e atingir o público-alvo desejado.”

Os aplicativos móveis possuem uma vantagem no sentido da quebra da mobilidade, uma vez que o usuário pode lançar mão do mesmo em qualquer lugar, a qualquer momento. A utilização destas estratégias de cuidado está crescendo na área da

saúde, oferecendo aos profissionais suporte e embasamento científico acerca de suas ações, além da precisão em suas atividades (TIBES et al, 2014).

Entende-se que, através da construção deste aplicativo, é possível traçar uma estratégia de cuidado que atinja diretamente o usuário (pessoa com lesão medular e seus cuidadores) e que seja utilizado em ampla escala pelos mesmos. Ainda, será possível que os profissionais de saúde tenham acesso, no sentido de implementar em seu cuidado tal estratégia, proporcionando empoderamento destes indivíduos bem como consequente qualidade de vida.

Tais orientações são relevantes por proporcionar ao indivíduo que sofre uma lesão medular e vai para seu domicílio, iniciando o enfrentamento das dificuldades e complicações de uma nova vida. Desta forma, o enfermeiro pode conhecer suas particularidades, sendo capaz de elaborar um plano de cuidados inerente e eficaz à sua real condição, contribuindo positivamente para o resgate de sua autonomia, independência e cidadania.

Além do indivíduo, é preciso entender que a rotina muda e que o cuidador está intimamente ligado a este processo no que tange a não mais obedecer e cumprir regras impostas pelos profissionais de saúde, quando estes são postos basicamente tecnicistas, prescritivos e mantêm um diálogo verticalizado e sim, no sentido de auxiliar a encontrar o melhor plano de cuidados que seja eficaz ao lesado medular.

O cuidador deve ser incentivado e responsabilizado pelo cuidado proposto em conjunto com a enfermeira e o indivíduo. Sua participação deve ser estimulada, suas dúvidas sanadas e toda e qualquer informação ouvida, a fim de que se identifique sinalizações de fatores que possam interferir no processo a ser implementado.

Desta forma, a utilização dos conceitos da teoria de enfermagem deve explorar o indivíduo em sua inteireza, as famílias e os grupos que o circundam e o seu cuidar, atendendo às crenças, ações, valores, práticas que estão baseadas em sua cultura.

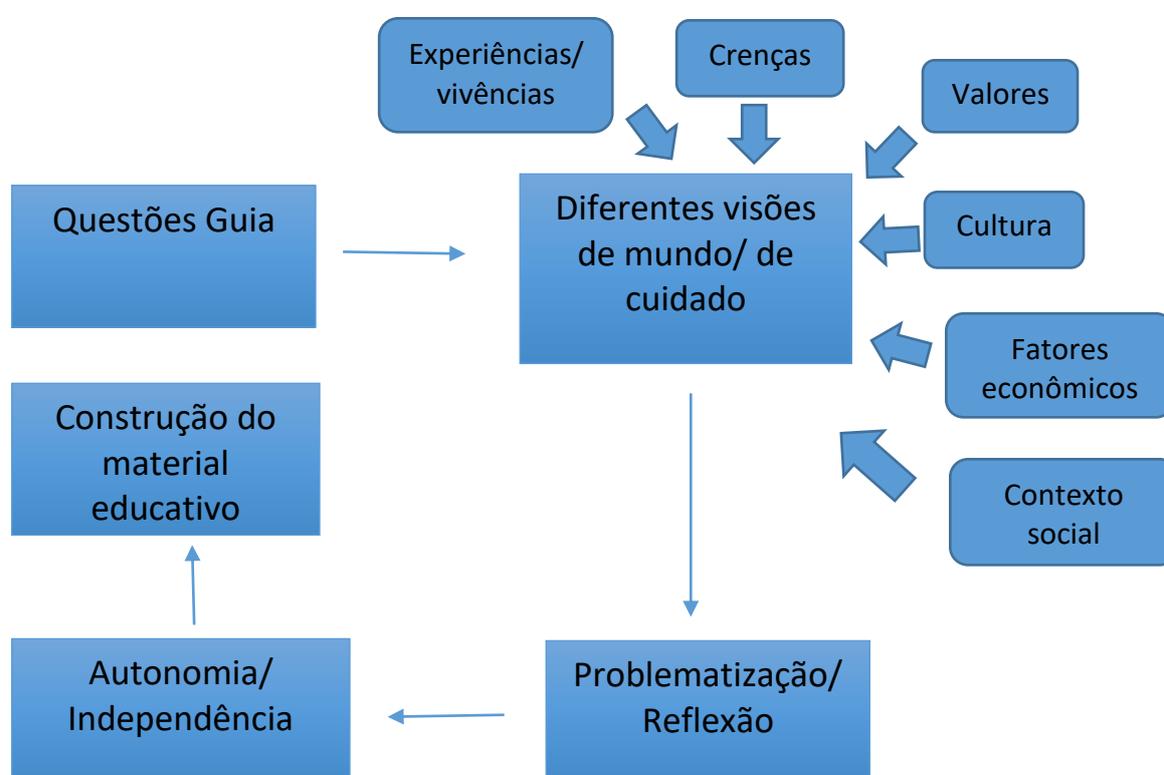
A teoria proporciona a inserção da Enfermagem na visão de mundo de cada um, apreendendo seus conhecimentos, a forma de colocar os pensamentos em prática, a forma de refletir sobre determinado fenômeno. Assim, o respeito à pluralidade e individualidade se apresenta na tomada de decisões coerentes à realidade apresentada, entendendo que cada ser é único.

Esta atitude interfere direta e positivamente no processo de saúde-doença deste indivíduo, uma vez que:

“(...) as experiências de vida são vivenciadas de forma diferente pelos indivíduos, o mesmo não se verificando quanto à utilização de um único referencial, o do profissional, formado por seus valores pessoais e profissionais e pautado no modelo biomédico, pois tal modelo privilegia a uniformidade dos valores culturais, os padrões gerais de atendimento à saúde e a universalização de sintomas e patologias.” (TEIXEIRA, 2008, p.116 apud MARCON; ELSEEN, 1999, p.23)

Pode-se inferir que o modo de conhecer e cuidar da lesão por pressão, varia de indivíduo para o outro, ao se considerar a bagagem sócio-econômico-cultural que possuem, além das experiências e vivências relacionadas à lesão medular e às lesões por pressão.

As discussões sobre lesões por pressão seguiram a seguinte trajetória:



Esquema 04 - Momento dialogado sobre as lesões por pressão

Nas et al (2015) pontuam que as expectativas mais importantes, tanto na fase crônica quanto na fase de retorno ao domicílio, necessitam da máxima independência relacionada ao nível da lesão medular, da integração do indivíduo na sociedade e do envolvimento da família.

Com base nas considerações do autor (op cit.) o acesso aos saberes e práticas é imprescindível neste contexto. Nesta pesquisa se deu através do cuidado educativo, ou seja, a utilização da educação em saúde como estratégia para o cuidado pela enfermeira-pesquisadora. Ressalta-se a pertinência da valorização cultural para saber-fazer e saber-pensar saber-pensar no sentido de incentivar à problematização de sua realidade, como

bem especifica Freire, visando à autonomia. Cabe ainda pontuar os conceitos propostos por Orem quando traz a perspectiva de autocuidado, no caso em tela, que é exigido em condições de lesão, ajustando a sua condição e, como consequência, se empoderando de todo o contexto que vive e experiência, conhecendo o que o circunda e o que o afeta tanto positiva quanto negativamente, sendo possível exercer o autocuidado, tornando-o autônomo.

Este trecho de Nas et al (2015) ainda, retorna à discussão da Rede de Cuidados a esta população. Existe uma grande necessidade da eficácia da articulação entre os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção. O sistema de referência e contrarreferência deve atender todas as demandas de cuidado às pessoas com lesão medular. A Assistência Primária à Saúde se torna responsável por promover o acesso a todos os serviços disponíveis. Somente desta forma, a pessoa com lesão medular possui a independência que os autores apontam através da sua autonomia e empoderamento de seus direitos dentro do serviço de saúde.

Ainda, se aplica totalmente a Teoria do Autocuidado de Orem, principalmente no sentido do autocuidado no desvio de saúde, em condições de lesão, neste caso, com a finalidade de ajustar a condição, se aplicando os requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Entende-se ainda que uma mudança de hábitos pode se tornar dispendiosa e por vezes dificultosa em curto prazo, ou seja, através dos encontros realizados com a enfermeira-pesquisadora. Porém, mudanças pontuais e progressivas podem ocorrer mediante a sensibilização para a reflexão e posterior conscientização.

A adoção deste aplicativo como material educativo construído e validado nesta tese, possui uma colaboração positiva para o cuidado, disseminando o conhecimento, rememorando informações que podem ter se perdido durante a troca com a enfermeira-pesquisadora e auxiliando para uma melhora significativa na qualidade de vida e autonomia. Como corrobora Teixeira (2008), no intercâmbio entre o senso comum e o técnico-científico, o conhecimento de cada um deve ser considerado como saber, possibilitando um conhecimento compartilhado, promovendo a tecnologia de cuidado através da educação em saúde.

Ainda, contribui para a pessoa que teve alta hospitalar e, por receber inúmeras informações neste momento, não consegue assimilar as orientações em pouco tempo e acabam se perdendo. Ou ainda aqueles que não recebem nenhuma informação, como foi o caso de alguns participantes do estudo, ou não entendem, não sabem como

prevenir/cuidar das lesões por pressão em domicílio a fim de evitar maiores complicações, como infecções, por exemplo.

Após todo o exposto, é necessária a criação e estabelecimento de vínculos assistenciais entre a equipe de saúde, principalmente, da enfermeira-pesquisadora com as pessoas com lesão medular e, nesta Tese, é oportunizado tal vínculo através do cuidado educativo e da metodologia convergente-assistencial que gera uma participação efetiva e uma interação entre o senso comum e o saber científico, com vistas a lançar mão de estratégias educativas e do diálogo como forma de cuidado.

Ainda, a Pesquisa Convergente-Assistencial permite o vai-e-vem dos encontros entre os indivíduos e a enfermeira para que se efetive a minimização ou solução de problemas identificados, através de novas discussões após a reflexão e criticidade a fim de sanar as dúvidas e se implementar o cuidado.

Para se fazer entender, a enfermeira deve utilizar uma linguagem próxima aos entrevistados, evitando assim barreiras na comunicação. O uso de termos científicos pode interferir negativamente na elaboração do processo de cuidado, na resolução de problemas, gerando ruídos na interpretação do que se quer dizer. Tal premissa auxiliou na realização do aplicativo, que se constitui em uma ferramenta informativa, uma vez que se sabe que, apesar dos profissionais poderem utilizar o mesmo, o foco principal são as pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

Desta forma, com vistas a alcançar pessoas com diferentes escolaridades, o aplicativo foi descrito de forma acessível a todos, permitindo a inclusão social nesta tecnologia implementada, corroborando um dos preceitos do SUS que consiste no direito à informação.

Destaca-se que as ações de autocuidado é a capacidade de tomar para si o autocuidado e as atividades envolvidas podem ser afetadas por fatores condicionantes básicos como por exemplo, disponibilidade de recursos, aprendendo a viver com os efeitos de condições e das consequências no estilo de vida, proporcionando desenvolvimento pessoal continuado, como o acesso à informação, levando à melhoria em sua qualidade de vida, se tornando autônomo e independente.

Vall et al (2005) corrobora que:

“Os princípios da reabilitação para este estudo priorizam o ser com lesão medular (ser humano) como sujeito de ação e não como objeto (passivo), desenvolvem a assistência ao indivíduo, ficando a prevenção no repasse de informação e favorecendo a consciência de atuar dentro de seus direitos de ir e vir, desenvolvendo atitudes críticas e comportamentos que valorizem a qualidade de vida (assistência de enfermagem), promovendo a saúde e

transformando o indivíduo em agente de mudança, em seu contexto de vida (ambiente).”

E, entendendo que cada um possui sua bagagem cultural, sua própria visão de mundo e através da aplicabilidade do conceito de cuidado cultural durante toda a análise do conteúdo das falas se observa que tal bagagem orientará suas ações no mundo. Assim, sua visão orienta, neste caso, seus cuidados e suas percepções do que é relevante no que tange à prevenção e tratamento das lesões por pressão. Desta forma, se iniciou com os significados sobre tais lesões bem como as situações vivenciadas no período de hospitalização, logo após o trauma.

Cabe pontuar que, há época das entrevistas, a nomenclatura para as lesões por pressão ainda não havia sofrido alterações. Assim, para relacionar a estas lesões, o termo utilizado fora úlceras por pressão descritas como tal neste estudo, porém, já atualizada durante a construção do aplicativo.

6.1. Os significados inferidos sobre as lesões por pressão e as vivências durante a hospitalização pós-trauma

Durante o encontro dialogado e, após o aquecimento, a discussão preliminar, quando foi abordada a questão sobre a rede de cuidados, se buscou identificar os significados e percepções pessoais sobre as lesões por pressão para que se pudesse identificar que caminho a enfermeira-pesquisadora seguiria a fim de incentivá-lo à construção compartilhada. Com isto, para iniciar esta abordagem a enfermeira-pesquisadora iniciou o diálogo com: “Fale o que você sabe sobre as lesões por pressão. Como você cuida?”

A partir disto, os participantes do estudo relataram a sua compreensão sobre as lesões. Em diversos momentos, expuseram suas vivências durante a hospitalização pós-trauma de que maneira os cuidados recebidos influenciam em seu entendimento do cuidado diário no que tange à prevenção e tratamento destas lesões.

P: Você sabe o que são as úlceras por pressão?

E1: Eu conheço como escara, alguns falam úlceras de decúbito, tem isso também né?

P: Isso. Tem úlceras de decúbito, a gente chama de úlceras por pressão.

E1: Eu conheço como decúbito e escara. Essa outra de pressão tô sabendo agora com você.

P: Então, como fica muito tempo...

E1: Pressionando!

P: Correto.”

O participante E1 estabeleceu uma correspondência clara entre úlceras de pressão, úlceras de decúbito e escaras. No mesmo momento se iniciou a construção compartilhada do conceito de úlceras por pressão, partindo da reflexão do participante sobre a relação entre o significado de úlceras por pressão e o fato de que a pressão resulta do tempo de permanência maior na mesma posição.

De acordo com Nas et al (2015), as úlceras de decúbito (ou lesões por pressão), ocorrem mais frequentemente na região sacra, ísquio, trocânter e na porção superior do quadril. Tais regiões compreendem em locais de difícil acesso e por muitas vezes, necessitam de um cuidador para realizar os cuidados.

Ainda, nesta fala, E1 pontua que fora para seu domicílio sem as devidas orientações, ocasionando uma região hiperemiada (estágio 01) das lesões. Ainda, o único cuidado orientado pelo fisioterapeuta seria a mudança de decúbito de duas em duas horas, porém Lianza (2007) pontua que a pessoa cadeirante, por obter uma maior fragilidade na pele e menor tolerância tecidual, deve realizar a mudança de meia em meia hora.

A pele possui diversas camadas, como na figura a seguir e, dependendo do estágio de cada lesão, uma ou demais estruturas da pele, são acometidas. Da mais superficial para a camada mais profunda temos: epiderme, derme, tecido adiposo, músculos e ossos.

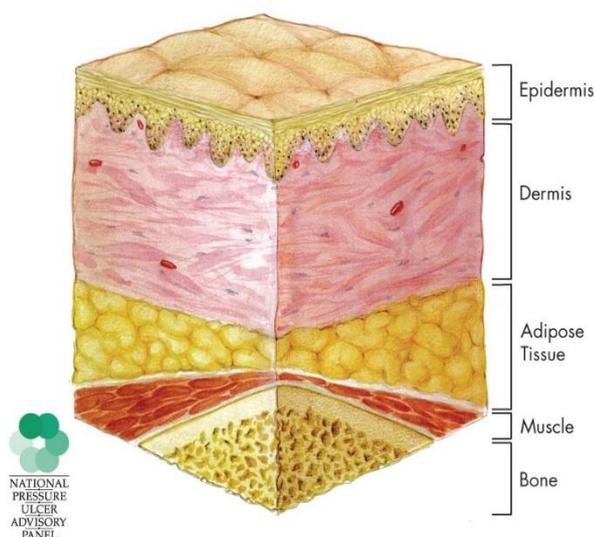


Figura 02 - Divisão das camadas da pele. Fonte: www.npuap.org

De acordo com a NPUAP (2016), a lesão por pressão é resultado de uma força de pressão com cisalhamento ocasionando um dano na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes. A lesão não é considerada apenas quando a lesão está aberta, mas ainda com a pele íntegra. Nas subdivisões de seus estágios fica claro tal afirmativa, quando a lesão se inicia no estágio 1 que se constitui em: pele íntegra com uma área delimitada de eritema que não embranquece à digito-pressão. Quando a mesma não embranquece, é indicativo de uma microcirculação prejudicada (Figura 03).

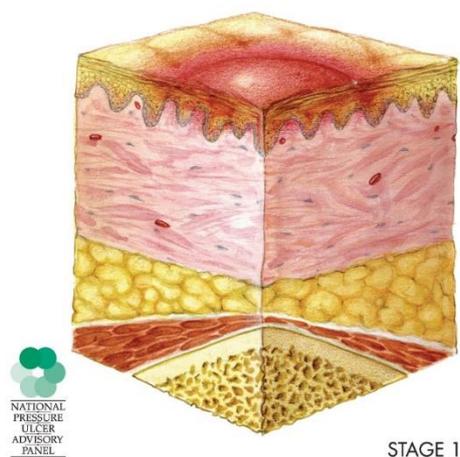


Figura 03 - Lesão por pressão – Estágio 01. Fonte: www.npuap.org

No estágio 02, há a perda parcial de pele em sua espessura, havendo exposição da derme. Neste caso, se visualiza uma bolha intacta ou rompida e, se estiver aberta, seu leito estará viável, contendo umidade e com coloração rosa ou vermelha (Figura 04).

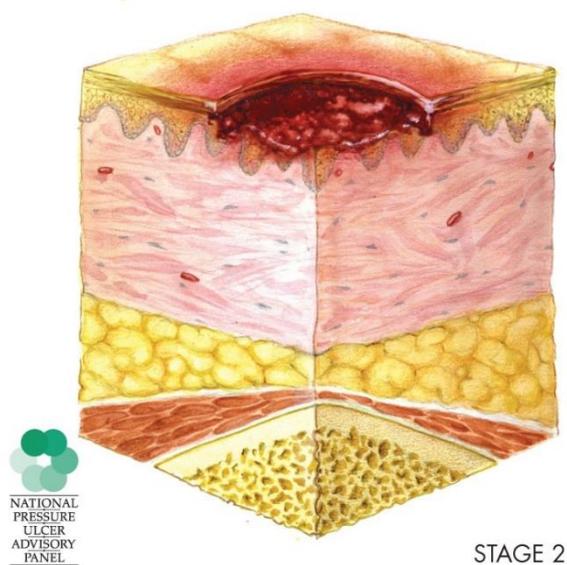
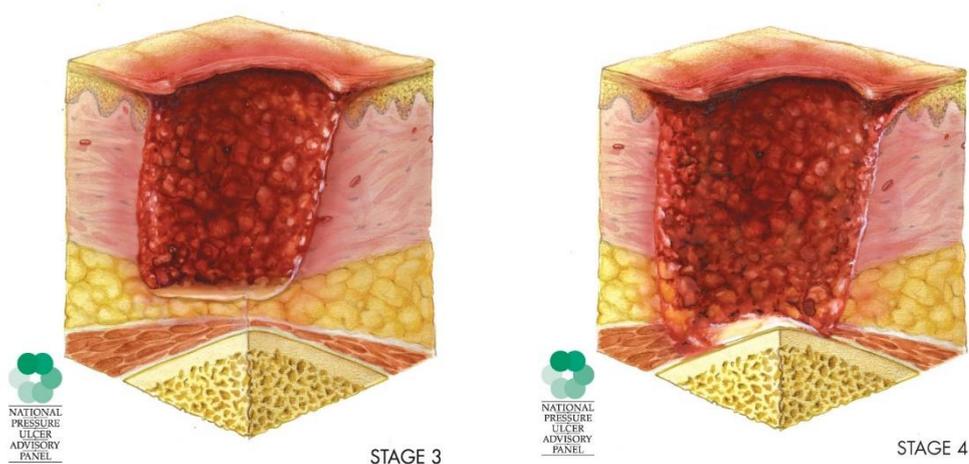


Figura 04 - Lesão por pressão – Estágio 2. Fonte: www.npuap.org

Já no estágio 03, se observa a perda da pele em sua espessura total, com presença do tecido adiposo aparente, tecido de granulação e epíbole (Figura 05). Por sua vez, a Figura 06 mostra o estágio 4 que consiste na perda da pele em sua espessura total, porém, com exposição da fáscia, tendão, cartilagem, músculo ou osso (Figura 06).



Figuras 05 e 06 - Lesões por pressão – Estágio 3 e 4. Fonte: www.npuap.org

Ainda, a NPUAP (2016), traz a lesão por pressão não classificável que consiste na lesão com tecido de esfacelos e/ou necrose (Figura 07). Desta forma, não se consegue realizar a mensuração, a observação da coloração, presença de túneis, secreções, dentre outros, sendo assim, necessária a limpeza e desbridamento para se proceder à classificação.

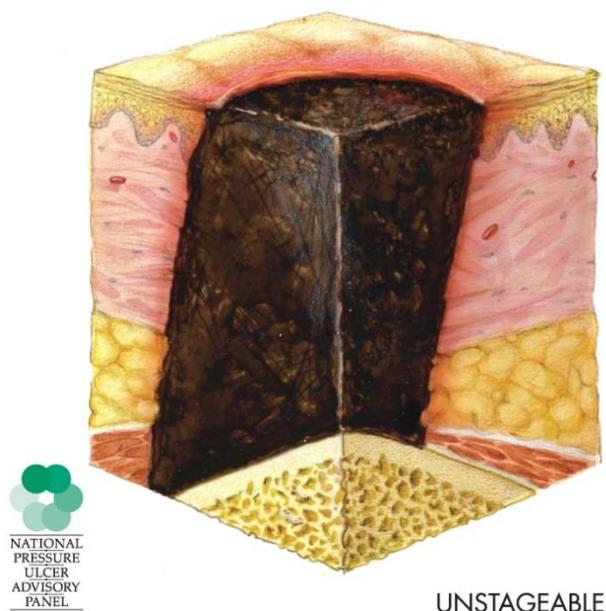


Figura 07 - Lesão por pressão- Não-classificável. Fonte: www.npuap.org

É possível assim, entender a sua formação e classificação. E2, por sua vez, não consegue associar, mostrando desinteresse em saber o que são as lesões, apesar de possui-las.

Sabe-se ainda que as pessoas com lesão medular ficam hospitalizadas por um longo período de tempo e experimentam uma variedade de limitações nas atividades diárias junto com as complicações como: lesões por pressão, por exemplo (NAS et al, 2015). Ainda, o período se inicia com a admissão no hospital e a estabilização do estado neurológico do indivíduo e leva um tempo médio de seis a doze semanas. Neste ínterim, a reabilitação neste período requer a prevenção de complicações que podem ocorrer a longo prazo (NAS et al, 2015), como as lesões que trago na tese, sendo fundamental o seu cuidado para uma melhor qualidade de vida.

Portanto, E1 pontua sobre seu tempo de hospitalização quando a reabilitação no sentido de prevenir esta complicação fora negligenciada como segue a fala:

“E1: Já tive cinco escaras. Eu saí do hospital já com três. No cóccix e as duas do fêmur. Aí com tempo foi, eu não sabia que saia, não sabendo de nada (...) Nem no hospital não falaram nada que eu tinha que virar. Fui saber com o tempo aí(...)”

E1, portanto, relata que em seu período de hospitalização apresentou diversas lesões, porém obteve alta hospitalar e foi encaminhado para sua residência quando ainda não sabia como proceder os cuidados. Tal fato está diretamente imbricado com a rede de Cuidados à pessoa com deficiência, uma vez que saiu do hospital sem as orientações necessárias e básicas aos seus cuidados, ferindo os princípios de autonomia e inclusão social que as políticas de saúde têm trazido.

Após a sua chegada em domicílio não se pôde observar o cuidado continuado, referenciando a pontos de atenção que atendessem à sua demanda, no caso em questão, a presença de tais lesões que podem levar a complicações bem mais significativas.

De acordo com Agrawal (2012) e Acc Ebh Group (2009), as lesões por pressão ocorrem entre 30 a 85% das pessoas durante o primeiro mês da lesão e 85% dos indivíduos com lesão medular obterão uma experiência com a lesão por pressão durante toda a sua vida.

“P: Você sabe o que são as úlceras por pressão?”

E2: Não.

P: São essas feridas que você está, que comumente as pessoas chamam de escaras, úlceras de decúbito...”

Tal fato é preocupante no sentido de que é preciso entender quais modificações acontecem e se interesse por elas para que inicie o processo de diálogo com a enfermeira-pesquisadora para assim, buscar o melhor plano de cuidados para o tratamento de suas lesões. Cabe pontuar que o enfermeiro da ESF local realiza os seus cuidados com as lesões, uma vez que E2 não se interessa em realizar os curativos.

“E3: Sim, sei.

P: Então o que são elas?

E3: A úlcera por pressão, é a compressão né? De você ficar muito tempo sentado na cadeira sem fazer um alívio, sem fazer uma decompressão para aliviar, da cama também. (...) Desde que eu vim do hospital e fechou, eu não tenho mais nenhuma. (...) não tenho tendência a desenvolver úlcera por pressão não. A minha foi mais pelo tempo que eu fiquei no hospital mesmo.”

E3, por sua vez, já vivencia a lesão medular por muitos anos e, apesar de possuir uma lesão mais alta, apresentando maior limitação em seus movimentos, ele não possui tais lesões, referindo possuir quando sofreu o trauma e estava hospitalizado. Sua cuidadora, C2, relatou ter aprendido o que são as lesões e a forma de cuidado, com o passar do tempo, através de sua experiência e não com o suporte profissional que se espera receber.

Tal fato é preocupante uma vez que a pessoa com lesão medular necessita ser bem orientado sobre todas as possíveis complicações, uma vez que pode limitá-lo ainda mais e/ou até mesmo facilitar o aparecimento de outras complicações como por exemplo, as lesões por pressão podem levar a infecções graves e até a morte.

Podemos corroborar esta afirmativa quando Machado et al (2016) aponta que:

“Investigando as associações entre as orientações passadas pelos enfermeiros, suas formas de implementar e gerenciar o cuidado para com pessoas com lesão medular em regime de internação, estudo realizado nos Estados Unidos, mostrou que quanto mais tempo o enfermeiro se dedica ao processo de orientação para o cuidado domiciliar, envolvendo cuidadores, melhores são os resultados de autonomia funcional para o autocuidado e aceitação das novas condições de vida.”

Desta forma, é necessário que o lesado medular e o seu cuidador sejam bem orientados, sendo a Atenção Primária à Saúde essencial neste processo ao buscar os pontos de atenção pertinentes às demandas apresentadas, devendo tal orientação se iniciar durante a hospitalização com vistas a não trazer inúmeras informações no dia da alta hospitalar e sim, entender que a orientação como forma de cuidado, é um processo que pode se tornar demorado e limitado, dependendo dos valores, cultura,

conhecimento, experiências/vivências de cada um, sendo um papel de grande relevância da Enfermagem.

A fala de C2 evidencia o quanto as informações são negligenciadas e C2 se vê perdida nas informações, uma vez que, por cuidado e com receio de E3 entrar na fase de depressão e não querer avançar no tratamento, C2 preferiu que E3 não soubesse de seu diagnóstico e prognóstico inicialmente, a fim de tentar avançar para a fase de reconhecimento e assim, encarar melhor a sua lesão.

“C2: Fiquei. Durante 5 meses (com ele internado no hospital).

P: E lá alguém orientou a senhora como cuidava dele? Os enfermeiros, os médicos?

C2: Não.

P: A senhora foi aprendendo vendo?

C2: Foi, do dia a dia.

P: E orientaram alguma coisa sobre as feridas que poderiam aparecer nele com o tempo?

C2: Não. Orientou só que era pra eu virar ele de vez em quando para não esquentar. Mas nada, só isso.

P: E aí ele ficou durante esses 5 meses e ele saiu com alguma ferida?

C2: Saiu. (...) nunca teve, só uma vez que ele já veio do hospital, fechou e nunca mais.(...) Porque ele foi pra a Instituição (refere-se à uma instituição de reabilitação no Rio de Janeiro X), e ele voltou pra casa sem saber que ele ia ficar tetraplégico. Ele veio pra casa sem saber, no hospital não falaram pra ele, porque eu não quis que falasse. Eu não autorizei a falar porque eu achei que ele ia entrar em depressão e ia se entregar e seria pior para ele. Eu falei: “Não, quando chegar na hora certa Deus vai mostrar e...” E lá na Instituição que caiu em si que ele ia ficar tetraplégico. Fazendo as atividades, fazendo as amizades, e ali ele foi escutando coisas o que estava se passando por ele, e já passou com as outras pessoas lá, com os companheiros dele lá. Começou fazer amizade, começou a aprender e caiu em si que ele ia ficar tetraplégico. Entendeu? Foi assim.”

Desta forma, E3 quando percebeu, já estava realizando suas atividades, estando nitidamente entre a fase de reconhecimento e na fase de adaptação. Pode-se inferir alguns dos requisitos necessários no desvio de saúde, como pontua Orem, que seria a modificação de sua autoimagem, aceitando estar em um determinado estado de saúde e

aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos, a fim de promover mudanças no seu estilo de vida, buscando desenvolvimento pessoal.

Levando-se em consideração as fases de reconhecimento e adaptação descritas podemos descrever que o Ministério da Saúde traz a definição destas duas fases que consistem:

“Fase de Reconhecimento: Nessa fase o paciente visualiza a deficiência/paralisia como definitiva, gerando intensos sentimentos de desamparo e ansiedade podendo levar a um quadro de depressão e ideias suicidas. Em contrapartida, essa é a fase onde o paciente deve ser estimulado a ter participação ativa para desenvolver o máximo o seu potencial residual. Nessa fase, a família é de extrema importância, para estimular o paciente em sua possível superação, a família tem em nos profissionais da saúde, seu porto seguro por esse motivo temos ser claros e transparentes. Fase de Adaptação: Essa é a fase que o paciente sente-se recompensado, põe seus esforços utilizando ao máximo sua capacidade, visualizando o processo de Reabilitação como facilitador para sua reintegração biopsicossocial.” (BRASIL, 2013)

E3, por sua vez, traz durante o diálogo com a enfermeira-pesquisadora um conhecimento compartilhado com outra pessoa que também possui lesão alta, conhecimento este observado durante toda a sua trajetória em cadeira de rodas e que ele justifica não possuir as lesões por pressão.

“E3: Eu vou contar um fato pra você aqui, pelo seguinte, que, como eu te falei, a minha amiga ela é tetra também, e nós que temos uma lesão mais alta, ao invés de usar a para se sustentar, a gente usa a sustentação muito na torácica. (...) É o seguinte, o tetra quando tem um cuidado específico, o tetra, ou até mesmo a pessoa de lesão um pouco mais alta, torácica, ela é mais difícil de desenvolver escara no cóccix, pelo seguinte, que o peso ele fica dividido entre as costas e o cóccix. O peso não fica, não fica o peso todo em cima do cóccix. Então a gente tava até discutindo, discutindo não, a gente tava conversando sobre isso, sobre essa questão, do posicionamento também. Porque a pessoa que tem uma lesão mais baixa, que é para, ela fica mais ereta e fica toda ali.(...) A pessoa que tem uma lesão mais alta, da distribuição, aí dá uma compensada. Não fica só no cóccix. Aí dá uma jogada para as costas.”

Como mencionado acima, tal afirmativa se dá pela vivência de não possuir lesões por pressão bem como sua amiga que também é tetraplégica, também participante do estudo, E5, em sua fala que segue.

“E5: (...) graças a Deus eu nunca tive escara nenhuma. Aí, foi uma coisa que estávamos conversando há um tempo atrás aqui. A maioria das pessoas que a gente conhece que tiveram, são paraplégicos. É que a gente idealiza, quando a gente sente alguma coisa de tetra. Aí a gente idealiza, nosso pensamento junto, que o paraplégico bote toda força aqui em cima (referindo-se à região sacra), e porque a maioria das escaras deles são, exatamente no quadril, cóccix, então a gente acha que eles põem aquele peso todo em cima, e não tem como liberar peso nenhum, já que aquela parte está “morta”. E aquele peso fica ali e cria a escara.”

Neste ínterim, não se pode afirmar que E5 possui um conhecimento equivocado, já que não há fontes que mostrem este dado e até mesmo porque nenhum dado é descartado como bem pontua Vasconcelos (2006) quando traz que partir do conhecimento do outro, não significa se tornar ligado, preso a ele, mas sim sempre levar em consideração que o conteúdo do que é falado pode ser uma estratégia para melhor conhecimento do indivíduo.

Desta forma, este conhecimento foi construído através da vivência de ambos, que perceberam tal fato a não possuírem as lesões por pressão e lidarem com outras pessoas com lesão medular, paraplégicos, que possuíam as mesmas.

A fundamentação utilizada por ambos entrevistados é devido à sustentação postural que os paraplégicos possuem, a depender do nível da lesão e, com isto, a incidência das lesões é maior, pois caso um lesado medular apresente trauma a nível torácico, por exemplo, a pressão na região sacra é maior. No caso da pessoa com tetraplegia, apesar da lesão ser alta, as áreas de distribuição acabam sendo não somente a nível sacral, mas também a nível torácico, difundindo melhor o seu peso e reduzindo assim, a incidência de lesões, por não possuírem esta sustentação postural.

“E4: Aí depois eu vim pra casa, aí foi quando no começo minha mãe não sabia de nada, eu estava com uma ferida grandona no cóccix.

P: Você saiu do hospital com a ferida?

E4: Aham. Eu fiquei com a ferida por causa da prancha, os outros falam que é normal ter, sair a ferida aqui. Fiquei quase três dias na prancha do bombeiro que é dura.

P: O que não é normal. Você precisava aliviar a pressão para evitar o aparecimento das lesões.”

E4, por sua vez, traz também como questão, adquirir as lesões por pressão enquanto hospitalizado e ainda refere que foi considerado como uma complicação comum, consequência da lesão medular e da hospitalização. Ainda, por obter como pressuposto essa afirmativa, a equipe de saúde não possui os cuidados necessários, não oferecendo o suporte e cuidado necessário para a prevenção de tais lesões como, neste caso, ter deixado E4 em uma prancha de madeira por três dias ao chegar no hospital.

Segundo Machado et al (2016):

“Muito frequentes têm sido as queixas dos clientes, famílias e cuidadores, quanto aos procedimentos adotados por médicos e enfermeiros no preparo da alta hospitalar de pessoas com lesões neurológicas incapacitantes, em particular quanto à sintomática falta de conhecimento sobre o assunto e pelas dificuldades desses profissionais para orientar e/ou encaminhá-los para programas de reabilitação referenciados.”

Pode-se perceber durante várias falas encontradas neste capítulo esta afirmação apontada pelo autor acima. A alta hospitalar é um momento difícil a todos os envolvidos no processo e muitos retornam para seus lares, sem muitas informações ou confusos com muitas informações em um curto período de tempo, porém a negligência e o desconhecimento de algumas orientações, o que é a Rede de Cuidados abordado no capítulo anterior, dentre outros são problemas importantes que enfrentamos na equipe de saúde, afetando diretamente na qualidade de vida e no processo de cuidado à pessoa com lesão medular e seus cuidadores.

Entende-se ainda que a orientação e compartilhamento de conhecimentos é fundamental neste contexto, uma vez que:

“Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis.” (LEITE, FARO, 2005)

Assim, o conhecimento das atividades que realizam para prevenir ou tratar as lesões por pressão são fundamentais para o seu autocuidado, respeitando suas particularidades. O envolvimento do indivíduo no autocuidado é essencial para a sua inclusão social, independência, autonomia e empoderamento de seu processo de cuidado.

Durante o encontro dialogado, ao iniciar a conversa com sua cuidadora, a enfermeira-pesquisadora indagou como seria cuidar deste indivíduo, sendo seu filho e a mesma relata o seu posicionamento a seguir:

“C3: No início foi um pouco difícil né? Um pouco difícil né? Mas depois eu acostumei e não teve problema não.

P: Foi difícil em que sentido?

C3: Assim, nunca passei, a gente nunca pensa que vai passar por um problema desse.”

C3 pontua que foi bem difícil no início pelo fato de nunca ter pensado em lidar com tal situação se vendo perdida no sentido de ver seu filho em uma nova condição diferente da anterior, desconhecido até então para a mesma, o que se tornara dificultoso para o cuidado e ainda, pontua a questão de não saber o que fazer no que tange aos cuidados para ajudá-lo a obter uma melhor qualidade de vida. Porém, coloca que com o costume de sua nova condição, este processo se tornara mais fácil de lidar e assim, se acostumou aos cuidados e como apoia-lo na reinserção em suas atividades de vida diárias e na sociedade.

“E6: Aí vim pra casa, e nunca mais voltei pro hospital. Só em casa de curativo. Aí fiz a cirurgia plástica da escara e fiquei um dia no hospital e voltei pra casa, já tive alta.(...) Foi tratamento tipo intenso, curativo todos os dias. Cuidei no hospital com hiperbárica (...) Depois, quando eu cheguei em casa, tive alta, continuei pagando um profissional de enfermagem para continuar o tratamento. E por fim, eu fui pra casa do curativo, e acabei fazendo a cirurgia plástica para tampar de vez.(...) Se eu tivesse um profissional me acompanhando, eu estaria bem mais avançado do que eu estou hoje. Apenas com nove meses de lesão, não importa, mas estaria bem mais avançado.”

E6 relata a vivência de internação no hospital e ainda assim, retornar ao seu domicílio com as lesões. Ainda no hospital iniciou o tratamento, porém, a procura aos serviços de saúde continuou mesmo após a alta hospitalar para tratamento até as lesões fecharem de vez e, somente a partir disto, ele iniciar suas atividades junto à fisioterapia, avançando em seu cuidado. As idas aos serviços de saúde para o tratamento destas lesões causaram um desgaste físico e proporcionaram uma falta de tempo para que focasse em serviços de reabilitação, uma vez que o atendimento era focado apenas na lesão e não nas demandas do indivíduo como um todo.

Ainda, pontua o significado da presença das lesões por pressão e de como interfere na vida da pessoa com lesão medular e a importância da continuidade do cuidado por um profissional de saúde acompanhando a pessoa com lesão medular.

“E6: Porque eu tive sorte da minha escara ficar apenas quatro meses, tenho conhecidos que ficaram 2 anos, então, sei como é duro ter escara, é uma coisa que incomoda, uma coisa que não por sentir, porque a gente não sente, mas uma coisa que atrapalha sua vida num todo, no geral.”

E7, jogadora de um time de basquete sobre rodas da região, relata o processo enfrentado durante a sua hospitalização, que segue:

“E7: Não, não. No caso a gente tava lá, eu fiquei dois meses no STI. Saí e fui para enfermaria. Só que também não viram no meu cóccix que eu tinha uma escara. Aí me liberaram para casa. Quando eu cheguei em casa eu estava dando 38, 39 de febre direto, aí quando cheguei lá no, minha irmã pegou, tirou uma foto e levou para um médico na clínica. O médico mandou ela me levar urgentemente para o hospital. Quando eu cheguei, eles me internaram, chamou o cirurgião plástico, ele tirou aquela carne podre que tava, e eu fiquei mais 7 dias de novo no hospital. Aí eu fiquei tratando dessa úlcera em casa. Ficava tirando carne, quando não era isso eu ia no Aeroporto, tirava no Aeroporto a carne, ficava limpando, limpando, até que ela ficou uns 2 anos para fechar, fechou.”

E7 utiliza a nomenclatura do senso comum, relacionando as lesões por pressão às escaras e relata a mesma complicação de todos pontuados até agora no estudo: a presença das lesões em lesados medulares ainda hospitalizados, levando para domicílio, este problema importante que retarda seu processo de reabilitação. Neste caso, E7 ainda obteve uma lesão e, por falta de um cuidado essencial durante a internação e muito menos na alta hospitalar que seria a inspeção da pele, o que levou a uma complicação mais séria que demandou o retorno ao hospital e longo período de tratamento até sua lesão involuir.

Ainda, refere sua pele e músculos como carne, uma linguagem do senso comum que entra em conflito com o saber técnico-científico uma vez que existem diversos tipos de tecidos que demandam suas especificações e funções.

“C5: Sete meses. Eu sei que três dias ele ficou desacordado. Ele voltou com uma escara enorme nas costas.

P: E aí lá ele entrou sem elas, e saiu com elas?

C5: Saiu. Com uma grandona nas costas, nas pernas tinha escara.

P: Alguém te orientou como cuidava?

C5: Não.

P: Mas alguém da equipe de enfermagem te ensinou?

C5: Quando ele veio pra casa que eu comecei fazer o curativo nele, foi através de eu vendo, as meninas aqui do posto fazendo e eu olhando, aí comecei a fazer. Porque elas vinham duas vezes na semana, ai os outros dias na semana para não deixar sem fazer, eu que fazia.

P: Então você aprendeu só olhando né?

C5: Só olhando.

P: Ninguém nunca parou para te ensinar?

C5: Não. Agora que Z (enfermeira da ESF atualmente) vem falando mais. Hoje em dia. Mas antigamente eu aprendi assim.”

C5, cuidadora de E10, descreve minuciosamente em todo o seu encontro dialogado com a enfermeira-pesquisadora as dificuldades enfrentadas, não por ser cuidadora, mas por muitas vezes não receber o suporte, a orientação e o conhecimento necessário para que a mesma possa realizar o cuidado, principalmente da Atenção Primária à Saúde, que não atendeu às necessidades e dificuldades, no momento pós-trauma, deste indivíduo em conjunto com sua cuidadora.

Desta forma, como a maioria dos participantes do estudo, C5 relata que E10 volta da internação com lesões e ainda assim, não fora orientada como tratá-las em domicílio nem mesmo que complicações podem surgir devido a presença das mesmas. O indivíduo tem alta hospitalar com as lesões e permanece com as mesmas até que a sua cuidadora aprenda, olhando, como fazer os curativos necessários.

Cabe salientar que:

“Autocuidado que integra elenco de orientações prestadas pela equipe, em particular o desempenhado pelos enfermeiros. A reabilitação faz parte dos cuidados de enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio paciente/ cuidador familiar.” (MACHADO, et al, 2016, p.3167)

Desta forma, o autocuidado é fundamental na prática de atividades para manter uma boa qualidade de vida. Os cuidados de reabilitação devem ter início imediato desde quando o indivíduo chega na emergência devido ao trauma, proporcionando orientações tanto para o indivíduo quanto para o seu familiar, situando-os na situação ocorrida e o que deve ser realizado para seu autocuidado.

“P: E aí ficou lá quanto tempo?”

C6: Dois meses e meio. Entrou dia 20 de setembro e saiu dia 1 de dezembro.

P: E aí nesse tempo todo, ficaram cuidando dele lá, e ele saiu com as feridas?”

E11: Sai cheio de feridas.

C6: Tirou muita carne assim, isso aqui chegou parecer o osso. Saiu uma na perna, saiu aqui, saiu nos calcâneos. Nas costas.

P: Dentro do próprio hospital?”

E11: Sim. Aí depois deu osteomielite.”

E11 e C6, em um encontro dialogado em conjunto, puderam contribuir relatando o que se vem discutindo ao longo desta subcategoria. O aparecimento de feridas durante a hospitalização e a ida para casa com elas, sem orientações e, neste caso, com a consequência do desenvolvimento de uma osteomielite que pode levar até a morte.

Por fim, E12 nos mostra a sua vivência e os seus significados:

“P: Você ficou lá, e alguém te orientou quanto aos cuidados com as feridas? Você saiu com feridas?”

E12: Não, quando eu fiquei lá, os parentes meus pediram na época, aí foram e me deram um colchão de ar para eu não ter ferida nas costas. (...) Gente que falasse da minha lesão assim, dos cuidados, não teve não.

P: Então você não sabia nem o que podia acontecer com você depois né?”

E12: Não. Só falaram para mim que dava escara se ficasse muito tempo no colchão normal.

P: Aí quem falou isso para você?”

E12: Foi até o parente do meu padrasto.”

E12 expõe que nada fora orientado e ele desconhecia completamente o que eram as lesões e os respectivos cuidados assim como a maioria dos participantes do estudo descritos aqui. A única informação que obtivera fora de uma pessoa leiga e, analisando a informação fornecida, a mesma segue a fundamentação científica, uma vez que o colchão de ar é eficaz no tratamento e prevenção de lesões de pele.

E13 ainda traz sua falta de desconhecimento sobre a sua lesão medular e o que aconteceria logo após o trauma:

“P: No início foi difícil essa adaptação?”

E13: Demais. Muito difícil, porque quando eu fiz a cirurgia, eu não imaginava que eu ia ficar na cadeira.

P: Ninguém nunca tinha te falado?”

E13: Ninguém me falou.(...) Eu enfrento isso. Na verdade, são dois momentos. É o momento que você luta a cada dia, é uma luta diária. ”

A fala de E13 ainda precisa de uma maior sinalização uma vez que o enfrentamento à sua nova condição se torna bem difícil e, cada pessoa possui uma forma de entender isso e, é neste caso que a Enfermagem deve estar atenta, incentivando a sua autonomia e qualidade de vida.

Todos os depoimentos aqui expostos, comuns ao longo do estudo, são preocupantes, uma vez que a Enfermagem possui uma responsabilidade ético-legal de cuidar integralmente de todos as pessoas que lhes apresentarem. Assim, pode-se inferir que a Enfermagem vem negligenciando o seu papel, atribuições e responsabilidades em prol da promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação.

Ainda temos:

O aumento da demanda exige dos serviços de emergência uma (re)organização das equipes a fim de garantir um atendimento com maior complexidade. Torna-se necessário criar uma dinâmica de referência para serviços e instituições a fim de dar continuidade ao atendimento às vítimas que sofreram sequelas e que precisaram de apoio para a reabilitação. (SANTOS, 2012)

Neste sentido, toda a questão discutida no capítulo anterior que se estende até esta subcategoria, no sentido de que sua hospitalização no pós-trauma é o tempo em que a pessoa com lesão medular deve receber seu atendimento para prevenção de complicações como as lesões por pressão, por exemplo.

Desta forma, através de um atendimento mais preparado e o encaminhamento aos pontos de atenção responsáveis em atender às reais necessidades desta população, poderão oferecer aos indivíduos melhor qualidade de vida e autonomia, proporcionando a rede de cuidados eficaz voltada a esta população.

Ainda se pode destacar que toda essa falta de suporte a pessoas com lesão medular pode ferir um dos requisitos no desvio de saúde, conforme descreve Orem, uma vez que por mais que queiram buscar a assistência apropriada garantindo sua autonomia e independência, não sabem como e onde procurar, uma vez que o processo de reabilitação torna-se sua nova realidade ainda desconhecida.

6.2. As experiências das pessoas com lesão medular e cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e as orientações pertinentes à construção do material educativo na ótica da população pesquisada

Nesta subcategoria, serão abordadas as experiências enquanto cuidado aos quais os indivíduos compartilharam, cuidados estes que já foram submetidos e o que atualmente realizam como continuidade do cuidado, a fim de prevenir/tratar as lesões por pressão. Ainda, serão pontuados os fatores que consideram importantes a constarem no aplicativo como tecnologia da informação, a fim de disseminar o conhecimento para outras pessoas com a mesma condição, evitando complicações e melhorando a qualidade de vida.

Este material possui grande importância não somente nas ESFs e domicílios mas também, para o indivíduo ainda hospitalizado com vistas à alta hospitalar. Cabe pontuar que, apesar de serem pessoas com lesão medular, deve-se sempre levar em conta a individualidade de cada sujeito bem como suas experiências e vivências, como adianta E5 a seguir:

“Seres diferentes, organismos diferentes, mas lá (no hospital de reabilitação) eles não veem assim. Para é para, tetra é tetra, e assim vai, um padrão. E não dá. E quem entra lá e não tem um outro conhecimento de outros especialistas, ficam com aquilo na cabeça.(...) Mas lá, eles gostam muito da teoria. Jogam aquela teoria em cima de você.”

A afirmativa acima se corrobora com Vall et al (2005), quando pontua :

“Observa-se que o enfermeiro tem papel fundamental neste processo, como membro da equipe interdisciplinar, sempre considerando o paciente como um ser individual com uma história de vida própria, com características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação. Através da reabilitação, pessoas com incapacidades físicas são capacitadas para mobilizar recursos, decidir o que elas desejam, o que são capazes de ser e alcançar metas mediante seus próprios esforços, em seus próprios caminhos.”

A tecnologia de informação utilizada possibilitou que o material fosse sendo construído em conjunto, através da troca do saber científico e do senso comum, proporcionando a interação, a dialogicidade, a reflexão e criticidade bem como a problematização de sua realidade e ainda, trocam idéias, retiram dúvidas com a enfermeira-pesquisadora e sugerem cuidados a seguir:

“E1: Aí ditado popular dos outros, foi açúcar.

P: Mas alguém te orientou isso ou você colocou?

E1: Não, foi orientando minha mãe, minha mãe fazia aí foi fazendo. Açúcar, babosa, pra segurar o açúcar e não dar formiga.

P: O açúcar deve ser trocado na ferida a cada 24 horas.”

Dat et al (2012), coloca que “Para feridas crônicas, o uso do Aloe vera produziu uma diferença não significativa na cicatrização de úlceras de pressão.” Ainda, Brandão et al (2012) aponta que o açúcar não se torna prejudicial quando é trocado, e feito novo curativo na lesão, a cada 24 horas, não devendo ultrapassar esse tempo evitando a proliferação de bactérias.

Porém, apesar disto, o estudo mostrou que o açúcar cristal não consiste em um método significativo na cicatrização de lesões por pressão. Brandão et al (2012) porém, “observou que o aumento dos cuidados propicia melhores condições de cicatrização, sendo ou não associado a agentes tópicos.”

Lima (2009) pontua que a babosa é utilizada no tratamento de queimaduras e irritações da pele, além de ser um potente bactericida. Desta forma, se entende que há uma fundamentação científica no uso de plantas medicinais em feridas, o que pode ser benéfico ao indivíduo que tiver como conhecimento prévio, algumas plantas/ervas, além de nem sempre as tecnologias como coberturas, por exemplo, estarem disponíveis nos serviços públicos de saúde. Deve-se atentar que nem todas as plantas/ervas são benéficas no tratamento de lesões, devendo assim, conhecer sua atuação.

“E1: Não lembro. Usei tanto produto aí de mato.(...) minha mãe... Foi ensinando minha mãe, minha mãe foi colocando. Ela disse que queria ver a escara fechada. (...) Dersani também usou.

P: E além do Dersani, que outros...? Você lembra?”

O Dersani, nome comercial dos óleos graxos essenciais, é um composto insolúvel em água e estimulam o tecido de granulação bem como protegem a pele, age como restaurador tecidual, promovendo quimiotaxia e angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando o processo de granulação tecidual (FERREIRA, 2012). Logo, são altamente indicados em lesões por pressão por suas características descritas acima, com vistas a promover a cicatrização.

“P: Pois é, aí ela falou alguma coisa pra você colocar?”

E1: Aquele coisinha preto e vermelho, é... (...) é igual um mercúrio.

P: Povidine?

E1: É. Povidine. Aí falavam... tinha um povidine pra... dois tipos. Minha mãe comprava qualquer um porque não sabia. Diz que um é pra cicatrizar e o outro não sei pra que. Disse que tinha duas marcas de Povidine. Que parece que um fechava e o outro abria.

P: É que na verdade... é assim, povidine a gente não costuma utilizar, porque o povidine quando entra em contato com a ferida aberta, a pele fechada ok, mas a ferida aberta ele piora, pois entra iodo e pode causar intoxicação e não fecha.

E1: E ferida acho que era aberta.

P: Pois é, exatamente, então por isso que a gente não orienta, entendeu?

Esta recomendação, abriu margem para nova discussão uma vez que o povidine consiste em uma solução aquosa, um complexo ativo que libera o iodo progressivamente. A contraindicação do uso deste composto se dá pelo fato de que deve ser usado com muito cuidado em feridas abertas, pois o iodo pode ser absorvido, causando citotoxicidade nas células e assim, dependendo de sua concentração, retardando o efeito mitótico das células, diminuindo a força tênsil das feridas e retardando a cicatrização (GEOVANINI, 2014).

"As diretrizes da AHCPR são contra o uso dos antissépticos tópicos, como a iodo-povidona, iodóforo, hipoclorito de sódio, solução de Dakin, peróxido de hidrogênio e ácido acético no tecido da ferida. (...) Conforme discutido anteriormente, a iodo-povidona é um composto destinado a promover liberação persistente de iodo. É muito benéfica na redução do risco de infecção como preparação cirúrgica e para uso temporário em feridas agudas. No entanto, não é recomendada para feridas crônicas. (...) Na concentração de 0,001% não é citotóxica para os fibroblastos. No entanto, frequentemente são colocadas compressas de gaze embebidas em iodo-povidona em concentrações muito maiores que esta em feridas. A iodo-povidona nunca recebeu a aprovação da FDA para esse uso, mas somente para preparar a pele para a cirurgia ou como uma solução de escovação manual cirúrgica. (...) Os compostos de iodo são aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) para a antisepsia de superfície como uma escovação cutânea ou preparação cirúrgica, mas seu uso não é aprovado em feridas abertas. Os compostos de iodo comprovadamente interferem nos processos de regeneração da ferida. Além disso, as altas concentrações de iodo podem provocar queimaduras por iodo e a absorção de antissépticos pode resultar em intoxicação sistêmica por iodo, manifestada como neuropatia e efeitos tóxicos cardiovasculares, renais e hepáticos."(GLEEN, 2012, p.164 e 166)

“E1: Mas orientava a usar o povidine. Lava com soro, mete o povidine e depois mete a pomada em cima. (...) Era ginecológica. Aquela sulfadiazina.

P: A sulfadiazina ela é indicada para queimaduras.

E1: Sabe eu usei o que também? Vaselina.

P: Vaselina serve.(...) Mas aí em que momento você viu que ela estava sarando? Quando você tava usando o que? Você lembra?

E1: Ó, não lembro não. Minha mãe usou tanto açúcar, que falei: “Ó mãe, as formigas vão acabar me carregando da cama”. Aí no começo a gente não usava

açúcar com babosa, aparecia formiga na cama mesmo. E formiga diz que é perigoso que traz bactéria(...) 24h com açúcar, ali direto.”

A sulfadiazina de prata consiste em um bactericida derivado das sulfamidas de uso tópico historicamente utilizado como um creme tópico para o tratamento de queimaduras de segundo e terceiro grau. Atua impedindo o aparecimento de uma vasta gama de bactérias e leveduras na pele danificada. Estudos têm demonstrado que aumenta o tempo de cicatrização de modo que não é amplamente recomendado. Possui como contraindicação pessoas com problemas hepáticos devido à toxicidade. (DEALEY, 2008).

A vaselina é amplamente utilizada na cicatrização de feridas uma vez que mantém o meio úmido, uma das características ideais dos curativos (DEALEY, 2008). Atualmente, existem gazes embebidas em compostos, uma delas sendo a gaze vaselinada que possui uma importância grande na cicatrização de feridas, estimulando o tecido de granulação a cicatrizar a lesão como um todo.

P: Hoje em dia você não tem nenhuma?

E1: Não. Graças a Deus nenhuma. Quando eu sento num lugar assim e dá uma raspagem, aí eu cai, pulo pra cadeira, pulo pra cama e peço pra minha esposa olhar, olha aí, olha aí, vê se machucou, se machucou logo meto pomada.

P: Mas só se você cair?

E1: Só se cair ou dar aquela raspagem. Tipo a raspagem que ele deu ali, que eu não faço aquilo mas quando eu caio, que esses dias eu fui atropelado e cheguei em casa todo brocado. Já fui atropelado duas vezes, indo pro basquete. (...) Aí já peço logo pra olhar, já chego em casa e nem procuro olhar onde me machuquei, onde eu tô vendo, minha preocupação é onde eu não sinto. Minhas nádegas, minha lateral aqui. Onde tem pressão, é onde eu fico preocupado.

P: Aí você olha todo dia?

E1: Não todo dia, só quando eu caio, quando acontece algum acidente, e eu não costumo olhar todo dia. E em casa, eu dormindo em casa em cima da boia, que usava colchão de água, agora uso essa boia com almofada de gel, eu durmo em cima. Eu não durmo em colchão, colchão nosso lá é aquele ortobom, mas eu boto a boia. Pra dormir, eu durmo só com a boia.

P: O ideal seria olhar todo dia. Foi até bom que você não usa mais a de água, porque a de água é ruim porque dá aquela instabilidade postural.

E1: Mas te fazer um pergunta, esse colchão pneumático, eu vejo ele cheio, eu não vejo ele esvaziar...

P: Não, ele sempre tá cheio, mas o que que acontece, são pressões pequenas, que a pessoa não sente. Ele não esvazia completamente não. Só que de vez em quando, ele tem aquela bomba né? E aí por blocos, não e é ele todo, de vez em quando ele dá uma diminuição da pressão um pouco aqui, na parte do tórax, enquanto em outras regiões ele enche e assim por diante.

E1: Falaram que essas boias de ar não era bom porque meu pai logo deu essa do cóccix, que eu falei, eu usei, mas será que essa boia de borracha não é bom pra largar o cóccix, ele disse que dá instabilidade na coluna. Dá problema na coluna.

P: O de água. O de ar não.(...)

“E1: Aquela boia que uns usam até pra coisa de hemorroida, que a gente senta, eu tomo banho em casa naquilo. (...) ela é de borracha de ar. Eu sopro ela e encho.

P: Não tem problema.”

Sabe-se que a inspeção é uma das técnicas mais importantes do exame físico, uma vez que através da inspeção se verificam sinais de algumas doenças que muitas vezes não aparecem como sintomas. Até mesmo, no caso de pessoas com lesão medular, devido à imobilidade e falta ou diminuição da sensibilidade, as pessoas com lesão medular podem não saber quando o corpo já mostra sinais de desenvolvimento de lesões por pressão.

Desta forma, a inspeção é um fator muito importante, principalmente nos lesados medulares, a fim de evitar complicações com consequências tão sérias. Assim, fora compartilhado que ele não deve realizar a inspeção apenas quando cai e sim, diariamente, como forma de prevenção. E1 pontua que se preocupa pela questão da pressão em alguns locais, não correlacionando esta preocupação como um cuidado, uma vez que é essa preocupação que induzirá E1 a buscar estratégias para alívio de pressão.

Este trouxe questões como os tipos de almofada e fora levado à reflexão sobre a questão do alinhamento postural, uma vez que acometido, interfere negativamente em seu processo de reabilitação. Sabe-se que as almofadas de água não são mais utilizadas, principalmente em lesados medulares, uma vez que contribui negativamente em seu processo de cuidado, já que o indivíduo flutua sob essa almofada. Ainda questionou sobre o funcionamento do colchão pneumático como um material que fosse eficaz no

processo de prevenção e tratamento das lesões. E1 ainda complementa dizendo que utiliza a boia de ar até para tomar banho a fim de não colidir contra a cadeira de banho.

P: E agora, o que você faz pra não abrir novas feridas?

E1: Uso um creme, natura, hidratante.

P: E você bebe água como?

E1: Bebo. Bebo, mas, da enfermeira no mínimo três litros de água. Por causa da infecção urinária, pra ajudar a infecção. (...)

P: E como é que você faz pra urinar... você faz o cateterismo?

E1: Uso sonda de cateterismo.(...) de alívio.

P: Ah, então você faz aquela reeducação vesical mesmo né? De quanto em quanto tempo você faz?

E1: Ó, na correria quando eu to em casa, de 4 em 4 horas. Mas no dia mesmo corrido, eu uso de manhã que eu tomo banho, aí uso o “uripen” que é o coletor, aí só passo a noite, que às vezes meu dia ta corrido com essa situação do meu pai, eu não to tendo tempo desse período do dia meu, de fazer o cateterismo direito.

P: Tenta fazer, até pra não te dar uma infecção urinária né?

E1: É, ajuda bastante. Evacuação no caso massagem. Eu não fui reabilitado, fui reabilitado com a turma do basquete que vieram, os meninos que tinha do Rio lá, começou explicar o que era “Uripen”, não sabia o que era “Uripen”. Aí eles vieram me explicando, é assim que usa, a sonda também a mesma coisa. Que eu usava fralda, urinava na fralda e a escara nunca que... sarava, mas ficava sempre com aquele medo de abrir. Aí depois que eu conheci eles que eu parei de dar escara. Que era urina na fralda.(...) Quando tem uma viagem longa, eu uso fralda, por que tenho medo do “Uripen” soltar, quando vai pegar a posição pra subir no ônibus, o “Uripen” pode soltar. Aí se molhar. Aí tirando isso, no dia a dia... (...) Ela disse que nunca pode usar cuspe né? Tem uns loucos aqui que passa cuspe. Tem outros lá que dizem que pode passar com xilocaína. Eu não passo com xilocaína, eu passo a seco. Tanto tempo já.

P: O que mais você faz pra não abrir? Você falou que olha só quando cai né? O bom seria assim, olhar todo dia. Pelo menos uma vez por dia. E seria melhor utilizar o lubrificante ao passar a sonda para não causar lesões no seu canal uretral.”

Quando E1 pontua junto à enfermeira-pesquisadora sobre a questão de sua elevada ingesta hídrica, este cuidado vai ao encontro com Orem quando explicita que o indivíduo deve ser capaz de se envolver em seu autocuidado levando em consideração requisitos de atividade de vida diária como, neste caso, a manutenção da ingesta hídrica, a fim de promover a saúde e a qualidade de vida.

E1 ainda traz a questão do cateterismo intermitente que deve ser realizado com tempo determinado a partir da avaliação urodinâmica. As intervenções de enfermagem voltadas aos lesados medulares são complexas, requerem um conhecimento técnico-científico aprofundados e devem estar pautados nas alterações que ocorrem, consequência da lesão. A bexiga neurogênica é uma disfunção no aparelho vesicourinário que, se não reeducada pode levar a sérias complicações como hidronefrite, infecções, urolitíase, dentre outros.

De acordo com Assis e Faro (2011), “Na reabilitação precoce da pessoa com lesão medular, desde a fase aguda, o Auto Cateterismo Vesical Intermitente Técnica Limpa é a intervenção de enfermagem adequada para a resolução de problemas de saúde decorrentes da lesão medular”.

Para que o princípio do autocateterismo tenha sucesso, é necessário que o lesado medular realize o cateterismo com disciplina, nos horários certos, para que a bexiga se reedue e assim, o espaço de tempo aumente até não necessitar mais da sonda, e sem haver escapes, contribuindo para o aparecimento das lesões devido ao contato com a urina, que é ácida, bem como as outras complicações já mencionadas.

Porém, E1 realiza o cateterismo poucas vezes, sem a disciplina e lança mão do uso do dispositivo uripen para evitar a perda de urina e ainda, fralda em alguns momentos, como viagens longas por exemplo. Assim, a enfermeira-pesquisadora propôs um plano de cuidados com as orientações em um papel e os momentos da reeducação vesical, enfatizando a importância do respeito aos horários.

Entende-se que “Os objetivos fundamentais em sistematizar ações para a capacitação do paciente para o Auto Cateterismo Vesical Intermitente Técnica Limpa são promover a inclusão social, facilitar o manejo das limitações, resgatar a autoestima e a independência.” (ASSIS E FARO, 2011).

Por fim, ele pontua que não utiliza o lubrificante para a passagem da sonda e que fora orientado desta forma, o que é prejudicial ao seu canal uretral podendo causar lesões importantes e conseqüentemente, maiores complicações. Desta forma, a

enfermeira-pesquisadora auxiliou E1 neste sentido a fim de não lesionar, causando até a interrupção na saída de urina.

Sobre a observação se houve o aparecimento de uma nova lesão ou não E1 possui como hábito:

“E1: Pra eu saber se me machuquei ou não, eu boto a boia e sento e durmo com um pano branco. Um lençol, uma fronha. Se eu ver um sinalzinho ali de pinta de machucado, ali já eu olho. Praticamente, eu olho assim, porque tirou o pano e não ta sujo, ta tranquilo. Meto o creme e ta tranquilo.

P: Ah, então você só olha se tiver sujo?

E1: Não, sujo assim, tipo machucado quando... fica aquela... só olho assim. Ou quando caí.

P: Que aí já rompeu né?

E1: Que rompeu o tecido. Então, na hora do banho também, dá pra você perceber se tá soltando alguma pele, quando você tá se, tomando banho, ensaboando.”

E1 assim, só consegue realizar a observação de uma nova lesão após o rompimento da integridade da pele, quando deixa sinais nas fronhas e lençóis utilizados ou até mesmo durante o banho, quando realiza a palpação e sente que há algum tecido soltando. E1 pontua como realiza a sua transferência que é um cuidado fundamental ao não esbarrar em algum lugar e abrir uma nova lesão. Ainda, a cadeira é almofadada, o que auxilia a não abrir lesão e ele ainda completa que, apesar de precisar de sua esposa para realizar a inspeção, é ativo, sem ser tão dependente na realização de suas atividades da vida diárias.

“E1: Sem esbarrar em nada, daqui pra cadeira. Vou direto da minha cadeira para cadeira de banho. Minha cadeira de banho tem aquela almofada que eu falei pra você, de borracha. Eu não sento naquela tampa. (...) Sou ativo.”

Por fim, ao compartilhar acerca do material educativo a ser elaborado e questionado sobre o que considera ser importante conter na mesma a fim de disseminar o conhecimento a outras pessoas na mesma condição, E1 contribui:

“E1: A maioria dos paraplégicos é preguiça. (...) Pra se locomover no começo pede ajuda de alguém ficar perto, pra se locomover de uma cadeira de roda para uma cadeira de banho, não é sair da cadeira de roda pra cama e da cama para cadeira de banho e ter uma pessoa para puxar a cadeira de banho. Já larga a cadeira no banheiro, de banho preparada, e ele tem um auxílio para se

locomover da cadeira de roda para de banho e da de banho para de roda. No começo precisa de auxílio, de uma pessoa para ajudar do lado. (...) Pra não abrir escara, usar essa bóia, almofada de ar para não machucar. Não sentar em lugar de atrito, lugar duro, usar uma almofada. Viajar, usar uma almofada de gel, sempre bom uma almofada de gel. Cateterismo. Eu dirijo com uma almofada de gel. Caso vou frear, dá uma raspagem. Evitar raspagem. Raspou vai dar escara.

P: Entendi, que é o atrito.

E1: Que é atrito.”

El pontua mais uma vez a necessidade de auxílio quando não conseguir desenvolver as atividades sozinho mas enfatiza em vários momentos a pessoa ser ativa. Ainda enfatiza a necessidade do uso de boias para evitar o atrito ao esfregar, em algum momento, nas superfícies.

“E1: Cateterismo, que se tiver com escara não deixar a urina, a evacuação na escara que contém micróbio que ao invés de fechar, vai abrir, e vai infeccionar o machucado, a escara. Tanto faz a urina, quanto as fezes. E ter maior higiene possível. Higiene é o que? Lavar a mão, pra pegar uma sonda, vai pegar com a mão suja? Vai pegar uma infecção urinária. Vai fazer qualquer coisa, tem que ter higiene. Higiene em primeiro lugar.”

Neste momento dialogado, E1 enfatiza a importância do cateterismo, devido ao não contato com o conteúdo urinário como já mencionado acima e mais ainda, a higiene, como medida de prevenção de futuras infecções, cuidado este primordial, ao iniciar qualquer intervenção, relacionando aos microorganismos que podem ser disseminados a não realizar este simples cuidado, podendo levar a complicações mais sérias e incapacitantes para o lesado medular.

“E1: Se não tiver higiene, tem que ser ativo, não é ser acomodado. Ah, não tem calçada? Dá a volta, anda na beirada da rua, não anda no meio da rua, anda no acostamento. A pessoa quer te ajudar? Ah, depende. É um ressalto de 5, 6 cm? Dá pra você subir com a cadeira sozinho. Sobe a calçada, desce a calçada. Ah, é 15, 20 cm, aí você pede auxílio para não se machucar, porque se machucar vai dar escara também. Ter independência, ser independente. Ó, eu varro casa, eu faço comida. Eu fiquei 2 anos morando no Rio, eu fazia comida pra mim, limpava casa lá, eu e o outro cadeirante. Ser ativo. Se ficar acomodado, ah eu tenho minha mãe, vai dar na minha mão, tenho a minha esposa, vai dar na minha mão.

Ah, minha esposa e minha mãe vai me botar pra tomar banho, jamais, tem que se virar.”

E1 expõe a necessidade da pessoa com lesão medular se tornar ativa, e independente em suas atividades, como é a finalidade de reabilitar uma pessoa nesta condição, tornando-os autônomos e, mais ainda, empoderados de sua condição. E é neste foco que a Enfermagem deve atuar, incentivando-os a alcançar seu melhor potencial, dentro de suas limitações.

Esta exposição de E1 remete a Orem a qual explicita os requisitos de autocuidado no desvio de saúde quando o mesmo modifica seu autoconceito, aceita estar em tal condição e também, aprende a viver com os efeitos da sua atual condição proporcionando seu desenvolvimento pessoal.

Ainda, a acessibilidade muitas vezes prejudica tais atividades como por exemplo, a falta de acesso nas ruas cria barreiras arquitetônicas, uma vez que ao buscar o serviço de saúde por si só, não consegue transitar nas ruas ou as calçadas com degraus altos, podem causar um acidente importante.

Até mesmo, dentro de casa, se não houver acessibilidade o suficiente, ele não consegue realizar suas transferências, tomar banho, realizar sua inspeção, cateterismo e assim por diante. E1 enfatiza bastante a necessidade desta autonomia que pode estar prejudicada para diversas pessoas com lesão medular, o que é um fator negativo para o sucesso da busca pelo seu tratamento.

“E1: Outra coisa que falaram que é bom, é carvão ativado. Até minha prima que é enfermeira diz pra colocar no meu pai.

P: O carvão ele é bom, mas quando tem uma ferida que tem muito odor. Porque o carvão é pra tirar aquele odor ruim. Entendeu?(...)Se não tiver uma ferida que não tenha secreção e nem odor, não precisa.

P: Durante o dia você se mexe muito na cadeira, você se move ou fica sentado o dia inteiro na cadeira?

E1: No começo não, mas agora eu levanto para tirar pressão. Tiro o corpo pra frente. Não fico só parado na cadeira. Quando eu tô em casa, de 2 em 2h, ou eu vou para o colchão que é macio, fico lá e viro de lado um pouquinho, viro pra lá, viro pra cá.

P: E quando tá na cadeira você muda? Chega pra frente?

E1: Tô sentado aqui, eu venho pra cá. Aí levanto, fico em pé para tirar a pressão.

P: Isso, essa manobra a gente chama de “push up”, de descompressão isquiática. Sem saber você está fazendo.”

El ainda traz os efeitos positivos do carvão ativado, porém sem entender sua função efetiva, associando que o carvão poderia ser utilizado em qualquer ferida. Desta forma, a enfermeira-pesquisadora compartilhou as indicações para tal cobertura, levando-o à reflexão. Ainda, pontua a questão da manobra de descompressão isquiática sem ter o conhecimento de que é um cuidado efetivo no alívio da pressão bem como não delimita um tempo para tal mudança sendo compartilhado este tempo com ele. Também, o alívio de peso mudando de posição na cadeira de rodas é um fundamental cuidado a ser realizado. Em ambos os cuidados fora compartilhado que o intervalo de tempo deve ser de meia em meia hora (LIANZA, 2007).

“E2: Eu mudo de posição.

P: De quanto em quanto tempo?

E2: De duas em duas horas.

P: Aí você fica a maior parte do tempo deitado ou a maior parte do tempo sentado?

E2: Deitado. Depois do almoço, já fico na cama, e já preparo para dormir.

P: É? Aí você vai e dorme até a noite? Aí você fica deitado o tempo todo? Então, o ideal para você mudar de posição seria de meia em meia hora porque a sua pele fica um pouco mais fina, mais frágil, digamos assim. E aí podem abrir, outras novas lesões. Então assim, mudar mais vezes de posição, na cama mesmo...para um lado, para o outro, encosta na cama.... Além disso, você faz alguma outra coisa?

E2: Não.

C1: Ele faz a sonda de alívio, que eu ensinei pra ele.

P: E aí de quanto em quanto tempo?

C1: Eu instrui a ele a fazer pelo menos quatro vezes ao dia. Pelo menos.

P: Você consegue fazer?

E2: Eu faço quando dá vontade.

P: Mas você sente vontade?

E2: Sinto.

P: Aí quando dá vontade você faz o cateterismo? Por exemplo, ele te orientou a fazer quatro vezes, você faz duas. Você nota que você acaba fazendo xixi, enfim, quando fica muito tempo sem fazer? (...) a urina retida pode causar infecção.”

E2 traz como experiência sua mudança de decúbito, e quando questionado sobre sua periodicidade e como esta mudança é feita, ele acaba não contemplando uma ação eficaz para, em seu caso, o tratamento das lesões já existentes e a prevenção de novas lesões. No momento dialogado, a enfermeira-pesquisadora consegue esclarecer sobre o tempo ideal da mudança de decúbito. Ainda, E2 relata deitar após o almoço e permanecer deitado até o dia seguinte. Desta forma, fora orientado as medidas de mudança de decúbito que podem ser realizadas para alívio de pressão.

C1, por sua vez, participa do diálogo e pontua como uma outra medida para evitar o aparecimento de novas lesões, a realização do cateterismo intermitente, já pontuado mais acima. Ainda, apesar de ter sido orientado a realizar de quatro em quatro horas, E2 realiza apenas quando sente vontade, sem dar muita importância ao procedimento. Neste momento então, a enfermeira-pesquisadora o faz refletir sobre a questão pontuada por E2 de fazer apenas duas vezes, correlacionando à perda de urina e ainda, sobre a propensão do desenvolvimento de infecções enquanto houver um volume de urina residual na bexiga e esta não for retirada através do cateterismo, uma vez que sua bexiga perde a capacidade de contração, a fim de expelir toda a urina produzida e acumulada.

Após esta reflexão e conscientização, a enfermeira-pesquisadora indaga sobre o que E2 pode contribuir para a construção do material educativo e ele pontua que, não há nada a acrescentar além das informações oferecidas para auxiliá-lo, dentro de suas possibilidades, a tratar das feridas presentes. Neste ínterim, entende que as orientações compartilhadas promoveriam o alívio da pressão e a prevenção de lesões.

“E2: Ah, nesse ponto de vista aí eu não tenho muito o que falar não. Da forma que vocês estão instruindo aí é a melhor maneira.”

Por fim, ao perceber que o E2 dispunha de diversas almofadas, inclusive uma de ar, porém não gostava de utilizá-las, aumentando o impacto da pressão nas superfícies as quais sua pele entra em contato, C1 explica o mecanismo de aparecimento de lesões e a enfermeira-pesquisadora corrobora a fala de C1 destacando a importância da boia. Ao ser estimulado sobre o uso imediato da boia ou de outras almofadas, E2 pontua que em um outro momento as usaria.

E2 se mostra pouco participativo no diálogo uma vez que não se importa tanto com sua lesão medular e nem os cuidados para prevenir as futuras complicações. Tal fato se mostra até mesmo por não compreender a importância da higiene para a recuperação de sua saúde e sua reabilitação, uma vez que o ambiente se encontra com

bastante sujidade e E2 não se importa em se mover, fazer suas transferências em cima das sujidades.

A preocupação com o ambiente e o bem-estar da pessoa teve início na enfermagem moderna por meio dos registros de Florence Nightingale. O ambiente inclui todas as condições externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, podendo contribuir de forma positiva ou de forma negativa, a permanência da doença. E2 só deseja curar suas lesões, mas somente com o trabalho de C1 e com seu mínimo esforço e estímulo a incentivar suas potencialidades, como a seguir:

“C1: Conforme você vai fazendo a força, vai exercendo a força do seu corpo sobre o assento da cadeira, vai lesionando, vai cortando aqui a sua pele.

P: Exatamente, então essa boia seria ótima para o alívio da pressão.

C1: Por isso que eu te falo que você tem que usar ela. Pegar esse hábito de deixar ela junto com a sua cadeira. Vai sentar? Bota ela.

E2: Amanhã eu tento. (...) Não, amanhã eu coloco.”

E3 e E5, ambos tetraplégicos, constituem as falas a seguir e englobam como cuidado a manutenção da pele seca, livre de umidade, evitando a formação de tecido de maceração o que torna a pele bem mais frágil e leva ao aparecimento de feridas. Além disso, relatam a mudança de posição, tanto na cama quanto na cadeira realizando atividades de alívio de pressão e a manobra de descompressão isquiática, porém sem periodicidade.

Durante o diálogo estabelecido com E3, a enfermeira-pesquisadora pôde observar que, apesar de não pontuar um período para a manobra de descompressão isquiática, E3 realiza este cuidado continuamente, mais precisamente a cada dez minutos. E5 ainda explica que possui certa sensibilidade e quando sente algum incômodo, muda a sua posição. E5 ainda, enfatiza a importância da hidratação da pele continuamente.

“E3: Ah, procuro secar sempre depois do banho, as partes úmidas, porque isso, me orientaram a quanto, que, isso ocasiona bastante úlcera de pressão. Tentando fazer alívio sempre. A forma que eu tento aliviar é essa, dessa forma. (manobra de descompressão isquiática e inclinação do corpo)

E3: Hoje a tecnologia tá ajudando a gente, tem almofadas que você pode ficar um dia todo quase sentado, também, falei, mudar de posição na cama.

P: E aí você muda quanto tempo?

E3: Assim, eu particularmente, eu quase não mudo. Porque eu não sei se é, da minha genética, ou pelo cuidado, eu graças a Deus não tenho tendência a desenvolver úlcera por pressão não. A minha foi mais pelo tempo que eu fiquei no hospital mesmo.”

“E5: Então, se eu estou numa posição muito tempo, eu sei porque me incomoda, me dói. (...) se eu sentir que tô ficando muito tempo na mesma posição, eu viro. Tô na cadeira sentada a muito tempo, tô sentindo muito? Desencosto. Encosto em quem tiver, vou pra frente, estico a perna, fico descalça. O que tiver que fazer, vou fazendo assim.(...) então era dersani, óleo mineral, mudar de posição, hidratante. Então nunca deixei de usar. E essas coisas ajudaram bastante.”

E5 pontua também a inspeção e a higiene rigorosa da pele, fato que deve ser notado desde a hospitalização, uma vez que a incidência de lesões de pele já tem início neste período pós-trauma. E5 desta forma, relata uma experiência durante a hospitalização ao ver uma pessoa com lesão medular, ainda de fraldas e com feridas, como o trecho a seguir nos mostra:

“E5: Então, eu estou com um negocinho aqui, achei que minha pele tava diferente aqui, aí meu fisioterapeuta olha. (...) A minha vontade de perguntar para eles pros técnicos, pros enfermeiros, vai trocar a fralda dele, tá vendo o machucado, não limpa?”

P: A inspeção e higiene são fundamentais.”

E3 e E5 explicitam a questão da bexiga neurogênica em seus entendimentos e a realização do cateterismo intermitente como forma de cuidado para a prevenção e tratamento das LPs. Ambos ainda trazem o tratamento com toxina botulínica como um cuidado relevante para a melhoria de sua qualidade de vida e independência na realização de suas atividades diárias. E3 ainda complementa e destaca a importância do cuidado ao intestino como um cuidado importante a ser considerado.

“E5: Depende da quantidade de líquido, mas normalmente cinco vezes no dia. Mas quando bebo muito líquido, já fico preparada para fazer mais vezes. Fora isso eu consigo controlar. (...) Foi a questão da bexiga, que eu fui conhecer a bexiga neurogênica, fui saber o que era. Aí comecei a tomar medicamento e a passar a sonda. E aí foi aonde saiu a fralda e eu comecei a controlar. Aí depois disso, eu conheci o Botox. (...) Seguido disso, graças a Deus eu nunca tive escara nenhuma.”

“E3: A questão de cuidado com a bexiga, a bexiga neurogênica. Se você não cuidar, acarreta um problema muito sério lá na frente. E a questão também de controle, do intestino, que assim, você não sai do hospital com uma, tipo, ah, tem que fazer assim, ou você aprende num centro de reabilitação ou aprende com alguém que já está, já tem um certo tempo de lesão e que passa pra você. São diversas formas que tem como você fazer um controle. São coisas que eu acho muito importante, a questão da bexiga e do intestino.

P: Você faz quantas vezes por dia? Da bexiga...

E3: Quatro vezes ao dia. Até porque eu faço um procedimento também, ele não, ele é até disponibilizado pelo SUS mas não assim, divulgado. Inclusive o meu uro corre muito atrás de pessoas que não tem condições, que não tem um plano de saúde pra poder fazer esse procedimento, ele faz um mutirão. Aplicação de botox na bexiga. Ela tipo melhora a sua qualidade de vida em quase 80%.

P: E o que ela faz?

E3: A bexiga neurogênica, você sabe, fica espástica. Então o botox não deixa que a bexiga fique dando aqueles espasmos. Ela fica enrijecida, então você esvazia a bexiga toda, ao invés dela esvaziar só pela metade. Aí isso também melhora a qualidade de vida, você fica menos preocupado quando for sair e também a questão que eu te falei (...) Por isso que eu tô falando essa questão de bexiga, intestino, e o cuidado com a úlcera também.”

Estudos versam sobre os benefícios da terapia com toxina botulínica em indivíduos que possuem bexiga neurogênica, terapia esta que, apesar de pouco conhecida, vem sendo difundida entre os indivíduos com lesão medular, como coloca Rodrigues et al (2009):

“Ou seja, o efeito da BTX é transitório e dose-dependente, o que torna o tratamento individualizado.(...) Clinicamente, estas pacientes apresentam-se com quadro clínico que é caracterizado pela presença de urgência, com ou sem incontinência e usualmente acompanhado de aumento da frequência urinária e noctúria. (...)Até o presente momento, a BTX se mostrou segura e eficaz e no tratamento da bexiga hiperativa neurogênica. Apresenta poucos efeitos adversos e, mesmo sendo um procedimento invasivo, é bem tolerado e tem bons índices de satisfação.”

E3 ainda traz como contribuição ao aplicativo e aos indivíduos com lesão medular, a importância do entendimento e da discussão bem como informação sobre a

sexualidade para a qualidade de vida, pois E3 percebe que é uma área que deixa de ser explorada quando o sujeito sofre a lesão medular, como vemos adiante:

“E3: (...) e outra coisa também, que você poderia até incluir, é a questão da sexualidade, porque a pessoa quando sofre uma lesão, a própria pessoa pensa que ela, a partir daquele momento ela tem que ficar assexuada. Ela pensa dessa forma. Aí depois com o tempo, que eu fui me socializando de novo, comecei a sair e tal, aí que eu fui procurar saber e tal, pra entender como era a coisa.”

Nos dias atuais, a sexualidade ainda é um tema difícil de ser abordado e mais especificamente, voltado às pessoas com deficiência, uma vez que o estigma, os preconceitos e os mitos estão muito presentes na sociedade. Entretanto, se entende que os indivíduos com lesão medular são se tornam incapacitados para a vida sexual, muito menos assexuados. Porém, é preciso entender as modificações que o corpo sofre de forma a manter a vida sexual ativa. Como coloca Nepomuceno (2014):

“A lesão na medula espinhal não leva necessariamente à perda da sexualidade, visto que a sexualidade não se perde por causa de uma lesão ou doença. A lesão pode desencadear alterações motoras e sensitivas que afetam diretamente o complexo neuropsico-endocrinovascular, o que gera um comprometimento da resposta sexual.”

Ainda, Nepomuceno (2014) explicita a importância que o enfermeiro possui frente a exploração junto às pessoas acerca da temática:

“Frente ao exposto, o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde e profissional responsável pelo cuidado e reabilitação do paciente, tem um papel importante frente a esta problemática. O enfermeiro deve incluir, em seu planejamento de cuidado, a reabilitação da sexualidade do paciente e, para isso, deve realizar a entrevista e o exame físico detalhados antes e após o trauma, além de buscar se aprofundar sobre aspectos da sexualidade, pois sabemos que este aspecto deve ser abordado como uma necessidade humana básica.”

Percebe-se o impacto da temática junto à população assistida bem como a responsabilidade do enfermeiro na elaboração de um plano de cuidados em reabilitação que abarque tais questões, quebrando estigmas, paradigmas, mitos e preconceitos, impostos pela sociedade e talvez pelos próprios sujeitos, auxiliando-os a conhecerem as suas possibilidades e conseqüentemente, reinsserindo-os em suas atividades.

Por fim, é possível claramente entender que E3 e E5 desempenham atividades de autocuidado que são benéficas à sua saúde, à sua qualidade de vida, mantendo seu bem-estar, atingindo as suas necessidades de vida diária. De acordo com Orem, existem

alguns requisitos do autocuidado que são requeridos e, de acordo com o diálogo entre a enfermeira-pesquisadora e E3 e E5, são claros como por exemplo: manutenção de uma ingestão suficiente de água, associando com os cuidados realizados associados com os processos de eliminação e os excrementos; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção dos perigos ao funcionamento e ao bem estar bem como seu desenvolvimento de acordo com seus potenciais e as suas limitações.

Além disto, atendem os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, no sentido de que buscam assistência médica apropriada, são conscientes de suas condições, realizam as medidas reabilitativas assimiladas durante o processo de reabilitação nos atendimentos que tiveram e têm oportunidade de usufruir, modificação de autoimagem, aceitando sua atual condição, aprendendo a conviver com os efeitos de sua nova condição bem como as consequências das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo seu desenvolvimento pessoal (GEORGE, 2000, p.85).

“E4: Na cama agora eu consigo girar, a noite eu viro. Aí até sinto incomodado quando eu estou em uma posição só direto. Viro e até, eu até passo muito tempo na cadeira, passo mais na cadeira do que na cama. Aí na cadeira é só que eu levanto, os outros ensinam a levantar né? Pra dar, pra aliviar. Só isso. E passo as vezes.

P: Aí de quanto em quanto tempo você levanta? Passa o óleo?

E4: Óleo de girassol.

P: Sim, muito importante. De quanto em quanto tempo você levanta na cadeira?

E4: Os outros falam que de no máximo dois minutos, pra levantar, mas de dois em dois minutos eu não levanto não, passa mais tempo.

P: É, na verdade, você pode ficar de meia em meia hora..Mas não tem problema se você ficar de meia em meia hora, porque a pessoa que não tem lesão medular, ela pode ser virada de 2 em 2 horas, mas como você fica muito tempo sentado nessa posição, sua pele fica mais fina, enfim, e fica uma pressão maior aí. Então, pode ser de meia em meia hora. Não tem problema . Essa manobra que você faz é o que a gente chama de descompressão isquiática ou push up. E aí, outra coisa que você pode fazer, quando você lembrar, é distribuir o seu corpo, mudar de posição assim mesmo na cadeira, ou seja, chegar para frente, porque ajuda aliviar um pouco, chega para o lado, pro outro lado, entendeu? Isso vai te ajudar. E aí eu vejo também que você está sentado corretamente, porque, todo seu corpo está encostado na cadeira. Você não senta na ponta, entendeu? Tem gente que

senta na ponta. E acaba abrindo úlcera por isso, porque não pode, você tem que estar todo, porque? A estrutura da cadeira é que vai sustentar o peso do seu corpo. E você usa alguma almofada?

E4: Uso a normal.

P: A de espuma mesmo?

E4: Isso.(...) No começo até me deram um colchão d'água. Mas 3L na cama, é muita coisa. Mas sendo que, você não se segura nada, tinha acabado de sair do hospital, não segurava nada. (...) Eu ganhei, disseram que era bom. Aí minha mãe até chegou a colocar na cama, e eu pensava como enchia aquilo ali? Aí minha mãe colocou uma mangueira em cima da cama, e não tinha como arrastar, 300L d'água para arrastar, é muita coisa. Aí começou a encher, aí eu subi em cima, vi que você não se segura nada, aí depois tirou.

P: É, porque, assim, se fosse para usar um colchão, o ideal seria aquele de ar, pois o de água causa uma instabilidade postural que não é bom pra você. O de ar é chamado de pneumático.”

“C3: E aí pra ele não ficar só deitado em um lugar só, não ficar em uma posição só. Estar sempre mudando de posição para não abrir a ferida.”

E4 ao compartilhar a sua experiência, relata mudar de posição quando sente algum incômodo. Tal fato se deve por E4 possuir uma lesão medular incompleta, uma vez que sua sensibilidade não fora comprometida totalmente. Ainda expõe que foi ensinado para ele a manobra de descompressão isquiática (“push up”), sem saber que havia uma fundamentação científica acerca desta manobra. Porém, foi incentivado a fazer de dois em dois minutos.

Desta forma, no encontro dialogado foi versado sobre a periodicidade da realização deste cuidado e sobre a questão da distribuição de seu peso na cadeira de rodas, uma vez que a melhor distribuição em toda a superfície, auxilia no alívio da pressão em qualquer parte do corpo. Ainda, como cuidado pontuou a utilização de óleos como cuidado para a hidratação da pele assim como E13 na fala:

“ Não, óleo de girassol todo dia eu passo. Para não ficar ressecado. ”

Após isso, surgiu a temática sobre o colchão de água uma vez que E4 ganhou, mas o único problema visto era a questão da grande quantidade de água a encher e a viabilidade de transportar até o local que deveria ficar. Neste momento, a enfermeira-

pesquisadora compartilhou sobre a questão do colchão de água e sua instabilidade postural que pode ser prejudicial. C3 ainda, participou da construção compartilhada no mesmo momento que E4, contribuindo para a discussão.

“E4: Eu faço de quatro em quatro horas (referindo-se ao cateterismo intermitente).

P: Isso também seria um cuidado importante né? Alguns pacientes ainda acabam usando fralda porque não têm paciência de passar sonda toda hora. Então, isso também, você considera como importante? Para orientar para outra pessoa sobre essa questão do cateterismo?

E4: Sim, é tipo lá, me indicou isso. (...) Mas o certo é de quatro em quatro horas. Aí evita escapar a urina, mesmo você não podendo passar de quatro em quatro horas. Então é bem melhor, te ajuda na sua vida lá fora. Para você se livrar das fraldas e sua vida lá fora ser melhor.

P: Não fica molhado né? Que aí abre as feridas até pela acidez da urina e pela pele molhada.”

E4 ainda traz um cuidado que aprendeu durante a sua reabilitação em uma instituição no Rio de Janeiro relacionado ao cateterismo intermitente e ainda explicita que se livrando das fraldas, a vida se torna melhor, aumentando sua autoestima e qualidade de vida. Além da questão da autoestima, E4 refere que o cateterismo impede a perda de urina, porém ele não relaciona esta perda com o aparecimento das lesões, que vem a ser complementado pela enfermeira-pesquisadora.

E4 também expõe os requisitos de autocuidado e os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, este, principalmente, por fazer parte do time de basquete o que o auxiliou na modificação de sua autoimagem bem como aprender a viver com os efeitos da lesão, levando em conta suas limitações.

“E6: Ah cara, tipo... As dúvidas que eu tinha sobre úlcera por pressão eu procurei muito me informar, é, internet, não tem pra onde correr. Internet é o maior meio de comunicação hoje. (...) Nem com risco de mijar, e nem com risco de fazer o número 2 também. Tudo controlado. Consegui controlar com informações da internet. (...)

P: E essa manobra você aprendeu aonde? (quando questionado sobre a manobra de transferência) Sozinho ou na internet?

E6: Sozinho e vendo vídeo no youtube. Tudo que eu sei hoje é vídeo do youtube, por não ter passado por nenhum centro de reabilitação. É youtube e força de

vontade. (...) Faço tudo sozinho. Só por vídeo. Independência, cara. Sempre fui independente.”

“E9: Eu até pensei, porque eu fico pesquisando no youtube né?”

Ao ser questionado sobre onde ele busca orientações sobre as lesões por pressão, bem como sobre as informações sobre a lesão medular em geral, E6 bem como E9 recorrem à Internet como um importante veículo de informação, uma vez que ao não serem acompanhados por um serviço de reabilitação e se considerarem independentes nas suas atividades, consideraram a internet um meio rápido e de simples acesso a qualquer demanda que deseja buscar.

Pode-se inferir que os aspectos sociais, econômicos, financeiros ou seja, a possibilidade de acesso a tal veículo interfere no cuidado a estes indivíduos uma vez que já possuem informações prévias sobre as lesões, que podem ser equivocadas ou não, uma vez que a internet é aberta a toda e qualquer informação postada.

Assim, “A assistência de enfermagem na reabilitação de pessoas com lesão raquimedular é uma experiência complexa e multifatorial, pois envolve o paciente, família, cuidador, vários profissionais entremeados por aspectos socioculturais, econômicos e financeiros.” (ASSIS E FARO, 2011)

Ainda, o vídeo pode ser uma estratégia importante a ser pensada e adotada no sentido de auxiliar na continuidade do processo de cuidado do lesado medular após a alta hospitalar, contribuindo positivamente para o sucesso do cuidado.

Assim, a continuidade da tecnologia de processo instaurada na Tese que é defendida, pode ser realizada através de vídeos como estratégia educativa, uma vez que pode conter a realização de procedimentos como o cateterismo intermitente e manobras de prevenção para o aparecimento de lesões por pressão, por exemplo.

Tal estratégia de conhecimento se configura de maior importância quando pode ser disseminado para diversas pessoas na mesma situação e ainda mais, para os cuidadores que são grandes facilitadores para o cuidado. Ainda mais, para a população carente do suporte de uma rede de cuidados eficaz e que promova sua independência, autonomia e qualidade de vida.

“P: E aí, como é que você faz no dia a dia para não abrir novamente as úlceras?”

E6: Continuo tendo o mesmo cuidado. Passo Dersani. Continuo me virando na cama de um lado para o outro, fazendo movimentos e olhando toda hora para ver

se tá avermelhado ou não. O ponto que tiver vermelho continuo passando dersani.

P: Ai é você mesmo que vê?

E6: Sou eu que vejo. Só não consigo ver na bunda. Mas tirando isso eu que vejo. Qualquer ponto que eu vejo vermelho já fico preocupado, já chamo minha mãe e falo o que que é, e se for um caso do vermelho não passar, vou e procuro um profissional (...)Quando tá sentado na cadeira tipo, que a gente não percebe, como a gente não sente da cintura pra baixo, você não percebe quando você tá incomodado de sentar na mesma posição, então eu sempre levanto o bumbum da cadeira. Apoio no braço da cadeira e levanto pra dar uma respirada e sento novamente. E faço locomoções também. Saio da cadeira e sento no sofá também se tiver em algum lugar que tem sofá, e aí volto para a cadeira de novo. Então isso faz também respirar. É o que eu faço mesmo.

P: O ideal seria de meia em meia hora ok? E aí a sondagem de alívio você faz de quanto em quanto tempo?

E6: Seis em seis horas, quatro vezes ao dia.(...) E a sonda de alívio, as vezes eu passo até mais de uma vez, porque passo ingerir muita quantidade de líquido, entendeu? E aí eu acabo passando mais de quatro vezes, passo cinco. Mas tem dia que eu relaxo também e passo só duas ou três.

P: Cuidado com a infecção urinária. (...)

E6: O que eu posso falar em relação a escara, quando não tem, você sofre a lesão e consegue não ter, é só ela tomar o máximo, tipo assim, gostaria que a pessoa tomasse o máximo de cuidado a esse ponto. Sempre ter preocupação de, porque qualquer feridinha vira escara, entendeu? Tipo, você perceber onde você estar sentando, se apoiando, porque qualquer feridinha vira escara. E quando tem, cuidar para o mais rápido possível fechar porque é uma coisa que incomoda, uma coisa chata, e que muitos profissionais escondem sobre a escara, que a escara é, tipo, passa um olho, passa um dersani e vai fechar, não é bem assim e se não tiver cuidado a escara fica aberta por mais de 5 meses, um ano, então esse é o cuidado que eu gostaria que todos que tivessem a lesão.”

E6 pontua sobre as suas movimentações, que foram apreendidas através da internet, já que não faz parte de nenhum programa de reabilitação e quando sofreu o acidente, quis o mais rapidamente possível se tornar independente em suas atividades, indo em busca de informações. Ainda, coloca a questão da inspeção como forma de

cuidado e relata que, no local que não consegue ver, pede a sua mãe para realizar este cuidado, porém sem pontuar periodicidade tanto na inspeção quanto nas manobras de transferência. Ainda expõe como forma de cuidado a hidratação da pele.

Ao relatar sobre uma das manobras, E6 nitidamente refere-se à manobra de descompressão isquiática, sem conhecer o nome dela cientificamente, porém seu saber, caracterizando-se pelo senso comum, torna claro tal atividade.

Ao descrever sobre a realização do cateterismo intermitente, E6 pontua sobre a questão de passar a sonda mais vezes quando a ingesta hídrica é aumentada, porém, relata não passar nos horários certos algumas vezes quando está em casa e a enfermeira-pesquisadora intervém ao pontuar sobre a propensão ao desenvolvimento de infecções futuras. Ao complementar sobre o que considera importante, E6 coloca o máximo de cuidado, uma vez que sem os cuidados necessários, a inspeção e o óleo para hidratação da pele, não são suficientes e acrescenta que, uma vez aberta, pode levar meses até sua total cicatrização.

Ainda completa: *“E6: (...) porque a gente não sente, mas uma coisa que atrapalha sua vida num todo, no geral.”*

De acordo com Lala et al (2014) e corroborando esta fala final de E6, as úlceras por pressão em indivíduo com lesão medular tem um profundo impacto na comunidade e nas atividades diárias no sentido de limitar suas habilidades em participar destas atividades. Os achados dos estudos destes autores enfatizam a importância da implementação da prevenção das úlceras por pressão e programas de gerenciamento para esta população de alto risco.

“E7: O que acontece, eu acho que a pessoa ter que virar, ou não consegue muito tempo ficar na cama, sentar um pouco na cadeira, comprar um, igual aquele que é de vaso mas um assento. Um assento pra ficar na cadeira mas não botar a pressão do cóccix na cadeira porque com certeza se a pessoa ficar ali vai abrir outra escara.(...) A mudança de posição. Pra quem tem mesmo que mudar, ficar mudando.(...) Olha, o que acontece, no início, eu nunca botei na perna, porque minha irmã comprou uma almofada que eu colocava em cima, mas quando eu vim morar sozinha pra mim se reabilitar, o que acontece, eu esqueci e botei na minha perna, então o que acontece, abriu.”

E7 também pontua a mudança de posição, sem colocar a questão da periodicidade. Como forma de cuidado, E7 pontuou a compra de um assento de vaso acolchoado para evitar a pressão no cóccix, deixando livre de qualquer contato com a

superfície do assento e protegendo ao redor com o acolchoado. Ainda relata a utilização de almofadas para proteção da perna, uma vez que lesões apareceram ao contato com pratos quentes colocados diretamente sobre a pele durante as refeições.

“E7: Quatro vezes no dia, se não fizer o cateterismo, de quatro em quatro vezes não, de quatro em quatro horas, vai ter uma pedra igual eu tive aí, uma não, duas. Que eu operei agora, vai fazer dois meses.”

Ao ser levada a estimular o raciocínio sobre a questão do cateterismo, pela enfermeira-pesquisadora, a mesma relaciona apenas ao desenvolvimento de cálculos renais e não, ao aparecimento das lesões que fora discutida ao longo do diálogo.

“E8: Olha, como eu, apesar de eu não mexer da cintura para baixo, nós temos muito cuidado, quanto eu, quanto meu marido. Quando ele não tá em casa, ela já sabe os meus jeitinhos de me virar, eu nunca me assei, eu sou toda limpinha, porque durante o dia quando está quente assim, eu uso uma coisinha para as pernas. E fralda mesmo é só a noite que eu uso, às vezes, eu boto a fralda, às vezes eu não dormi direito a noite, aí bate um soninho a tarde e eu quero tirar um cochilinho, aí eu boto a fralda, e não mijó na cama. Mas a gente tem o máximo de cuidado, graças a Deus.(...) E eu tenho muito cuidado, para os dedos secar tudo direitinho, eu ponho a meia. (...) eu me viro e ela passa óleo nas minhas costas as vezes, dá uma coceira as vezes, mas aí eu sei que se eu coçar eu vou me ferir.(...) Viro, Eu sozinha, tipo, eu estou assim, mas se eu quiser me virar e colocar as perninhas para cá, eu me seguro aqui, dou meu jeitinho e fico de ladinho.

P: E aí a senhora muda de quanto em quanto tempo?

E8: É que eu me canso né? De ficar só em uma posição. Aí eu viro, as vezes eu mesmo aqui fico de ladinho, eu subo, boto uns travesseiros aqui, eu fico meio sentada. É assim, eu não fico em uma posição só não. (...) É, eu uso uma almofadinha aqui entre as pernas.

P: Pra não ferir né?

E8: Pra não ficar colada, eu uso a almofadinha. E aí, tipo, mais tarde, para esticar as pernas, eu boto uma almofadinha aqui de baixo e estico as pernas, então é isso.”

E8 pontua a mudança de decúbito bem como, por não ser ainda reabilitada, a troca constante da fralda, a fim de não deixar umidade e não aparecer novas lesões. Partindo desse mesmo pressuposto, a mesma destaca a importância de secar bem a pele após o banho. Ainda, explicita a utilização de almofadas, porém para as pernas não

unirem após o contato com o suor do corpo. Após esta colocação, é pontuada pela enfermeira-pesquisadora a questão da importância das almofadas para prevenir o aparecimento de lesões.

“E8: Uma boa higiene, isso já é o suficiente. E assim, de meia em meia hora virar o paciente, quando terminar de um banho passar o óleo, ter esse cuidado de passar esse óleo e se tiver muito calor, passar um talcozinho, que ajuda muito pois ele refresca. Entendeu? E o mais higiene né? Não deixar a pessoa muito tempo com a mesma fralda. Entendeu? Fez xixi, tira a fralda, limpa com o lencinho.

P: E aí também, a senhora evitar, quando for almoçar, porque eu vejo muito isso né, as vezes as pessoas vão se alimentar, e apoiam na perna, e como não sentem, as vezes está muito quente, e acaba abrindo uma ferida ali.

E8: Eu não. Eu me alimento de ladinho aqui. Aí boto esse travesseiro debaixo de mim e almoço. (...) Não deixar lençol mijado, forro de cama, que tudo isso também ajuda. Não adianta você tomar um banho e não trocar roupa de cama.”

E8 destaca a todo instante a importância de uma boa higiene tanto da pele, livre de sujidades, suor e urina, bem como a limpeza da roupa de cama, para a pele não entrar em contato com umidade. Além disso, refere o uso do óleo para hidratação da pele e do uso do travesseiro durante as suas refeições para a pele não entrar em contato com pratos e copos quentes.

“E9: Não pode passar de duas horas. Duas horas já está estourando. E outra coisa, o corpo é dela já começa a mudar, incrível, parece que é um sinal.(...) Avisa que ela tá querendo urinar. (...) Luva e lidocaína, que é um lubrificante mas é a base de água, para ajudar, sem machucar, ou então não tem aquela resistência. Ele vai direto. Aí você vai colocando a sonda.

E4: Eu parei porque ela passou a ter resistência.”

E9 ainda não realiza o cateterismo intermitente, pois não é acompanhada por um serviço de reabilitação. Desta forma, por conhecimentos adquiridos através da internet, sabe da utilização da sonda, porém estava realizando o procedimento apenas para saída de urina, sem periodicidade e apenas quando o corpo dela começa a transmitir sinais e sintomas como espasmos, por exemplo.

Durante o diálogo, é possível perceber que não entendiam que o cateterismo é possível para a reeducação da mesma e assim, a enfermeira-pesquisadora explica todo o processo e é estimulado a raciocinar, surtindo efeito como adiante:

“P: Aí isso tem que ser feito, porque vai treinar a bexiga dela. Não é deixar sair a urina e parar de fazer não.

C4: Reeducar ela né? No caso?”

Ao acessar de que forma esse cateterismo era realizado, a enfermeira-pesquisadora verificou que o procedimento era realizado sem lubrificante, por desconhecimento e, desta forma, pôde-se compartilhar a importância da utilização do cateter a fim de evitar traumas na uretra e chegar facilmente à bexiga, além do compartilhamento do não uso de fraldas, como a seguir:

“P: Mas com a lidocaína ela não vai ter mais resistência, não machuca, ela vai escorregar, entendeu? Aí vai ajudar. Até porque, se ela ficar usando fralda, além da infecção urinária, pode abrir uma ferida ali pelo contato com a acidez e umidade da urina.”

Após o diálogo C4, apesar de muito colaborador e participativo no processo de cuidado, por trabalhar fora, entende que não será possível o cateterismo por ele estar ausente a maior parte do tempo, porém é esclarecido que a própria E9 fará o procedimento sozinha.

“C4: Olha, vou ser sincero, não vai ser fácil a gente fazer isso não, porque eu trabalho, então eu saio daqui meio dia. (...) Eu já estava ensinando ela, porque eu saio daqui meio dia, chego uma hora da manhã. Impossível ajudar ela.”

Ao ser questionado sobre as demais intervenções a serem realizadas para prevenção das LPs, o momento dialogado, ainda em conjunto com cuidador-enfermeiralesado medular, pontuam sobre a questão da importância de deixar a pele livre da umidade e dos microorganismos contidos na urina através da limpeza da pele, além da inspeção, movimentação do corpo, incluindo a manobra de decompressão isquiática que também realizava sem saber que consistia em um cuidado importante e o alívio de peso em outros locais do corpo durante a realização de suas atividades em casa, enfatizando ainda a sua independência e autonomia em seu domicílio como na fala a seguir:

“C4: Não deixo ela muito tempo não, limpo ela todinha, eu levo ela no banheiro não deixo nada de urina, limpo ela todinha. Eu falo: “Urina cheia de bactéria”. Limpo e olho tudo, nádegas, costas, deixo ela toda limpinha.

P: E aí você olha de quanto em quanto tempo?”

C4: O que? Sempre que eu levo no banheiro eu olho ela. Tô sempre monitorando. Ela me acha até chato, mas não, ela tá tão limpinha, vou deixar criar ferida?

P: E o que você mais faz além disso? Pra não abrir ferida nela?

C4: Eu lavo ela, eu seco ela bem sequinha. Ah, eu faço um monte de coisa. Vejo se ela está urinando na fralda, não deixo ela ficar muito tempo por causa da urina. Uma hora e meia já tô ligado ali. Uma hora e meia levo ela ano banheiro e ela urina, aí vejo se a fralda está sequinha, coloco a mesma fralda. Se tiver úmida, não boto a mesma fralda. Jogo fora. Não economizo em nada, então gasta muita fralda. Olha, não vou te enganar não.

E9: E eu já tô virando pra lá e pra cá.

C4: Ela vira, já tá virando sozinha.

P: E de quanto em quanto tempo você vira?

C4: Ah, umas três horas e ela tá virando.

P: Então, uma pessoa que está na cadeira de rodas, o ideal é de meia em meia hora.

C4: Ela só quer andar e mais nada. Esses dias ela pegou, colocou a perna pra lá, deu o jeito dela.

E9: Aqui eu não tenho armário ainda, aí os produtos ficam tudo em baixo da pia né? Aí me arreio e vou limpando. Pego as coisas de baixo da pia.

P: Assim, quando ela tá, por exemplo, quando ela vai lá pegar alguma coisa em baixo, ela já alivia a pressão ali. Então já é uma medida.

E9: Eu limpo esse móvel, onde eu consigo ir com a mão eu vou, onde eu não consigo eu vou na vassoura. Eu enrolo a vassoura, aí enrolo o pano.

C4: Ela dá o jeito dela. (...) Ela dá o jeito dela mesmo. Limpa, passa paninho aqui, varre. Varre a casa todinha, onde der pra ela ela tá indo. Ela limpa o vaso. Aí eu falo: “B., pelo amor de Deus.” Ela não quer deixar a casa suja.

E9: Acho que isso aqui eu faço, ó. Vou te mostrar.

P: Isso é a descompressão isquiática.

C4: Ninguém ensinou ela fazer isso não. Até a fisioterapeuta quando chegou ficou doida. Ela foi lá, sentou, colocou as perninhas dela.”

“C4: Não, a gente bota uma almofada. Coloca ela sentada e tal, apoiada bonitinha, mas com uma almofadinha pra colocar em cima pra ela comer. (...) Eu olho pra ver se a coluna dela tá errada. Se ela tiver sentada e eu ver um espaço

vou lá e apoio a coluna dela. Eu não deixo ela sem apoiar. Então eu apoio ela todinha. Até ela deitada eu apoio. (...) Ela deve ter uns dez travesseiros, porque eu dou um jeito de ajeitar ela.”

C4 ainda coloca a questão do uso de travesseiros e almofadas como forma de prevenção do peso em determinado local e da maior distribuição da superfície do corpo de E9 possível. A importância do cuidador neste caso é nítida, uma vez que a preocupação e cuidado são constantes, sendo imprescindível para a continuidade do processo.

“E10: Depois que começou usar boia, parou de abrir. (...) Quanto mais eu encostar aqui melhor né? Isso que eu faço. De movimentar bem pra lá e pra cá, se movimentar para não ficar muito tempo em uma posição só. E prestar muita atenção, ficar vendo para não deixar abrir, porque se ficar um forçado, roxinho, é que já está querendo abrir. Tomar bastante cuidado antes que abre, porque se abrir, para curar, é difícil, demora.(...) Levantar.

P: Isso, empurrar...

E10: Eu faço direto.”

Ao conversar com E10, que ainda não realizou a reeducação vesical atribui ao fato de suas LPs terem regredido ao uso de uma boia de ar, que comprou em armarinho, do tipo de boias de natação voltadas para crianças e, por ser de ar, associou para que auxiliasse a regredir as lesões e obteve sucesso. Desta forma, continuou com a mesma boia, mesmo com as lesões já cicatrizadas a fim de prevenir o aparecimento de novas feridas. Além disto, relatou a mudança de decúbito e a inspeção da pele como cuidado e a manobra de descompressão isquiática, porém sem periodicidade.

“C5: Sempre estar virando ele de posição para um lado e para o outro. Nunca deixar ele muito tempo na mesma posição. E aonde cicatrizou ali, passo dersani para hidratar, se não corre risco de abrir de novo.

P: Entendi, aí você olha?

C5: Vira e mexe eu fico olhando ele. Viro assim e se eu ver uma parte meio escura, logo passo dersani em cima. Porque quando vai abrir a pele fica meio escura, ali eu imagino que vai abrir uma ferida, aí eu vou lá e passo dersani.”

C5, assim como os outros cuidadores pontuam a questão da inspeção, mudança de decúbito e hidratação da pele. C5 ainda sinaliza que, toda vez que percebe que a pele está com a coloração mais escurecida, é um sinal de que irá aparecer novas lesões. A

seguir, C5 pontua a mudança de decúbito com a periodicidade de trinta minutos em cada posição e a utilização de almofadas em locais de pressão.

“C5: Sempre estar trocando a posição, não deixar em uma posição só. Estar sempre mudando de um lado para o outro, sempre estar hidratando a pele dele porque a pele de cadeirante fica muito ressecada. E estar sempre trocando a posição dele, porque tem cadeirante que não consegue se movimentar sozinho, sempre fica na mesma posição e aí a gente que é cuidadora tem que movimentar, ficar trinta minutos em uma posição, depois virar pra outra posição, botar de barriga para cima. Então eu sempre puxo a perna dele e boto a almofada embaixo. (...) Aí sempre que eu vou colocar a perna dele pro lado de cá, eu falo pra ele jogar o corpo pro lado de lá. Aí fica trinta minutos assim. Aí depois ele faz a mesma coisa do outro lado.”

C5 ainda traz a questão da utilização de panos para evitar a queimadura na pele durante as refeições bem como relata que a independência a E10 extremamente importante, já que ao mudar para casa de sua mãe, ele deixa de realizar suas atividades e volta a ser totalmente dependente dela. C5 relata que a mãe de E10 prefere desestimular sua autonomia, pois prefere que o filho seja o mais dependente possível e, desta forma, não se mudará para outra residência com sua esposa, fato este prejudicial para o seu processo de reabilitação.

“C5: E ele bota o pano para não queimar quando tá comendo comida. Tomava o café dele, ele ia para o quintal, não tinha escada nem nada, eu arrumava casa e ele me ajudava. Ele arrumava casa, varria casa. Hoje em dia... Se botar ele na cadeira, ele mexe tudo. Ele fez a casinha do cachorro, ele consertou a televisão, ele faz várias coisas sozinho quando senta na cadeira.(...) Ela falou na cara dele, que ela prefere ver ele na cadeira de roda do que andando, porque ela sabe que no dia que ele voltar andar, ele vai embora daqui.”

Por fim, C5 indaga à enfermeira-pesquisadora sobre a presença de sangramentos nas lesões durante o banho, questionando se tal fato é benéfico ou prejudicial e, através do vínculo assistencial estabelecido com a enfermeira-pesquisadora, C5 entende a interferência negativa deste fato e já associa a colocação da boia que E10 sempre utiliza, também durante o banho.

“C5: Isso que eu ia perguntar. Toda vez que ele toma banho, ele senta na cadeira, aí quando ele senta, acho que ele fica com a cicatriz assim na cadeira, é perto da outra escara dele e sangra muito. Porque?”

P: Porque ele acaba fazendo uma pressão ali.

C5: Mas é bom ou ruim?

P: É ruim.

C5: Não é bom sangrar. Só sangra quando ele senta na cadeira de banho, que a normal, não sangra porque eu boto a boia. Então, se eu botar, quando ele for tomar banho, a boia...”

E12 também pontua o que já foi mencionado por muitos entrevistados durante a análise desta categoria, como a hidratação da pele, a manobra de descompressão isquiática, a inspeção e o uso do colchão pneumático. Porém, ainda acrescenta a palpação como um fator importante bem como a disciplina ao realizar as diversas atividades obtendo a maior independência possível.

“E12: Dersani todo dia. Sempre. O lance da escara é o seguinte, você já viu o pé da gente, antes de descascar como é que ele fica? Antes de cortar ele fica áspero porque ali vai perdendo a hidratação. Então você tem que hidratar sempre a pele. Então é isso que eu faço. (...) Seco bem. Tô sempre olhando. Às vezes eu, sempre, posicionado.

P: É, essa manobra, aquela push up né? Que eles chamam de descompressão isquiática né?

E12: É, sempre tô, porque não adianta a gente falar, isso é uma questão de disciplina. Então eu aprendi com a, na cadeira, a ter mais disciplina. Eu não sou uma pessoa mais assim, agora eu sou uma pessoa atenta, para tudo. Atenta a como eu sinto, atenta a como tá minha perna, como tá minha bunda, como tá o coletor e tudo é no tato. Entendeu? Eu tô sempre passando a mão, eu tenho que saber como tá, agora é assim e isso foi muito bom para mim, porque de alguma forma eu fiquei mais disciplinado. Exemplo: Eu tô sozinho aqui né? Se eu for tomar banho ali agora, o que eu tenho que fazer? Eu tenho que tirar a roupa, sentar na cadeira, pegar a toalha, pegar o cateter e levar né? Então, todos esses passos eu não posso esquecer. Então, isso me acostumou no dia a dia entendeu? A ter essa disciplina, até como professor. Eu não posso esquecer de nada mais. Não tenho esse negócio, assim, as vezes eu vejo muita gente falando: “Ah, esqueci de tal coisa, esqueci logo disso”. É muito difícil eu esquecer das coisas, é

impressionante. Por que? Porque agora eu tenho que viver assim. Então eu vejo muitas pessoas, até lá do basquete mesmo, que não tem essa preocupação, essa disciplina. Então às vezes pega muita escara, muita infecção urinária, e assim, por mais que você fale, as pessoas não ouvem. (...) Para não abrir feridas, primeiro ele tem que estar em um colchão inflável, ou pneumático, pneumático é melhor. Segundo é estar hidratando o tempo todo. E terceiro é higiene né?”

Ainda, como fator não menos importante, E12 assim como E1, E3 e E4 mostram a relevância da prática de esportes adaptados para a sua independência, melhoria na qualidade de vida e na autoestima e, até mesmo, redescobrimo sua vida após sua nova condição, incentivando outras pessoas a buscarem o seu melhor potencial, além da disciplina que o esporte submete a pessoa. Portanto, a disciplina é fundamental no processo de cuidado à pessoa com LM, uma vez que precisa de horários para as reeducações vesical e intestinal e os horários para mudança de decúbito, realização de curativos, bem como disciplina relacionada à alimentação e atividades da vida diárias. Noce et al (2009) pontuam a importância das atividades físicas uma vez que:

“Para o portador de deficiência física que se envolve constantemente em atividades esportivas, ocorre “sensação” de estar vivendo uma vida mais saudável, percepção de possuir melhor imagem corporal e o reforço de sua auto-estima; a vida lhe fazendo mais sentido. Esses benefícios psicológicos conseguidos por influência da prática regular de atividades físico-esportivas se refletem, de modo geral, nas relações de trabalho, na vida afetiva e social. Contudo, Samulski e Noce (2002) apontam existir, como resultado da prática de exercícios físicos, redução dos níveis da ansiedade, do estresse e da depressão; melhora no humor; aumento do bem-estar físico e psicológico; melhor funcionamento orgânico geral e disposição física e mental aumentada. (...) Conclui-se que a prática regular de atividade física parece ter efeitos positivos na percepção de bons níveis de qualidade de vida.”

Assim, ambos os entrevistados trazem como contribuição:

“E1: Minha mãe fala: “Basquete não te dá nada”, eu falo: “Mãe, meu basquete e meu recurso para e me desafogar, tirar o estresse. Se não fosse o basquete, eu já tava doido.”

“E3: Assim, os esportes que estão crescendo, paraciclismo, tem uma amiga minha até de arraial que foi ano passado, e esse ano ela vai de novo pra competição nacional. Inclusive eu tenho uma “handbike”, mas eu não tenho tempo de pedalar. Muito importante.”

“E4: E, hoje em dia até que tem bastante. Tem no basquete. No basquete eu vou fazer 5 meses lá. Eu não saía de casa não, ultimamente que eu saio.”

“E12: Hoje se alguém vai para cadeira, eu aconselho a praticar um esporte. Buscar para o esporte, porque o esporte além dele te dar aquela autoestima né? Ele aumenta sua autoestima e você tem que se cuidar. Você não pode tratar o seu corpo como você tratava antes, sendo uma pessoa normal. Porque o atleta ele é um anormal, não sei se você conhece. O atleta, principalmente de auto rendimento, ele não pode levar uma vida normal, ele tem que se preocupar com alimentação, com o que veste, com o que come, como toma banho, tem que se preocupar com isso. Então hoje, eu já fui em hospitais, me convidaram, me viram subir e descer, os cara foram atrás de mim, e falaram: “Como é que você faz?” “Cara, entra para o esporte, vai praticar um esporte que você vai ficar bom”.”

Ao longo deste capítulo, foi possível perceber que a diferença sócio-econômica-cultural entre os sujeitos do estudo bem como suas individualidades, visões de mundo e rede de apoio auxiliaram a guiar a enfermeira-pesquisadora em todas as suas intervenções, através da horizontalidade do diálogo, sendo possível através da Pesquisa Convergente-Assistencial que permite a imersão do pesquisador bem como o compartilhamento de saberes, de conhecimentos, inerentes ao cuidado com as lesões por pressão nesta parcela da população.

O cuidado educativo então foi proporcionado através da criação do vínculo assistencial com a população pesquisada e os cuidados foram acessados e essenciais para a construção da cartilha. Cabe ainda destacar que os vínculos assistenciais foram fortalecidos, uma vez que alguns dos entrevistados, ao terem acesso do contato da enfermeira-pesquisadora, continuaram a compartilhar práticas, sanando dúvidas acerca da cicatrização de feridas bem como mostraram a necessidade de continuar colaborando com o estudo, através do conhecimento sobre andamento do estudo e do material educativo, se colocando à disposição caso a pesquisadora quisesse perguntar algo a mais.

Através da análise de todas as entrevistas, pode-se inferir que, os conhecimentos são disseminados e compartilhados entre pessoas com a mesma condição e/ou apreendidos através de buscas de informações principalmente na internet, uma vez que sentem o suporte assistencial da equipe de saúde precário, como podemos constatar inclusive na fala a seguir, além dos que já mencionados ao longo do capítulo:

“E3: Na verdade assim, você nunca vai deixar de aprender, porque, assim, eu mesmo como cadeirante eu, quando conheço uma pessoa nova, ouço uma história nova, quando eu pensei que já tinha visto tudo, não vi tudo. Tô aprendendo com as pessoas.”

Assim, é possível entender e reforçar a importância da construção e validação deste material educativo, com vistas à avanços para tecnologias como vídeos, por exemplo, para que alcance o maior número de pessoas com lesão medular possível, no domicílio, em processo de reabilitação e, até mesmo, durante a hospitalização para prevenção futura de complicações importantes, proporcionando o acesso ao conhecimento a toda e qualquer pessoa, independente da condição socioeconômica da população-alvo, como sugestão de E5:

“Mas primeiro, de cara, seria no hospital. Depois a gente vai acabar mexendo. Nessa cartilha, que seja alguma coisa direcionada a família e ao paciente, no hospital, alguma coisa assim.”

Desta forma, é válido pensar na contribuição positiva a esta população, voltado não somente para a questão da prevenção e tratamento das lesões por pressão mas para a vivência pós-trauma e, principalmente, a rede de cuidados. Como foi constatado na maioria das falas, os indivíduos não se detiveram apenas nas feridas, mas sim, na promoção da qualidade de vida das pessoas com lesão medular. Ainda, é possível vislumbrar o alcance além de lesados medulares e cuidadores, os profissionais de saúde que desconhecem as particularidades e possibilidades do cuidado em reabilitação, incentivando à promoção de um cuidado qualificado.

Neste capítulo, foi possível compreender a importância da instauração do diálogo, do compartilhamento de saberes, de conhecimentos, uma vez que, mesmo quando há lacunas nos serviços de saúde, esta interação surte efeito e proporciona sucesso no cuidado. Tal afirmativa se dá visto que simples saberes como formas de cuidado, ao serem compartilhados, levam à discussão, reflexão e conscientização de como tal ação está sendo realizada, vai sendo aperfeiçoada e sendo totalmente eficaz.

Ainda, percebe-se que, na maioria dos participantes do estudo e de seus cuidadores que há a realização de atividades que interfiram positivamente em sua vida promovendo saúde e qualidade de vida. Foi possível constatar que muitos realizam atividades, conceituada por Dorothea Orem como requisitos de autocuidado, como por exemplo, a manutenção de uma ingestão suficiente de água, a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos, a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos, bem como a prevenção dos perigos ao funcionamento e ao bem estar do ser humano e a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas (GEORGE, 2000, p.85).

Também, a maioria dos participantes aborda requisitos de autocuidado no desvio de saúde buscando, mesmo que seja precário, assistência médica apropriada, levam em conta os resultados e efeitos de sua condição, realizam efetivamente as medidas terapêuticas e reabilitativas orientadas. Muitos modificaram seu autoconceito principalmente, os que encontraram no esporte sua maneira de promoção de qualidade de vida, aceitando sua condição atual e convivendo com os efeitos da condição bem como as medidas de tratamento (GEORGE, 2000, p.85).

Ainda, atendem à demanda terapêutica de autocuidado consiste na “totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher exigências conhecidas de autocuidado, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas.” (George, 2000, p.84). Deste modo, realizam atividades através de um conjunto de ações relacionadas e eficazes, no sentido de preencherem algumas exigências a fim de promover seu bem estar e qualidade de vida, como por exemplo, a mudança de decúbito, o cateterismo intermitente, dentre outras atividades que observamos ao longo do capítulo.

O autocuidado, por sua vez pode ser afetado pelos fatores condicionantes básicos, sendo estes o sexo, idade, estado de saúde, o estado de desenvolvimento, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos.

Pode-se inferir que a orientação sociocultural é um fator que possui interferência direta na prática de atividades relacionadas ao autocuidado, bem como os fatores ambientais, através da falta de acessibilidade e barreiras arquitetônicas presentes e a disponibilidade de recursos que ainda são escassos para os indivíduos em questão.

Alguns desses recursos são improvisados para que a prática de certa atividade seja realizada, como as transferências, por exemplo.

Neste íterim, também é conveniente afirmar que um dos fatores condicionantes básicos que afeta diretamente todas as pessoas deste estudo são os fatores do sistema de atendimento de saúde, que debatemos fortemente no capítulo anterior. O Sistema Único de Saúde e a Rede de Cuidados ainda são bastante precários a fim de atenderem a todas as pessoas em processo de reabilitação com suas mais distintas demandas. Tal fato deve ser amplamente discutido para que o indivíduo se empodere e lute por seus direitos, obtendo uma das questões básicas do ser humano que é o direito à saúde. E assim, também, que haja o desenvolvimento de outras políticas públicas que incentivem e proporcionem eficazmente o atendimento integral a esta parcela da população.

Após o diálogo compartilhado e o levantamento bibliográfico, além das reflexões sobre o que fora exposto, foram enviadas as informações e imagens para o desenvolvedor de aplicativos que transformou em um software. Desta forma, segue o aplicativo construído que fora validado pelos enfermeiros da prática e pelos participantes do estudo. Cabe ressaltar que o aplicativo deve ser interativo com o usuário e deve conter imagens e linguagem pertinentes ao contexto dos participantes do estudo. Pontua-se ainda que, todas as informações contidas no aplicativo, se referem ao plano de cuidados voltados a cada lesado medular/cuidador. Assim, seguem as imagens, em sequência, do aplicativo produzido:



Figura 08 – Interface do aplicativo – Parte 01

Medula Espinhal

O que é?

É uma parte do sistema nervoso que se encontra protegida no interior da coluna.

Mas qual é o seu papel?

A medula possui células nervosas que vão conduzir a informação do seu cérebro para o corpo. É através da medula espinhal que temos o movimento de todo o nosso corpo e a sensibilidade como temperatura e dor, além de controlar as atividades dos nossos órgãos.



Medula Espinhal

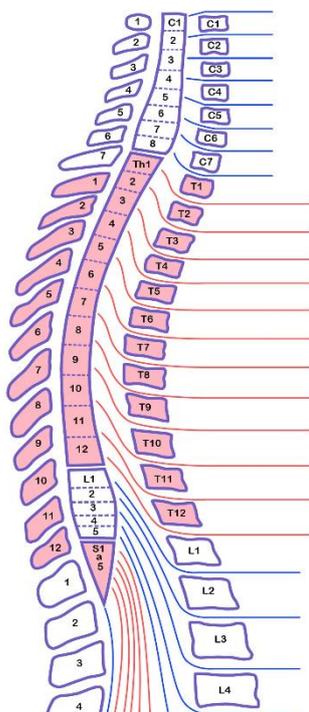


Você sabia que a medula espinhal é dividida em partes?

Pois bem, temos as vértebras cervicais, localizadas na altura do pescoço, abaixo as torácicas e logo após, as lombares e sacrais, como vocês podem ver na figura a seguir. Quanto mais alta for a lesão na medula, ou seja, mais próxima do cérebro, maior será o comprometimento, causando maiores limitações em sua movimentação e sensibilidade. É importante que lembremos que as lesões acima de T1, ou seja, primeira vértebra torácica, sugerem tetraplegia e abaixo de T1, paraplegia.

Medula Espinhal

abaixo de T1, paraplegia.



Medula Espinhal

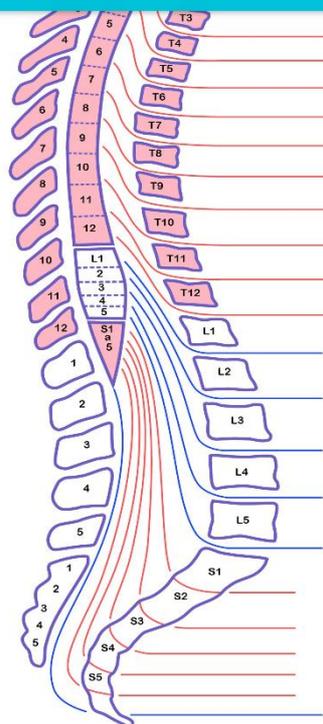


Figura 09 – Interface do aplicativo – Parte 02

Lesão medular

Você sabe o que é lesão medular?

Esta lesão é uma agressão que acontece na medula espinhal. A pessoa que sofre a lesão medular (LM) pode ter os movimentos e as sensações do corpo parcialmente reduzidos ou totalmente perdidos. É importante saber que a lesão é completa quando não conseguimos nos movimentar e perdemos a sensibilidade e é incompleta quando se preserva algum tipo de movimentação e/ou sensibilidade em qualquer parte do corpo abaixo da ocorrência da agressão.

A lesão pode levar a complicações sérias como as lesões por pressão que conversaremos em breve, neste aplicativo.

O que pode levar a uma lesão medular?

A lesão medular pode ocorrer através da forma traumática e não-traumática. São elas:

Formas traumáticas:

- Acidentes automobilísticos;
- Perfuração por projétil de arma de fogo;
- Mergulhos;
- Quedas, entre outros.

Lesão medular

totalmente perdidos. É importante saber que a lesão é completa quando não conseguimos nos movimentar e perdemos a sensibilidade e é incompleta quando se preserva algum tipo de movimentação e/ou sensibilidade em qualquer parte do corpo abaixo da ocorrência da agressão.

A lesão pode levar a complicações sérias como as lesões por pressão que conversaremos em breve, neste aplicativo.

O que pode levar a uma lesão medular?

A lesão medular pode ocorrer através da forma traumática e não-traumática. São elas:

Formas traumáticas:

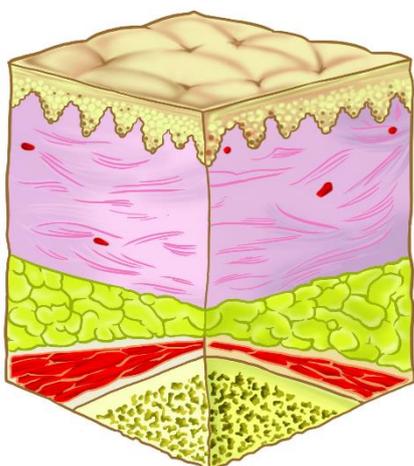
- Acidentes automobilísticos;
- Perfuração por projétil de arma de fogo;
- Mergulhos;
- Quedas, entre outros.

Formas não-traumáticas:

- Tumores;
- Má-formação, entre outros.

Conhecendo nossa pele

Nossa pele possui camadas superficiais e profundas, sendo dividida em: epiderme, derme, tecido subcutâneo, músculos e ossos.



Lesões por pressão

O que são?

A lesão, ou popularmente conhecida como escara ou úlcera, se dá por uma agressão localizada na pele ou nos tecidos em volta, geralmente em locais que possuem proeminências ósseas como calcanhares, por exemplo. Esta lesão ocorre também quando a pele ainda está sem feridas, como veremos a seguir.

Como aparecem?

Após permanecer por longos períodos na mesma posição, a pressão e o cisalhamento podem diminuir o fluxo de sangue no local e causando a falta de oxigênio e nutrientes levando ao aparecimento das feridas. A fricção em superfícies pode piorar o quadro.



Figura 10 – Interface do aplicativo – Parte 03

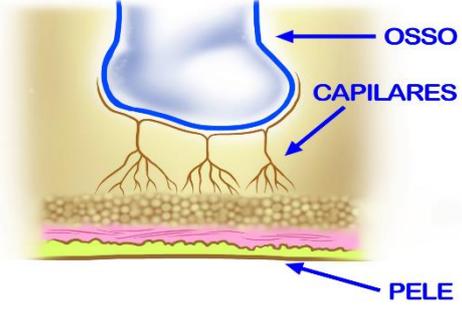
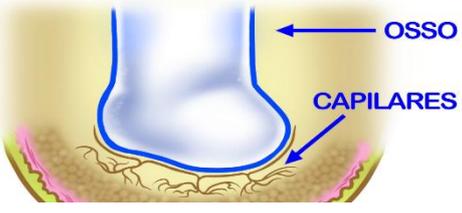
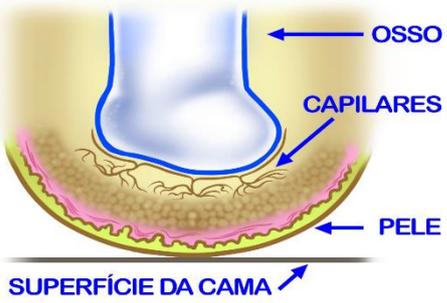
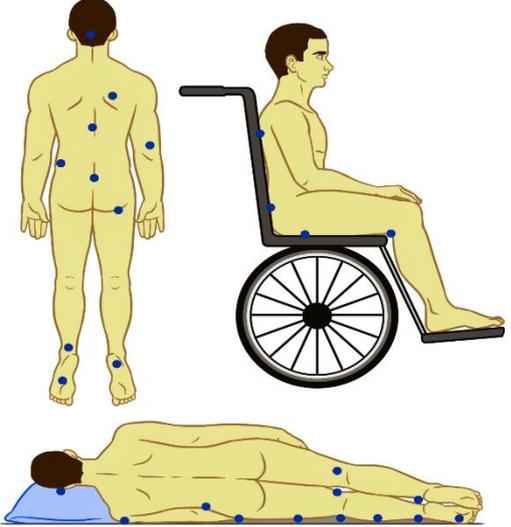
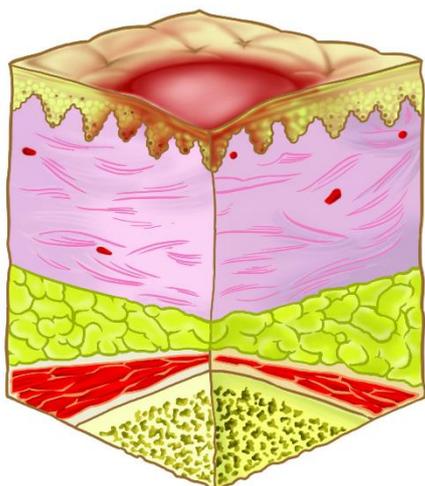
<p>Lesões por pressão</p> <p>CAPILARES SEM EXCESSO DE PRESSÃO</p>  <p>OSSO CAPILARES PELE</p> <p>CAPILARES COM EXCESSO DE PRESSÃO</p>  <p>OSSO CAPILARES PELE</p>	<p>Lesões por pressão</p> <p>CAPILARES COM EXCESSO DE PRESSÃO</p>  <p>OSSO CAPILARES PELE SUPERFÍCIE DA CAMA</p> <p>Você deve estar se perguntando o que é cisalhamento... Vamos lá!</p> <p>O cisalhamento ocorre quando duas forças agem nos tecidos de formas contrárias, como podemos ver na figura a seguir. No local de encontro dessas forças podem aparecer as feridas.</p> <p>Vamos conversar sobre alguns fatores que levam ao aparecimento das lesões?</p> <p>Pessoas com idade mais avançada têm maior</p>
<p>Lesões por pressão</p> <p>O cisalhamento ocorre quando duas forças agem nos tecidos de formas contrárias, como podemos ver na figura a seguir. No local de encontro dessas forças podem aparecer as feridas.</p> <p>Vamos conversar sobre alguns fatores que levam ao aparecimento das lesões?</p> <p>Pessoas com idade mais avançada têm maior facilidade para o aparecimento de feridas devido ao seu metabolismo mais lento e maior fragilidade na pele;</p> <p>Imobilidade ou mobilidade reduzida – maior tempo na mesma posição;</p> <p>Peso corporal – maior peso em um curto período ou menor peso em um longo período pode abrir as lesões;</p> <p>Fumo – diminuição da quantidade de oxigênio no sangue, abrindo feridas;</p> <p>Nutrição – carência de nutrientes necessários com uma alimentação não balanceada pode abrir as lesões.</p> <p>Locais mais frequentes</p> <p>As regiões mais comuns ao aparecimento de lesões são na região do dorso das costas, na região do quadril, joelho e no pé.</p>	<p>Lesões por pressão</p> <p>com uma alimentação não balanceada pode abrir as lesões.</p> <p>Locais mais frequentes</p> <p>As regiões mais comuns ao aparecimento de lesões são na região do dorso das costas, na região do quadril, joelho e no pé.</p> 

Figura 11 – Interface do aplicativo – Parte 04

Estágios das lesões por pressão

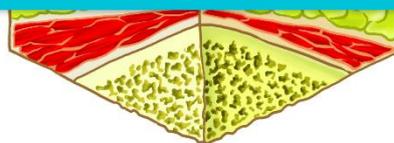
Os estágios delimitam os tamanhos e profundidades assim como o aspecto das feridas para assim, a equipe de saúde saber como intervir. Vamos conhecê-los?

Estágio 1: A pele apresenta uma região avermelhada que, ao apertar não altera sua cor.

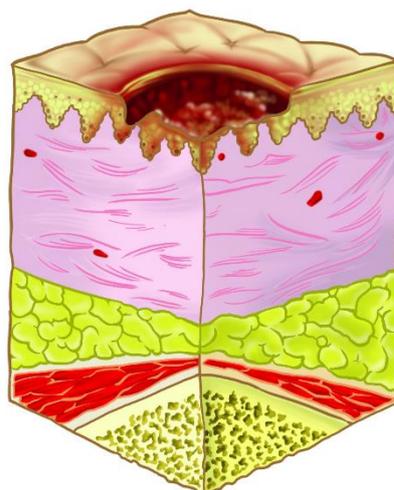


Estágio 2: Ocorre uma perda da pele superficial

Estágios das lesões por pressão

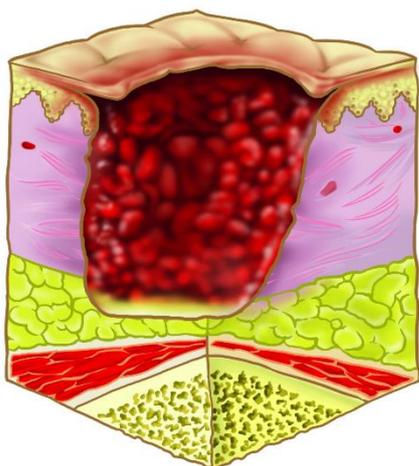


Estágio 2: Ocorre uma perda da pele superficial, podendo aparecer uma bolha ou uma ferida com cor rosa ou vermelha, úmida.



Estágios das lesões por pressão

Estágio 3: Há perda da pele mais profunda, a gordura pode estar visível, sem exposição de ossos, tendões ou músculos.



Estágio 4: Perda total da pele, com exposição do músculo, tendão ou osso. Podem possuir o aspecto de um "túnel" na ferida.

Estágios das lesões por pressão



Estágio 4: Perda total da pele, com exposição do músculo, tendão ou osso. Podem possuir o aspecto de um "túnel" na ferida.

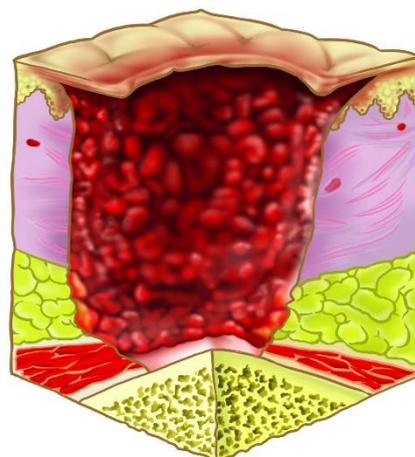
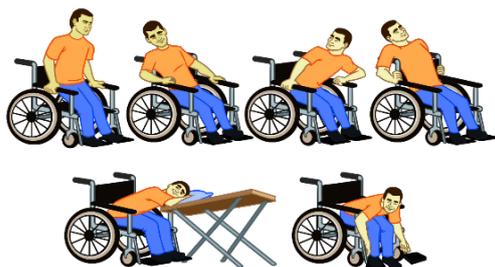


Figura 12 – Interface do aplicativo – Parte 05

E a prevenção e tratamento? Com...

Mudança de decúbito

É importante mudar de posição, se possível, a cada meia hora para aliviar a pressão no local. Existem manobras que facilitam a decompressão (chamada de "push up") onde você sustenta seu peso corporal nos braços da cadeira de rodas, elevando seu quadril, como se fosse levantar e permanece nessa posição o quanto aguentar, e depois senta novamente. Além disso, você pode alternar suas posições na cadeira de rodas.



Hidratação da pele

É importante hidratar a pele frequentemente evitando o aparecimento de rachaduras que podem se tornar feridas. Você pode utilizar o creme hidratante de sua escolha, preferindo o

E a prevenção e tratamento? Com...

Hidratação da pele

É importante hidratar a pele frequentemente evitando o aparecimento de rachaduras que podem se tornar feridas. Você pode utilizar o creme hidratante de sua escolha, preferindo os que possuem pouco cheiro, para evitar alguma reação alérgica.

Almofadas

Dê preferência ao uso de almofadas de ar ou de espumas para aliviar a pressão, reduzindo o impacto e melhorando a oxigenação do local. Existem outras formas de alívio como o uso de colchão pneumático pode oferecer uma proteção muito maior, pois favorece a circulação sanguínea. Ainda, existem espumas chamadas "caixa de ovo" que podem ajudar neste processo.

IMPORTANTE: NÃO utilize colchões e almofadas de água, pois prejudicam o alinhamento postural, dificultando a realização de exercícios e assim, a reabilitação!

Higiene

A higiene é importante porque permite que a pele fique livre de sujeiras, que podem favorecer

E a prevenção e tratamento? Com...

Higiene

A higiene é importante porque permite que a pele fique livre de sujeiras, que podem favorecer o aparecimento das feridas. Evite principalmente que a pele fique em contato com conteúdos ácidos como por exemplo, a sua urina.



Distribuição corporal

Mantenha a postura! Busque ficar corretamente encostado na cadeira de rodas, aumentando a área de distribuição de peso, diminuindo áreas de pressão.

Transferências

Cuidado! Evite acidentes ao se transferir da cama para a cadeira de banho ou da cadeira

E a prevenção e tratamento? Com...

Transferências

Cuidado! Evite acidentes ao se transferir da cama para a cadeira de banho ou da cadeira para outros locais para que o corpo não bata em algum local e apareça uma nova ferida. Não esqueça de sempre travar a cadeira! Aproxime-se do local que deseja ir para ter maior segurança ou peça ajuda.

Queimaduras

Evite feridas! Você pode não sentir diferenças de temperatura e, ao colocar pratos e copos quentes nas pernas como apoio durante as refeições, poderá se queimar.

Nutrição e hidratação

Alimente-se bem! Dê preferência a uma alimentação rica em frutas, verduras, proteínas (carnes) e carboidratos (batatas, arroz, inhame). Se possível, procure um nutricionista a fim de manter uma alimentação balanceada. Beba bastante água. A hidratação é essencial.



Figura 13 – Interface do aplicativo – Parte 06

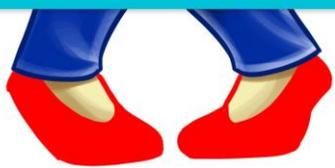
<p>E a prevenção e tratamento? Com...</p> <p>feridas, poderá se queimar.</p> <p>Nutrição e hidratação</p> <p>Alimente-se bem! Dê preferência a uma alimentação rica em frutas, verduras, proteínas (carnes) e carboidratos (batatas, arroz, inhame). Se possível, procure um nutricionista a fim de manter uma alimentação balanceada. Beba bastante água. A hidratação é essencial.</p>  	<p>E a prevenção e tratamento? Com...</p>  <p>Vestimentas</p> <p>Evite roupas ou sapatos apertados. E, se a roupa estiver molhada ou suja, trocá-la imediatamente.</p> 
<p>E a prevenção e tratamento? Com...</p> <p>Vestimentas</p> <p>Evite roupas ou sapatos apertados. E, se a roupa estiver molhada ou suja, trocá-la imediatamente.</p> 	<p>E a prevenção e tratamento? Com...</p>  <p>Fique atento!</p> <p>Observe diariamente alterações de cor nas regiões que podem abrir as feridas, como já conversamos. Você pode fazer isto através de um espelho, com auxílio do seu cuidador ou até mesmo de uma pessoa próxima. Você pode palpar esses locais percebendo alguma alteração na sua pele, como bolhas, ressecamentos ou qualquer sinal diferente do que é para você, normal.</p> <p>Como tratar a ferida?</p> <p>Previna-se e não deixe de procurar atendimento. Não se esqueça: o enfermeiro é importante na avaliação e tratamento da ferida. Porém, não esqueça que você e seu cuidador são fundamentais neste processo. O ideal é manter sempre a ferida limpa de resíduos, corpos estranhos e excesso de secreções.</p>

Figura 14 – Interface do aplicativo – Parte 07

<p>Minha bexiga e meu intestino</p> <p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> <p>Cuidado intestinal</p>	<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> <p>Com a lesão medular, você pode perder o controle da bexiga que leva a perda de urina e o possível aparecimento de cálculo renal e infecções. O contato da pele com a urina pode abrir novas feridas. Assim, é importante se reeducar através da realização de Auto Cateterismo Vesical até que sua bexiga consiga ter seu controle.</p> <p>E como podemos fazer isso? Vamos lá?</p> <p>PASSO 01: Você deverá realizar um exame prescrito pelo médico chamado de avaliação urodinâmica que irá determinar o intervalo de tempo entre as sondagens;</p> <p>PASSO 02: Escolha o melhor horário para esvaziar sua bexiga e prossiga em determinado intervalo de tempo, a depender da avaliação acima;</p> <p>PASSO 03: Realize a manobra conhecida como Piparote, que são leves golpes na região da bexiga e aguarde alguma resposta;</p> <p>PASSO 04: Ocorrendo a saída de urina, tente medir e anotar;</p> <p>PASSO 05: Lave as mãos com sabonete neutro para iniciar a sondagem;</p> <p>PASSO 06: Coloque a sonda lubrificada e aguarde a saída de urina;</p>
<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> <p>PASSO 07: Realize a manobra conhecida como Credé, que é uma massagem na região da bexiga, com a sonda inserida;</p> <p>PASSO 08: Realize a manobra conhecida como Valsalva, que é uma força como se fosse defecar, ainda com a sonda inserida;</p> <p>PASSO 09: Meça e anote o volume de urina retirado pela sonda;</p> <p>PASSO 10: Repetir o processo no tempo determinado.</p> <p>Vamos lembrar que este processo requer disciplina, leva à autonomia, independência!!!</p> 	<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> <p>vamos lembrar que este processo requer disciplina, leva à autonomia, independência!!!</p>  

Figura 15 – Interface do aplicativo – Parte 08

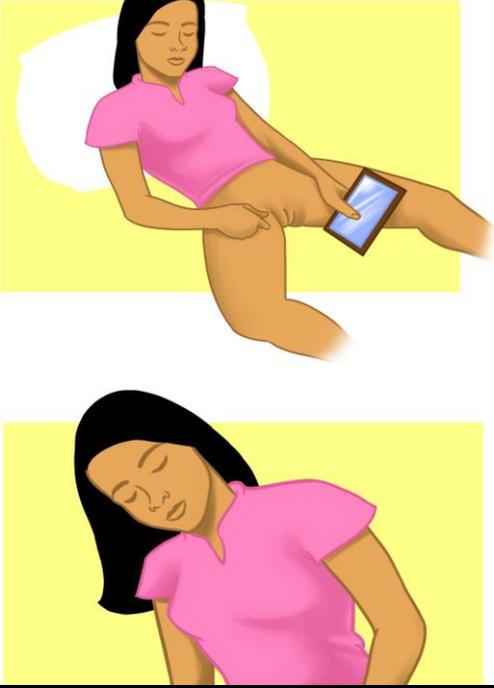
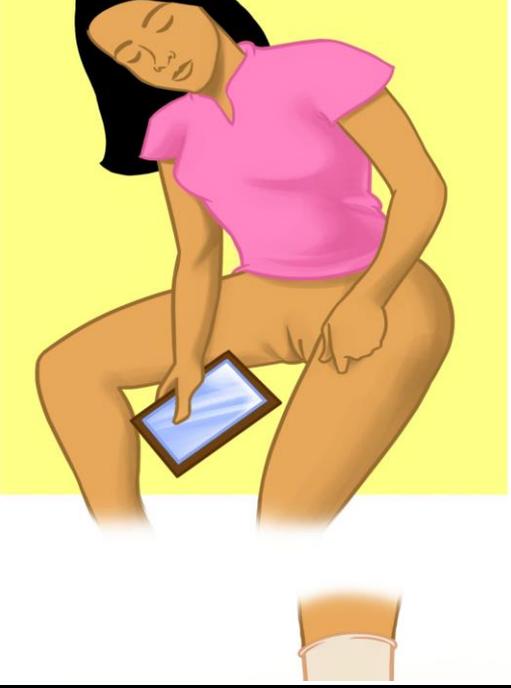
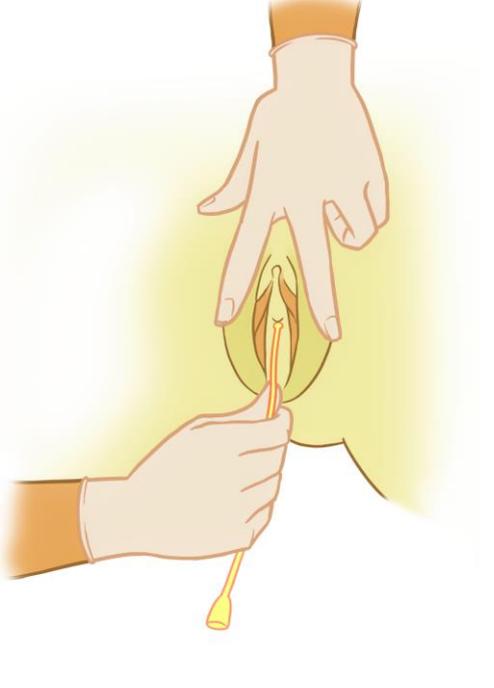
<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> 	<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> 
<p>Reeducação da bexiga (vesical)</p> 	<p>Cuidado intestinal</p> <p>Com a lesão medular, você pode perder o controle de seu intestino. É preciso reeducá-lo o que envolve alguns passos. Lembre-se que o contato contínuo com as fezes poderá influenciar na abertura de novas feridas.</p> <p>Vamos ver como fazer?</p> <p>PASSO 01: Estimule o reto com o dedo indicador. Delicadeza e cuidado são fundamentais. Faça movimentos circulares e funilares com a ponta do dedo, mantendo contato com a parede retal. Em geral, este processo deve durar de 20 a 60 segundos.</p> <p>DICA: A posição sentada ou deitada sobre o lado esquerdo do corpo pode ajudar a estimular um movimento intestinal. O estímulo digital aumenta a frequência do movimento do intestino. A partir do momento que se inicia a estimulação, levará somente alguns segundos ou poucos minutos para as fezes entrarem no reto e começarem a sair. É importante usar lubrificante a base de água, de forma abundante e ser cuidadoso!</p> <p>PASSO 02: Disciplina é importante! Estabeleça</p>

Figura 16 – Interface do aplicativo – Parte 09

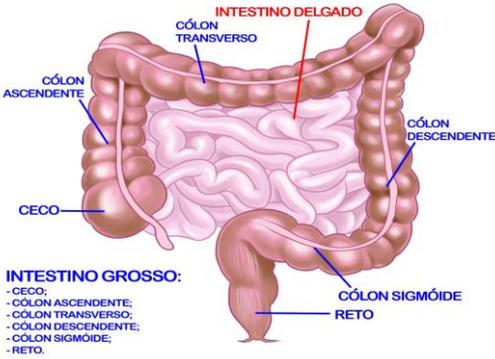
<p>Cuidado intestinal</p> <p>PASSO 02: Disciplina é importante! Estabeleça horários para evacuação (acordo entre cliente e cuidador que irá te auxiliar);</p> <p>PASSO 03: Quando a comida entra no estômago após uma refeição, tem início o movimento muscular da digestão, podendo causar a urgência de evacuar após comer;</p> <p>PASSO 04: Utilize supositório de glicerina (apenas por 7 dias, SE PRESCRITO PELO MÉDICO) para estimular a evacuação;</p> <p>PASSO 05: Realize a Manobra chamada Rosing por 15 minutos, que é a manobra que começa quando você, devidamente deitado ou recostado, iniciará com a ponta dos dedos, a massagem no abdômen na localização do intestino, no sentido da direita para a esquerda (do cólon ascendente para o descendente). Isto deve durar 15 minutos. Logo a seguir, sente no vaso sanitário ou na cadeira higiênica;</p> <p>PASSO 06: Realize a Manobra conhecida como Valsalva que é a força como se fosse evacuar;</p>	<p>Cuidado intestinal</p> <p>vaso sanitário ou na cadeira higiênica;</p> <p>PASSO 06: Realize a Manobra conhecida como Valsalva que é a força como se fosse evacuar;</p> <p>PASSO 07: Sem evacuação? Força de vontade! Vamos repetir!!!</p> <p>IMPORTANTE: NÃO É RECOMENDÁVEL O USO DE LAXANTES, POIS CAUSA IRRITAÇÃO E DEPENDÊNCIA!</p>  <p>INTESTINO DELGADO</p> <p>INTESTINO GROSSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CÉCICO; - CÉCICO ASCENDENTE; - CÉCICO TRANSVERSO; - CÉCICO DESCENDENTE; - CÉCICO SIGMÓIDE; - CÉCICO RETO.
<p>Qualidade de vida</p> <p>Acessibilidade</p> <p>Tecnologia Assistiva</p> <p>Prática de esportes</p> <p>Sexualidade</p>	<p>Acessibilidade</p> <p>A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) 9050:2015, traz todas as informações sobre um ambiente ideal que favoreça sua autonomia, inclusão e qualidade de vida em diversos ambientes. Venha conferir alguns deles. Prefira um acesso sem obstáculos, simples e sem degraus. Utilize pisos firmes, antiderrapantes e sem desníveis. É imprescindível a utilização de barras de apoio em todos os cômodos da casa, principalmente, nos banheiros, para realização de suas atividades de vida diárias.</p> 

Figura 17 – Interface do aplicativo – Parte 10

Tecnologia Assistiva

A Tecnologia Assistiva visa a promoção de sua independência e inclusão social, trazendo recursos e serviços que ampliem suas habilidades funcionais.

Que tipo de recurso?

Eles variam de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado. Estão incluídos brinquedos e roupas adaptadas, computadores, programas eletrônicos especiais, que incluem acessibilidade e melhor qualidade de vida.

Entendido? Mas e os serviços? O que são?

Os serviços são prestados por profissionais capacitados, de diversas áreas, ao seu atendimento para a utilização destes tipos de tecnologia. Assim, tenta-se ampliar sua mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado, trabalho e integração com a família, amigos e sociedade. Conheça suas possibilidades em: <http://www.assistiva.com.br/tassistiva.html>

Prática de esportes

A prática de esportes é excelente pois tornará sua vida mais saudável, podendo melhorar sua imagem corporal e autoestima. Tal prática poderá interferir positivamente nas suas relações de trabalho, vida afetiva e social. São inúmeros os esportes adaptados. Confira!



Sexualidade

Você precisa conhecer seu corpo e o que muda após o trauma. Discutir com o enfermeiro que está inserido em seu cuidado, pode ampliar seus conhecimentos e tirar suas dúvidas. Lembre-se que você não se tornou um assexuado. Não tenha vergonha! QUEBRE SEUS ESTIGMAS, SEUS TABUS! CONHEÇA AS SUAS POSSIBILIDADES!



Mitos e verdades

Utilizamos iodo nas feridas ou não?

Não. O iodo pode ser absorvido e se tornar tóxico para seu corpo, o que impede a cicatrização das feridas.



Aplicamos vaselina nas feridas ou não?

Sim. A vaselina mantém a ferida úmida, ajudando a cicatrizar a ferida. Atualmente, existem gazes embebidas em compostos, uma delas sendo a gaze vaselinada que possui uma importância grande na cicatrização de feridas.

Figura 18 – Interface do aplicativo – Parte 11

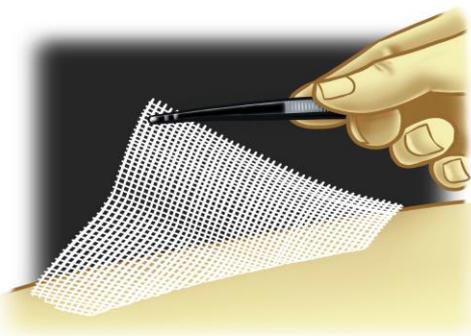
<p>Mitos e verdades</p>  <p>Aplicamos vaselina nas feridas ou não?</p> <p>Sim. A vaselina mantém a ferida úmida, ajudando a cicatrizar a ferida. Atualmente, existem gazes embebidas em compostos, uma delas sendo a gaze vaselinada que possui uma importância grande na cicatrização de feridas.</p> 	<p>Legislação e Rede de cuidados</p> <p>Existem diversas leis que foram desenvolvidas a seu favor. Aqui, pontuaremos algumas que achamos fundamental compartilhar com você para que entenda seus direitos e deveres e como você está inserido nos Serviços.</p> <p>Existe a Rede de cuidados, através da Portaria 793/2012, “voltada à pessoa com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, bem como intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2012). Esta Rede aponta os problemas na assistência às pessoas com deficiência, articulando a atenção primária à Saúde (Estratégias de Saúde da Família), Atenção Hospitalar (internação) e Atenção Especializada (Serviços de reabilitação, como ambulatórios e centros de reabilitação, por exemplo).</p> <p>O Sistema Único de Saúde deve contribuir no sentido do funcionamento da referência e contrarreferência, sendo uma importante comunicação entre os serviços a você, proporcionando um cuidado efetivo e integral, atendendo todas as suas necessidades, de forma individualizada. A atenção básica é a</p>
<p>Legislação e Rede de cuidados</p> <p>O Sistema Único de Saúde deve contribuir no sentido do funcionamento da referência e contrarreferência, sendo uma importante comunicação entre os serviços a você, proporcionando um cuidado efetivo e integral, atendendo todas as suas necessidades, de forma individualizada. A atenção básica é a continuidade do serviço de reabilitação.</p> <p>De acordo com o Ministério da Saúde (2013) “A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, responsabilizado por determinada população e, assim como todos os pontos de atenção, devendo responder as necessidades.”</p> <p>“Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes</p>	<p>Legislação e Rede de cuidados</p> <p>“Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (...) produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.” (BRASIL, 2012)</p> <p>A Portaria vem para promover melhorias no cuidado a você, reinserindo-o em suas atividades de vida diárias, mostrando seus direitos desde a orientação do profissional de saúde durante a hospitalização até a continuidade do cuidado em reabilitação no seu domicílio.</p>

Figura 19 – Interface do aplicativo – Parte 12

<p>Legislação e Rede de cuidados</p> <p>A Portaria vem para promover melhorias no cuidado a você, reinserindo-o em suas atividades de vida diárias, mostrando seus direitos desde a orientação do profissional de saúde durante a hospitalização até a continuidade do cuidado em reabilitação no seu domicílio.</p> <p>Ainda, dentre outras legislações, existe o Estatuto da Pessoa com Deficiência, datada de 06 de julho de 2015, que "é destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania." (BRASIL, 2015). Este aplicativo leva em conta estas Políticas, visto que promoverá a inclusão social, qualidade de vida bem como autonomia, inclusão social e o exercício da cidadania, através da avaliação do que a pessoa realmente necessita, explorando suas potencialidades, para manter a sua saúde.</p> <p>Não deixe de buscar mais informações. Procure saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; 	<p>Legislação e Rede de cuidados</p> <p>aplicativo leva em conta estas Políticas, visto que promoverá a inclusão social, qualidade de vida bem como autonomia, inclusão social e o exercício da cidadania, através da avaliação do que a pessoa realmente necessita, explorando suas potencialidades, para manter a sua saúde.</p> <p>Não deixe de buscar mais informações. Procure saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; - Lei nº. 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social); - Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); - Lei nº. 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento); - Lei nº. 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade), e; - Decretos nº. 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº. 5.296/04 (regulamenta as Leis nº. 10.048/00 e nº. 10.098/00)...dentre outros! <p>FIQUE ATENTO!</p>
<p>Referências</p> <p>ALVAREZ, A.B. Saberes e práticas de clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre úlcera por pressão: implicações para o cuidado educativo de enfermagem. 2012. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 08 mar. 2016.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê nacional de educação popular em saúde - CNEPS. Política Nacional de Educação popular em saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2012.</p> <p>NOGUEIRA, P.C.; RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(3):607-14.</p> <p>ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.O.; BRANCO,</p>	<p>Referências</p> <p>nacional de educação popular em saúde - CNEPS. Política Nacional de Educação popular em saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2012.</p> <p>NOGUEIRA, P.C.; RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(3):607-14.</p> <p>ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.O.; BRANCO, E.M.S.C.; MACHADO, W.C.A. Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: implicações para o cuidado de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.12 n.4 Out/Dez. 2013.</p> <p>ASSIS, G.M., FARO, A.M.C.M. Autocatereterismo vesical intermitente na lesão medular. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):289-93.</p> <p>BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2015.</p> <p>BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov.</p>

Figura 20 – Interface do aplicativo – Parte 13

Referências	Referências
<p>de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Seção 1, p.12.</p> <p>BRASIL. Governo lança Plano Nacional dos direitos da Pessoa com deficiência. Blog do Planalto, 17 de novembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://blog.planalto.gov.br/governo-lanca-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-comdeficiencia/ Acesso em: 01 mar 2015.</p> <p>BRASIL. Lei nº 13146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DOU de 7.7.2015.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 16 jun. 2015.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília; Ministério da Saúde, 2013.</p>	<p>com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DOU de 7.7.2015.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 16 jun. 2015.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília; Ministério da Saúde, 2013.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2010.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em 01 mar. 2015.</p>

Figura 21 – Interface do aplicativo – Parte 14

Após o conhecimento da tecnologia produzida, a seguir, se descreveu como se deu a validação na ótica dos enfermeiros da prática e avaliação de todo o processo e do aplicativo, pelos participantes do estudo.

Capítulo VII

O processo de validação de um aplicativo como material educativo para lesados medulares e cuidadores sobre lesões por pressão

CAPÍTULO VII. O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO COMO MATERIAL EDUCATIVO PARA LESADOS MEDULARES E CUIDADORES SOBRE LESÕES POR PRESSÃO

Ao longo dos anos a Enfermagem tem passado pelos avanços tecnológicos, porém alguns destes recursos não alcançam a comunidade totalmente. A Enfermagem tem se desenvolvido em diversos campos, mas tem-se percebido necessária a criação de novas tecnologias para a saúde, com a finalidade de garantir mais eficácia no processo de cuidado (OLIVEIRA et al, 2008).

“Considerando o conceito de Nietzsche, tecnologia é o resultado de processos concretizados a partir de experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática.” (OLIVEIRA et al, 2008).

De acordo com a era veloz em que vivemos é preciso que as tecnologias advindas de situações da prática emergjam nos cenários e como um *feedback* auxiliem na assistência, minimizando ou resolvendo tais problemas. Isto deve ser feito sistematicamente e metodologicamente com rigidez e controle assim como na Pesquisa Convergente-Assistencial, utilizada neste estudo pressupõe.

De acordo com Teixeira (2010):

“Por estarmos em plena era tecnológica, as concepções de tecnologia tem sido usadas, às vezes, de forma equivocada, pois tem sido compreendida apenas na perspectiva de um produto, com materialidade e, também, resumida a procedimentos técnicos de operação. A nosso ver, há que se alargar tal concepção. A tecnologia pode ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente.”

O cuidado à saúde da pessoa com lesão medular inclui um conjunto de ações nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Por isso, o atendimento integrado de profissionais de saúde deve englobar diversas fontes de orientação, inclusive considerando alternativas disponíveis na mídia, em busca pela integralidade do cuidado e a produção de uma melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Neste sentido, este capítulo apresenta a validação do aplicativo móvel construído como produto desta pesquisa. Segundo o dicionário Aurélio (2010), a validação significa tornar ou declarar válido, dar validade a e/ou atribuir valor a si próprio. Oliveira (2008) corrobora que o conceito de validade é o grau em que um instrumento se mostra apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. Alexandre et al (2011) complementam que é a avaliação da capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. Pode-se considerar um instrumento válido quando ele consegue avaliar realmente o seu objetivo.

7.1. O INSTRUMENTO DA AVALIAÇÃO DO APLICATIVO PELOS ENFERMEIROS DA PRÁTICA

A etapa tratou da construção de um instrumento para a avaliação do aplicativo móvel após a análise dos dados dos temas discutidos nos encontros dialogados. Em sua composição, reuniu-se um conjunto de afirmativas relacionadas tanto ao conhecimento, importantes para o cuidado, quanto relacionadas à face do aplicativo.

De acordo com Pereira e Alvim (2015), acerca da Técnica Delphi utilizada neste estudo, considera-se:

“Consideramos que esta técnica se configura em uma proposta metodologicamente confiável e aplicável às pesquisas na enfermagem, sobretudo nas situações em que a escassez de dados e materiais possam se constituir como fator limitante ao desenvolvimento da ciência da profissão”.

Assim, a Técnica empregada é de extrema relevância e essencialmente confiável no que tange à validação de aplicativos que possam ser elaborados na enfermagem, facilitando assim o processo de cuidado além do desenvolvimento da ciência. É válido pontuar que, de acordo com os critérios pré-estabelecidos dos possíveis especialistas, não foi possível que os mesmos respondessem a tempo. Desta forma, se deu a necessidade de adaptação, levando-se em consideração a validação com os enfermeiros da prática voltados ao tema.

A escala likert utilizada no instrumento para validação permitia resposta desde Discordo Totalmente, Discordo, Neutro, Concordo até Concordo Totalmente. A pontuação Neutro foi indicada em casos de dúvida se havia concordância ou discordância ou se o avaliador não se sentisse apto a se posicionar mediante a afirmativa apresentada. As pontuações iguais ou superiores a Concordo foram consideradas como adequadas.

De acordo com as citações anteriores e correlacionando com o estudo em tela, o instrumento utilizado para validação (APÊNDICE F), também baseada e adaptada da Escala e baseados em Moreira et al (2003), obtiveram afirmativas que testaram a eficácia da tecnologia produzida, com vistas à prevenção e tratamento das lesões por pressão para a clientela pesquisada, levando à pesquisadora a identificar o fenômeno estudado. Assim, para dar consistência aos dados do produto informativo elaborado, a pesquisadora efetivou a validação dos dados.

7.2. A PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS DA PRÁTICA

Neste estudo, optou-se pela validação de conteúdo e aparência ou de face, pelos enfermeiros da prática. Uma vez que a tecnologia produzida fora construída em conjunto com os participantes desta pesquisa e, aplicando a metodologia utilizada, também foi realizada uma avaliação de todo o processo de construção bem como do produto final pelas pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

“A validade de conteúdo é um método baseado, necessariamente, no julgamento. Para esta tarefa é chamado um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgar se eles são abrangente e representativo, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir. O pesquisador deve determinar, a priori, o número de validadores e a porcentagem de concordância esperada para se poder decidir sobre o destino de cada item. É também necessário instruir os avaliadores sobre como devem proceder à validação, fornecendo-lhes um formulário próprio para registro de seus julgamentos. Já a validade de aparência ou de face, também considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento, consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento.” (OLIVEIRA et al, 2008)

Desta forma, ao entender que os enfermeiros da prática selecionados também poderiam avaliar face além do conteúdo, foi realizado um único formulário para que realizassem a validação do aplicativo criado.

Compuseram o comitê de *expertises*, 21 enfermeiros que são caracterizados mais adiante. Os mesmos foram selecionados através da técnica Bola de Neve para que se pudesse atender aos critérios pré-estabelecidos. Cabe pontuar que os enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família as quais os dados foram coletados validaram o aplicativo, uma vez que estão em contato direto com a clientela pesquisada e para dar um feedback sobre a tese desenvolvida.

Para tanto, receberam as informações necessárias sobre o detalhamento da sua participação principalmente no que tange a clareza da linguagem, a pertinência e

a consistência dos enunciados, relacionando-os aos objetivos da etapa e do estudo em geral.

Após a avaliação realizada, as respostas foram enviadas a um profissional da área de estatística que realizou a leitura dos dados amostrais organizados em planilha eletrônica. A partir destas, foi calculado o quanto esta amostra representa, com fidelidade, a população à qual se destina este estudo. Este cálculo denomina-se grau de concordância e será demonstrado mais adiante. Os escores foram distribuídos através de medidas estatísticas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das variáveis estudadas.

O desvio-padrão mostra como os valores observados da amostra variam em torno da média. A partir do cálculo deste desvio padrão, foi possível identificar a concordância (ou divergência) entre as respostas dos avaliadores quando analisado um mesmo aspecto, ou seja, neste caso, quanto menor for o valor encontrado no desvio padrão, maior a concordância da amostra, e conseqüentemente este comportamento de concordância (ou divergência) também poderá ser observado em toda a população. Os cálculos podem ser observados na análise a seguir.

7.3. VALIDAÇÃO PELOS ENFERMEIROS DA PRÁTICA

7.3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS DA PRÁTICA

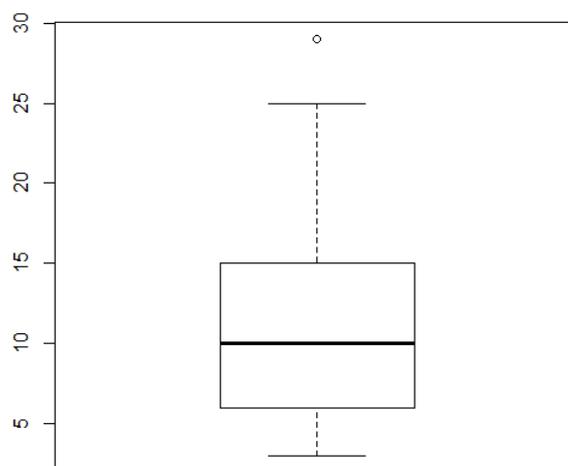
Antes de iniciar a análise e interpretação dos dados, iniciaremos a caracterização do perfil dos que participaram da validação do aplicativo móvel elaborado, identificados a seguir como EX.

EX	Sexo	Profissão	Tempo Formação (anos)	Área de Trabalho	Tempo área (anos)	Titulação	Especialização	Área Pesquisa Dissert/Tese
1	F	Enfermeira	15	Enfermagem Dermatológica	13	Mestrado	Enfermagem Dermatológica	Diabetes Mellitus
2	F	Enfermeira	25	Reabilitação	20	Graduação	-	-
3	F	Enfermeira	17	Neurologia	10	Graduação	-	-
4	M	Enfermeiro	03	Neurologia	01	Graduação	-	-
5	M	Enfermeiro	08	ESF	07	Graduação	-	-
6	F	Enfermeira	10	Docente de nível superior	05	Doutorado	-	Fundamentos de Enfermagem
7	F	Enfermeira	06	ESF	02	Graduação	-	-
8	F	Enfermeira	06	ESF	06	Graduação	-	-
9	F	Enfermeira	15	Neurotrauma	11	Especialização	Neurointensivismo	-
10	M	Enfermeiro	10	Docente de nível superior	05	Mestrado	-	Enfermagem Médico-

								Cirúrgica
11	F	Enfermeira	12	ESF	10	Especialização	Enfermagem do Trabalho	-
12	M	Enfermeiro	08	Docente de nível superior	02	Mestrado	Enfermagem em Saúde da Família	Enfermagem em Saúde Coletiva
13	F	Enfermeira	08	ESF	05	Mestrado	Enfermagem em Saúde Coletiva	Saúde do adolescente
14	F	Enfermeira	06	Docente de nível superior	02	Mestrado	Residência em Clínica Médica	Enfermagem em Saúde Coletiva
15	F	Enfermeira	06	Docente de nível superior	0,5	Mestrado	Enfermagem em Saúde da Família	Enfermagem em Saúde Coletiva
16	M	Enfermeiro	18	Terapia intensiva	17	Graduação	-	-
17	M	Enfermeiro	07	Dermatoterapia	07	Mestrado	Dematoterapia	Dematoterapia
18	F	Enfermeira	29	Neurologia	20	Especialização	Neurointensivismo	-
19	F	Enfermeira	10	Reabilitação	05	Graduação	-	-
20	F	Enfermeira	03	Reabilitação	02	Graduação	-	-
21	M	Enfermeiro	20	Neurologia	15	Graduação	-	-

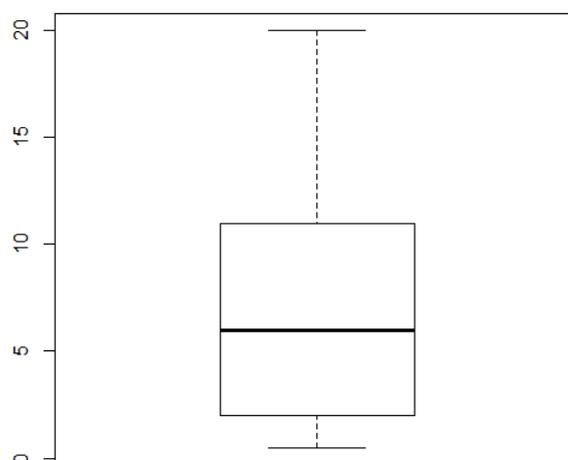
Quadro 22 – Caracterização do perfil dos *expertises*

Além do Quadro 22 e, após análise estatística, podemos observar os gráficos abaixo para melhor visualização:



Legenda: Min.- 3.00 ; 1st Qu. - 6.00; Median- 10.00; Mean- 11.52; 3rd Qu.- 15.00; Max.- 29.00

Gráfico 01 – Tempo de formação *expertises* (ano)



Legenda: Min.- 0.500; 1st- 2.000; Qu. Median- 6.000; Mean- 7.881; 3rd Qu.- 11.000; Max.- 20.000

Gráfico 02 – Tempo de trabalho na área dos *expertises* (ano)

Dos profissionais enfermeiros analisados, 50%, (10) têm mais de 10 anos de formação enquanto os outros 50%, possuem menos de 10 anos de formação. Podemos ir além e dizer que, segundo os gráficos *box-plot* representados acima, 25% dos profissionais possuem menos de 06 anos de formação, enquanto o restante, equivalente a 75% dos entrevistados têm mais de 06 anos de formação. A pessoa que possui menor tempo possui 03 anos de formação.

Cabe destacar que 75% dos entrevistados possuem menos de 15 anos de formação, enquanto 25% dos entrevistados, mais de 15 anos de formação. O profissional que possui maior tempo de formação apresenta como valor 29 anos. Contudo, este ponto pode ser considerado um valor discrepante, pois apresenta uma grande diferença em relação aos valores da amostra, sendo ilustrado pelo ponto mais próximo do valor 30.

Os profissionais docentes de nível superior, em sua totalidade, atuam na disciplina de reabilitação físico-motora. O gráfico mostra uma noção da dispersão da amostra, ou seja, como os valores dos tempos de formação estão distribuídos para todas as pessoas. Porém, após análise matemática, se conclui que a média de tempo de formação da amostra é de 11,52 anos, equivalente a 11 anos e 6 meses aproximadamente.

De acordo com o segundo gráfico *box-plot* apresentado, pode-se inferir que 01 pessoa possui apenas 06 meses na área de atuação. Ainda, 25% dos profissionais

possuem menos de 02 anos atuantes em sua área de trabalho atual, enquanto o restante, equivalente a 75% dos entrevistados têm mais de 02 anos na área. Acrescido a isto, pode-se dizer que 75% dos entrevistados possui menos de 11 anos atuantes em sua área de trabalho atual, enquanto 25% dos entrevistados, mais de 11 anos na área.

Após análise se conclui que a média de atuação na área de trabalho da amostra é de, aproximadamente 08 anos. Analisando em conjunto os dois gráficos a amostra é de profissionais relativamente jovens.

De acordo como grau de escolaridade se pode inferir que 01 pessoa possui doutorado, 07 possuem mestrado, 04 pessoas possuem especialização e 09, graduação.

7.3.2. O GRAU DE CONCORDÂNCIA DAS AFIRMATIVAS SEGUNDO A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA PRÁTICA

O quadro abaixo nos mostra os valores para que possamos entender a validação do aplicativo móvel. Cabe destacar que tais valores são detalhados pelas questões existentes no formulário para validação respondido pelos mesmos.

Resumo A1 – A24

A	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.	Std Dev.
1	5	5	5	5,0	5	5	0,00
2	5	5	5	5,0	5	5	0,00
3	5	5	5	5,0	5	5	0,00
4	5	5	5	5,0	5	5	0,00
5	5	5	5	5,0	5	5	0,00
6	4	5	5	5,0	5	5	0,22
7	4	5	5	5,0	5	5	0,22
8	5	5	5	5,0	5	5	0,00
9	4	5	5	5,0	5	5	0,22
10	4	5	5	5,0	5	5	0,22
11	3	5	5	4,8	5	5	0,54
12	4	5	5	5,0	5	5	0,22
13	4	5	5	5,0	5	5	0,00
14	5	5	5	5,0	5	5	0,00
15	5	5	5	5,0	5	5	0,00

cuidado intestinal está corretamente fundamentado cientificamente e claro para o leitor.”, que obteve também o escore “Concordo totalmente”, por unanimidade.

Através do entendimento sobre a capacidade destes enfermeiros da prática para validação de face bem como aplicabilidade e objetivo do produto elaborado, as afirmativas a seguir obtiveram também escore máximo, por unanimidade: “As ilustrações estão bem distribuídas e são claras e objetivas e correspondem ao que o texto discorre.”; “As ilustrações são referentes ao público-alvo (adulto), evitando-se assim, figuras com motivos infanto-juvenis.”; “O texto está bem distribuído e legível.”; “O objetivo é evidente , facilitando a pronta compreensão do material.”; “O material está adequado para sua aplicabilidade na prática clínica do enfermeiro, principalmente nas atividades educativas como forma de cuidado.”

Cabe destacar que estão aptos a validar sobre face, uma vez que o aplicativo é entendido como um todo e, de acordo com a visão de algumas pessoas com lesão medular, participantes desse estudo, bem como expansibilidade das perspectivas futuras do estudo, o aplicativo também poderá ser utilizado por profissionais da saúde, mais especificamente, os enfermeiros que lidam continua e diretamente com o cuidado desde a fase do trauma até a fase de reabilitação destas pessoas, sendo responsáveis por orientar os cuidadores para continuidade do cuidado em domicílio. Além disto, é possível entender que o conteúdo está diretamente atrelado às imagens e linguagem utilizada bem como o objetivo e aplicabilidade deste material.

- Afirmativas 6, 7, 9, 10, 12, 13, 19, 20: A grande maioria respondeu com escore 5 às afirmativas. Entretanto, houve um número pequeno de pessoas (observado pelo baixo valor do desvio padrão), que responderam com escore 4 às afirmativas, o que também foi considerado para as finalidades deste levantamento como concordância. Entretanto, como o número de pessoas que responderam com escore 4 pode ser considerado pequeno, a média dos resultados para estas afirmativas também foi 5 (Concordância total).

As afirmativas “As informações acerca da prevenção e tratamento das lesões estão objetivas, claras e cientificamente adequadas.”; “As informações sobre a reeducação da bexiga são objetivas, claras e cientificamente adequadas.”; “Todos os itens sobre qualidade de vida se mostram claros, com

informações e referências para que a pessoa possa conhecer as possibilidades.”; “O item sobre Legislação e Rede de Cuidados se mostra objetivo, acessível e com informações de referências sobre onde encontrar maiores informações sobre seus direitos e deveres.”; “As informações contidas em todo o aplicativo são coerentes com as necessidades / conhecimento para pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre lesões por pressão.”, são referentes aos conteúdos sobre lesões por pressão e, mais ainda, após o diálogo compartilhado, emergiram outras questões que compuseram o aplicativo, sendo igualmente fundamentais para sua qualidade de vida e processo de cuidado.

Após as afirmativas citadas, foram abordadas questões sobre face e linguagem como: “O aplicativo apresenta os conceitos e ações em uma ordem lógica.”; “A linguagem utilizada é adequada para a compreensão das pessoas com lesão medular e seus cuidadores.” e; “O estilo de conversação facilita o entendimento do texto e ocorre interação do texto.” Tais questões são de suma importância, uma vez que, mesmo havendo conhecimento adequado, se não houver uma ordem lógica, linguagem adequada e interação, como toda a pesquisa se propõe, o objetivo da criação do aplicativo móvel não obteria êxito.

- Afirmativas 16, 23 e 24: Novamente se observa que a maioria das pessoas respondeu às afirmativas com escore 5. Entretanto, devido ao maior valor do desvio padrão, o número de pessoas que respondeu com um escore diferente de 5 foi um pouco maior. Este fato também pode ser observado pela média, que embora apresente um valor menor (4,9) o escore final também é de concordância.

A maioria dos enfermeiros da prática consideraram a afirmativa “A figura de entrada do aplicativo já consegue mostrar o diálogo e a interação com quem vai utilizá-lo.”, em concordância, uma vez que descreveram a figura de entrada com o balão de conversação, estimulando o interesse da pessoa que utilizará o aplicativo adequado aos objetivos de construção do aplicativo. Além disso, ao concordarem com a afirmativa “O aplicativo é fácil de manusear e de encontrar as informações desejáveis.”, alguns ressaltaram apenas que seria válida a construção de um campo de busca dentro do aplicativo.

Ainda, a afirmativa “Promove mudanças de comportamento e atitudes e serve como tecnologia a ser utilizada a qualquer momento.”, uma vez que, ao ser

acessível e, ao ser disseminado à toda a comunidade, o aplicativo pode promover mudanças de comportamento, mudanças estas que alguns participantes do estudo optaram por realizar ou, até mesmo, para conhecer.

- Afirmativa 17: Esta afirmativa apresenta um desvio padrão maior em relação ao tópico anterior, embora apresente a mesma média (4,9). Isto representa que as pessoas embora tenham apresentado divergências maiores em relação ao escore a ser dado à afirmativa, havendo ainda a classificação por um número bem pequeno de pessoas da amostra com escore 3 (neutro) e, de acordo com a média, também pode-se considerar a questão como concordância.

Na afirmativa “O texto em negrito chamou a atenção para títulos e palavras/perguntas em destaque.”, apenas 03 sugeriram que as letras fossem um pouco maiores de tais palavras em destaque, sugestão de grande importância para o aplicativo no que concerne ao seu layout.

- Afirmativa 11: Esta afirmativa apresenta um desvio padrão maior em relação ao tópico anterior, e apresenta uma média ligeiramente menor (4,8). Isto representa que as pessoas embora tenham apresentado divergências maiores em relação ao escore a ser dado à questão, havendo ainda a classificação por um número ainda pequeno, porém maior do que na questão anterior de pessoas da amostra com escore 3 (neutro). Este número de enfermeiros da prática ligeiramente maior do que na afirmativa anterior, pode ser observado pelo desvio padrão, e acaba refletindo também na média. Entretanto, como a média final foi 4,8, se considera a afirmativa também como concordância.

Nesta afirmativa, “O item “Mitos e Verdades” é um item interessante que auxilia a diminuir/sanar dúvidas comuns.”, os *expertises* que utilizaram o escore 3, relataram sobre o fato de em “Mitos e Verdades” ser abordado maior número de temas que são mitos como, por exemplo, a utilização de água oxigenada nas lesões. Porém, fora explicado que os itens que compõem o aplicativo, são com base em informações compartilhadas com as pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

Cabe destacar que as pontuações realizadas foram aceitas e estas foram considerações de extrema relevância para este aplicativo como perspectiva futura, a fim de que se torne um projeto com informações/questões a serem realizadas pela população

de interesse, e a enfermeira-pesquisadora, juntamente com a equipe que comporá o projeto, responda quinzenalmente e alimente o aplicativo com informações inerentes ao cuidado da pessoa com lesão medular, fornecendo um feedback importante, sendo dinâmico e mais interativo, auxiliando no processo de cuidado destas pessoas bem como proporcionando maior autonomia.

No estudo ainda, um profissional da área de design foi consultado para avaliar o aplicativo e tecer suas considerações, conforme o APÊNDICE G, que consistiu em um formulário diferente dos demais uma vez que o mesmo não avaliou o conhecimento.

De acordo com sua caracterização, o mesmo está nesta área de trabalho há 14 anos, com formação há 20 anos em comunicação social. Possui apenas graduação.

Conforme a sua avaliação, o aplicativo possui ordem lógica; ilustrações bem distribuídas e referentes ao público-alvo; são atrativas; possuem linhas simples, ilustrando melhor os procedimentos; estão próximas dos textos a que se referem; não está sobrecarregado de imagens; a figura de entrada consegue mostrar diálogo e interação; linguagem adequada e de fácil compreensão. A todos estes itens, o profissional atribuiu escore 4 e 5, indicando concordância. O profissional atribuiu conceito 3 apenas para a utilização do negrito no texto, justificando que poderia aumentar a letra que indica o título.

7.3.3. PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA A1 – A24

Para verificar se a classificação do objeto é confiável, foram levantados a partir de um dimensionamento da amostra para garantir com precisão, as informações obtidas quando for extrapolado para a população de interesse.

O cálculo de concordância demonstra o quanto os entrevistados da amostra concordam entre si, o que ajuda a determinar o grau de confiança na pesquisa. Como o grau de concordância calculado foi de 91,7%, maior que 80% (ASSIS et al, 2015), podemos dizer que há “Almost perfect agreemnet” para o estudo realizado.

Após esta primeira rodada, foi enviado um feedback aos enfermeiros da prática com as análises realizadas que devolveram as considerações. O processo foi finalizado na terceira rodada, quando o processo foi finalizado, quando as avaliações permaneceram inalteradas.

7.4. AVALIAÇÃO DE TODO O PROCESSO, DA METODOLOGIA UTILIZADA E DO APLICATIVO MÓVEL PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Após o processo de elaboração do aplicativo móvel bem como a submissão para validação pelos enfermeiros da prática, foi realizada uma avaliação em conjunto com os participantes do estudo com o intuito de avaliar o processo aplicado bem como o aplicativo móvel. Isto é de suma importância, uma vez que fizeram parte do processo de criação desta tecnologia. A participação das pessoas com lesão medular bem como os cuidadores é um aspecto positivo, uma vez que o objetivo pelo qual foi criado possui maior chance de ser atingido como neste estudo.

Essa avaliação foi pautada no diálogo sobre diferentes aspectos, de forma horizontal, sem imposição ou dominação dos envolvidos no processo. Seus valores, crenças, individualidades e particularidades foram respeitados a todo instante e o processo de cuidado compartilhado (FREIRE,2008). As considerações sobre todo o processo foram conduzidas a partir do instrumento de avaliação (APÊNDICE H).

A proposta da PCA considera que as pessoas não são apenas informantes, se configuram como partícipes do processo de pesquisar e assistir. Além disso, um dos pressupostos de Paulo Freire é dar voz aos mesmos para que reflitam, se libertem, conscientizando-os e deixando-os livres para promover a mudança (ou não), possibilitando que avaliem o processo realizado.

Apoiando-se no pressuposto de Freire e a metodologia ativa utilizada foi possível identificar as demandas e singularidades deste grupo populacional e ainda, entendendo a importância da criação e validação de tecnologias, podemos nos atentar para a seguinte citação:

“Entre os desafios para a educação em saúde com a comunidade, quando se trata de produção e validação de TE, independentemente da modalidade, estão a promoção de estudos que dêem voz à comunidade, visando identificar que informações lhes interessam ter disponíveis bem como quais são as TE de mais fácil acesso e uso entre os diferentes grupos (crianças, adolescentes, adultos e idosos).” (TEIXEIRA, 2010)

Faz-se necessário refletir sobre o que estamos consumindo e discutindo na teoria a fim de haver uma relação com a prática, uma vez que a Enfermagem é uma ciência teórico-prática e a teoria possui impacto direto no cuidado, na assistência. Ainda, é preciso este olhar da horizontalidade do diálogo ainda na academia, durante a formação dos futuros enfermeiros evitando assim, a verticalização do cuidado, isto é, um cuidado meramente prescritivo.

As pessoas com lesão medular e seus cuidadores se tornaram co-partícipes do cuidado, na medida em que eram geradas discussões sobre os temas postos, os mesmos problematizavam sua realidade, conseqüente prática dialógica crítica-reflexiva e à conscientização, para que o conhecimento fosse (re)construído.

Quando trazemos as idéias freirianas para o cotidiano da prática educativa (cuidativa) da enfermeira, podemos, pela crítica e reflexão, ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico científico, ao mesmo tempo em que também nos aprimoramos do conhecimento que vem do universo comum. (ALVIM; FERREIRA, 2007)

Desta forma, simultaneamente ao processo de cuidado inerente à cada realidade, o aplicativo fora sendo construído e, agora, sendo avaliado para futura utilização. Nesta etapa, anteriormente à aplicação do roteiro de discussão (APÊNDICE H), um celular com o aplicativo instalado foi deixado nas mãos dos participantes do estudo para que eles pudessem acessar livremente e, após tecer suas considerações.

De acordo com os conceitos utilizados de Freire (1997), aplicados nesta Tese, a enfermeira-pesquisadora compreendeu a cultura e os valores de todos os participantes do estudo, além de levar em consideração sua orientação socioeconômica, a fim de nortear suas intervenções, diminuindo a distância entre as partes envolvidas no processo de diálogo.

Cabe destacar que não foi possível retornar a todos que participaram da elaboração do aplicativo, uma vez que uma das participantes faleceu, quatro participantes se mudaram para áreas de risco elevado, juntamente com seus respectivos cuidadores e outros não se encontravam em domicílio após diversas tentativas realizadas pela enfermeira-pesquisadora.

Para iniciar as avaliações realizadas entre os participantes, E1 retrata que o cuidado educativo através do diálogo compartilhado e o uso do aplicativo foram benéficos com importantes reflexões de suas práticas realizadas. Após algumas discussões sobre o uso de açúcar, babosa, povidine e, o mais importante, o incentivo à inspeção diária e a redução do uso de “Uripen”, além da realização do cateterismo rigorosamente, E1 decidiu realizar mudanças nas suas práticas diárias, a fim de prevenir o aparecimento de novas lesões.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E1: Ah, foi muito bom. Você me tirou dúvidas sobre o açúcar, babosa, povidine. Me lembro até que você disse que vaselina era bom pra sarar a ferida. Depois que você falou também, eu tô olhando a minha pele todo dia. Essas coisas...Ah Dra, parei de usar o Uripem também.

P: Excelente!!

Ao mencionar sobre sua participação ativa na construção do aplicativo, o mesmo refere ter se sentido bem, pois ao mesmo tempo em que compartilhou informações, também tomou para si novas informações que auxiliou em seu cuidado. Além disso, ressaltou a organização e principalmente a facilidade de navegar, bem como encontrar informações. Sobre as ilustrações, o que avalia a face do material, E1 associou várias figuras com os textos, como fator positivo para que o leitor veja o que se está mencionando em cada tópico.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo?

E1: Me senti bem passando informações devidas e também peguei novas informações que eu também não sabia né? Ajudou bastante, bastante mesmo.

P: O aplicativo está organizado?

E1: Tá bem organizado, bem simples, mesmo ela não tendo internet dá pra baixar e dali consultar bem.

P: O que você achou das ilustrações?

E1: Tá bem explicativo, demonstrando certinho como é que usa ali, o modo de ter sua recuperação normal e ajudar a si próprio mesmo, como a sonda ali, o modo de se manter numa cadeira, na cama mesmo, virando de um lado pro outro, tirando a pressão.

Sobre a importância das informações, E1 mostrou ser positiva e ainda menciona que aprendeu sobre a anatomia da medula espinhal, que até então tinha um conhecimento equivocado sobre a divisão da mesma. Menciona ainda que indicaria o aplicativo para outras pessoas e cuidadores. Lembra que, ao sair do hospital, não recebeu nenhuma orientação e saiu com lesões importantes, estando com elas em domicílio e nem ele nem sua cuidadora sabiam o que fazer. Usaram as informações transmitidas por outras pessoas, informações estas não direcionadas para o tipo de lesão, nem classificação da mesma. Enfim, E1 considera a tecnologia produzida de grande valia para a reabilitação da pessoa com lesão medular.

P: Você acha que o aplicativo mostra informações importantes para as pessoas com lesão medular?

E1: Com certeza. Até como eu te expliquei, falei com algumas pessoas que a coluna tem várias divisões que, pra mim só tinha três. É bem explicativo sim.

P: Você indicaria esse aplicativo ou usaria para as pessoas e cuidadores também?

E1: Sim. Com certeza. Mostraria para os cuidadores pra eles terem mais noção de como cuidar né e evitar certas lesões. Muito bom. (...) no meu caso, eu saí do hospital sem saber e saí com cinco escaras, saí sem noção nenhuma, sem ninguém explicar, e com esse aplicativo é bem informativo pra passar e evitar as lesões né? O aplicativo ajudaria bastante.

P: Você acha que ter esse material a todo tempo no celular, ajudaria a lembrar sobre as orientações?

E1: Com certeza. Ajudaria até mesmo, se tivesse alguma dúvida, ir lá e procurar. Conheço várias pessoas deficientes.

P: Você achou ele fácil de navegar?

E1: Bem fácil.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

E1: Comentário é que esse aplicativo vai ajudar bastante. Tô vendo esse seu aplicativo aí veio só pra ajudar.

A fala de E4 expõe a facilidade que encontrou no diálogo com a enfermeira-pesquisadora. Através do compartilhamento de seus saberes e suas práticas, o levou à reflexão, crítica de seus hábitos e conscientização sobre algumas medidas que optou por realizar a fim de evitar as infecções recorrentes como a ingestão de frutas cítricas, a realização da reeducação vesical intermitente, evitando sondas de demora e o uso de fraldas.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E4: Muito bom. Até me ajudou com relação a saber sobre infecções urinárias.

Com relação à construção do aplicativo, E4 considera a importância de transmitir sua experiência assim como o seu conhecimento discutido com a enfermeira-pesquisadora. Desta forma, ele considera contribuir para outras pessoas na mesma situação. Sobre a importância das informações contidas, o mesmo considera relevante e aponta que a pessoa, com pouco tempo de lesão medular, se sente desorientada no

sentido de como agir, qual encaminhamento buscar, sendo crucial no seu processo de cuidado e ainda expõe que o celular, amplamente utilizado pode conter esse aplicativo e assim, se caracterizar como de fácil acesso para sanar dúvidas ou ter acesso a novos conhecimentos.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo?

E4: Pra mim foi bastante importante passar a minha experiência para outras pessoas. Poder passar o conhecimento assim como eu também não tinha e eu aprendi com outras pessoas, gostei de ter passado para outras pessoas. Dividir o que sei e o que conversei com você sobre o que eu fazia e como fazia.

(...)

P: O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado para uma pessoa com lesão medular?

E4: No começo que a pessoa fica deficiente, a pessoa fica perdida, sem saber por onde começar. A pessoa tendo esse aplicativo....tem o celular que todo mundo usa, tira da mão, ajuda bastante.

Com relação à usabilidade, organização, ilustrações e motivação para leitura, E4 considera todas as questões positivas. Acrescenta que indicaria o material para cuidadores e para os profissionais de saúde que, ao mesmo tempo em que podem utilizar, podem indicar às pessoas que têm alta hospitalar, se informando sobre seu estado. Ainda, auxiliaria a todos, até mesmo os que possuem mais tempo de lesão medular, a lembrar das muitas informações que por vezes são esquecidas e, conseqüentemente, deixadas de serem realizadas, facilitando o aparecimento de complicações e assim, interferindo negativamente na autonomia e qualidade de vida desta pessoa.

P: O aplicativo está organizado?

E4: Sim, está organizado e está bem explicativo.

P: Ele é fácil de navegar?

E4: Bastante fácil.

P: O que você achou das ilustrações? Retratam as informações que têm no aplicativo?

E4: Eu achei muito boas. Não tiraria nenhuma.

P: Você se sentiu motivado a ler até o final?

E4: Sim.

P: Você indicaria também para os cuidadores?

E4: Indico. Têm pessoas que precisam menos de ajuda e têm aquelas que precisam da outra pessoa do lado sempre. Esse aplicativo é bem interessante para os cuidadores. (...) ainda os profissionais da saúde poderiam estar utilizando esse aplicativo e indicando para quando a pessoa sair do hospital, já indicar à pessoa, já saber o quadro da pessoa.

P: Ter esse material acessível a todo instante no celular de outras pessoas ou no seu celular, ajudaria a lembrar sobre essas orientações?

E4: Ajudaria bastante. (...) indicaria para todos, porque nem sempre a gente lembra de tudo, já com o aplicativo, a gente abre o aplicativo e lá tira as dúvidas.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

E4: Não, acho que tá tudo perfeito.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E5: Foi excelente. Além de alguns cuidados que já faço, foi bom lembrar sobre as complicações de um cateterismo mal realizado.

A seguir E5, sempre muito receptiva e disposta a auxiliar para o desenvolvimento de pesquisas, se mostra sempre muito atenta as informações sobre lesão medular e seus desdobramentos. Relatou a discussão com a enfermeira-pesquisadora bastante positiva, pois alguns cuidados, a mesma já realizava, além de relembrar algumas informações que foram esquecidas como, por exemplo, as complicações resultantes de um cateterismo vesical realizado sem o devido rigor.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo voltado às suas reais necessidades?

E5: Acho que nem pensei nessa parte. (...) eu entendi a importância mas nem pensei “Caramba, eu tô fazendo parte disso.” Agora que tá vindo na minha cabeça “Caramba, a informação que eu dei pode ajudar alguém.” Me sinto feliz.

Sobre o seu sentimento de fazer parte de tal aplicativo, a mesma relata que não havia pensado nisso. Desta forma, a enfermeira-pesquisadora levou à reflexão de toda a elaboração do aplicativo como tecnologia e mostrou algumas partes que a mesma contribuiu e que atualmente constam no aplicativo, como a questão da reeducação vesical e dos cuidados com as lesões por pressão para sua prevenção. Tomando para si tal discussão, E5 se sentiu feliz por informações que foram compartilhadas com a

enfermeira-pesquisadora agora, podem promover a independência nas atividades de outras pessoas com lesão medular.

P: O aplicativo tá organizado?

E5: No meu ponto de vista sim, bem fácil o acesso.

P: O entendimento do texto? Está confuso? Está fácil de entender? O que acha?

E5: Facinho, só faltou desenhar (risos). Muito tranquilo.

P: E as ilustrações? Elas correspondem às informações?

E5: Tá fácil. Tem até o espelinho pra mostrar o cateterismo, pra enxergar...(...)

P: Ele é fácil de navegar?

E5: Sim, bem fácil.

Sobre a organização do material, seguindo uma sequência lógica, bem como o entendimento da mensagem que o aplicativo se propõe a compartilhar e as ilustrações bem como a usabilidade, E5 pontuou positivamente a estruturação deste material e a navegação.

P: Você se sentiu motivada a ler até o final?

E5: Sim.

P: O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado da pessoa com lesão medular?

E5: Mostra. Principalmente quem tá no início, quem não tem noção de nada, é bom para dar um horizonte assim, o que fazer, como fazer.

E5 retrata a motivação de ler até o final e discorre que principalmente, para quem sofreu uma lesão medular recente, possui grande contribuição, pois algumas vezes desconhece quais os principais cuidados para o seu processo de reabilitação, prevenindo complicações. Ainda, E5 demonstra a importância deste material desde o momento em que a pessoa se encontra hospitalizada, no pós-trauma.

Uma vez que E5 denota que a maioria das informações não são repassadas no hospital, o que deixa tanto a pessoa e o cuidador vulneráveis a diversas complicações, sem saber que existe a reabilitação, que envolve uma série de cuidados inerentes à sua realidade, como podemos corroborar na fala a seguir. O relato de E5 demonstra o despreparo, o desconhecimento dos profissionais de saúde, o que infelizmente, foi parte do relato de quase todos os participantes do estudo. Ressalta que seria importante o profissional ter em mãos esse material, expondo que eles já possuem informações essenciais para a alta hospitalar e continuidade do cuidado em domicílio.

P: Seria válido também no momento em que a pessoa sai do hospital?

E5: Acho que seria mais fácil de lidar se já recebesse no hospital. Porque muita informação não é passada no hospital, então se você já recebe isso no hospital, evita até que tenha (as lesões) no hospital. E4, por exemplo, teve no hospital. Ele estava internado, o que não cabe na minha cabeça, a pessoa ter o que ele teve, internado (relacionado às lesões por pressão). Mas, se tivesse (o aplicativo), ele já teria visto, pois foi num estalo. Ele descobriu e disse: vou encarar, vamos viver. E aí ele teve que mudar de posição. Ele poderia dizer isso tá sendo feito, oh isso não tá sendo feito comigo. De repente, não teria ficado como ficou né? Eu acho que seria muito válido lá dentro do hospital. (...) apesar dos profissionais já serem formados né, eu acho que seria válido eles utilizarem. (...) às vezes eu ouço relatos que eu fico assim: Você realmente é profissional de saúde? Que formação que você teve? Tem coisa que é inacreditável. Não sei porque... não sei se eles contratam, sei lá, por política, e acaba que a gente não vai saber porque a gente que tá envolvido nisso não sabe, imagina quem não tá. Pra esses profissionais, principalmente, seria válido, até porque na hora de estudar, estuda coisa pra caramba. Eles tendo esse material ajudaria na hora de orientar até porque ele vai ler, tá pronto na mão.

Entendendo a importância dos cuidadores em todo o processo, a enfermeira-pesquisadora questionou se ajudaria os mesmos a realizar o cuidado e E5 confirma, porém entende que o processo se torna muito mais fácil quando a pessoa com lesão medular possui conhecimento de todas as mudanças sofridas e todas as alterações e complicações às quais pode ser acometida. Quando a pessoa faz parte do seu processo de cuidado, a chance de ser eficaz é muito maior.

P: Você acha que ajudaria os cuidadores também?

E5: Sim. Só que eu ainda parto de princípio de que eu preciso saber antes que o cuidador, apesar de que o cuidador se for o profissional, o enfermeiro, o técnico, acho bem mais mas, no meu caso, com a minha mãe, mesma ela tendo aprendido, escutado, quando eu passei a entender melhor de mim, de tudo, ficou bem mais fácil.

Ao avaliar a importância do aplicativo móvel na melhoria da qualidade de vida, na contribuição para o cuidado e a indicação do mesmo a outras pessoas na mesma condição, E5 pontua que é de grande valia, mas se a pessoa quiser fazer parte de todo o processo, uma vez que ele é o responsável pelas suas próprias decisões.

Além disto, traz uma representação de ajuda, já que contêm informações fundamentais, sem a necessidade de buscar ilustrações e cuidados descritos em sites de busca, que algumas vezes, não possuem confiabilidade e que pode vir a interferir negativamente no cuidado e indicaria o mesmo a outras pessoas que necessitam de tais informações para entender e refletir sua realidade e criticá-la, como exemplo que E5 coloca, o seu primo que possui infecções urinárias recorrentes e que precisa problematizar a sua realidade para enfim, optar o que é melhor para si.

P: Como você entende a importância desse material para a melhoria da qualidade de vida?

E5: Sim, com relação a tudo. Às feridas, à tudo. Principalmente se elas seguirem né? Porque tem gente que sabe a teoria e faz a prática errada. Aí quando vê machucado, vê ferida (...)mas eu sei de muita gente que fala: Ah, eu sei porque eu já tive. Aí eu digo: Mas você teve de novo? Aí ele: É, eu fiquei sentado muito tempo. Aí eu: Mas você já não sabia? Aí ele: Ah, mas eu achei que não ia ter. Acontece muito isso.

P: Sim, há de se levar em considerações as mudanças de posicionamento na cadeira, o uso de espumas, dentre outros.

P: Ter esse material acessível a todo instante no celular ou no celular de outras pessoas, contribuiria para o cuidado?

E5: Sim.

P: Por que?

E5: Porque quem não sabe, por exemplo, surgiu uma corzinha diferente e alguém viu e, por exemplo, os paraplégicos não sentem, e alguém comentou...aí ele fala: Ah mas será que pode ser o que? Ah vou lá no aplicativo, vou olhar, posso prevenir isso daqui, posso não ter. Ou se já tiver também, posso ver como cuidar. Não precisa perder tempo no Google procurando aquele monte de imagem e várias explicações. Vai direto no aplicativo.

P: Você usaria ou indicaria esse material para outras pessoas ou outros cuidadores?

E5: Sim, indicaria, com certeza.(...) Eu tenho um outro cadeirante que era amigo dos meus pais, morreu tem uns 4 anos, infecção urinária. Por causa da sonda fixa. (...)por uma coisa que é boba. Depois que já pega, lógico que no início dá um susto de ter que passar sonda de tantas em tantas horas, é chato, mas é muito mais fácil de viver. Eu, por exemplo, acho que nunca tive infecção urinária. Nem

sombra dela. O meu primo, que tem infecção urinária, eu tinha que enfiar na cabeça dele o aplicativo (risos). Ia falar pra ele: baixa aí filho, dá uma lida.

P: Você tem alguma sugestão, comentário ou crítica a fazer?

E5: Não, adorei nossas conversas.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E6: Ótimo. A gente conversou sobre várias coisas, como prevenir, como cuidar, coisas que eu fui aprendendo com o tempo porque como eu te falei, eu saí do hospital com feridas imensas. Você me deu bastante espaço pra falar.

O relato de E6, bastante cooperativo, valorizou o encontro realizado junto com a enfermeira-pesquisadora e as informações compartilhadas, revisitando conceitos e saberes que ele foi aprendendo de acordo com as necessidades e optando por continuar a realizar tais cuidados que considera benéficos para sua saúde. Ainda, considerou importante relatar o espaço cedido pela enfermeira-pesquisadora para que E6 pudesse expor todos os seus saberes e práticas.

P: O aplicativo está organizado?

E6: Tá organizado, tá fácil de entender, fácil acesso e fácil entendimento né?

P: As ilustrações estão explicativas?

E6: Nítidos, principalmente da sonda....da sonda é maneiro!

(...)

P: Então você acha que ter esse material acessível a todo instante no celular, ajudaria a lembrar sobre as orientações, sobre os cuidados?

E6: Sim. O mundo hoje é movido a telefone né? Então seria mais fácil a pessoa pegar o telefone, já não desgruda mesmo, pegar o telefone ali e ter o aplicativo ajudando. Bem mais fácil.

Sobre o aplicativo, E6 o considera bastante organizado, de fácil entendimento das frases bem como a correlação com as ilustrações e ressalta que ficou impressionado com os desenhos que retratavam fielmente os autocateterismos masculino e feminino. Destaca que, ao possuir o aplicativo instalado no celular, se torna mais fácil de ajudar nos cuidados, uma vez que, na atualidade, o uso de aparelhos celulares é bastante difundido.

“A popularização dos dispositivos móveis tem sido considerada por muitos a revolução tecnológica de maior impacto da atualidade, após a revolução

causada pela Internet e pelas redes sociais. Esse tipo de dispositivo tem fácil acesso a milhões de softwares para personalizar suas funções, os chamados aplicativos (APP).” (TIBES, 2015)

Além disso, de acordo com os aplicativos tem-se a seguinte afirmativa que corrobora que os mesmos, combinado com um dispositivo móvel, pode ter diversas funcionalidades que podem contribuir positivamente para a vida da população.

“Os dispositivos móveis são compostos por diversos recursos, como câmera digital, GPS, wireless, acesso 3G e 4G à Internet, entre outros que tornam esse dispositivo uma poderosa ferramenta portátil quando combinado com o APP adequado. Devido a estas funcionalidades, os dispositivos móveis podem representar uma oportunidade de entretenimento, acesso a informação e solução de problemas e, desse modo, passar a fazer parte do cotidiano das pessoas e facilitar diversas tarefas do dia a dia” (SILVA E SANTOS, 2014)

Como se pode evidenciar na fala a seguir, E6, se sentiu parte da construção do aplicativo, compreendendo que está contribuindo para outras pessoas na mesma condição e que precisam deste apoio.

P: Como você se sente fazendo parte da construção deste aplicativo?

E6: Me sinto bem por tá fazendo o bem pra futuras pessoas que infelizmente possam vir a ficar nessa situação. É uma situação que eu não desejo pra ninguém, mas a vida a gente não escolhe né? Mas assim, me sinto honrado por estar podendo ajudar as pessoas. Sempre gostei de ajudar e estar fazendo parte de um aplicativo de um telefone também é maneiríssimo.

Ao dialogar sobre os conteúdos importantes, E6 considera a abordagem sobre a pele de muita relevância e retrata sua vivência, considerando que as lesões por pressão que apareceram durante a sua hospitalização, foi descaso por parte dos enfermeiros e entende que a utilização do aplicativo facilitaria, pois seria um meio de informação e, conseqüentemente poderia levar à conscientização para que o cuidado fosse efetivamente realizado.

P: Qual a parte, para você, foi a mais importante do aplicativo?

E6: Da parte da pele, das feridas aqui. Porque no hospital, por exemplo, eu, tive a minha escara por negligência do hospital. Muitos enfermeiros sabem que ali podem ter a ferida e esquecem que isso pode ocorrer e não cuidam do paciente, entendeu? Não fazem mudança de decúbito, não fazem nada. Então a gente acaba optando. Pessoas que são da área e pegar esse aplicativo pra ler, vão se informar melhor porque já sabem mas são relaxados de verdade, pra dar uma ajuda melhor pra todo mundo.

E6 esclarece que se sentiu motivado a ler todo o aplicativo, já que relatou se sentir estimulado ao ir explorando os tópicos. Ainda ressalta a importância das informações principalmente que há informações minuciosas sobre reeducação vesical e intestinal, cuidados este por vezes negligenciados pela população.

Além disso, retrata que se tivesse acesso a esta tecnologia quando se acidentou, seria muito mais fácil a sua reabilitação e o entendimento tanto seu quanto da sua família sobre o que estava ocorrendo e como evitar complicações. Relata, por fim, que o aplicativo é um recurso de grande valia, uma vez que traz informações claras sobre muitas questões referentes à pessoa com lesão medular.

P: Você se sentiu motivado a ler até o final?

E6: Sim, porque cada tópico que você lê, abre uma curiosidade pra você querer ler os outros tópicos.

P: O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado para uma pessoa com lesão medular?

E6: Sim. Muito. Nessa parte da bexiga e do intestino também é muito importante, muitas pessoas não se ligam nisso e aqui tem explicando tudo direitinho também.

P: Você acha que pode melhorar a qualidade de vida das pessoas?

E6: Muito. Por exemplo, se eu tivesse um aplicativo desse no tempo que eu me lesionei, eu teria mais cuidados e estaria mais safo na minha situação. No início, seria uma grande ajuda porque eu era leigo no assunto tanto quanto a minha família.

P: Isso eu também te pergunto, se você indicaria para os cuidadores/família esse aplicativo..

E6: Com certeza, porque têm pessoas que cuidam mas não sabem realmente a situação. Como agir, como ajudar um cadeirante em si. Esse aplicativo ajuda bastante.

P: Você tem alguma sugestão, comentário ou crítica a fazer?

E4: Crítica nenhuma mas comentário que a ideia do aplicativo tá de parabéns porque esclareceu muita coisa que todo mundo precisa saber. É maneiríssimo.

Ao continuar com as entrevistas, E7 expõe suas considerações, avaliando todo o processo e o aplicativo:

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E7: Foi ótimo!(...) é uma coisa que no tempo assim no dia a dia, dentro de casa, eu não consegui mais ter ferida. Mas como eu fiquei no hospital, deitada naquele colchão do hospital, que é uma coisa mais quente, que meu quadril ficou parado, como eu fiquei deitada ali, quando eu vim pra casa minha ferida já estava abrindo.(...)tava abrindo porque eu fiquei muito tempo deitada só naquela posição e deu aquela pressão naquele lugar. Quando eu tô em casa, há muitas possibilidades de não ter feridas, algumas você até falou pra mim (...) além disso, eu faço muita mudança.

Sempre receptiva e, antes mesmo da enfermeira-pesquisadora levar o aplicativo para que a mesma avaliasse, E7 sempre perguntava sobre o material e mostrava-se ansiosa para os profissionais de saúde da Estratégia mais próxima sobre o retorno. Ao chegar no domicílio, E7 se mostrou bastante contente e, o que antes era mais introvertida, agora abriu o diálogo com a enfermeira-pesquisadora. Referiu que o primeiro encontro foi ótimo e descreveu um breve relato de quando se encontrava hospitalizada com lesões por pressão. Por fim, retrata que, após o diálogo instaurado entre ela e a enfermeira-pesquisadora as possibilidades de mudança de posição ficaram claras e E7 decidiu por inseri-las em suas atividades.

E7:(...) se eles tavam comigo dentro do hospital, sabiam que eu fiz uma cirurgia, não tenho minhas pernas movimentadas, entendeu? Eu acho que eles deveriam estar, no mínimo, dentro do quarto, pra ajudar a auxiliar a minha irmã a me virar, porque ela sozinha, ela não consegue ou outra pessoa sozinha não ia conseguir. (...) E no caso, eu não conseguia virar sozinha. Mas eu acho que tem hospital que tem que ter esse procedimento. (...) eu acho que as pessoas devem ser mais preparadas pra receber a gente no lugar né? (...)é muita gente despreparada num lugar...ah, às vezes fala, só tá lá um concursado mas o concursado...falta muita coisa. O aplicativo pode ajudar os profissionais também. Colocar esse aplicativo no telefone e tal, porque é muita gente despreparada no hospital. (...) então esse aplicativo não é só pra nós que devemos ter o cuidado, nós que estamos na cadeira de rodas mas acho que as pessoas também que são enfermeiros e trabalham dentro de um hospital, eles necessitam desse aplicativo que muitas vezes eles falam: ah, como eu vou te pegar? Como eu vou fazer tal coisa? Não, eles têm que já estar apropriado e têm que saber o que fazer.

Na fala acima, E7 expõe o despreparo para atendimento às pessoas com lesão medular e o apoio aos cuidadores para realizarem os cuidados. Pontua que é extremamente válido o uso do aplicativo produzido, sendo essencial para que os profissionais de saúde que estão diretamente ligados no cuidado.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo voltado às suas reais necessidades?

E7: Se gerou esse aplicativo, eu soube me expressar bem, falar o que a gente necessita então acho que foi uma coisa que eu consegui falar, expressar, como deve ser, como não deve (...) além de mais coisas que você falou e aprendi.

(...) P: O aplicativo mostra informações importantes sobre os cuidados para uma pessoa com lesão medular?

E7: Mostra como a pessoa se cuidar e como se prevenir também né?

E7 se sentiu importante sendo partícipe desta construção, entendendo que tudo o que fora compartilhado com a enfermeira-pesquisadora e utilizado no material produzido, além de novos cuidados a serem incluídos em sua prática, foi relevante para a tecnologia. Além disto, após sua navegação em todo o aplicativo, considera o mesmo importante no sentido dos cuidados e prevenção de complicações. E7 considera que o mesmo está muito bem explicado, sendo suas ilustrações fáceis de entender de acordo com o texto exposto e sendo muito fácil de navegar, sendo um instrumento válido que pode contribuir positivamente para a vida da pessoa com lesão medular.

P: O aplicativo está organizado?

E7: Ele tá bem explicação pras pessoas lerem e entender como é que é a situação, como eles podem lidar com aquilo. Eu acho que tá bem explicado.

P: O que você acha dos desenhos?

E7: Os desenhos também estão bem feitos.

(...) P: Ele é fácil de navegar?

E7: É sim.

Ainda sobre o aplicativo, E7 mostrou que se sentiu motivada a ler tudo e propõe que é interessante para a pessoa com lesão medular entenda sobre o que está sendo exposto e caso não entenda, o material permite que a pessoa leia quantas vezes forem necessárias.

P: Você se sentiu motivada a ler até o final?

E7: Ele é interessante pra pessoa que necessita saber disso então, ele é interessante da pessoa ler e reler, se não conseguiu entender, reler pra poder estar conseguindo passar por essa estratégia.

E7 entende que, apesar do cuidador, por vezes, realizar um determinado curso, é válido para que ele tenha este material de fácil acesso e a partir dali tenha o fundamento de cada cuidado.

P: Você acha válido que a pessoa cadeirante use e o cuidador também?

E7: Eu acho válido que o cuidador também tá lendo pra estar sabendo mais, porque às vezes eles fazem até um curso e tal mas não sabe mesmo como é que é, o fundamento de cuidar de um paciente né? E aqui você explica.

Quando foi associada a questão da autonomia e qualidade de vida das pessoas com lesão medular, E7 relacionou à acessibilidade, à prática de esportes e à sexualidade, considerando que isto é bem descritivo e importante para a população.

P: Você acha que pode melhorar a qualidade de vida ou autonomia das pessoas com lesão medular?

E7: Acho sim, por que ali tá explicando que tem necessidade de rampas nos lugares, a pessoa mesmo na cadeira de rodas pode ter um namorado, consegue fazer um basquete, um jiu-jitsu, tá tudo muito bem explicado nesse aplicativo.

P: Ter esse material acessível a todo instante, ajudaria a lembrar sobre as orientações para evitar as feridas?

E7: Com certeza, ajuda muito. Porque às vezes a pessoa esquece...- Ah, meu Deus. Mas ajuda.

P: Você indicaria este material para outras pessoas com lesão medular ou cuidadores?

E7: Indicaria.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

E7: Não, eu acho que o aplicativo ele é uma coisa melhor pra estar ajudando as pessoas como lidar com a gente mesmo e como a gente pode passar pra outra pessoa como se deve se cuidar. Acompanhar o aplicativo pra tá sabendo como é, como que não é.

Por sua vez, E7 demonstra o fácil acesso de poder rever as informações quando o indivíduo sentir necessidade e indicaria o material para outras pessoas e cuidadores. Considera ainda, como uma estratégia de ajuda, pontuando ainda que as pessoas são disseminadoras do conhecimento, uma vez que uma vai mostrando à outra que não foi

reabilitada ou que possui dificuldades na realização de suas atividades, a melhor maneira que se encaixe à sua realidade como forma de cuidado, estratégia esta proposta nesta Tese desde a sua concepção.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E9: Ah, eu achei que você ouviu as minhas dúvidas e que você me passou umas dicas muito boas, algumas coisas que eu já fazia mesmo sem saber, esses conhecimentos que você me passou, aí que eu fiquei feliz também que eu tô fazendo corretamente né? Mas, eu gostei dessa conversa assim, porque eu aprendi várias coisas e sinto que você também me ouviu. (...) meu marido que ficou mais ligado (no sentido da mudança de decúbito de meia em meia hora).

Desde o primeiro encontro, E9 foi bastante cooperativa. Agora, se tornando mais evidente no último encontro, se sentiu valorizada e, a discussão realizada, levou à mesma a refletir sobre suas atividades no processo de cuidado, atividades estas que não eram consideradas por ela, como ações importantes para sua autonomia e qualidade de vida. Neste trecho, E9 ainda mostra que o cuidado educativo realizado juntamente com a enfermeira-pesquisadora, foi positivo no sentido de ter sanado suas dúvidas, levado à problematização de sua realidade e de suas atividades bem como ter apreendido novos conhecimentos.

Ainda, expôs que, após todo o diálogo, seu cuidador passou a dar maior atenção à periodicidade da mudança de decúbito, sendo este diálogo transformador para sua realidade. Desta forma, pode-se inferir que, neste caso, os participantes optaram pela mudança de sua realidade, já que de acordo com os pressupostos de Freire, o indivíduo se torna livre para optar pela mudança ou não.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo voltado às suas reais necessidades?

E9: Ah, eu me achei....senti assim que alguém deu importância com as coisas que eu falo e que eu penso, eu acho que embora a minha condição seja temporária mas é muito...foi muito útil porque eu vejo que as necessidades que eu tinha de saber, você considerou e trouxe esse aplicativo, eu me senti muito importante.

Ao entender que os participantes do estudo são co-partícipes da elaboração do aplicativo que se baseou no diálogo e nas reais necessidades dos participantes e, conseqüentemente, do processo de cuidado construído em conjunto com a enfermeira-pesquisadora, foi perguntado como a participante se sentiu fazendo parte desta

construção. A mesma se sentiu bastante valorizada, valorização esta que não ocorreu por parte dos profissionais de saúde, desde a sua queda, conforme relatado pela mesma no capítulo anterior.

Tal informação é preocupante, uma vez que a Enfermagem atua no cuidado direto ao indivíduo e é importante dar voz à pessoa para que exponha suas necessidades específicas e assim, o cuidado elaborado seja congruente com sua realidade.

Ainda, na discussão do processo e do aplicativo construído, foram questionados aspectos importantes no que tange à avaliação sobre o entendimento do mesmo, bem como sua organização, entendimento do texto, contexto e figuras, além da usabilidade. Desta forma, se verifica o posicionamento dos participantes entrevistados no momento avaliativo.

P: Na sua visão, o aplicativo está organizado?

E9: Ah, eu achei que sim, bem organizado.

P: E quanto ao entendimento das frases? Como você considera? Você encontrou dificuldade ou facilidade?

E9: Olha, eu vou te confessar que assim, começavam falando umas palavras que eu não entendia muito bem, mas logo a seguir, vinha uma frase que explicava aquela palavra que eu não entendia. Então, no final das contas, ficou tudo claro.

P: E o que você achou das figuras?

E9: Adorei as figuras, foi você que fez? (...)nossa, ficaram muito boas. (...)

P: Que bom. E ter esse material sempre acessível, isto você até já falou um pouco, a todo instante no seu celular ou no celular de outras pessoas ajudaria a lembrar sobre as informações?

E9: Nossa, ajuda bastante, inclusive tendo alguma dúvida assim, a gente abre, aí tá lá, coisas que a gente não consegue lembrar direto, aí a gente abre, tá lá.(...)

P: Ele é fácil de navegar?

E9: Sim, bem fácil de encontrar as coisas.

Além disto, foi discutida a motivação, alcançando o objetivo da aplicabilidade deste material no processo de cuidado e qualidade de vida, além das informações sendo relevantes ou não para o seu cuidado. Ainda, fora dialogado se o material seria indicado para outras pessoas na mesma situação e cuidadores, destacando a relevância do material e pontuou que a acessibilidade ao material torna mais prático o processo de cuidado, podendo ser explorado a qualquer tempo, sem necessitar da demora que a

informação chega, caso tenha que ir até a ESF mais próxima, facilitando as suas atividades.

P: Você se sentiu motivada a ler até o final?

E9: Ah, me senti, me senti, era bem interessante.

P: O aplicativo mostrou informações importantes para o cuidado tanto para você quanto para o seu marido, que é seu cuidador, para lembrar dos cuidados?

E9: Ah, eu acho que sim...meu marido então, você sabe que ele tá sempre ligado nisso né? Ele me ajuda muito. Eu acho foi muito bom para nós dois, especialmente ele que é bem mais antenado.

P: Como você entende a importância deste material para a melhoria da sua qualidade de vida?

E9: Nossa, ele vai se tornar um companheiro no dia a dia, que você pode usar ao alcance da mão, em qualquer momento, nosso, da família e eu acho que têm pontos principais que a gente precisa assim tá bem direto focado, eu acho que é uma ferramenta importante.

P: E você usaria ou indicaria esse material para outras pessoas ou outros cuidadores, família?

E9: Certamente.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

E9: Ah, eu acho que ele tá ótimo, Adriana. Você fez um trabalho ótimo e tô muito feliz de participar.

Uma das cuidadoras participantes do estudo, C5, encontrava-se em casa e, como no primeiro encontro, se mostrou inteiramente disponível para a avaliação de todo o processo, além da tecnologia construída.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

C5: (...) me ajudou a ver detalhes, foi boa pra mim. Gostei da conversa que tivemos. Foi uma troca né?

No diálogo estabelecido, a mesma pontua que já tinha vivido algumas situações em que precisou cuidar, porém deixou bem claro que alguns detalhes passavam despercebidos e que agora, são mais observados após o compartilhamento com a enfermeira-pesquisadora. Além disso, a mesma entendeu perfeitamente o processo como uma troca, quando ele expunha cuidados já realizados e a enfermeira-pesquisadora foi sugerindo alguns ajustes.

P: Como você se sentiu fazendo parte da construção deste aplicativo voltado às suas reais necessidades?

C5: Ah, muito importante né? Gostei muito de poder ajudar e entender algumas coisas.

C5 ainda se mostrou bastante satisfeita em poder ajudar a construir o aplicativo e, conseqüentemente, auxiliar outras pessoas a realizar o cuidado, sendo positivo para as atividades da vida diária. Além disso, ainda mostrou que aprendeu alguns fatores, expondo que agregou conhecimento, mostrando que a reflexão do que estava sendo feito foi incentivada, de modo a identificar o que poderia melhorar, como realizar atividades que até então desconhecia.

P: O aplicativo está organizado?

C5: Sim.

P: Quanto ao entendimento das frases como você considera? Está confuso? Está fácil? O que você acha?

C5: Não, eu achei muito claro.

P: E o que você achou das figuras?

C5: Ah, eu achei bonitos assim, também, coloridos, explicativos.

P: Então, você consegue ver o desenho e logo após a explicação do desenho?

C5: Exatamente.

(...)

P: Ter este material acessível a todo instante no seu celular ou no celular de outras pessoas, estando na mesma situação que a dele, ajudaria a lembrar das orientações do cuidado com as feridas?

C5: Ah, muita coisa né? Ter ao alcance da mão assim, explicado, ajudaria.

P: Esse aplicativo é fácil de navegar?

C5: Muito.

Mais uma vez, as informações conforme a usabilidade, organização, entendimento dos textos bem como o layout das figuras foram aspectos considerados positivos. A fala de C5 consegue depreender que as figuras são explicativas, condizendo com o que o texto expõe, auxiliando no entendimento das informações, o que se torna extremamente importante para que o leitor não canse e não desmotive sua leitura com uma quantidade enorme de textos e auxilia ao leitor a guardar aquela informação.

P: Você se sentiu motivada a ler até o final?

C5: Ah, eu gostei muito. Interessante. Sim.

P: O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado?

C5: Ah, mostra sim, principalmente, para o E10, eu vou mostrar para ele, para ele aprender também, incentivar.

P: Como você entende a importância deste material para melhorar a qualidade de vida?

C5: Acho muito importante. Vou insistir com ele para ele focar nisso.

P: Você usaria ou indicaria este material tanto para pessoa com lesão medular quanto para os seus cuidadores?

C5: Sim. 100%.

P: Qual a importância que você acha para o cuidador?

C5: Olha, eu acho que é bem importante. Eu assim já tenho um tempo de experiência, de lidar com isso...é, pra mim, veio somar né? Mas eu acho que é muito útil para as pessoas que estão recentes, começando a cuidar de alguém, ali têm muitas informações importantes que vão ajudar muito.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

C5: Eu achei tudo muito bom. Parabéns.

C5 considera o material muito importante, pontuando que é ela que realiza os cuidados. Porém, a mesma vê como uma alternativa, o incentivo com o mesmo para que ele se empodere e perceba o aplicativo como uma ferramenta que pode lhe auxiliar. Ainda, vê como um recurso fundamental para as pessoas que cuidarão de pessoas com lesão medular, no sentido de ajudar a entender e auxiliar no cuidado.

A presença do cuidador é fundamental, uma vez que incentiva, motiva, realiza ações e dá continuidade ao plano de cuidados. Desta forma, é sempre relevante a inclusão dos mesmos nos estudos que muito poderão compartilhar sobre os conhecimentos, ações realizadas diariamente e sanando dúvidas, sendo fundamental para evitar complicações, futuras recidivas e reinternações.

P: O aplicativo está organizado?

E11: Está bem organizado.

P: O que você achou sobre as ilustrações?

E11: Mostram muito bem as informações que querem passar.

P: Você se sentiu motivado a ler até o final?

E11: Sim.

P: Você considera que ele mostra informações importantes para o cuidado?

E11: Sim, ali têm informações que eu nem sabia sobre lesões por pressão e resolvi mudar meus hábitos, fazer a mudança que tá escrito aí e que você havia conversado comigo, mas eu esqueci sobre o tempo.

P: Ter este material acessível a todo instante no seu celular ou no celular de outras pessoas ajudaria a lembrar?

E11: Ajudaria bastante. (...) acho importante também o profissional de saúde orientar quando a pessoa sair do hospital. (...) também acho importante que os cuidadores tenham porque têm muitas coisas também que eles não entendem né? O que aconteceu, como agir, eles não estão nem sabendo ...então ajudaria a cuidar.

P: Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

E11: Não. Eu somente gostaria de agradecer pela oportunidade. Muito obrigado.

Por sua vez, E11 corrobora as falas dos outros participantes e relata que, após a leitura do material, existiam informações sobre lesões por pressão que esqueceu após o encontro dialogado com a enfermeira-pesquisadora e, ao ler, refletiu sobre sua prática e decidiu mudar. Além disto, também considera importante a utilização do mesmo por pessoas com lesão medular, cuidadores e profissionais de saúde. Por fim, E11 demonstrou gratidão por ter feito parte deste material e por ter a oportunidade de contribuir para o cuidado de outras pessoas.

P: Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre o cuidado com as lesões por pressão?

E13: Eu gostei.

P: Como você se sente fazendo parte da construção desse material?

E13: Me senti bem. Esse trabalho vai muito de encontro à informação e pode fazer inclusive, com que as pessoas, ao invés de passar esse processo árduo de às vezes ficar dois anos, três anos, quatro anos, cinco anos, preso, em casa, sem poder sair, isso aí vai fazer com que essa etapa não vá existir, que é a etapa de sair, de achar que...a etapa da reabilitação. Isso aí, eu acho que é um caminho assim, poderoso pra pessoa se reabilitar o mais rápido possível.

E13 discorre positivamente sobre o diálogo com a enfermeira-pesquisadora e, fazendo parte da construção da tecnologia, relata que a mesma possui caráter informativo e fundamental para que as pessoas com lesão medular conheça o que está acontecendo consigo e já consiga ir para a fase reabilitatória, se envolvendo em

atividades da vida diária, atividades em sociedade, o mais rápido que puder, evitando assim, ficar recluso em domicílio por longos anos e permitindo que esse processo se arraste e não consiga ter autonomia sobre si.

P: Você acha que é válido também para os cuidadores?

E13: Com certeza, com certeza. (...) Então, às vezes só de você sabendo de como você se proceder, você já tá ajudando. (...) a partir do momento que você cria essa sabedoria de como proceder nestes casos, não só pra cuidadores, pra qualquer outra pessoa que queira entrar nesse universo, é muito importante saber.

E13 parte do pressuposto que qualquer pessoa que desejar obter conhecimento sobre a lesão medular, incluindo os cuidadores, pode auxiliar outra pessoa, uma vez que antes de iniciar a entrevista, o mesmo relatou que tinha acabado de chegar da casa de um rapaz que sofreu lesão medular e está há alguns anos na cama, sem realizar nenhuma atividade. Então, uma conhecida do bairro foi na casa de E13 e pediu que o mesmo ajudasse. E13 compartilhou algumas informações, mas entende que se outras pessoas soubessem um pouco do que acontece com uma pessoa com lesão medular, seria um aspecto positivo.

P: O aplicativo está organizado?

E13: Ele está organizado, só que eu acho que ele deveria ser mais falado.

P: O que você achou das imagens utilizadas?

E13: Foram tão boas que se der, coloque mais.

(...)

P: Ele é fácil de navegar?

E13: Bastante.

Sobre a organização, E13 pontuou como sugestão futura o aplicativo possuir uma parte falada, para que fique mais interativo. A enfermeira-pesquisadora acatou a sugestão e pensa em seu projeto futuro, desenvolver melhor esta questão. Sobre as ilustrações utilizadas, E13 sinalizou positivamente e disse ser muito simples de navegar.

P: O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado para uma pessoa com lesão medular?

E13: Sim.

P: Essas informações podem levar essa pessoa a refletir sobre o que ele está fazendo ou aprender e mudar a sua realidade?

E13: Se o cara é um cara que tem muita ferida porque se o cara tá ganhando o jogo, ele não vai mudar. Ele vai ler, vai ter umas conclusões mas ele vai

continuar fazendo aquilo. (...) Mas cada caso é um caso. Para quem nunca teve contato será muito útil porque ele vai se adequando ao seu tipo de lesão medular. (...) por exemplo, eu optei a não fazer de 2 em 2 horas. Eu faço de manhã e depois só no final do dia.

P: Ter esse material acessível a todo instante no celular ajudaria a lembrar sobre as orientações?

E13: Com certeza. Futuramente você incluir um vídeo também seria legal.

P: Você usaria ou indicaria esse material para outras pessoas e seus cuidadores?

E13: Claro.

P: Você tem algum comentário, sugestão ou crítica a fazer?

E13: Colocar os vídeos seria legal.

E13 concorda que o aplicativo contém informações relevantes para o cuidado às pessoas com lesão medular, mas entende que se a pessoa está fazendo o seu cuidado e não está desenvolvendo nenhuma infecção, complicação, ele não mudaria a sua atitude, pois está sendo positivo para sua realidade. E13 até expõe que, por mais que tenhamos compartilhado sobre a importância da disciplina na periodicidade para realização do autocateterismo vesical, como não está ocorrendo nenhum tipo de complicação, o mesmo preferiu manter a sua atividade cotidiana, realizando apenas duas vezes ao dia.

Freire (2001) pressupõe que, ao dialogar sobre determinada temática, o indivíduo é levado a problematizar sua realidade, refletir e criticar e, após este processo, optar pela mudança ou não. No caso de E3, como percebeu que não há interferência negativa da sua realização do cateterismo, decidiu não realizar a mudança.

E1 indicaria o material para outras pessoas e, como sugestão, a colocação de vídeos no aplicativo para tornar mais interativo do que já considera ser.

Nesta pesquisa, pode-se depreender que a metodologia utilizada obteve sucesso, uma vez que foi possível dar voz aos participantes. A cada informação emergente foi conferido um significado levando, ou não a modificações. Ainda, a Pesquisa Convergente-Assistencial permitiu a imersão da enfermeira-pesquisadora em todo o contexto, identificando os problemas e após todas as estratégias de produção de dados, permitiu o retorno com um material que possa minimizar os problemas da prática ou até mesmo resolvendo, no sentido de diminuir a reincidência de lesões por pressão. Desta forma, Martins (2010) reforça que:

O processo dialógico não somente trabalha no intento de dar voz aos sujeitos, como também, dar significado a esta voz, imprimindo-lhe sentido. É preciso, deste modo, pensar a educação em saúde em consonância com as modificações cotidianas do mundo em que vivemos, sendo o cliente sujeito ativo integrante do mesmo. (MARTINS, 2010, p.139).

Apesar do número de participantes ter diminuído por diversos motivos já aqui expostos, os dados saturaram e, de acordo com uma pesquisa qualitativa, se tornam válidos à totalidade da população entrevistada.

Como foi possível perceber e aplicar os conceitos da Teoria de Dorothea Orem (GEORGE, 2000, p.85), os requisitos de autocuidado no desvio de saúde quando os participantes do estudo, aprendem a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado. Com o aplicativo, foi possível perceber que valorizaram mais os cuidados tantos os que já faziam quanto os que aprenderam, sempre desejando que outras pessoas na mesma condição possam desenvolver suas atividades de autocuidado, obtendo uma melhor qualidade de vida.

Cabe pontuar que não foi possível retornar à E2, mas E7 e E13 estavam disponíveis para avaliação. Devido a isto, foram aplicadas as escalas de Braden, com valor 12, e por ambos não possuírem mais as lesões após o retorno, o valor após a aplicação da escala PUSH, obtiveram resultado zero. Além disto, foi aplicada a Escala de Braden e PUSH a todos os outros participantes que participaram desta etapa, que também não evoluíram para o aparecimento de lesões, obtendo o mesmo valor. Desta forma, podemos inferir que o processo de cuidado compartilhado foi benéfico para as pessoas com lesão medular.

De acordo com George (2000, p.85) e como pôde-se perceber em todo o estudo, demonstram ainda requisitos de autocuidado no desvio da saúde quando estão conscientes e levam em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos, além de realizarem efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas.

Após a validação dos enfermeiros da prática e a avaliação dos participantes do estudo e, de acordo com estudos produzidos, entendemos a importância de discussões amplas com a inclusão e envolvimento da comunidade, o que proporcionará maior adesão a estas tecnologias e do desenvolvimento de estudos com enfoque metodológico de validação para que tais tecnologias sejam utilizadas amplamente.

“Outro desafio, também muito importante, é o desenvolvimento de pesquisas metodológicas para validar tais TE, que serão submetidas à apreciação quanto ao conteúdo (juízes-especialistas) e forma (público-alvo), visando um processo participativo e inclusivo. Finalmente, no que tange à formação dos enfermeiros para produção e validação de TE, há que se integrar tais aspectos às atuais discussões sobre educação em saúde com a comunidade, visando envolvê-los em tais processos. As ações-investigações precisam gerar novas TE que após registro de autoria, representarão a materialidade das ideias e a transferência de conhecimentos à comunidade.” (TEIXEIRA, 2010)

Foi possível perceber durante todo o processo de produção do aplicativo bem como da avaliação que houve um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal de cada participante, promovendo sua autonomia, independência e inserção em suas AVDs e na sociedade, de acordo com suas particularidades.

Em continuação, se tornou clara a ação de autocuidado, uma vez que os participantes se encontraram engajados em seu autocuidado podendo ser afetado pelos fatores condicionantes básicos como idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde (discutido amplamente nos capítulos anteriores), fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (GEORGE, 2000, p.84).

Desta forma e, como realizada nesta Tese, o desenvolvimento e criação desta tecnologia que pode ser utilizada de modo informativo, bem como estratégia de educação em saúde e, como dito por alguns participantes, podendo ser utilizada também pelos profissionais de saúde, visou um processo participativo e inclusivo, quando se tornaram partícipes do seu próprio processo de cuidado bem como da tecnologia produzida. Desta forma, a validação permitiu a concretização do dispositivo como um mecanismo para a instrução em saúde.

Capítulo VIII

Considerações Finais

CAPÍTULO VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tratou da construção compartilhada junto à pessoa com lesão medular e seus cuidadores de um aplicativo como material educativo sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão e sua validação sendo este o objeto de estudo.

Este objeto emergiu após a necessidade de tornar a pessoa com lesão medular autônoma, independente em seu processo de cuidado relacionado às lesões por pressão promovendo assim, sua qualidade de vida, prevenindo reinternações e complicações secundárias às lesões como infecções, por exemplo, e medidas de tratamento para as lesões já existentes. O cuidador está diretamente ligado a este cuidado e é responsável por dar prosseguimento desta assistência em domicílio, sendo envolvido na pesquisa, uma vez que fornece subsídios para as discussões realizadas.

Por muitas vezes, se tornam dispendiosos os diversos retornos às ESFs locais para orientações diversas, além de nem sempre receberem visitas domiciliares devido às estruturas de atendimento das Estratégias. Assim, necessitou-se buscar estratégias de cuidados com a finalidade de compartilhar orientações inerentes ao manejo das lesões por pressão que possuem evolução rápida e silenciosa.

Além disto, este objeto também subsidiou a implementação de cuidados, cuidados estes cuidadosamente inseridos no aplicativo, que tiveram a possibilidade de reverter ou minimizar este quadro que se aponta no contexto da pessoa com lesão medular.

Desta forma, considerou-se oportuna a construção de um material educativo que auxiliasse no processo de cuidado, congruentes às suas reais necessidades, material este acessível e de fácil manuseio, podendo sanar dúvidas e modificar comportamentos de risco.

A pesquisa foi desenvolvida a partir do diálogo estabelecido entre a enfermeira-pesquisadora, as pessoas com lesão medular e seus cuidadores, sobre o tema já exposto, com vistas a estabelecer uma relação interpessoal terapêutica, compartilhando, a priori, vivências e experiências sobre a prevenção e tratamento das lesões por pressão, a fim de problematizar a sua realidade. Após tal compartilhamento, com as intervenções e orientações necessárias, foram elaborados planos de cuidado, inseridos no aplicativo, concernente às respectivas singularidades, além de serem informações fundamentais para a construção do aplicativo móvel como material educativo.

Para embasar o estudo, escolheu-se como referencial teórico os conceitos de Paulo Freire e a Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea Orem. A aplicabilidade de Freire no estudo se deu através do conhecimento da realidade dos envolvidos no contexto, respeitando seus valores bem a individualidade que é própria de cada um. Ainda, os conceitos de Freire utilizados versam sobre a horizontalidade do diálogo, tornando a pessoa ativa, crítica, reflexiva levando à problematização com posterior conscientização e assim, ela opta ou não pela mudança.

Não há dominação nem imposição por parte da enfermeira-pesquisadora e nem passividade e ingenuidade por parte da pessoa. Desta forma, foi possível a criação de um espaço de integração e trocas. Através da oportunidade dada aos envolvidos no contexto, conduzidos pelo diálogo, foi possível acessar informações importantes sobre o cuidado voltado a pessoas com lesão medular.

De acordo com os conceitos de Orem, foi possível identificar a demanda terapêutica de cada um e foi possível abarcar os conceitos dos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, sendo o autocuidado a prática de atividades que os indivíduos realizam benéficamente a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Desta forma, esta Teoria proporcionou a identificação e o planejamento de modo que atendesse às necessidades específicas, à demanda terapêutica de autocuidado específica e assim, promovesse um cuidado qualificado e assim, a independência e autonomia da pessoa com lesão medular.

Desta forma, foi possível entender que o conhecimento é um processo que requer dialogicidade, através da interação entre a enfermeira-pesquisadora, os lesados medulares e seus cuidadores, tornando-os partícipes do cuidado, através do intercâmbio entre o conhecimento científico e saber do senso comum.

A pesquisa realizada se configurou como uma pesquisa de campo construída a partir da aplicabilidade de uma metodologia ativa, a Pesquisa Convergente – Assistencial (PCA), como método de produção de dados, no momento da elaboração do aplicativo móvel, proporcionando a imersão da enfermeira-pesquisadora na assistência e ainda, sua interação com os participantes do estudo, promovendo a dinamicidade, uma vez que explora a realidade ao mesmo tempo em que intervém nela.

A metodologia aplicada permitiu o desenvolvimento do cuidado educativo, utilizando a educação em saúde como estratégia de cuidado construído coletivamente, considerando uma prática problematizadora, através da reflexão sobre as temáticas

abordadas, produzindo dados para o aplicativo valorizando a cultura, crenças e valores de cada participante, gerando, conseqüentemente, autonomia, independência e maior qualidade de vida do indivíduo.

A pesquisa contou com a participação de 19 pessoas com lesão medular, sendo 02 tetraplégicos e 11 paraplégicos, bem como 06 cuidadores cadastrados na ESFs de Macaé/RJ. A primeira etapa consistiu na discussão dialogada resultando na análise teórica do processo, seguida da produção do material educativo.

Como resultado desta discussão emergiram questões acerca da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência e, de acordo com os relatos apresentados, alguns participantes frequentaram um Programa de Reabilitação, porém fora do Município de Macaé/RJ. Além disso, muitos não foram referenciados e contra referenciados para serviços que lhes oferecessem suporte para uma melhor qualidade de vida em reabilitação. Destaco que se utilizou a Portaria 793/2012, visando a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, além da integração social e integralidade do cuidado, ampliando o acesso aos serviços de saúde.

Tal discussão deve ser realizada continuamente devido à necessidade da efetividade da Assistência Primária à Saúde, a fim de referenciar e contrarreferenciar estes indivíduos para os pontos de atenção necessários às demandas apresentadas, conhecimentos estes fundamentais para o exercício da cidadania da pessoa com lesão medular bem como sua autonomia. Cabe pontuar que os participantes do estudo, demonstraram ser fundamental a inclusão deste conhecimento no aplicativo, a fim de informar à população sobre a legislação vigente.

Após isto, foram discutidas os significados inferidos sobre as lesões por pressão e as vivências durante a hospitalização pós-trauma, quando os participantes, em sua totalidade relataram que tiveram alta hospitalar após o trauma com lesões por pressão e tanto os lesados medulares quanto os cuidadores desconheciam seus cuidados. Esta discussão nos remete à extrema importância que deve ser dada ao papel da Enfermagem, uma vez que a pessoa com lesão medular necessita ser bem orientada sobre todas as possíveis complicações, uma vez que pode limitá-lo cada vez mais.

Em continuidade, deu-se início à discussão referente à prevenção e tratamento das lesões por pressão, quando se abordou desde a mudança de decúbito até a reeducação vesical e intestinal. Porém, durante este diálogo, os participantes julgaram ser importante a inclusão de outros temas, imprescindíveis à promoção de sua qualidade

de vida como a prática de esportes, tecnologias assistivas e sexualidade, por exemplo, que foram contemplados também no material.

Uma análise crítica que se faz da caracterização das pessoas com lesão medular remete que, no primeiro encontro dialogado, apenas três participantes possuíam as lesões por pressão. Isto nos leva a refletir, que mesmo com as lacunas que existem relacionadas às orientações dos profissionais de saúde, estas pessoas com lesão medular, com seus saberes e suas práticas conseguem realizar o autocuidado de maneira satisfatória, no que diz respeito a prevenção de lesão por pressão. Também permite trazer à tona a necessidade de valorização do saber popular para que compartilhado com o saber científico possa reverter em cuidado cada vez mais consciente da condição de sujeitos coletivos, ativos e produtores de conhecimento.

Através do diálogo, o profissional pode acrescentar novas informações ao saber popular. O senso comum jamais deve ser desvalorizado.

A segunda etapa consistiu na avaliação do material educativo pela banca examinadora. Após isto, foi realizada a validação pelos enfermeiros da prática, uma adaptação dos *expertises*, uma vez que consistiu em uma das limitações do estudo, encontrar *expertises* para validação do material a tempo. com a finalidade de dar consistência aos dados que, através da Técnica Delphi com a aplicação da escala Likert bem como a análise do grau de concordância, se obteve um resultado acima de 80%, correspondendo a 91,7%. Cabe ressaltar que a comissão de enfermeiros da prática foi composta por 21 enfermeiros, que validaram face e conteúdo e ainda, um designer teceu considerações importantes sobre o aplicativo.

Por fim, após a validação, a enfermeira-pesquisadora retornou aos participantes do estudo com o intuito de que eles avaliassem o processo de cuidado, a tecnologia de informação produzida e sua aplicabilidade na prática, sendo positivo no processo de cuidado dos mesmos. Desta forma, as mudanças ocorridas nas vidas de cada sujeito revelaram-se com grande satisfação e realização e para todos os envolvidos no processo.

Com a elaboração desta tecnologia bem como sua posterior validação tanto com os enfermeiros da prática quanto com os participantes do estudo, pôde-se identificar o valor da criação de novas tecnologias para o cuidado que devem ser produzidas, validadas e disseminadas na área da Saúde, sendo um recurso importante para o cuidado.

As respostas às questões norteadoras e o atendimento aos objetivos gerais e específicos se deram com a criação e validação do aplicativo móvel teoricamente fundamentada que conforma a Tese de Doutorado e mediante isto, confirmou-se a hipótese que defendo nesta Tese de que é possível a realização do diálogo compartilhado de pessoas com lesão medular e seus cuidadores para a construção coletiva de uma tecnologia de informação como ferramenta de cuidado através de experiências e vivências para promoção da autonomia e autocuidado.

Como perspectivas futuras deste estudo pode-se inferir a proposta de aplicação a outros contextos, a retroalimentação deste aplicativo, a priori, quinzenalmente, para que as pessoas possam realizar suas perguntas e estas serem respondidas, auxiliando no processo de cuidado. Ainda, pontua-se o desenvolvimento de um projeto de extensão e pesquisa envolvendo a construção e validação de aplicativos como instrumento válido para o cuidado.

Como contribuição aos Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, esta pesquisa traz como discussão o cuidado compartilhado bem como a implementação de novas tecnologias como estratégias válidas para o cuidado, através da interação e compartilhamento e do encontro entre conhecimento e prática.

Referências

REFERÊNCIAS

ACC EBH GROUP. Pressure ulcers in spinal cord injured clients: a guide for practitioners. 2009.

ÁFIO, A.C.E., BALBINO, A.C., ALVES, M.D.S., CARVALHO, L.V., SANTOS, M.C.L., OLIVEIRA, N.R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014 jan-fev; 15(1):158-65.

AGRAWAL K, CHAUHAN N. Pressure ulcers: back to the basics. *Indian J Plast Surg*. 2012;45(2):244–54.

ALEXANDRE, N.M.C, COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.16. Nº 17. Rio de Janeiro. 2011.

ALVES, A.S.; GUEDES, M.H.D.; ALVES, V.L.R. Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *Acta Fisiátrica* 6(1): 6-9, 1999.

ALVAREZ, A.B. Saberes e práticas de clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre úlcera por pressão: implicações para o cuidado educativo de enfermagem. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN-Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2012.

ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.O.; BRANCO, E.M.S.C.; MACHADO, W.C.A. Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: implicações para o cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.12 n.4 Out/Dez. 2013.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*., Florianópolis, v.16 n.2, abr/jun. 2007.

ASSIS, G.M., FARO, A.M.C.M. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):289-93.

ASSIS, G.M., NEGRI, A.F., VEIGA, S.A., GALLI, C.F., MOSER, A.D.L., AZEVEDO, G.R. Elaboração e Validação de um instrumento de avaliação da percepção do usuário na utilização de cateteres vesicais. *Revista Estima*, São Paulo, v.13, n.2, p 62-9, 2015.

BAPTISTA, B.O.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; BRONDANI, C.M.; BUDÓ, M.L.D.; SANTOS, N.O. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito

domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. vol.33 no.1 Porto Alegre Mar. 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Edições 70 Brasil. 2011.

BELLATO, R., PEREIRA, W.R., MARUYAMA, S.A.T., OLIVEIRA, P.C.A. Convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto & Contexto Enferm. Florianópolis, v.15, n.2, p.334-342, abr./jun. 2006.

BOFF L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 17ª edição. Rio de Janeiro. Vozes: 1997.

BRANCO, J. M. A. Cuidado familiar em diálise peritoneal: Proposta de tecnologia de processo de cuidar no domicílio. / Joyce Martins Arimatea Branco – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov.2011. Seção 1, p.12

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de setembro de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de agosto de 2009.

BRASIL. Governo lança Plano Nacional dos direitos da Pessoa com deficiência. Blog do Planalto, 17 de novembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/governo-lanca-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-comdeficiencia/> Acesso em: 01 mar 2015.

BRASIL. Lei nº 13146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DOU de 7.7.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 16 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília; Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em 01 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em 08 mar.2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê nacional de educação popular em saúde - CNEPS. Política Nacional de Educação popular em saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular em saúde. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Série B. Textos Básicos em Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2ª edição. 2ª reimpressão. Brasília; Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Plano Viver sem Limites possibilita autonomia às pessoas com deficiência, diz presidenta. Portal Brasil, 17 de novembro de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/17/plano-viver-sem-limites-possibilita-autonomia-as-pessoas-com-deficiencia-diz-presidenta>> Acesso em 01 mar. 2015.

CARVALHO, M.A.P., ACIOLI S, STOTZ E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 101-44.

CARVALHO, V., MOREIRA, M.C. Relação de ajuda: reflexões sobre sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2004.

CASTRO, A.N.P., JÚNIOR, E.M.L. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2014;13(2):103-113.

DAT AD, POON F, PHAM KBT, DOUST J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD008762.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas - Um Guia para as Enfermeiras. 3ª edição. Atheneu Editora. São Paulo. 2008.

Escala ASIA. Disponível em: <http://www.asia-spinalinjury.org/>. Acesso em: 06/08/2014.

ESPÍRITO SANTO, CC. Expressões da espiritualidade em pessoas que vivem com HIV/AIDS a partir das representações sociais acerca da síndrome: implicações para o cuidado de Enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro. 2011.

FARIAS,N; BUCHALLA, CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 187-93.

FARO A.C.M. Assistência de enfermagem ao paciente com traumatismo raquimedular. In: Ventura MF, Faro ACM, Onoe EKN, Utimura M. Enfermagem ortopédica. São Paulo: Ícone; 1996. p.175-89.

FARO, A. C. M., MOROÓKA, M. A técnica limpa do auto-cateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. Revista da Escola de Enfermagem USP 2002; 36(4): 324-31.

FARO A.C.M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev. esc. enferm. USP v.39 n.1 São Paulo mar. 2005.

FARO, A.C.M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.1, p. 259-73, ago. 1997.

FERREIRA, A.M., BOGAMIL, D.D.D., TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. Arq. Ciênc. Saúde, São José do Rio Preto, v.15, n.3, p.105-109, jul./set. 2008.

FERREIRA, A.M., FERREIRA, A.M., SOUZA, B.M.V., RIGOTTI, M.A., LOUREIRO, M.R.D. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):752-60.

FIGUEIRÓ, R.F.S. O paraplégico no mercado de trabalho – a percepção dos trabalhadores sem deficiência motora: Contribuições da enfermagem para a equipe multidisciplinar [Tese de doutorado] Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, outubro 2007.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da liberdade: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo. Moraes, 1980.

FREIRE, P. Educação e Mudança. 30ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FONSECA, L.M.M., LEITE, A.M., MELLO, D.F., SILVA, M.A.I., LIMA, R.A.G., SCOCHI, C.G.S. *Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a Enfermagem pediátrica e neonatal*. *Esc Anna Nery* (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):190-196.

GEORGE, J.B. et all. *Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GEOVANINI, T. *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014.

GLEEN, I.L., *Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

HOLANDA, A.B. *Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa - 8ª Ed. 2010 - Nova Ortografia*. Editora Positivo.

GOULART, M. *Popularidade de smartphones estimula a criação de malwares*. *Universitário*. Disponível em: <<http://www.universitario.com.br/noticias/n.php?i=11112>>. Acesso em: 07/12/2017.

HERNANDEZ, DM; ALVES, F; SALVADOR, GB; SILVA, GM; ANHAIA, L; SANTOS, RA; BARROS, WV. *A Popularização dos Smartphones e Tablets*. [Trabalho de Conclusão de Curso para Técnico de Nível Médio em Informática]. Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza. Hortolândia, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. Acesso em: 20 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 12 mar. 2014.

KOERICH, MS; BACKES, DS; SCORTEGAGNA, HM; WALL, ML; VERONESE, AM; ZEFERINO, MT, et al. *Tecnologias de Cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas*. *Texto e Contexto Enferm, Florianópolis*, 2006; 15 (Esp): 178-85.

LALA, D., DUMONT, F.S., LEBLOND, J., HOUGHTON, P.E. NOUREAU, P.T.L. Impact of Pressure Ulcers on Individuals Living With a Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014;95:2312-9.

LEININGER, M. *Transcultural nursing: concepts theories and practice*. New York: John Wiley, 1978.

LEININGER, M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League of Nursing, 1991.

LEITE, V.B.E, FARO, A.C.M. Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer. *ACTA FISIATR* 2006; 13(1): 21-25.

LEITE VBE, FARO ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2005; 39(1):92-6.

LEOPARDI, MT. *Teoria e prática em assistência de enfermagem*. 2ª ed, Ver.ampl., Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LIANZA, Sérgio. *Medicina de reabilitação*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LIMA, A. *Plantas Medicinais no Tratamento de Feridas*. Petrópolis, RJ. EPUB, 2009.

LIMA, Y.M.S. O desempenho das enfermeiras na assistência de enfermagem pré- natal: a qualidade pessoal. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LOPES, C.S; COUTINHO, E.S.F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Rev. Saúde Pública*, 33 (5), 1999.

LOURENÇO, L.; BLANES,L.; SALOMÉ, G.M.; FERREIRA, L.M. Quality of life and self-esteem in patients with paraplegia and pressure ulcers: A controlled cross-sectional study. *Journal of wound care* vol 23, no 6, june 2014.

MANCUSSI, A.C. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 67-73, out. 1998.

MACHADO, W.C.A., SCRAMIN, A.P. (In) dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais/cuidadores. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.44, n.1, mar.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 dez.2014.

MACHADO, W.C.A.; ALVAREZ, A.B.; TEIXEIRA, M.L.O.; BRANCO, E.M.S.C.; FIGUEIREDO, N.M.A.; PAIVA, R.S. Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e16125

MACHADO, WCA, SILVA, VMS, SILVA, RA, RAMOS, RL, FIGUEIREDO, NMA, BRANCO, EMSC, REZENDE, LK, CARREIRO, MA. Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. Ciência & Saúde Coletiva, 21(10):3161-3170, 2016.

MARCON, SS; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan/dez, 1999.

MARINO, L.H.C., FOSS, M.H.D.A., ARNAL, R.L.C., PEREIRA, C., SISCÃO, M.P. Trauma Raquimedular: Caracterização em um Hospital Público. Arq Ciênc Saúde 2007 jul-set;14(3):145-7

MARTINS, P.A.F. Compartilhando Saberes e Práticas com Clientes Estomizados acerca da Manutenção da Estomia de Eliminação: uma proposta educativa do cuidado de Enfermagem no contexto ambulatorial. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MELO, R.P., MOREIRA, R.F., FONTENELE, F.C., AGUIAR, A.S.C., JOVENTINO, E.S., CARVALHO, E.C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev Rene, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):424-31.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MOREIRA, M.F., NÓBREGA M.M.L., SILVA M.I.T.. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003;56(2):184-8.

MOSA, ASM.; YOO, I.; SHEETS, L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. BMC medical informatics and decision making, v.12, n.1,2012. Disponível em: <http://biomedcentral.com/1472-6947/12/67/?referrer=Baker>. Acesso em 30/11/2017.

NAS, K., YAZMALAR, L., VOLKAN ŞAH, V., AYDIN, A., ÖNEŞ, K.. Rehabilitation of spinal cord injuries. World J Orthop 2015 January 18; 6(1): 8-16 ISSN 2218-5836 (online).

National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 30/06/2016.

NEPOMUCENO, E., MELO, A.S., SILVA, S.S. Alterações relacionadas aos aspectos da sexualidade no lesado medular: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):396-406, fev., 2014.

NOCE, F., SIMIN, M.A., MELLO, M.T. A Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física Pode ser Influenciada Pela Prática de Atividade Física? Rev Bras Med Esporte – Vol. 15, No 3 – Mai/Jun, 2009.

NOGUEIRA, P.C.; RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(3):607-14.

OLIVEIRA, DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA MS, FERNANDES AFC, SAWADA, NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):115-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Classificação Detalhada com definições. 2003.

PADULA, M.P.C; SOUZA, M.F; Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. *Acta paul. enferm., São Paulo*, v. 20, n. 2, 2007.

PEREIRA, JS, MACHADO, WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [3]: 1033-1051, 2016.

PEREIRA, RDM; ALVIM,NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Revista Esc Anna Nery* 2015;19(1):174-180.

POLIT D, BECK CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97.

PRESSMAN, RS. Engenharia de Software. McGraw Hill Brasil, 2011.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>. Acesso em: 07/08/2016.

RIGON, A.G.. Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.

RABEH, S. A.N., CALIRI, M. H. L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. *Acta Paul Enferm* 2010;23(3):321-7.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Disponível em: <http://www.sarah.br/>. Acesso em 06/08/2016.

RIBEIRO, R.P. A repercussão da equoterapia na qualidade de vida da pessoa portadora de lesão medular traumática. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande. 2006.

SANTOS, B.S. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos*, 2007.

SANTOS, L.F.M. Gestação sobre rodas: assistência de saúde à mulher cadeirante durante o pré-natal, parto e nascimento. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN-Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2011.

SANTOS TSC, GUIMARÃES RM, BOEIRA SF. Epidemiologia do trauma raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery (impr.)*2012 out - dez; 16 (4):747 – 753.

SARTORETTO, ML, BERSCH, R. *Assistiva: tecnologia e educação*. 2017.

SASSAKI, R.K. *Inclusão/ Construindo uma sociedade para todos*. 8ª edição. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

SILVA, AH, FOSSÁ, MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica* ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1. 2015.

SILVA RMM, RODRIGUEZ TDM, PEREIRA WSB. Os acidentes de trânsito em Porto Velho: uma epidemia que afeta o desenvolvimento regional. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional [Internet]*. 2009 [cited 2012 Sep 15];5(2):164-85. Available from: <http://www.rbgdr.net/022009/>

SILVA, MM; SANTOS, MTP. Os Paradigmas de desenvolvimento de aplicativos para aparelhos celulares. Revista T.I.S., v.3, n.2,p.162-70, 2014. Disponível em <http://revistatis.ds.ufscar.br/index.php/revista/article/view/86/80>. Acesso em 30/11/2017.

SOARES RAS, DINIZ IV, NASCIMENTO JA; SOARES MJGO. Characterization of traffic accidents that presented spinal cord injury as an outcome. Rev enferm UFPE on line. [internet]. 2013; 7(10):5996-6005. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4425>.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):598. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.12470>.

TEIXEIRA, M.L.O. Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: Contribuições à clínica do cuidado de enfermagem. [Tese de Doutorado] - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

TIBES CMS. Aplicativo móvel para prevenção e classificação de úlceras por pressão. [Dissertação de Mestrado] – São Carlos, UFScar, 2015.

TIBES CMS, DIAS JD, MASCARENHAS, SHZ. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. Revista Mineira de Enfermagem. Minas Gerais. 2014.

TORMIN, G. Pássaro sem Asas. 6ª edição revista e ampliada. Editora Kelps. Goiânia. 2008.

TRENTINI, M., PAIM, L. Pesquisa Convergente-Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3.ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M., PAIM, L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VALL, J. O processo de reabilitação da pessoa portadora de paraplegia: uma contribuição teórica. Cadernos da Escola de Saúde – Enfermagem. São Paulo, 2008. v.1.

VALL, J, LEMOS, KIL, JANEIRO, ASI. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Calista Roy: um estudo teórico. *Cogitare Enferm* 2005.

VIANNA, H. M. Testes em educação. São Paulo: IBRASA, 1982.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting Independence Following a Spinal Cord Injury - A Manual for Mid-level Rehabilitation Workers. Geneva. 1996. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em 20/03/2015.

Anexos

ANEXO 01 - FOLDER

<p>REFERENCIAS</p> <p>[ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. <i>Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050:2004. Rio de Janeiro, 2004.</i></p> <p>[DEALEY, C. <i>Cuidando de Feridas - Um Guia para as Enfermeiras. 3ª edição. Atheneu Editora. São Paulo, 2008.</i></p> <p>[DeLiza, J.A., GANS, M.B. <i>Tratado de medicina de Reabilitação - Princípios e Prática. 3ª edição. Editora Manole. São Paulo, 2002.</i></p> <p>[WORLD HEALTH ORGANIZATION. <i>Promoting Independence Following a Spinal Cord Injury - A Manual for Mid-level Rehabilitation Workers. Geneva, 1996. Disponível em: http://www.who.int/iaid. Acesso em 20/05/2011.</i></p> <p>EQUIPE DE ELABORAÇÃO / AUTORES</p> <p><i>Adriana Bispo Alvarez</i></p> <p><i>Maria Luiza de Oliveira Teixeira</i></p> <p><i>Elen Martins da Silva Castelo Branco</i></p>	 	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY</p> <p><i>Orientações para Prevenção das Úlceras por Pressão em clientes paraplégicos com lesão medular</i></p> <p><i>Rio de Janeiro, agosto de 2012.</i></p> <p><i>1ª edição</i></p>
---	--	---

O QUE É A LESÃO MEDULAR?

É uma agressão que acontece na medula espinhal e pode ser de forma não-traumática (vírus, por exemplo) ou de forma traumática (acidentes, por exemplo). Como consequência há a imobilidade e diversas complicações, como por exemplo, as úlceras por pressão.

O QUE SÃO ÚLCERAS POR PRESSÃO?

São as complicações mais frequentes em clientes paraplégicos. A úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão de pele causada pela interrupção sanguínea em uma determinada área, que se desenvolve devido a pressão aumentada por um período prolongado. Também é conhecida como úlcera de decúbito, escara ou escara de decúbito. O termo escara deve ser utilizado quando se tem uma parte necrótica ou crosta preta na lesão.

COMO APARECEM AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (UPs)?

A principal causa no paraplegico é a imobilidade, como também a pressão local, fricção e cisalhamento. O cisalhamento ocorre quando o cliente é arrastado na cama, ou fica mal posicionado na cadeira.

ESTÁGIOS DAS UPs

Possuem quatro estágios:

Estágio I: Pele intacta com vermelhidão de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível; sua cor pode ser diferente da pele ao redor.

Estágio II: Perda parcial da espessura da pele. Apresenta-se como úlcera superficial de coloração vermelho-pálida. Pode apresentar-se ainda como uma bolha, intacta ou aberta rompida.

Estágio III: Perda da pele em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo.

Estágio IV: Perda total de pele com exposição óssea de músculo ou tendão. Pode haver presença de escara em algumas partes da ferida.

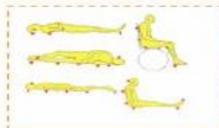
PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DAS UP

❑ Fazer mudança de decúbito: O período de tempo total para mudança de posição é de meia em meia hora. (DeLiza, 2002). Além disso, há a manobra de decompressão isquêmica (também chamado de "push up"). Esta manobra é realizada com o indivíduo se apoiando nos braços da cadeira de rodas, elevando o quadril, como se fosse levantar.



Fonte: Rede Sarah. Disponível em: www.sarah.br

- ❑ Fazer reeducação vesical e intestinal para evitar que a pele fique em contato urina e fezes.
- ❑ Manter o corpo limpo e a pele hidratada.
- ❑ Posicionar-se corretamente a cadeira de rodas. Deve-se ficar na posição sentada equilibrando o tronco para fortalecer os músculos de modo a facilitar as mudanças de decúbito.
- ❑ Colocar espumas, travessetos e almofadas firmes nas áreas proeminentes ósseas, como cotovelos, calcânhar, joelho, quadril e também nádegas e região sacra.



- ❑ Preferir acessos sem obstáculos, simples e sem degraus.

- ❑ Olhar o próprio corpo com espelho e se possível, fazer a palpação.
- ❑ Seguir as orientações da nutricionista para a alimentação e a hidratação adequadas.
- ❑ Evitar apoiar copos, pratos ou outros utensílios com alimentos ou bebidas quentes na pele.
- ❑ Evitar colítes dos membros inferiores e superiores com móveis e outros objetos.
- ❑ Colocar barras de apoio em todos os cômodos da casa e utilizá-las para realizar as atividades.
- ❑ Utilizar pisos firmes, estáveis, antiderrapantes, sem desnível.
- ❑ Alargar as portas, quando possível, de modo que sejam maiores que 0,90m de largura e 2,10m de altura para que a cadeira possa transitar evitando colítes. (NBR9050:2004)
- ❑ Ao realizar transferência aproximar do local para onde se quer passar, travar as rodas da cadeira, levantar o suporte de braços e o assento deve estar no mesmo nível que a cama ou a outra cadeira, sempre utilizando as barras de apoio como segurança.
- ❑ Os boxes devem permitir a entrada da cadeira de rodas, ser providos de banco articulado ou removível, com cantos arredondados e superfície antiderrapante impermeável.
- ❑ O chuveiro deve ser equipado com "chavatinho" e o registro deve estar na altura das mãos.

Apesar de todos cuidados, a lesão pode aparecer! Caso isso ocorra, mantenha sempre limpa com soro fisiológico e procure um profissional de saúde para avaliação.



Cabe destacar que a presença do cuidador é essencial em todo o processo, auxiliando e encorajando o cliente a se reinserir em suas atividades e na sociedade.

ANEXO 03 – ESCALA DE BRADEN

				DATA															
PERCEÇÃO SENSORIAL	1 COMPLETAMENTE LIMITADO	2 MUITO LIMITADO	3 POUCO LIMITADO	4 NÃO PREJUDICADA															
UMIDADE	1 CONSTANTEMENTE ÚMIDA	2 ÚMIDA	3 OCASIONALMENTE ÚMIDA	4 LIVRE DE UMIDADE															
ATIVIDADE	1 RESTRITO AO LETO	2 RESTRITO À CADEIRA	3 CAMINHA OCASIONALMENTE	4 CAMINHA FREQUENTEMENTE															
MOBILIDADE	1 COMPLETAMENTE IMÓVEL	2 MUITO LIMITADA	3 POUCO LIMITADA	4 SEM LIMITAÇÕES															
NUTRIÇÃO	1 MUITO DEFICIENTE	2 PROVÁVEL INADEQUAÇÃO	3 ADEQUADA	4 EXCELENTE															
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1 PROBLEMA	2 PROBLEMA EM POTENCIAL	3 SEM PROBLEMA APARENTE																
				TOTAL DE PONTOS:															

15-16 = BAIXO RISCO

13-14 = RISCO MODERADO

ABAIXO DE 12 = RISCO ELEVADO

ANEXO 04 – ESCALA PUSH

Comprimento X largura	0 0 cm ²	1 < 0,3 cm ²	2 0,3 - 0,6 cm ²	3 0,7 - 1,0 cm ²	4 1,1 - 2,0 cm ²	5 2,1 - 3,0 cm ²	SUB- TOTAL
		6 3,1 - 4,0 cm ²	7 4,1 - 8,0 cm ²	8 8,1 - 12,0 cm ²	9 12,1 - 24,0 cm ²	10 > 24 cm ²	
Quantidade de exsudado	0 Nenhum	1 Escasso	2 Moderado	3 Abundante			SUB- TOTAL
Tipo de tecido	0 Tecido cicatrizado	1 Tecido de epitelização	2 Tecido de granulação	3 Tecido desvitalizado	4 Tecido necrótico		SUB- TOTAL
							TOTAL

ANEXO 05 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS UFRJ-MACAÉ
Professor Aloisio Teixeira



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Ao Setor Responsável,

Solicitamos autorização institucional para realização da Tese de Doutorado intitulado "A construção e validação de material educativo impresso voltado a clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão", sob a realização da Doutoranda Adriana Bispo Alvarez e orientação da Profa. Dra Maria Luiza de Oliveira Teixeira. Esta pesquisa será realizada em todas as Estratégias de Saúde da Família de Macaé/ RJ, através da estratégia de coleta de dados chamada Bola de Neve devido aos paraplégicos com lesão medular estarem pulverizados nas ESFs de Macaé. Os objetivos da pesquisa são: desenvolver uma tecnologia de processo junto ao cliente com lesão medular, cuidadores e familiares sobre prevenção e tratamento de UPs; construir material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; validar material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; analisar junto ao cliente, cuidadores/familiares a aplicabilidade do material educativo produzido na prevenção e tratamento das UPs. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigos e eventos científicos. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Macaé, 03 de dezembro de 2015.

Adriana Bispo Alvarez

Adriana Bispo Alvarez - Pesquisadora Responsável do Projeto

Prof. Adriana B. Alvarez
Gest. de Atenção e Obstetrícia
CAMPUS MACAÉ

Concordamos com a solicitação

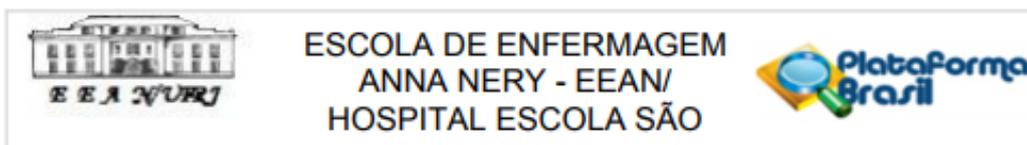
Não concordamos com a solicitação

Dr.ª Nely Soares de Almeida
Metr. 2385
Gerente da Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde
PM M. / SEMUSA

Dr.ª Nely Soares de Almeida
Metr. 2385
Gerente da Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde
PM M. / SEMUSA

Gestão da Atenção Básica – Secretaria de Saúde

ANEXO 06 – PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO VOLTADO A CLIENTES PARAPLÉGICOS COM LESÃO MEDULAR E SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Pesquisador: ADRIANA BISPO ALVAREZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53041816.5.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.434.117

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será qualitativa com abordagem Convergente-Assistencial (PCA). "O estudo trata da construção e validação de um material educativo voltado para clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores no que tange à prevenção e tratamento das mesmas. Através do diálogo, realizado no domicílio dos sujeitos do estudo, utilizado em todas as etapas do processo, com o sujeito com lesão medular e seus cuidadores, será estabelecida uma interação e discussão, que permitirá a elaboração e desenvolvimento de um processo de cuidado e a criação de um material educativo bem como sua validação para assim, verificarmos a eficácia deste material, contribuindo para a qualidade de vida destes. Serão utilizados os pressupostos de Paulo Freire e Madeleine Leininger bem como políticas do SUS que corroboram o estudo como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com uma perspectiva problematizadora, dialógica, reflexiva e participativa. Como objeto do estudo temos a construção e validação de um material educativo impresso, como tecnologia educacional, para clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão. O espaço da pesquisa a ser utilizado serão os domicílios dos paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores, cadastrados nas ESFs de Macaé/RJ e os sujeitos da pesquisa serão clientes paraplégicos, com lesão medular, e seus cuidadores, cadastrados neste cenário e serem maiores de 18 anos. Como técnica de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

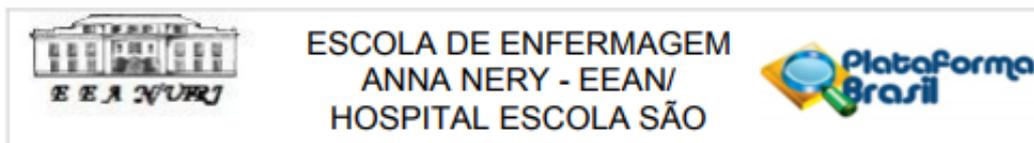
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.117

obtenção de dados e análise das informações utilizaremos a entrevista para obtenção de dados para a construção do perfil do sujeito e de seu cuidador, discussão com o sujeito e seu cuidador sobre o tema da pesquisa, dados de observação obtidos durante todo o processo e, a técnica Bola de Neve (Snowball Technique). Para validação da cartilha será utilizada a Técnica Delphi que, após o consenso dos especialistas, a mesma será submetida aos sujeitos. O estudo obedecerá as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O anonimato será respeitado durante toda a pesquisa e os sujeitos serão identificados como E referente a entrevistado e códigos numéricos de acordo com a ordem das entrevistas (exemplo: E1, E2, E3 etc)."

Hipótese/ Questões norteadoras do estudo:

" Da análise das informações provindas da dissertação de Mestrado, emergiram questões, relacionadas às UPs que, neste momento, como tese de Doutorado, pretendo dar seguimento ao produto da dissertação, porém validando, com o olhar dos especialistas sem deixar que a clientela avalie o produto, sendo elas:

- As orientações oferecidas pelos enfermeiros aos clientes com lesão medular e seus cuidadores para a prevenção e tratamento das UPs são suficientes e claras?
- Como deve ser estruturada a estratégia educativa que esclareça aos clientes e cuidadores como devem ser feitos esses cuidados?
- Na opinião dos clientes e cuidadores um material educativo impresso, como tecnologia educacional, pode contribuir para o cuidado educativo sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão?"

Objetivo da Pesquisa:

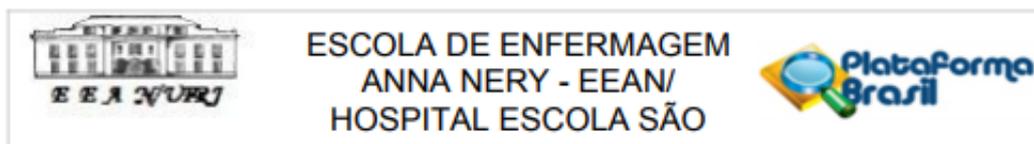
Objetivo Primário:

Desenvolver uma tecnologia de processo junto ao cliente com lesão medular, cuidadores e familiares sobre prevenção e tratamento de UPs.

Objetivo Secundário:

Construir material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs;
Validar material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeannesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.117

das UPs;

Analisar junto ao cliente, cuidadores/familiares a aplicabilidade do material educativo produzido na prevenção e tratamento das UPs.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Os potenciais de risco da pesquisa inclui danos na dimensão emocional, na eminência de constrangimento gerado durante a entrevista, relativo a memórias e fatos resgatados das experiências vividas relacionadas à situação da lesão medular ou das complicações."

Benefícios:

"O benefício será ao desenvolvimento do conhecimento nesta área que trará aspectos positivos para o processo de cuidado para você e para outras pessoas que estejam na mesma condição. Com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e assistência de Enfermagem poderão ser muito grandes, pois na pesquisa serão enfocados os aspectos da educação em saúde no contexto da ESF. Deste modo, a pesquisa também poderá trazer benefícios aos cuidados prestados ao cliente paraplégico com lesão medular, no que tange a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, como forma de evitar ou tratar tais complicações."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante, metodologia bem explicitada, convergente com objetivos propostos e o objeto de pesquisa. Os instrumentos são adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada.

TCLE: adequado.

Instrumento de coleta de dados: adequado (com código)

Carta de anuência: adequada ? (assinada pela gerente de atenção básica da SMS/P.M.M./SEMUSA.

Cronograma: adequado (com início de coleta de dados para abril de 2016).

Projeto/brochura: adequado.

Recomendações:

1. Inserir no projeto e nas informações básicas da pesquisa sempre o que foi inserido no TCLE sobre os riscos, que os depoentes poderão declinar da entrevista quando julgarem necessário

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.434.117

definitivamente ou podendo retomá-la quando julgarem pertinente.

2. O orçamento deve conter recursos materiais de uso permanente e de consumo, especialmente contendo o total.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 01 de março de 2016. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_651339.pdf	06/02/2016 19:23:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	06/02/2016 19:23:04	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentoaoCEP.doc	06/02/2016 19:21:05	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	lattesluiza.pdf	06/02/2016 19:18:46	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	lattesadriana.pdf	06/02/2016 19:18:25	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/02/2016 19:15:37	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	06/02/2016 19:13:33	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.pdf	06/02/2016 19:12:31	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	SEMUSA.pdf	06/02/2016 19:11:47	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/01/2016 19:44:03	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

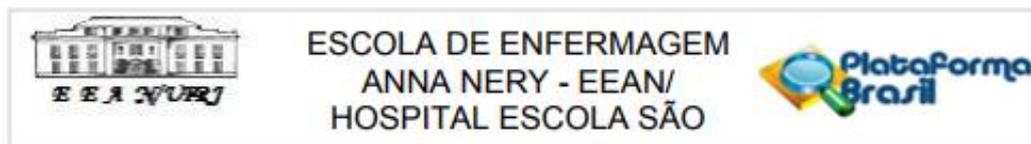
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.434.117

Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	19/01/2016 19:15:05	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

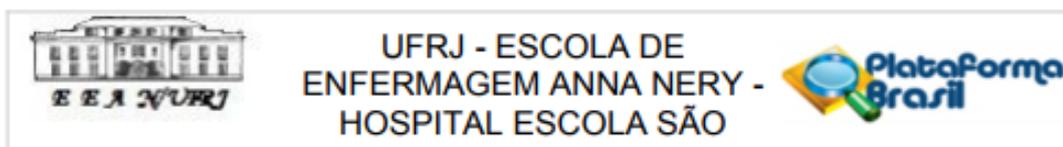
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Março de 2016

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO VOLTADO A CLIENTES COM LESÃO MEDULAR E SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

Pesquisador: ADRIANA BISPO ALVAREZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53041816.5.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.412.989

Apresentação do Projeto:

O estudo trata da construção e validação de um material educativo voltado para clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores no que tange à prevenção e tratamento das mesmas. Através do diálogo, realizado no domicílio dos sujeitos do estudo, utilizado em todas as etapas do processo, com o sujeito com lesão medular e seus cuidadores, será estabelecida uma interação e discussão, que permitirá a elaboração e desenvolvimento de um processo de cuidado e a criação de um material educativo bem como sua validação para assim, verificarmos a eficácia deste material, contribuindo para a qualidade de vida destes. Serão utilizados os pressupostos de Paulo Freire e Madeleine Leininger bem como políticas do SUS que corroboram o estudo como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com uma perspectiva problematizadora, dialógica, reflexiva e participativa. Como objeto do estudo temos a construção e validação de um material educativo impresso, como tecnologia educacional, para clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão. A pesquisa possui delineamento qualitativo com abordagem Convergente Assistencial. O espaço da pesquisa a ser utilizado serão os domicílios dos paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores, cadastrados nas ESFs de Macaé/RJ e os participantes da pesquisa serão clientes paraplégicos, com lesão medular, e seus cuidadores, cadastrados neste cenário e serem

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

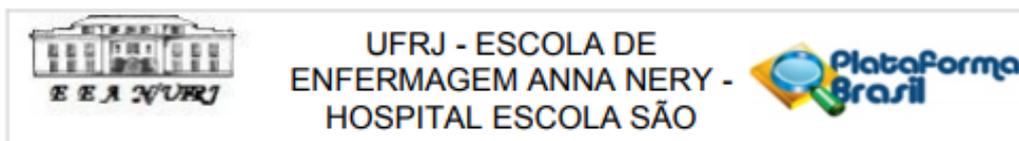
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.412.989

maiores de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma tecnologia de processo junto ao cliente com lesão medular, cuidadores e familiares sobre prevenção e tratamento de UPs.

Objetivo Secundário:

Construir material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; Validar material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; Analisar junto ao cliente, cuidadores/familiares a aplicabilidade do material educativo produzido na prevenção e tratamento das UPs.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: " Existe um risco de desconforto de avaliação dos itens propostos. Neste caso, o participante estará livre para se abster em responder as questões. O benefício será, após a sua avaliação e possíveis ajustes, o material ser utilizado e difundido como estratégia de educação em saúde à clientela pesquisada".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de doutorado aprovado no CEP-EEAN-HESFA/UFRJ. Submetida emenda para apreciação do CEP. A pesquisadora escreve que: "Durante a banca de qualificação, foi solicitado que, ao invés de fazer um material educativo impresso, uma cartilha como ideia inicial, fosse construído um aplicativo móvel e validado o mesmo. Desta forma, segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser utilizado com os especialistas que desejarem participar do trabalho". A pendência era atualizar a brochura e o cronograma incluindo a nova etapa da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados. Pendência atendida.

Recomendações:

Rever os objetivos da pesquisa nos termos e projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 2.412.989

do CNS/MS APROVOU A PENDÊNCIA do referido projeto ad referendum em 04 de dezembro de 2017. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1023577_É1.pdf	24/11/2017 21:07:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado_Adriana.pdf	24/11/2017 21:03:40	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_Adriana.pdf	24/11/2017 20:56:53	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Cronograma	Cronograma_Adriana.pdf	24/11/2017 20:55:30	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Orçamento	Orcamento_Adriana.pdf	24/11/2017 20:54:51	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.pdf	22/11/2017 20:25:01	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentoaoCEP.doc	06/02/2016 19:21:05	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	lattesluiza.pdf	06/02/2016 19:18:46	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	lattesadriana.pdf	06/02/2016 19:18:25	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	06/02/2016 19:13:33	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.pdf	06/02/2016 19:12:31	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Outros	SEMUSA.pdf	06/02/2016 19:11:47	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	19/01/2016 19:15:05	ADRIANA BISPO ALVAREZ	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

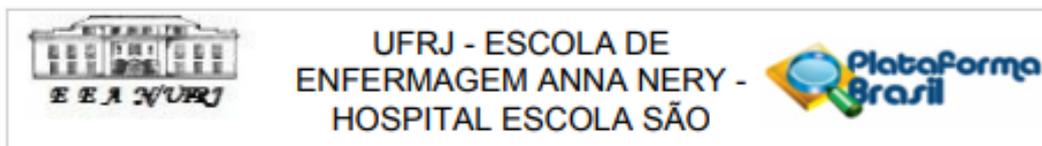
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeenhesa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.412.989

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Maria Angélica de Almeida Peres
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepesanhesfa@eean.ufrj.br

Apêndices

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



Você foi selecionado (a) e está convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem como título: “A construção e validação de material educativo impresso voltado a clientes paraplégicos com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão”. Os objetivos da pesquisa são: desenvolver uma tecnologia de processo junto ao cliente com lesão medular, cuidadores e familiares sobre prevenção e tratamento de UPs; construir material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; validar material educativo impresso com orientações sobre as medidas preventivas e tratamento das UPs; analisar junto ao cliente, cuidadores/familiares a aplicabilidade do material educativo produzido na prevenção e tratamento das UPs. Esta pesquisa é sobre a construção e validação de um material educativo voltado para você para prevenir e tratar as úlceras por pressão. Esta pesquisa também ajudará você e a enfermeira a se conhecerem melhor e a tirarem as suas dúvidas sobre os cuidados com as úlceras por pressão. A pesquisa será realizada em três anos e se configura em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery. Em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. Você participará desta pesquisa individualmente, dizendo o que sabe e como faz seus cuidados com as úlceras por pressão. Nos encontros com você, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que poderão colaborar com a discussão. Tudo que for falado será registrado por escrito e gravado em mp3. Ninguém terá acesso aos registros e gravações. Estas gravações serão apagadas e os registros por escrito, incinerados, após 05 (cinco) anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza. Existe um desconforto e risco que se justifica pela importância do benefício esperado. Os potenciais de risco da pesquisa inclui danos na dimensão emocional, na eminência de constrangimento gerado durante a entrevista, relativo a memórias e fatos resgatados das experiências vividas relacionadas à situação da lesão medular ou das complicações.

Adriana Bispo Alvarez
Doutoranda EEAN/UFRJ
Cel: (21) 999426628
Email: bispo.alvarez@gmail.com

Participante

Neste caso, haverá a suspensão da entrevista, podendo haver continuidade ou não da mesma, com consentimento do participante. O cenário de pesquisa conta, ainda, com uma equipe multiprofissional a qual os participantes poderão ser encaminhados em caso de necessidade. Diante dessas ocorrências, o psicólogo do serviço poderá dar suporte terapêutico à pessoa, e o atendimento será articulado e assegurado entre pesquisadora e psicólogo antes de iniciar a pesquisa, mediante compartilhamento do cronograma de produção de dados. O benefício será ao desenvolvimento do conhecimento nesta área que trará aspectos positivos para o processo de cuidado para você e para outras pessoas que estejam na mesma condição. Com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e assistência de Enfermagem poderão ser muito grandes, pois na pesquisa serão enfocados os aspectos da educação em saúde no contexto da ESF. Deste modo, a pesquisa também poderá trazer benefícios aos cuidados prestados a você. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Adriana Bispo Alvarez
Orientadora: Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Telefone: (21) 999426628
E-mail: bispo.alvarez@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 E-mail: cepeanhasfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Número da entrevista: _____ Data: ___/___/_____

1. Dados de Identificação:

Identificação: _____ Sexo: () F () M Idade: _____ anos

Data do trauma: ___/___/_____ Data de inserção na Instituição: ___/___/_____

Causa do trauma: _____

Bairro em que reside: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

2. Dados sócio-econômicos:

2.1-Situação conjugal:

() casado(a) ou vive maritalmente () solteiro (a) () separado(a) () viúvo(a)

2.2-Escolaridade:

() analfabeto(a) () alfabetizado(a) () antigo ensino fundamental completo () antigo ensino

fundamental incompleto () antigo ensino médio completo () antigo ensino médio incompleto

() ensino superior completo () ensino superior incompleto () outro.

Qual? _____

2.3- Situação ocupacional:

() empregado () desempregado () aposentado () nunca trabalhou () autônomo () estudante

2.4-

Profissão: _____

Atua na profissão atualmente () sim () não.

Em caso negativo, trabalha em quê? _____

2.5- Número de filhos:

() nenhum () 1 filho () 2 filhos () 3 filhos () 4 filhos ou mais.

2.6-Recebe algum tipo de benefício governamental?

() sim () não. Em caso positivo, qual?

() bolsa família () auxílio desemprego () aposentadoria () pensão () bolsa escola. ()

Outro.

Qual? _____

2.7- Quantas pessoas contribuem com a renda familiar total? () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais.

2.8- Renda familiar total:

() apenas auxílio () < 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () de 1 a 3 salários () de 3 a seis

salários () de 6 a nove salários () mais que nove salários () variável

2.9- Habitação: () própria () alugada () favor () posse () outra.

2.10- Tipo de construção: () alvenaria () outro: _____ nº de cômodos: _____

2.11- Sua cadeira de rodas consegue transitar, permitir sua transferência da cadeira de rodas

para outro lugar, e área de manobra da cadeira por todos os cômodos da casa facilmente?

() sim () não

2.12- Seu(s) banheiro(s) consegue(m) comportar a presença da cadeira de rodas? () sim

() não

2.13- Possuem barras de apoio em sua residência? () sim () não

- 2.14- O piso de sua residência ou da entrada possuem desníveis? () sim () não
- 2.15- Os pisos possuem superfície regular, firme, estável e antiderrapante? () sim () não
- 2.16- Sua casa possui adaptações como superfícies (mesas, bancadas, espelhos, armários) em seu alcance? () sim () não
- 2.17- Pessoas residentes no domicílio: () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () 10 a 12 () > 12
- 2.18- Luz elétrica: () sim () não
- 2.19- Procedência da água de consumo na moradia:
() rede pública () poço a céu aberto () poço tubular/artesiano () não possui atendimento de água interno.
- 2.20- Destino dos dejetos:
() rede pública () fossa séptica () céu aberto () rios
() outro. Qual? _____
- 2.21- Tipo de instalação sanitária:
() unifamiliar com água () unifamiliar sem água () coletiva com água () coletiva sem água
- 2.22- Possui coleta de lixo? () sim () não
- 2.23- Possui animais em casa? () sim () não Quais? _____
- 2.24- Religião: Católica () Evangélica () Espírita () Outras () Não possui ()
- 2.25- 3.2. Recebe algum tipo de ajuda/apoio nos cuidados? () sim () não
Em caso positivo, de quem? De que tipo? _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Número da entrevista: _____ Data: ___/___/_____

1. Dados de Identificação:

Identificação: _____ Sexo: () F () M Idade: _____ anos

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Ocupação atual: _____

Religião: _____

Vínculo: () consanguíneo. Qual? _____ () não consanguíneo. Qual?

Remunerado: () sim () não

Único cuidador? () sim () não

Em caso negativo que é o outro cuidador? _____

Primeira vez na condição de cuidador? () sim () não

É responsável pelo cuidado do cliente em domicílio? () sim () não

Em caso negativo, quem é o responsável?

OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR:

APÊNDICE D
ROTEIRO DE DISCUSSÃO

Questões guia:

- 1) Por quais serviços você percorreu até hoje? De hoje em diante como você se orienta dentro do serviço de saúde? Onde busca informação? Quem avalia e acompanha?
- 2) Fale o que você sabe sobre as lesões por pressão. Como você cuida?
- 3) O que você gostaria que contivesse em uma material com os principais cuidados a estas lesões?



APÊNDICE E
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS



O (a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO COMO MATERIAL EDUCATIVO VOLTADO A CLIENTES COM LESÃO MEDULAR E SEUS CUIDADORES SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO”, que será desenvolvida sob a orientação da Profa. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira. Nesse estudo pretendo criar e validar um aplicativo, como material educativo, voltado a pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão. Sua escolha para participar se justifica pela sua larga experiência com a temática. Caso concorde em participar do estudo, solicito que faça a leitura do material educativo e preencha o instrumento de avaliação, os quais deverão posteriormente, ser recolhidos pela pesquisadora, devolvido via internet ou pessoalmente. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem, mas se por acaso houver algum desconforto o pesquisador estará preparado para solucioná-lo. Todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas inicialmente na elaboração da tese de Doutorado e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometendo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente. Existe um risco de desconforto de avaliação dos itens propostos. Neste caso, você estará livre para se abster em responder as questões. O benefício será, após a sua avaliação e possíveis ajustes, o material ser utilizado e difundido como estratégia de educação em saúde à clientela pesquisada.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Adriana Bispo Alvarez
Orientadora: Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Telefone: (21) 999426628
E-mail: bispo.alvarez@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Tel: (21) 39380962
E-mail: cepeanhesfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa: _____

APÊNDICE F – ESCALA LIKERT (EXPERTISES)

Vamos validar um aplicativo móvel sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão para pessoas com lesão medular e seus cuidadores?

Este questionário contém questões abertas e fechadas. Não vai levar mais do que 10 minutinhos.... Sua Participação é muito importante!

Primeiramente, farei algumas perguntas breves para conhecer um pouco sobre você que está avaliando este aplicativo. Depois teremos questões para marcar, em uma escala de 1 a 5 e, caso queira, haverá um espaço para você colocar suas considerações.

IDENTIFICAÇÃO:

Por favor, escreva as iniciais do seu nome: _____

Qual a sua profissão? _____

Tempo de formação: _____

Área de trabalho: _____

Quanto tempo você está nesta área de trabalho? _____

Titulação: (A) Graduação (B) Especialização (C) Mestrado (D) Doutorado

Se especialista, em qual área? Se não for especialista, pule para a próxima pergunta:

Dissertação e/ou Tese em qual área? Caso não apresente, pule para a próxima pergunta:

Obrigada pelas informações! Agora iniciaremos o processo de validação do aplicativo móvel. Cabe destacar que na escala likert apresentada, os números irão de 1 a 5, que será mostrada a cada pergunta. Será avaliado o conteúdo do material bem como design e estrutura...Vamos lá?

- 1) As informações sobre a medula espinhal bem como a sua função estão claras e cientificamente adequadas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Discordo Totalmente Discordo Neutro Concordo Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

2) As informações sobre o que é lesão medular estão claras e cientificamente adequadas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

3) As informações sobre o que pode causar uma lesão medular estão claras e cientificamente corretas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

4) As informações sobre a nossa pele bem como as lesões por pressão estão claras e cientificamente adequadas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

- 5) O conteúdo sobre os estágios das lesões por pressão está claro e cientificamente adequado.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

- 6) As informações acerca da prevenção e tratamento das lesões estão objetivas, claras e cientificamente adequadas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

Agora abordaremos o tópico "Minha bexiga e meu intestino". Vamos continuar?

- 7) As informações sobre a reeducação da bexiga são objetivas, claras e cientificamente adequadas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

- 8) O cuidado intestinal está corretamente fundamentado cientificamente e claro para o leitor.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

Apesar de não fazer parte do cuidado direto com as lesões por pressão, o aplicativo foi construído em conjunto com a pessoa com lesão medular e seus cuidadores que mostraram a necessidade de dialogar sobre qualidade de vida e Rede de Cuidados. Vamos avaliá-los também?

- 9) Todos os itens sobre qualidade de vida se mostram claros, com informações e referências para que a pessoa possa conhecer as possibilidades.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

- 10) O item sobre Legislação e Rede de Cuidados se mostra objetivo, acessível e com informações de referências sobre onde encontrar maiores informações sobre seus direitos e deveres.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

- 11) O item "Mitos e Verdades" é um item interessante que auxilia a diminuir/sanar dúvidas comuns.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

12) As informações contidas em todo o aplicativo são coerentes com as necessidades / conhecimento para pessoas com lesão medular e seus cuidadores sobre lesões por pressão.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

13) O aplicativo apresenta os conceitos e ações em uma ordem lógica.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

14) As ilustrações estão bem distribuídas e são claras e objetivas e correspondem ao que o texto discorre.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

15)As ilustrações são referentes ao público-alvo (adulto), evitando-se assim, figuras com motivos infanto-juvenis.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

16)A figura de entrada do aplicativo já consegue mostrar o diálogo e a interação com quem vai utilizá-lo.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

17) O texto em negrito chamou a atenção para títulos e palavras/perguntas em destaque.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

18) O texto está bem distribuído e legível.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

19) A linguagem utilizada é adequada para a compreensão das pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

20)O estilo de conversação facilita o entendimento do texto e ocorre interação do texto.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

21)O objetivo é evidente , facilitando a pronta compreensão do material.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

22)O material está adequado para sua aplicabilidade na prática clínica do enfermeiro, principalmente nas atividades educativas como forma de cuidado.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

23) Promove mudanças de comportamento e atitudes e serve como tecnologia a ser utilizada a qualquer momento.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

24) O aplicativo é fácil de manusear e de encontrar as informações desejáveis.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

Muito obrigada pela disposição de tempo e atenção para a avaliação deste material!

APÊNDICE G – ESCALA LIKERT (DESIGNER)

Vamos avaliar um aplicativo móvel sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão para pessoas com lesão medular e seus cuidadores, no sentido do design e layout do mesmo?

Este questionário contém questões abertas e fechadas. Não vai levar mais do que 10 minutinhos.... Sua Participação é muito importante!

Primeiramente, farei algumas perguntas breves para conhecer um pouco sobre você que está avaliando este aplicativo. Depois teremos questões para marcar, em uma escala de 1 a 5 e, caso queira, haverá um espaço para você colocar suas considerações.

IDENTIFICAÇÃO:

Por favor, escreva as iniciais do seu nome: _____

Qual a sua profissão? _____

Tempo de formação: _____

Área de trabalho: _____

Quanto tempo você está nesta área de trabalho? _____

Titulação: (A) Graduação (B) Especialização (C) Mestrado (D) Doutorado

Se especialista, em qual área? Se não for especialista, pule para a próxima pergunta:

Dissertação e/ou Tese em qual área? Caso não apresente, pule para a próxima pergunta:

Obrigada pelas informações! Agora iniciaremos o processo de validação do aplicativo móvel. Cabe destacar que na escala likert apresentada, os números irão de 1 a 5, que será mostrada a cada pergunta. Vamos lá?

1) O aplicativo apresenta os conceitos e ações em uma ordem lógica.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

2) As ilustrações estão bem distribuídas e são claras e objetivas e correspondem ao que o texto discorre.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

3) As ilustrações são referentes ao público-alvo (adulto), evitando-se assim, figuras com motivos infanto-juvenis.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

4) A figura de entrada do aplicativo já consegue mostrar o diálogo e a interação com quem vai utilizá-lo.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

5) A figura de entrada possui imagens, cores e texto atrativos.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

6) O texto em negrito chamou a atenção para títulos e palavras/perguntas em destaque.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

7) O texto está bem distribuído e legível.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

8) A linguagem utilizada é adequada para a compreensão das pessoas com lesão medular e seus cuidadores.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

9) O estilo de conversação facilita o entendimento do texto e ocorre interação do texto.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

10) O material não está sobrecarregado de imagens, evitando confusão na transmissão da mensagem.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

11) Foram selecionadas ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e idéias importantes do texto.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

12) Foram evitadas ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

13) Foram utilizados desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

14) As ilustrações estão próximas aos textos aos quais elas se referem.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

15) Foram evitados textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

16) Foi apresentada uma idéia completa numa página da interface do aplicativo, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente

Caso discorde totalmente, discorde ou seja neutro, coloque suas considerações, por favor:

Muito obrigada pela disposição de tempo e atenção para a avaliação deste material!

APÊNDICE H – ROTEIRO DE DISCUSSÃO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO

1. Como foi conversar com a enfermeira-pesquisadora sobre lesões por pressão?
2. Como você se sentiu fazendo parte da construção de um material educativo voltado às suas reais necessidades?
3. O aplicativo está organizado? Quanto ao entendimento das frases, como você considera (confuso, fácil de entender)? O que você acha das ilustrações?
4. Você se sentiu motivado a ler até o final? O aplicativo mostra informações importantes para o cuidado para uma pessoa com lesão medular?
5. De um modo geral, o que você achou deste aplicativo?
6. Como você entende a importância deste material para melhoria da sua qualidade de vida?
7. Ter este material acessível a todo instante no seu celular ou no celular de outras pessoas, ajudaria a lembrar sobre as orientações para evitar as feridas?
8. Você usaria/indicaria este material educativo para outras pessoas com lesão medular e os cuidadores/família?
9. Este aplicativo é fácil de navegar?
10. Você tem alguma sugestão, crítica ou comentário a fazer?

APÊNDICE J - ORÇAMENTO

ATIVIDADES	2014/2	2015/1	2015/2	2016/1	2016/2	2017/1	2017/2	2018/1
Transporte	R\$50,00/ semana	-						
Alimentação	R\$50,00/ semana	-						
Inscrição em eventos	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00	R\$100,00	-
Banneres	R\$100,00	-						
Fotocópias	R\$100,00	R\$500,00						
Impressões	R\$100,00	R\$300,00						
Criação do aplicativo	-	-	-	-	-	R\$500,00	-	-
Realização dos desenhos a serem colocados no aplicativo	-	-	-	-	-	R\$300,00	-	-