

Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular*

ABILITY FOR SELF-CARE AND ITS ASSOCIATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y SU ASOCIACIÓN CON LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR

Alexsandro Silva Coura¹, Bertha Cruz Enders², Inacia Sátiro Xavier de França³, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira⁴, Dândara Nayara Azevedo Dantas⁵, Dayane Jessyca Cunha de Menezes⁶

RESUMO

Objetivou-se verificar a associação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular (LM). Estudo transversal, realizado em 2012, em todas as 58 Unidades Básicas de Saúde de Natal/RN, Brasil. Participaram 73 sujeitos que responderam um formulário sociodemográfico e a Escala de Avaliação para o Autocuidado. Foram efetuados no SPSS os testes Alfa de Cronbach, Qui-quadrado, Fisher e Coeficiente de contingência. O Alfa de Cronbach foi 0,788. Verificou-se que o sexo ($p=0,028$), a religião ($p<0,001$), a escolaridade ($p=0,046$), a idade atual ($p=0,027$), o tempo de LM ($p=0,020$) e o tipo de LM ($p=0,012$) são variáveis associadas à capacidade de autocuidado dos sujeitos. Conclui-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado das pessoas com LM, devendo os enfermeiros considerar esse aspecto durante a execução do processo de enfermagem.

DESCRIPTORIOS

Traumatismos da medula espinhal
Autocuidado
Enfermagem em reabilitação
Fatores socioeconômicos

ABSTRACT

This study aimed to verify the association between self-care ability and sociodemographic factors of people with spinal cord injury (SCI). It was a cross-sectional study, conducted in 2012, in all 58 Basic Health Units of Natal/RN, Brazil. Seventy-three subjects completed a sociodemographic form and Self-Care Agency Scale. Statistical analyses were performed using SPSS, including Cronbach's Alpha, Chi-square, Fisher's and contingency coefficient tests. The Cronbach's alpha was 0.788. The result verified that sex ($p = 0.028$), religion ($p < 0.001$), education ($p = 0.046$), current age ($p = 0.027$), SCI time ($p = 0.020$) and the SCI type ($p = 0.012$) were variables associated with self-care ability of the subjects. It was concluded that sociodemographic factors may interfere with the self-care ability of persons with SCI, and nurses should consider this aspect during the execution of the nursing process.

DESCRIPTORS

Spinal cord injuries
Self care
Rehabilitation nursing
Socioeconomic factors

RESUMEN

El objetivo fue verificar la asociación entre la capacidad de autocuidado y los factores socio-demográficos en personas con lesión medular (LM). Estudio transversal llevado a cabo en el 2012, en todas las 58 unidades básicas de atención primaria de Natal/RN, Brasil. Participaron 73 sujetos que respondieron un cuestionario socio-demográfico y la Escala de Evaluación de Autocuidado. Las pruebas de Alfa de Cronbach, Chi-cuadrado, Fisher y Coeficiente de contingencia fueron aplicadas en el SPSS. El Alfa de Cronbach fue de 0,788. Se verificó que el sexo ($p=0,028$), la religión ($p<0,001$), la escolaridad ($p=0,046$), la edad actual ($p=0,027$), el tiempo de la lesión medular ($p=0,020$) y el tipo de lesión medular ($p=0,012$), son variables asociadas a la capacidad de autocuidado de los sujetos. Se concluye que los factores socio-demográficos pueden interferir en la capacidad de autocuidado de las personas con lesión medular, por lo que las enfermeras deben considerar este aspecto durante la ejecución del proceso de enfermería.

DESCRIPTORIOS

Traumatismos de la médula espinal
Autocuidado
Enfermería en rehabilitación
Factores socioeconómicos

*Extraído da tese "Desenvolvimento e validação de instrumento para consulta de enfermagem na visita domiciliar as pessoas com lesão medular: um enfoque no autocuidado", Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012. ¹ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. alex@uepb.edu.br ² Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. bertha@ufrnet.br ³ Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. inacia@uepb.edu.br ⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. carolinekluczynik@gmail.com ⁵ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. dandara_dantas@hotmail.com ⁶ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. dayanemenezes.enf@gmail.com

INTRODUÇÃO

O número de pessoas com lesão medular (LM) aumentou significativamente nos últimos anos, como reflexo da elevação na frequência de traumas externos devido à violência urbana⁽¹⁾. As principais causas desses agravos são os acidentes automobilísticos, de trabalho, de lazer e os episódios com arma de fogo⁽¹⁻²⁾. Todavia, a LM também pode ter etiologias não traumáticas, como doenças infecciosas, vasculares, degenerativas e neoplasias⁽³⁾.

Os dados sobre a LM ainda não estão bem consolidados, porém a incidência mundial é estimada entre nove e 50 casos/milhão de habitantes, sendo mais prevalente nas grandes cidades⁽⁴⁾. Nos Estados Unidos, cerca de 60 milhões de pessoas, a maioria jovens, são vítimas de lesões traumáticas anualmente. No continente europeu, o trauma é a principal causa de morte em indivíduos com até 40 anos de idade⁽⁵⁾. No Brasil são verificadas aproximadamente 7.000 ocorrências de pessoas com LM por ano⁽⁶⁾.

Como a medula espinhal é o órgão responsável pela comunicação entre o cérebro e as demais áreas do corpo, a LM acaba interferindo nos trajetos nervosos e causando graves complicações de saúde. As pessoas com esse tipo de dano podem ficar com déficit nas funções respiratória, térmica, músculo-esquelética, circulatória, nos esfíncteres urinário e intestinal, bem como na atividade sexual⁽³⁾.

Além dos agravos de saúde supracitados, a LM é um grave problema de saúde pública, pois atinge, na maioria das vezes, pessoas jovens, que passam a depender de um dispendioso e complexo processo de reabilitação⁽⁷⁾. Outros fatores agravantes de tal problemática são a dificuldade de acessibilidade das pessoas com alguma deficiência às unidades de saúde devido a barreiras arquitetônicas e atitudinais e aos fatores socioeconômicos desfavoráveis, como a baixa renda e escolaridade⁽⁸⁾.

As sequelas deixadas pela LM prejudicam a capacidade das pessoas desempenharem atividades em seu dia a dia, tais como: deambular, transferir-se, arrumar-se e subir escadas. O indivíduo com esse agravo geralmente apresenta déficit de autocuidado e é considerado dependente dos cuidados de enfermagem ou de cuidadores leigos para atividades básicas da vida diária⁽⁹⁾. Portanto, são relevantes os estudos que abordam a capacidade de autocuidado das pessoas com LM, objeto de estudo do presente manuscrito.

O autocuidado é considerado o conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo para atender as necessidades cotidianas. Cabe destacar que a assistência de enfermagem ao sujeito com LM deve favorecer a prevenção e o tratamento das complicações a ela associadas e,

principalmente, favorecer a reabilitação e ajudá-lo, junto com sua família, no desenvolvimento do autocuidado a ser realizado no domicílio⁽³⁾. Assim, compreende-se como fundamental que o cuidado prestado pelos enfermeiros seja embasado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽³⁾, favorecendo a identificação de diagnósticos de enfermagem e o planejamento de intervenção/avaliação norteado por construtos teóricos.

A pesquisa foi norteada pelo pressuposto de que além das dificuldades de saúde geradas pelo dano medular, os fatores demográficos e sociais também podem interferir negativamente na capacidade para desenvolver ações de autocuidado⁽⁹⁾. Assim como a etiologia, o tipo e o tempo de LM podem prejudicar a capacidade funcional⁽¹⁰⁾. Nessa perspectiva, objetivou-se verificar a associação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular.

O estudo justifica-se diante de algumas lacunas nas publicações de dados oficiais e de trabalhos a respeito da LM no Brasil, uma vez que essa condição não é sujeita à notificação compulsória⁽⁴⁾; pelo potencial da investigação em oferecer subsídios para a (re)formulação de políticas públicas destinadas a garantir a cidadania de pessoas com deficiência; bem como planejar a assistência de enfermagem na pós-reabilitação de modo a assegurar maior autocuidado e qualidade de vida às pessoas com LM, sendo importante o conhecimento acerca da relação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade de autocuidado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro a setembro de 2012, em todas as 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Natal/RN, Brasil.

Não foi utilizada técnica de amostragem, pois devido à viabilidade logística e temporal foi possível realizar o censo de pessoas com LM adscritas nas UBS. Assim, participaram 73 sujeitos (58 paraplégicos e 15 tetraplégicos) que atenderam aos critérios de elegibilidade: ter 18 anos ou mais, LM diagnosticada por especialista, função cognitiva preservada e estar adscrito a alguma UBS do município natalense.

A estratégia para aproximação dos sujeitos e a coleta de dados foi a visita domiciliar, com o acompanhamento do agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família responsável por cada micro-área. No primeiro momento, a pesquisa foi explicada e os participantes convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, as pessoas que concordaram em participar responderam dois instrumentos: Formulário I e Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA).

... a lesão medular é um grave problema de saúde pública, pois atinge, na maioria das vezes, pessoas jovens, que passam a depender de um dispendioso e complexo processo de reabilitação.

O Formulário I foi destinado à investigação das variáveis demográficas e socioeconômicas. Esse instrumento continha questões fechadas que foram preenchidas pelo pesquisador mediante as respostas dos participantes.

A ASA foi elaborada a partir de estudos com base na Teoria do Autocuidado de Orem, da qual se entende como capacidade de autocuidado a habilidade do ser humano para realizar as práticas no cuidado de si, na relação entre indivíduo e o ambiente. A ASA é composta por 24 itens, em uma escala com variação de quatro pontos onde o número 1 (nunca) corresponde ao menor valor na capacidade do autocuidado, o 2 (quase nunca), o 3 (quase sempre) e o 4 (sempre) equivale a máxima habilidade do sujeito. O resultado global varia de 24 a 96 pontos. A pontuação entre 24-48 significa baixa capacidade de autocuidado; 49-72 regular capacidade de autocuidado e 73-96 boa capacidade de autocuidado.

A validade da ASA foi estudada por Evers e Isenberg, sendo positivamente relacionada ao estado de saúde em várias culturas diferentes⁽¹¹⁾. Esse instrumento foi aplicado pelo pesquisador de forma oral, sendo lidos todos os itens da escala para cada participante, com repetição nos casos que foram solicitados. Depois da leitura, a escala foi assinalada de acordo com as respostas dos sujeitos.

Os dados foram processados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) base para Windows 15.0 e apresentados em tabelas. Utilizou-se a estatística dedutiva para descrever as variáveis, por meio de frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão e amplitude de distribuição numérica.

Para verificar a consistência interna da escala ASA na amostra estudada foi utilizado o Teste Alfa de Conbrach, considerando o Item de Correlação Total, Alfa de Cronbach com Item Deletado e Alfa de Cronbach Total. Foram considerados satisfatórios os valores de Alfa de Conbrach Total > 0,70⁽¹²⁾.

Para verificar o nível de significância entre as associações da capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos, efetuou-se uma dicotomização dos escores totais da ASA (Dependente = baixa ou regular capacidade de autocuidado; Independente = boa capacidade de autocuidado), calculou-se a razão de prevalência e compararam-se as proporções de prevalência por meio do teste de Qui-quadrado ou Fisher quando as caselas foram menores que cinco⁽¹²⁾. Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis efetuou-se o Coeficiente de Contingência e os seguintes parâmetros: $c \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95%⁽¹²⁾.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o protocolo nº 223/11 e CAAE nº 0243.0.051.000-11. Foram respeitados os princípios éticos de privacidade, sigilo, autonomia e direito dos participantes de declinar da participação a qualquer momento e sem nenhum ônus.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Como mostra a Tabela 1, a maioria dos participantes era homem (84,9%), solteiro (61,7%), com credo religioso (83,6%), estudou até o ensino fundamental (54,6%), sobrevive com renda per capita mensal de até 1 salário mínimo (64,4%) e sofreu a lesão até 34 anos de idade (81,2%), sendo a maioria por lesão traumática (73,9%) e com evolução para paraplegia (79,4%). A média de idade na época da lesão foi de 25,48 anos ($\pm 12,11$) e a média de idade no momento da coleta de dados foi de 38,37 anos ($\pm 13,09$). O tempo médio de LM foi de 12,89 anos ($\pm 9,34$).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos adultos com lesão medular – Natal, RN, Brasil, 2012

	Variáveis	n	%
Sexo	Masculino	62	84,9
	Feminino	11	15,1
Faixa etária atual	18 - 33 anos	30	41,2
	34 - 49 anos	26	35,6
	50 - 65 anos	15	20,5
	66 - 81 anos	2	2,7
Faixa etária na época da LM	1 - 17 anos	16	21,9
	18 - 34 anos	44	60,3
	35 - 51 anos	11	15,1
Religião	52 - 68 anos	2	2,7
	Sem credo	12	16,4
	Católico	35	47,9
	Evangélico	24	33
Escolaridade	Kardecista	2	2,7
	Sem escolaridade	1	1,4
	Fundamental I	23	31,3
	Fundamental II	16	21,9
	Médio	24	33
	Superior	7	9,6
Estado civil	Pós-graduação	2	2,8
	Solteiro	45	61,7
	Casado	17	23,3
	União estável	5	6,8
	Divorciado	4	5,5
Renda per capita	Viúvo	2	2,7
	1 salário mínimo*	47	64,4
	2 salários mínimo	18	24,7
	3 salários mínimo	2	2,7
Etiologia	≥ 4 salários mínimo	4	5,5
	Arma de fogo	35	47,9
	Acidente automobilístico	19	26
	Doença infecciosa	8	11
	Queda	4	5,5
	Mergulho em água rasa	3	4,1
	Arma branca	4	5,5
Tempo de LM	1-10 anos	35	47,9
	11-20 anos	26	35,6
	21-30 anos	9	12,4
	31-40 anos	3	4,1
Tipo de LM	Paraplegia	58	79,4
	Tetraplegia	15	20,6

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: n=73; *Salário mínimo=R\$:622,00; Dois participantes se recusaram em informar a renda.

Tabela 2 - Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA) testada com o Alfa de Cronbach – Natal, RN, Brasil, 2012

Itens da ASA	Correlação total de itens corrigidos	Alfa de Cronbach com item deletado	Alfa de Cronbach total
Capacidade para:			
Fazer ajustes diante de mudanças	0,486	0,774	0,788
Certificar se os hábitos são bons	0,481	0,772	
Obter ajuda se não puder se mover	0,158	0,788	
Manter a casa em que mora limpa	0,521	0,768	
Privilegiar a saúde	0,564	0,771	
Cuidar de si como deveria	0,534	0,769	
Melhorar o cuidado da saúde	0,206	0,787	
Aumentar a frequência de banhos	0,449	0,775	
Mudar os hábitos alimentares	0,305	0,782	
Não mudar o jeito de ser	0,154	0,790	
Fazer exercícios e descansar	0,222	0,788	
Recorrer aos amigos	0,177	0,792	
Dormir o suficiente	0,111	0,793	
Pedir informações sobre a saúde	0,508	0,771	
Inspecionar o corpo	0,363	0,779	
Mudar os hábitos de vida	0,519	0,775	
Pedir informações sobre remédios	0,426	0,775	
Tomar atitudes para proteção	0,435	0,775	
Avaliar os hábitos de vida	0,552	0,770	
Ter tempo para cuidar de si	0,041	0,804	
Obter informações quando doente	0,400	0,777	
Obter ajuda se não puder cuidar-se	0,134	0,789	
Ter tempo para si	0,021	0,793	
Cuidar de si como gosta	0,360	0,779	

Fonte: Dados da pesquisa.

Teste de fidedignidade da escala ASA

Por meio do teste de Cronbach, constatou-se que a escala ASA apresentou consistência interna satisfatória para a amostra estudada, sendo o alfa total de 0,788. Conforme a Tabela 2, cada item da escala também apresentou boa confiabilidade.

Capacidade de autocuidado

Conforme análise estatística dos dados oriundos da ASA, a média total dessa escala correspondeu a 75,9 pontos, desvio padrão de $\pm 9,45$, com uma amplitude de resposta entre 44 a 92 pontos, frente a uma amplitude real

da escala de 24 a 96 pontos. Verificou-se que 69,9% dos participantes apresentam boa capacidade de autocuidado, 28,8%, regular e 1,4%, baixa. Salienta-se que entre os participantes que apresentaram regular ou baixa capacidade, 93,3% (n=14) eram tetraplégicos.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, as atividades de autocuidado que apresentaram maior comprometimento foram: ter tempo para cuidar de si (63%), fazer exercícios e descansar (50,7%), recorrer aos amigos (38,4%), cuidar de si como gosta (37%) e pedir informações sobre remédios (37%).

Tabela 3 - Distribuição das pessoas com lesão medular segundo sua capacidade de autocuidado indicada pela ASA – Natal, RN, Brasil, 2012

Itens da ASA	Nunca		Quase nunca		Quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fazer ajustes diante de mudanças	2	2,7	10	13,7	23	31,5	38	52,1
Certificar se os hábitos são bons	6	8,2	13	17,8	25	34,3	29	39,7
Obter ajuda se não puder se mover	0	0	4	5,5	21	28,8	48	65,7
Manter a casa em que mora limpa	14	19,2	7	9,6	17	23,3	35	47,9
Privilegiar a saúde	2	2,7	5	6,8	22	30,2	44	60,3
Cuidar de si como deveria	6	8,2	13	17,8	24	32,9	30	41,1
Melhorar o cuidado da saúde	6	8,2	11	15	28	38,4	28	38,4
Aumentar a frequência de banhos	3	4,1	9	12,3	18	24,7	43	58,9
Mudar os hábitos alimentares	11	15	10	13,7	18	24,7	34	46,6
Não mudar o jeito de ser	5	6,8	12	16,5	21	28,8	35	47,9

Continua...

...Continuação.

Itens da ASA	Nunca		Quase nunca		Quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fazer exercícios e descansar	21	28,8	16	21,9	17	23,3	19	26
Recorrer aos amigos	21	28,8	7	9,6	21	28,8	24	32,8
Dormir o suficiente	7	9,6	14	19,2	16	21,9	36	49,3
Pedir informações sobre a saúde	6	8,2	9	12,3	15	20,6	43	58,9
Inspecionar o corpo	5	6,8	4	5,5	22	30,2	42	57,5
Mudar os hábitos de vida	0	0	6	8,2	24	32,9	43	58,9
Pedir informações sobre remédios	17	23,3	10	13,7	14	19,2	32	43,8
Tomar atitudes para proteção	7	9,6	3	4,1	14	19,2	49	67,1
Avaliar os hábitos de vida	4	5,5	6	8,2	18	24,7	45	61,6
Ter tempo para cuidar de si	30	41,1	16	21,9	13	17,8	14	19,2
Obter informações quando doente	4	5,5	6	8,2	23	31,5	40	54,8
Obter ajuda se não puder cuidar-se	2	2,7	2	2,7	12	16,4	57	78,2
Ter tempo para si	1	1,4	5	6,8	18	24,7	49	67,1
Cuidar de si como gosta	9	12,3	18	24,7	18	24,7	28	38,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Relação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos

Na Tabela 4, verifica-se que o sexo ($p=0,028$), a religião ($p<0,001$), a escolaridade ($p=0,046$), a idade atu-

al ($p=0,027$), o tempo de LM ($p=0,020$) e o tipo de LM ($p=0,012$) são fatores sociodemográficos que estão associados com a capacidade de autocuidado dos sujeitos, sendo as associações de baixa magnitude ($c\leq 0,499$).

Tabela 4 - Associações entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos das pessoas com lesão medular – Natal, RN, Brasil, 2012

Fatores sociodemográficos	Capacidade de autocuidado				RP (IC - 95%)	X ²	Pd	c
	Depend.		Independ.					
	n	%	n	%				
Sexo								
Masculino	14	22,6	48	77,4	0,41 (0,20-0,84)	4,800	0,028	0,457
Feminino	6	54,5	5	45,5				
Religião								
Sem credo	7	58,4	5	41,6	2,74 (1,39-5,40)	6,910	<0,001	0,219
Com credo	13	21,3	48	78,7				
Escolaridade								
<10 anos	15	36,6	26	63,4	2,34 (0,95-5,76)	3,970	0,046	0,143
≥10 anos	5	15,6	27	84,4				
Estado civil								
Sem companheiro	16	31,4	35	68,6	1,72 (0,65-4,57)	1,344	0,193	0,246
Com companheiro	4	18,2	18	81,8				
Renda								
Até 2 SM ^f	17	26,2	48	73,8	0,78 (0,23-2,61)	0,144	0,513	0,704
Mais de 2 SM	2	33,4	4	66,6				
Idade atual								
< 48 anos	19	33,4	38	66,6	5,33 (0,77-36,8)	4,600	0,027	0,244
> 48 anos	1	6,3	15	93,7				
Idade na LM								
< 34 anos	16	26,7	44	73,3	0,86 (0,34-2,16)	0,900	0,503	0,764
> 34 anos	4	30,7	9	69,3				

Continua...

...Continuação.

Fatores sociodemográficos	Capacidade de autocuidado				RP (IC - 95%)	X ²	Pd	c
	Depend.		Independ.					
	n	%	n	%				
Etiologia								
Traumática	18	27,7	47	72,3	1,10 (0,31-3,91)	0,026	0,872	0,019
Não traumática	2	25	6	75				
Tempo de LM								
< 10 anos	14	40	21	60	2,53 (1,05-5,86)	5,370	0,020	0,205
> 10 anos	6	15,8	32	84,2				
Tipo de LM								
Tetraplegia	8	53,3	7	46,7	2,57 (1,29-5,14)	6,385	0,012	0,284
Paraplegia	12	20,7	46	79,3				

Fonte: Dados da pesquisa; Dependente = baixa ou regular capacidade de autocuidado; Independente = boa capacidade de autocuidado; SM = salário mínimo; *Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher; †SM=salários mínimo.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, a predominância de indivíduos do sexo masculino, cuja média de idade na época da lesão era de aproximadamente 25 anos, corrobora a investigação realizada no município de Campina Grande, Paraíba, na qual a proporção foi de 10,75 homens para cada mulher, sendo que 48,9% sofreram a LM quando estavam na faixa etária dos 13 aos 30 anos(2). Outras pesquisas também identificaram maioria de homens jovens: Malawi, África (75,7%)⁽⁵⁾; Brasília, Brasil (69,2%)⁽¹³⁾; e São Paulo, Brasil (86,7%)⁽¹⁴⁾.

A ocorrência de LM em pessoas na faixa etária produtiva constitui um problema de saúde pública, pois afeta a saúde, limita a capacidade para atividades laborais e cotidianas, além de acarretar implicações econômicas e sociais tanto para a pessoa como para a sociedade, devido ao longo período de reabilitação⁽⁷⁾.

Estudo realizado em São Paulo/SP com 60 pessoas que sofreram LM traumática indica que a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e de obtenção de renda é frequente para esses sujeitos, pois a maioria tinha um baixo nível de educação (63,3%), eram beneficiários da segurança social (63,3%) e tinham alguma ocupação (36,7%), incluindo as atividades informais, como vendedor ambulante⁽¹⁵⁾.

Sobre as demais variáveis sociodemográficas, a maioria afirmou ser solteira, com credo religioso, ensino fundamental e renda familiar de até um salário mínimo. Um estudo realizado em São Paulo-SP, com 60 sujeitos, identificou resultados semelhantes: homens (86,7%), solteiros (61,7%), com idade média de 32,9 (\pm 9,47) anos e ensino fundamental (63,3%)⁽¹⁴⁾.

Esses resultados são preocupantes, porque as consequências de uma LM estendem-se além das questões motoras. Trata-se, muitas vezes, de um indivíduo independente que se torna parcial ou completamente dependente de outras pessoas para satisfazer suas necessidades básicas. Sendo a falta de companheiro, o baixo grau de

ensino e a renda familiar, complicadores que farão emergir ou saturar dificuldades nos campos emocionais, sociais, econômicos e interpessoais⁽¹⁶⁾.

No que se refere ao autocuidado, verificou-se que a maioria dos participantes apresentou boa capacidade de autocuidado. Entretanto, parcela considerável dos participantes foi classificada com regular ou baixa capacidade. Tal resultado coaduna-se com a literatura consultada, a qual indica que esses indivíduos podem apresentar alterações na motricidade e sensibilidade, acarretando dependência de terceiros para atividades corriqueiras ou íntimas, ou seja, prejudicando a capacidade para o autocuidado⁽¹⁷⁾. É importante salientar que o fato de cada item da escala ASA ter apresentado boa confiabilidade interna reforçou a relevância e a consistência dos resultados apresentados⁽¹²⁾.

Nesse contexto, é mister que os enfermeiros desenvolvam sua práxis de cuidados para as pessoas com LM, considerando o novo paradigma no âmbito da compreensão das pessoas com deficiência. Surgido em meio a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tal paradigma substitui o enfoque negativo da deficiência por uma compreensão positiva. Ou seja, as pessoas com deficiência devem ser consideradas em sua totalidade e com potencialidades que devem ser desenvolvidas para facilitar o processo de (re)inclusão social⁽¹⁸⁾.

Com base nas atividades de autocuidado, nas quais se verificou maior comprometimento, acredita-se que são relevantes as prescrições de enfermagem que visam à autodefesa, o autocuidado, a satisfação de necessidades básicas e as atividades recreativas, pois o sucesso de sua implementação poderá contribuir para a diminuição das limitações que essas pessoas enfrentam⁽¹⁹⁾.

Entretanto, as alterações biológicas não são os únicos determinantes da (in)capacidade de autocuidado de pessoas com LM, pois, como demonstrado pelos resultados, há forte influência de aspectos psicológicos. Por

esse motivo, a estruturação de um cuidado de enfermagem para esses indivíduos deve considerar os aspectos humanos, como a subjetividade, as emoções, o inconsciente e a vontade de viver, para que sejam atendidas suas necessidades individuais, inclusive a manutenção e o estímulo ao convívio social⁽¹⁶⁾.

Além dos aspectos biológicos e psicológicos, o ambiente também interfere na capacidade dessas pessoas para o autocuidado, sendo, consequentemente, relevante para o planejamento do processo de enfermagem. Segundo os construtos conceituais da CIF, o ambiente interfere no estado funcional dos indivíduos, podendo oferecer barreiras ou facilitar o processo de participação social. Portanto, além dos problemas de natureza biológica, deve-se considerar a interação da pessoa com LM e o contexto ambiental no qual está inserido⁽¹⁸⁾.

No tocante à associação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos de pessoas com LM, observou-se significância estatística para sexo, religião, escolaridade, idade atual, tempo e tipo da LM. Foi localizado apenas um estudo com metodologia semelhante, que utilizou o Índice de Barthel para analisar a associação entre fatores sociodemográficos e capacidade funcional em pessoas com LM; entretanto não foi verificada nenhuma associação⁽⁹⁾. Assim, a incipiência de estudos semelhantes impossibilitou comparação mais detalhada dos resultados, indicando a necessidade de replicação da metodologia utilizada em outros locais.

De modo geral, a frequência de dependência na capacidade para o autocuidado foi maior no sexo feminino, resultado semelhante ao apresentado por estudo sobre as atividades básicas da vida diária, realizado com pessoas com LM residentes na região Agreste da Paraíba⁽⁹⁾. Esse achado provavelmente ocorreu, pois a mulher, após eventos traumáticos, tem maior probabilidade de se apresentar emocionalmente vulnerável, deprimida, comprometendo sua auto-imagem, o que dificulta sua participação efetiva no autocuidado e na busca pela independência⁽¹⁶⁾.

Destacou-se também o fato da maioria possuir algum credo religioso, isso porque, via de regra, o evento da LM acontece sem que as pessoas se encontrem preparadas para enfrentá-lo, necessitando de um aporte espiritual. A perda sofrida resulta na violação da pessoa como um todo e o sofrimento extrapola o físico, atingindo o psicológico e a espiritualidade. Por isso, a esperança alimentada pela fé e sustentada por um credo religioso auxilia a superação de estados subjetivos como a desesperança ou impotência, o que contribui para adaptação e alcance da capacidade para o autocuidado. Após superá-los, adaptar-se e atingir a capacidade para cuidar de si, a religião torna-se mais concreta segundo a visão desses sujeitos⁽¹⁾.

Outras variáveis que apresentaram associação com capacidade funcional foram escolaridade, idade atual e tempo de LM. Na maior parte dos participantes acometidos por LM na juventude, quanto maior o tempo de lesão, melhor o indivíduo adapta-se à condição e maior independência ga-

rante para o autocuidado, devido às estratégias de enfrentamento construídas com tempo e maturidade⁽¹³⁾.

No tocante a escolaridade, acredita-se que poucos anos de estudo podem gerar a dificuldade para obter trabalho e, por conseguinte, surgir o déficit financeiro. Com a baixa renda, a prevenção e a promoção em saúde será mais difícil, bem como o acesso aos bens e serviços de saúde, principalmente no nível secundário da assistência em saúde⁽⁹⁾. O acesso adequado às fontes de informação e cuidados será prejudicado, fato preocupante, pois essa assistência é fundamental para adaptação e aquisição de independência para as atividades. Nesse contexto, os enfermeiros devem aproveitar que as pessoas estão necessitando de informação e apoio para executar a escuta qualificada, o incentivo e a educação em saúde para facilitar o processo de acessibilidade, reabilitação e (re)inclusão social⁽²⁰⁾.

Com relação à associação entre a capacidade de autocuidado e o tipo de LM, é necessário considerar que paraplégicos e tetraplégicos apresentam graus distintos em termos de coordenação motora de membros superiores, tornando-os mais ou menos hábeis para o autocuidado. Um estudo realizado no Rio de Janeiro com 70 pessoas com LM identificou que o nível da lesão correlacionou-se negativamente ($p=0,01$) com a espasticidade, indicando que quanto mais alto o nível, maior é a espasticidade⁽¹⁰⁾.

Como implicação deste estudo para a prática de enfermagem, destacam-se os resultados indicadores de que a reabilitação das pessoas com LM ultrapassa as questões meramente motoras. Os aspectos sociodemográficos também são relevantes no planejamento dos cuidados, com vistas a atingir a independência funcional, devendo os enfermeiros considerar esse aspecto durante a execução do processo de enfermagem. Contudo, a assistência ainda carece de um instrumento específico para mensurar a capacidade funcional de pessoas com LM, a fim de melhorar os cuidados de enfermagem a essa população⁽⁹⁾.

Outro fator importante que deve ser considerado é a perspectiva inclusiva e o entendimento do modelo social da deficiência. Portanto, acredita-se que é necessário encarar as pessoas com LM como sujeitos capazes de desenvolver atividades na família, na comunidade, no mercado de trabalho e em todos os setores sociais. Para isso, além de acessibilidade física, a sociedade plural deve ser estimulada a mudar atitudes preconceituosas e tornar-se ativa no processo de inserção dessas pessoas no contexto das coletividades.

Nessa perspectiva, uma rede de apoio social torna-se necessária para uma melhor assistência às pessoas com LM, sendo que a inexistência de tal suporte social um fator que influencia a qualidade de vida e a sobrecarga dos cuidadores familiares⁽²¹⁾.

Ao considerar que a qualidade de vida dos cuidadores pode interferir na assistência prestada e, consequentemente, na capacidade de autocuidado das pessoas com LM, deve existir a preocupação em conhecer o nível de

sobrecarga que a assistência a uma pessoa com pouca habilidade para satisfazer suas necessidades básicas pode gerar no cuidador. Estudo desenvolvido em Málaga, Espanha, constatou que a sobrecarga e o estresse dos cuidadores de pessoas com alguma dependência estão associados com pensamentos disfuncionais⁽²²⁾. Portanto, a assistência de enfermagem com vistas à integralidade deve considerar o binômio pessoa com LM-cuidador, oferecendo apoio técnico e psicológico aos cuidadores leigos.

Por fim, indica-se como limitação do estudo a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações (risco da causalidade reversa), pois as variáveis foram consideradas concomitantemente, ocorrendo, portanto, verificação transversal de fatores condicionantes e desfechos. Outro fator limitante foi o fato de algumas unidades não possuírem agentes comunitários de saúde ou possuírem algumas micro-áreas sem acompanhamento desses profissionais.

CONCLUSÃO

Os indivíduos com LM residentes no município de Natal/RN são, em sua maioria, homens, com média de idade de 38 anos, com credo religioso, ensino fundamental,

solteiros, com renda de até dois salários mínimos e sofreram a LM por trauma, evoluindo para paraplegia. A maior parte foi classificada com boa capacidade de autocuidado, entretanto, principalmente devido à participação de sujeitos com tetraplegia, identificou-se comprometimento na realização de algumas atividades, entre as quais destacaram-se: ter tempo para cuidar de si, fazer exercícios e descansar, recorrer aos amigos, cuidar de si como gosta e pedir informações sobre remédios.

Verificou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado de pessoas com LM, principalmente os relacionados a sexo, idade, religião, escolaridade, tempo e tipo de LM, devendo os enfermeiros das UBS onde os sujeitos desse estudo foram identificados, considerar esse aspecto e incluí-lo no planejamento e na execução do processo de enfermagem focado no cuidado de longo prazo, inclusive, com avaliação por meio de visitas domiciliares sistemáticas.

Espera-se que o conhecimento gerado por estudo possibilite, além de dados estatísticos para planejamento das ações de saúde em nível local, a implementação de ações de enfermagem mais qualificadas à recuperação da capacidade de autocuidado dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Amaral MTMP. A new sense for living: a comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2012 Sept 16];43(3):573-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a11v43n3.pdf
2. França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 16];45(6):1364-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a13.pdf
3. Vasconcelos AS, França ISX, Coura AS, Sousa FS, Souto RQ, Cartaxo HGO. Nursing interventions on the needs of people with spinal cord injury: an integrative review. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 16];9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3000/674>
4. Brito LMO, Chein MBC, Marinho SC, Duarte TB. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(5):304-9.
5. Samuel JC, Akinkuoto A, Vilaveces A, Charles AG, Lee CN, Hoffman IF, et al. Epidemiology of Injuries at a tertiary care center in Malawi. *World J Surg*. 2009; 33(9):1836-41.
6. Utida C, Truzzi JC, Bruschini H, Simonetti R, Cedenho AP, Srougi M, et al. Male infertility in spinal cord trauma. *Int Braz J Urol*. 2008;31(4):375-83.
7. Assis GM, Faro ACM. Clean intermittent self catheterization in spinal cord injury. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 16];45(1):289-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_41.pdf
8. França ISX, Coura AS, França EG, Cavalcante GMC, Sousa FS. Application of principlist bioethics to public policies for disabled people: systematic review. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 16]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2893>
9. Coura AS, França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Functional disability of adult individuals with spinal cord injury and its association with socio-demographic characteristics. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(1):84-92.
10. Franzoi AC, Baptista AL, Carvalho AM, Gonçalves W, Rosa ACB, Pinto A, et al. Perfil funcional de locomoção em um grupo de pacientes com lesão medular atendidos em um centro de reabilitação. *Coluna/Columna*. 2009;8(4):401-7.
11. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev Salud Pública*. 2009;11(4):538-48.
12. Field A. *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Vera RS, Araújo TCCF. Enfretamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(3):2011-20.

14. Blanes L, Lourenço L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(2b):388-90.
15. Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Qual Life Res*. 2009;18(1):15-21.
16. Conceição MIG, Auad JC, Vasconcelos L, Macêdo A, Bressanelli R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. *Rev Bras Comport Cogn*. 2010;12(1):43-59.
17. Machado WCA, Scramin AP. Functional (in)dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2012 Apr 30]; 44(1):53-60. Available from:
18. 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.
19. Miranda FL, Henriques SM, Abrahão CM, Gonçalves ND, Tanure MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados em pacientes com lesão medular: revisão sistemática de literatura. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2010 [citado 2013 fev. 10]; 4(3):1101-9. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/960>
20. Batista SM, França RM. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. *Rev Divulg Técnico Cient ICPG*. 2009;3(10):117-21.
21. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2013 Feb 10];45(4):884-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a13.pdf
22. Vázquez-Sánchez MÁ, Aguilar-Trujillo MP, Estébanez-Carvajal FM, Casals-Vázquez C, Casals-Sánchez JL, Heras-Pérez MC. The influence of dysfunctional thoughts on the burden of the dependent person caregiver. *Enferm Clin*. 2012;22(1):11-7.

Agradecimentos

Projeto aprovado no Edital MCT/CNPq nº 14/2011 - Universal - Auxílio à pesquisa Processo nº 482618/2011-6.