

Perfil dos Pacientes com Trauma Raquimedular Atendidos pelas Clínicas Escolas de Londrina

Profile of Patients with Spinal Cord Injury Treated by Physical Therapy Services of Higher Education Clinics in Londrina

Viviane de Souza Pinho Costa^{a*}; Leila Donária de Oliveira^b; Caroline Mari Oyama^c; Camila Suemi Azuma^d; Marcia Regina Antonietto da Costa Melo^e; Ruy Moreira da Costa Filho^f

Resumo

A lesão da medula espinhal é um problema de saúde pública que acomete, no Brasil, cerca de quarenta novos casos anuais por milhão de habitantes. Este estudo objetivou identificar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes com lesão medular atendidos pelos serviços de Fisioterapia nos ambulatórios de três Instituições de Ensino Superior de Londrina. Foram entrevistados 62 pacientes e os resultados revelaram que a maioria das pessoas (85,5%) é do sexo masculino, com média de idade de 37,3 anos, com baixo nível de escolaridade. A principal etiologia foi o trauma automobilístico e a topografia da lesão caracterizada por pacientes paraplégicos. As complicações mais frequentes foram as urinárias e respiratórias. Em relação à Medida de Independência Funcional, foi identificado maior dependência para atividades como subir e descer escadas e controle dos esfíncteres, e maior grau de independência para atividades de alimentação e higiene pessoal. O conhecimento do perfil destes pacientes contribui para a promoção do atendimento global de suas necessidades específicas, constituindo um desafio para os profissionais da saúde.

Palavras-Chave: Medula Espinhal. Paraplegia. Quadriplegia. Atividades Cotidianas.

Abstract

Spinal cord injury is a public health problem in Brazil causing about 40 new cases by million people every year. This study aimed to identify the socioeconomic and clinical profile of patients with spinal cord injury treated by Physical Therapy services of three different Higher Education Clinics in Londrina. 62 patients were interviewed and results showed that most of them are men (85,5%) with average age of 37,3 years old, with lower schooling. The main cause of the injury was car crashed and the topography of the injury was characterized by paraplegic patients. The most frequent complications were urinary and respiratory. Regarding Functional Independence Measurement, stairs locomotion and sphincter control presented higher dependence levels, whereas feeding and grooming presented higher independence levels. Acknowledging these patients' profiles contributes to providing improved global care to their specific needs which constitutes a challenge to health care professionals.

Key words: Spinal Cord. Paraplegia. Quadriplegia. Activities of Daily Living.

^a Doutora em Enfermagem Fundamental - Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: viviane.pinho@unopar.br.

^b Graduada em Fisioterapeuta - Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: leiladonaria@yahoo.com.br.

^c Graduada em Fisioterapia - Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: carol_oyama@hotmail.com.

^d Graduada em Fisioterapia - Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: camila_azuma@hotmail.com.

^e Doutora em Enfermagem - Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: mracmelo@urp.usp.br

^f Mestre em Área de Bioengenharia - Escola de Engenharia de São Carlos Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Docente da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: ruy.costa@unopar.br

* Endereço para correspondência: Rua Moacyr Teixeira, 217. CEP: 86055-230. Londrina - Pr.

1 Introdução

A lesão da medula espinhal (LME) é problema de saúde pública que acomete, no Brasil, cerca de 40 novos casos anuais por milhão de habitantes, perfazendo total de 6 a 8 mil casos por ano, cujo custo aproximado é de 300 milhões de dólares por ano¹. Dados estes não atualizados por motivo de não existirem bases de dados oficiais sobre a morbimortalidade ligada a lesões medulares no Brasil.

A lesão medular causa perda parcial ou total da motricidade e/ou sensibilidade, além de comprometimento vasomotor, intestinal, vesical e sexual²; sendo uma das síndromes incapacitantes mais graves e constitui desafio complexo para a reabilitação.

O paciente lesado medular desenvolve inúmeras complicações, o que se faz necessário uma equipe especializada para o seu acompanhamento. Exige, ainda, conhecimentos teóricos e práticos atualizados, de acordo com a evolução e a fase em que se encontra cada paciente. Pesquisas que tracem o perfil destes são de extrema importância, pois auxiliam no reconhecimento e determinação de metas para melhor tratamento.

As lesões traumáticas compõem 80% do total das LME³ e as principais etiologias são ferimentos por arma de fogo (FAF), traumas automobilísticos ou colisões de veículos a motor e quedas de altura e mergulho em água rasas⁴. Os pacientes acometidos, em sua maioria são jovens, do sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas⁵.

Por meio deste trabalho, buscou-se identificar o perfil clínico e funcional dos pacientes com LME atendidos pelos serviços de Fisioterapia dos ambulatórios de 3 Instituições de Ensino Superior de Londrina, incluindo dados sócio-

demográficos e a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), visto que esses pacientes apresentam variados graus de incapacidade funcional, relacionados diretamente com o seu nível neurológico e tipo de lesão medular.

Material e Método

Foi realizado estudo transversal com a participação de 62 pacientes, cadastrados e que recebem atendimentos nos Ambulatórios de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior de Londrina: a Universidade Norte do Paraná UNOPAR, Universidade Estadual de Londrina UEL e Centro Universitário Filadélfia UNIFIL, com diagnóstico de traumatismo raquimedular, no período de agosto a novembro de 2007.

A coleta de dados foi realizada por 3 alunas selecionadas e devidamente treinadas pela docente responsável pela pesquisa, principalmente na aplicação do instrumento de Medida de Independência Funcional MIF. Os docentes responsáveis pelos setores de atendimentos autorizaram o desenvolvimento do estudo e levantamento da coleta de dados com os pacientes, através da assinatura de cartas de autorização e certificaram-se da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Norte do Paraná (PP/0094/07).

As três Instituições possuem ambulatórios de atendimentos (Clínicas Escolas) aos pacientes que necessitem do acompanhamento de Fisioterapia nas diversas áreas de atuação da profissão, com tratamentos realizados por discentes do último ano do curso, supervisionados pelos docentes das áreas de neurologia.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: participação voluntária após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, ter maioridade civil, indivíduos paraplégicos e tetraplégicos classificados pela Escala American Spinal Injury Association (AIS) e ser atendido pelo Serviço de Fisioterapia nos Ambulatórios das Instituições de Ensino Superior de Londrina.

Foram colhidos dados em formulários únicos quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal, quadro clínico atual, atividades que complementam a renda, etiologia, topografia da lesão medular, tempo de lesão, complicações ocorridas, cirurgias realizadas, prática de esportes, aquisição de cadeira de rodas, treino de marcha e ortostatismo e independência funcional. A severidade do déficit neurológico foi avaliada pela escala adotada pela AIS.

Informações funcionais foram obtidas por meio da MIF, cuja versão brasileira foi desenvolvida por processo de tradução, com profissionais já familiarizados com o instrumento. A MIF é um instrumento que tem por objetivo quantificar os cuidados exigidos pela pessoa que apresenta algum tipo de incapacidade. São avaliados os domínios como: autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. A pontuação

varia de 1 a 7 sendo o valor 1 relacionado ao maior grau de dependência e o valor 7 à independência completa.

A versão brasileira da MIF, bem como a verificação de suas propriedades de reprodutibilidade foi publicada Riberto et al (2001 e 2004)^{6,7}. Estes dados da avaliação funcional foram obtidos por meio de entrevista com os próprios pacientes, bem como, através da observação direta de algumas atividades eram desempenhadas.

A análise estatística dos dados ocorreu de forma descritiva para os vários dados encontrados. Foi apresentada por meio de frequência absoluta e relativa, na forma de média e desvio-padrão, para os que atingiram os pressupostos de normalidade e mediana e seus quartis para os que não apresentaram estes pressupostos. O programa estatístico utilizado para os cálculos foi o SPSS 11.0.

3 Resultados

As instituições nas quais ocorreram o estudo foram escolhidas por apresentarem relevante prestação de serviço nos Ambulatórios de Fisioterapia Neurológica da cidade de Londrina. As coletas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2007 e os dados socioeconômicos e clínicos estão representados na tabela 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos

Idade	37,3 ± 13,1
Sexo	
Masculino	85,50%
Feminino	14,50%
Estado Civil	
Casado	40,30%
Solteiro	40,30%
Divorciado	11,30%
Outros	8,10%
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	37,10%
Ensino Fundamental completo	25,80%
Ensino médio incompleto	17,70%
Ensino médio completo	11,30%
Ensino superior completo	4,80%
Analfabeto	3,30%
Renda Mensal	
1 salário	33,90%
2 salários	25,80%
Acima de 5 salários	16,10%
3 salários	12,90%
Outros	11,30%
Condição Atual	
Aposentado	61,30%
Afastado	25,80%
Trabalhando	11,30%
Estudante	1,60%

Tabela 2: Dados clínicos

Etiologia	%
Colisão de veículo a motor	38,70%
Ferimento por arma de Fogo	32,30%
Queda de Altura	22,60%
Mergulho	3,20%
Outros	3,20%
Nível Motor	%
T12	17,70%
T4	12,90%
C5	9,70%
C6	9,70%
Outros	50,00%
AIS	%
A	40,3%
B	33,9%
C	14,5%
D	11,3%

Na avaliação dos dados clínicos, o tempo de lesão medular apresentou a mediana de 78 meses e seus quartis de 23,2 e 137 meses (25% e 75%). A topografia da lesão foi estabelecida por 69,3% pela paraplegia e 30,6% pela tetraplegia, e os níveis mais acometidos foram os torácicos T4 e T12.

A coleta de dados evidenciou que as complicações iniciais mais frequentes pós LME foram respiratórias e urinárias associadas, citadas por 21 (33,9%) pacientes, seguidas de complicações urinárias isoladas e dérmicas (úlceras de pressão) e urinárias associadas, relatadas por 14 (22,6%) em cada situação. Já as complicações apresentadas nos últimos meses que antecederam a entrevista foram urinárias em 22,6% e dérmicas em 9,6% dos pacientes, sendo importante ressaltar que 36 (58,2%) pacientes não apresentaram complicações no período consultado pelo estudo.

Quando questionados em relação às orientações sobre a LME repassadas pelos profissionais da área da saúde durante a fase hospitalar, 90,3% dos sujeitos afirmaram ter recebido esclarecimentos. A prática de esporte como atividade para complementar a reabilitação foi observada em 23 (37,1%) pacientes, sendo que a natação foi a mais citada.

A aquisição imediata de cadeira de rodas ocorreu em 93,5% dos pacientes, e os dados obtidos mostram que 62,9% dos pesquisados consideram sua cadeira de rodas adequada à sua condição de lesão. Em relação às atividades de ortostatismo realizadas durante as sessões de fisioterapia, ocorre em 56 (90,3%) pacientes, nas quais 37 destes utilizam-se da mesa ortostática e 19 com o uso de órteses (gessadas, convencionais, muletas e andador), e a marcha ocorre em 33,9% dos sujeitos, sendo que 2 deambulam sem o uso da órtese.

A avaliação da independência funcional da amostra pesquisada para o domínio motor da Medida de Independência Funcional (MIF) demonstrou que apenas na tarefa de alimentação, dentre os autocuidados, os pacientes apresentaram

independência completa ou modificada, mesmo para os pacientes que apresentam tetraplegia, pelas condições de treinamentos funcionais. Já para os outros itens de classificação com supervisão e dependência de terceiros apresentou-se de forma variada. Quanto ao controle de esfínteres, os pacientes apresentaram a média com a classificação de ajuda moderada (nível funcional 3). Para as tarefas de transferência, a média dos níveis funcionais avaliados foi para supervisão com graduação 5. As tarefas de locomoção para a marcha apresentaram também a média de nível funcional para supervisão, e para subir e descer escadas, com os níveis de ajuda máxima e total.

Segue na tabela 3 a comparação dos valores médios de cada uma das tarefas.

Tabela 3: Comparação dos valores médios de cada uma das tarefas da MIF motora em pacientes com LM conforme o nível de lesão

Tarefas	Total	Paraplegia	Tetraplegia
N	62	43	19
Autocuidados			
Alimentação	6,39±1,59	6,86±0,77	5,32±2,33
Higiene Pessoal	5,71±2,38	6,67±1,28	3,53±2,85
Banho	5,45±2,32	6,4±1,34	3,32±2,66
Vestir Acima da Cintura	5,74±2,21	6,72±1,09	3,53±2,52
Vestir Abaixo da Cintura	4,98±2,57	5,93±1,98	2,84±2,5
Uso do Vaso Sanitário	5,05±2,69	5,91±2,19	3,11±2,76
Controle de Esfínteres			
Controle da Urina	3,47±2,80	3,84±2,81	2,63±2,69
Controle das Fezes	3,44±2,76	3,84±2,80	2,53±2,52
Mobilidade			
Transf. para Cama e Cadeira	5,31±2,51	6,16±1,83	3,37±2,79
Transf. para Sanitário	5,16±2,58	6,05±2,01	3,16±2,67
Transf. para Chuveiro	5,19±2,58	6,07±1,98	3,21±2,74
Locomoção			
Locomoção	5,10±1,93	5,74±1,09	3,63±2,56
Escadas	1,71±1,83	1,72±1,83	1,68±1,88
MIF Motor Total	4,82±1,24		

4 Discussão

O presente estudo teve como maior frequência adultos jovens, dado este citado nas diversas literaturas da área, sendo esses indivíduos economicamente ativos, o que gera maior prejuízo para o governo comprometendo também a renda familiar^{5,8}.

O sexo masculino prevaleceu entre os entrevistados, com 85,5%, similar aos estudos que apontam o predomínio desta

população^{5,8-10}, fato esse justificado ao maior grau de exposição dos homens a comportamentos sociais e culturais que os fazem assumir maiores riscos face à violência, aos riscos urbanos, exigências profissionais, prática de esportes, dentre outros.

Os estados civis predominantes foram: casado e solteiro, ambos com a mesma porcentagem de 40,3%. Estudo realizado em 1997, com 50 indivíduos do sexo masculino, mostra que após a LME apenas 26% dos entrevistados eram casados¹¹. Sabe-se que a LME traz alterações importantes na vida sexual, porém não torna o indivíduo incapaz de manter um relacionamento estável e não tira a possibilidade deste de gerar filhos. Faz-se necessário que o homem, após a lesão, reveja seus conceitos sobre sexualidade e passe a integrar nova imagem corporal de acordo com sua situação atual, buscando aumentar sua autoestima e reformular sua identidade sexual. O reconhecimento de suas limitações e a busca de conhecer novas formas de explorar o prazer pode resultar no aumento de sua confiança para a retomada de papel social e sexual¹².

Quanto ao nível de escolaridade encontrado, o ensino fundamental incompleto predominou dentre a amostra, com 37,1%, que demonstra pouco acesso à educação da população pesquisada. A literatura evidencia que o baixo grau de escolaridade pode ser um dos fatores que contribuem para a ocorrência de lesões, pois esta situação representa entrave na compreensão de orientações de campanhas de comportamento que evitem exposição a situações de risco^{5,13}.

Um salário mínimo foi a renda mensal mais encontrada, citada por 33,9% dos participantes. A restrição ao trabalho ou emprego decorrente da incapacidade é um dos fatores que impõe redução da renda familiar¹⁴, pois a maioria da população estudada relata não realizar nenhuma atividade para complementar a renda, vivendo apenas com o benefício recebido do Governo Federal.

Pacientes jovens, empregados e não hospitalizados possuem melhor qualidade de vida, ou seja, eles possuem maior inserção social². Infelizmente, a maioria dos indivíduos da pesquisa não está empregada, pois relatam poucas chances no mercado de trabalho, principalmente para as atividades profissionais que realizavam antes da LME, devido as limitações físicas e barreiras sociais como a discriminação e a exclusão social, resultando em diminuição da qualidade de vida. Em segundo plano, podemos concluir outro grave fator, como a falta de capacitação e qualificação profissional para a aquisição de um novo emprego.

No processo de reabilitação, o acompanhamento da evolução do paciente permite o refinamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça redução da velocidade de aquisição de melhora no quadro do paciente^{14,15}. O tempo de LME de 78 meses é bastante alto, fato este que interfere diretamente na independência funcional dos pacientes que já passaram pelo período de adaptação a lesão com velocidade de ganhos, e hoje, tem menores aquisições, mas conseguem lidar com mais

habilidade e estão mais adaptados as tarefas da vida diária, o que pode ser observado pelos dados resultados da avaliação pela MIF no grupo estudado.

O fator etiológico predominante foi a colisão de veículo a motor seguido pelo ferimento por arma de fogo. Alguns autores apontam o trauma automobilístico como sendo a maior causa de LME traumática^{5,8,15}. Porém, os índices etiológicos no Brasil não estão atualizados demograficamente, contudo, sabe-se que as lesões por arma de fogo vêm ultrapassando os acidentes automobilísticos nos grandes centros, em decorrência da criminalidade desordenada no Brasil¹⁶. Outras literaturas apontam o ferimento por arma de fogo como sendo a maior causa de LME^{10,17}. Os acidentes por mergulho perfazem pequena porcentagem no presente estudo, porém é importante ressaltar que esses acidentes são a quarta causa de LME, e grande parte dos acometidos evolui com tetraplegia e alto grau de incapacidade pelo resto de suas vidas¹⁸.

A maior frequência de lesões em nível torácico (T12 e T4 respectivamente) no estudo teve como resultado grande incidência de pacientes paraplégicos, dado este que também é encontrado na literatura como a incidência mais comum^{10,15,17}, e com melhor prognóstico funcional por não comprometer os membros superiores¹⁹.

Em relação à classificação da lesão, houve predomínio de AIS A, caracterizada por LME completas sem função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5; seguida de AIS B, caracterizando LME incompletas²⁰. Semelhança essa encontrada em estudo com 80 pacientes em 2002, no qual a LME completa predominou entre os entrevistados⁵.

Até meados do século passado, a sobrevivência de um paciente com LME era muito reduzida e a morte ocorria, sobretudo por problemas urológicos. Com o avanço da ciência médica e novos meios disponibilizados pela tecnologia, tem sido possível aumentar a expectativa de vida dessas pessoas⁹.

As causas de morte sofreram alterações ao longo do tempo, sendo que, atualmente as complicações respiratórias são as maiores causadoras de óbito nessa população na fase aguda da LME²¹. Todavia, as doenças do trato urinário são as principais afecções que acometem o paciente com LME, tanto tetraplégicos quanto paraplégicos²², pois imediatamente após a instalação da LME surge retenção urinária e fecal²¹. No presente estudo, as complicações urinárias seguidas pelas respiratórias foram as mais comuns logo após a LME; e, quando questionados sobre complicações nos últimos meses, as urinárias seguidas das dérmicas, como úlceras de pressão, foram as mais citadas.

As infecções urinárias são muito comuns nestes pacientes, pois a bexiga é controlada por mecanismos voluntários e involuntários, e, imediatamente após um trauma medular, torna-se atônica e não pode contrair-se pela atividade reflexa. O quadro pode evoluir para bexiga espástica ou flácida dependendo do nível de comprometimento medular após a fase de choque medular. A retenção urinária é o resultado

imediatamente da LME. Como o paciente não sente a distensão vesical, o superestiramento da bexiga e do músculo detrusor pode ocorrer e retardar o retorno da função vesical²³.

Em relação às orientações recebidas, embora percentual significativo (90,3%) informe que recebeu orientações sobre os cuidados a serem adotados posteriormente à lesão, a minoria não recebeu informação sobre sua nova condição de vida, especialmente as ligadas ao cuidado à pessoa com LME. Sendo este fator alerta aos profissionais da área da saúde que cuidam desses pacientes ainda nos hospitais.

A prática de exercícios físicos aumenta a capacidade física proporcionando desempenho menos estressante em tarefas diárias e maior independência funcional²⁴. O esporte tem papel fundamental na reabilitação: complementa e amplia as alternativas, estimula e desenvolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais e favorece a independência²⁵. Percentual de 37,1% da amostra aderiu à prática de esportes, apesar de não ser número relevante, mostra que esses pacientes procuram ocupar espaço no esporte, que oferece não somente o lazer, mas também o convívio social e principalmente a vida saudável. A atividade física mais praticada é a natação, que atua como atividade coadjuvante e que complementa o trabalho de reabilitação para as pessoas com LME.

A aquisição imediata da cadeira de rodas foi relatada pela grande maioria dos pacientes, seja ela comprada ou doada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), parentes ou amigos. No entanto pouco mais da metade desses pacientes, considera sua atual cadeira de rodas adequada à sua condição. As pessoas acometidas pela paraplegia ou tetraplegia, em maioria, são dependentes da cadeira de rodas e devem receber atenção especial nesse item pelos profissionais que as acompanham e pelos devidos Órgãos de Saúde quanto às suas necessidades nas várias fases de reabilitação.

A posição ortostática ou a posição em pé, compreende superação e desafio para estes indivíduos, que se locomovem por meio de cadeira de rodas, frente à nova situação de deficiência física, permanente ou não^{26,27}. Mais de 90% dos sujeitos estudados realizam ortostatismo durante a sessão de fisioterapia, seja por mesa ortostática ou por meio de órteses. O treino de ortostatismo é benéfico sob diversos aspectos: por promover a tomada de peso, essencial para a preservação da massa óssea, por melhorar a função urinária, intestinal e respiratória e por contribuir para o bem-estar psicológico²¹.

A avaliação da independência funcional no estudo fundamenta-se na sua importância para o indivíduo, para a família e a sociedade. A restrição ao trabalho ou emprego decorrente da incapacidade, das barreiras impostas pela sociedade e a falta de política efetiva de (re)capacitação e recolocação dessas pessoas no mercado de trabalho é um dos fatores que impõe redução da renda familiar. É necessário considerar também que outro membro da família deverá ser deslocado para a realização de tarefas de cuidador, ou que outra pessoa será contratada para fazê-lo, o que adiciona ônus

às finanças familiares¹⁵.

Existem decrescentes graduações de necessidades de cuidados, da dependência mais grave para a mais leve e até mesmo a independência, seja ela adaptada ou não. Entre as atividades de autocuidados abrangidas pela MIF, a alimentação apresenta-se com maiores médias desse estudo, indicando ser aquela na qual a independência é atingida com maior velocidade. Isso é também observado por outro estudo¹⁵ e, dada a importância da nutrição para a sobrevivência, é fácil entender que seja rapidamente atingida. O mesmo pode ser observado em pacientes hemiplégicos sob reabilitação em nosso meio¹⁴. Outras tarefas como higiene pessoal, banho e vestir-se da cintura para cima atingiram valores funcionais de dependência com supervisão como média total dos pacientes, índices estes considerados favoráveis para as atividades de vida diária para esta população. Já as atividades de vestir-se da cintura para baixo e uso do vaso sanitário requerem domínio maior do equilíbrio corporal, que as tornam mais complexas no seu desenvolvimento¹⁵. Em todos estes resultados, quando visualizados separadamente entre paraplégicos e tetraplégicos, observou-se discrepância para os valores obtidos pelo grupo de tetraplégicos, por motivos de incapacidade física pelos déficits motores e sensitivos apresentados por estes indivíduos²⁶.

A LME leva a alteração nas eliminações urinária e fecal devido à perda do controle esfinteriano vesical e anal com consequente mudança no padrão dessas eliminações. A incontinência urinária é um dos problemas mais frequentes nesses pacientes²⁸. Com relação ao controle esfinteriano, os pacientes apresentaram índice funcional médio 3, determinando ajuda moderada.

Quanto às transferências, o grupo total estudado não apresentou pontuação baixa. Tal fato pode estar relacionado com o tempo de lesão e adaptação as atividades de vida diária sofrida ao longo dos anos de reabilitação. Porém, vale ressaltar que o grupo de pessoas com tetraplegia apresentou-se em menor número, e com maiores dificuldades para estas tarefas, mas que não se expressaram no valor total dos participantes. Em contrapartida, o item locomoção obteve valor discrepante nas duas tarefas avaliadas. Para a tarefa de marcha/deslocamento em cadeira de rodas o nível funcional foi 5, representando condições de supervisão ou preparo; e para subir e descer escadas apresentou resultados funcionais muito baixos, necessitando de ajuda total, justificado pelo fato do grupo estudado possuir em sua maioria lesão completa, AIS A.

Evidenciou-se através desta tarefa na avaliação funcional a grande dificuldade desses indivíduos em relação a acessibilidade, salientando a importância da adaptação de ruas, prédios e casas, assim como dos patrimônios públicos, para que eles possam ir e vir sem enfrentar dificuldades e que as barreiras arquitetônicas devam ser alvos de supressão pelos órgãos governamentais.

A pesquisa sobre o perfil do paciente com lesão medular atendido pelos ambulatórios de Fisioterapia nas Instituições

de Ensino Superior de Londrina permitiu a atualização das informações sobre os efeitos pessoais e sociais envolvidos na rotina diária da pessoa com LME. Assim como quantificar as dificuldades individuais da vida diária através da escala de MIF. A busca pelo aprimoramento em novos atendimentos deve proporcionar a evolução do quadro inicial destes acometimentos para a promoção da reintegração social e qualidade das atividades de vida diária.

Agradecimentos

Agradecimentos aos participantes do estudo que colaboraram com sinceridade e disposição para o levantamento de ricas informações e esclarecimentos ao assunto abordado; às Instituições de Ensino que nos abriram as portas ao conhecimento; e aos docentes do curso de Fisioterapia da UEL, Roger Burgo de Souza e Márcia Regina Garanhani e da Unifil, Suhaila Mahmoud Smaili Santos.

Referências

- Defino HLA. Trauma raquimedular. *Rev Medicina Ribeirão Preto*. 1999;32(4):388-400.
- Leduc BE, Lapage Y. Health-related quality of life after spinal cord injury. *Disabil Rehabil* 2002;24(4):196-202.
- Pereira MEMSM, Araújo TCCF. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*. 2006; 37(1):37-45.
- Faro ACM. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1991.
- Junior MFS, Bastos BPR, Jallageas DN, Medeiros AAA. Perfil epidemiológico de 80 pacientes com traumatismo raquimedular, internados no Hospital Pronto-Socorro Municipal de Belém, PA, no período de janeiro a setembro de 2002. *J Bras Neurocirurg*. 2002; 3(3):92-8.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2001;8(1):45-52.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):72-6.
- Mendes PV, Araújo MR. Análise epidemiológica dos pacientes com lesão raquimedular internados no centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo. *W Gate*. 2006. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/traumato/raquimedular_paulo/raquimedular_paulo.htm
- Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):347-53.
- Gaspar AP, Ingham SJM, Vianna PCP, Santos FPES, Chamilan TR, Puertas EB. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. *Acta Fisiatr*. 2003;10(2):73-7.
- Dias CS. Influências dos fatores físicos e psicológicos na sexualidade do lesão medular. *Rev Bras Sexual Human*. 1997;8(1):107-20.
- Ishibashi RAS, Olivieri FLD, Costa VSP. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa. *UNOPAR Cient. Cienc. Biol. Saúde*. 2005;7(1):65-8.
- Sposito MMM, Laredo Filho J, Braga FM, Novo NF. Paraplegia por lesão medular. Estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. *Rev Paul Med*. 1986;104(4):196-202.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Lourenço C, Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta Fisiatr*. 2007;14(2):87-94.
- Riberto M, Pinto PPN, Sakamoto H, Battistella LR. Independência funcional em pacientes com lesão medular. *Acta Fisiatr*. 2005;12(2):61-6.
- Pereira MEMSM, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 62(2-B):502-7.
- Waters RL, Adkins RH. Firearm versus motor vehicle related spinal cord injury: preinjury factors, injury characteristics, and initial outcome comparison among ethnically diverse groups. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997; 78(2):150-5.
- Khan RL, Lopes MHI. Mergulho em águas rasas e lesão medular: uma abordagem educativa e preventiva. *Scientia Medica*. 2005;15(2):120-3.
- Marrota JT. Lesões medulares. In: Rowland LP. Merritt: Tratado de neurologia. 10. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Barros Filho TEP. Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares. *Rev. Bras. Ort*. 1994;29(3):99-106.
- Faria F. Lesões vértebro-medulares: a perspectiva da reabilitação. *Rev Port Pneumolog*. 2006;12(1):45-53.
- Citadini JM, Scholtão J, Souza RB, Garanhani MR. Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão medular do Ambulatório de Fisioterapia Neurológica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. *Rev Espaço para a Saúde Londrina*. 2003;5(1):48-59.
- Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovanazzi R, Sá VG, Mancussi e Faro AC. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):71-9.
- Tsutsumi O, Cruz VS, Chiarello B, Junior DB, Alouche SR. Os benefícios da natação adaptada em indivíduos com lesões neurológicas. *Rev Neurociências*. 2004;12(2):82-6
- Silva MCR, Oliveira RJ, Conceição MIG. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(4):251-6
- Costa VSP. Efeito do uso da cinta abdominal elástica na função respiratória de indivíduos lesados medulares na posição ortostática [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
- Kunkel CF, Scremin AME, Eisenberg B, Gareia JF, Roberts S, Martínez S. Effect of standing on spasticity, contracture, and osteoporosis in paralyzed males. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74(1):73-8.
- Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.