

O cuidado em saúde no ambiente hospitalar: interferência na reabilitação da pessoa com lesão medular

Health care in the hospital environment: interference in the rehabilitation of the person with spinal injury

Gelson Aguiar da Silva Moser¹ • Denise Consuelo Moser Aguiar² • Francine Lima Gelbke³ • Soraia Dornelles Schoeller⁴
Fabiana Faleiros Santana Castro⁵ • Suellen de Oliveira Maier⁶ • Graciano Almeida Sudré⁷

RESUMO

Objetivo: compreender como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Método:** abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Os participantes foram dez indivíduos com lesão medular, por meio da entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados a partir de Análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** os dados mostraram que as orientações recebidas no ambiente hospitalar auxiliam no dia-a-dia da pessoa com lesão medular e podem facilitar o cuidado em saúde quando em seu domicílio, embora a pessoa nem sempre consiga perceber as orientações recebidas como algo significativo, devido ao momento vivido, não sendo incorporadas ao chegar em sua casa. **Conclusão:** a reabilitação é processo permanente que deve ser conquistado ao longo da vida da pessoa e o aprendizado sobre a reabilitação envolve uma etapa de adaptação na busca pela independência funcional.

Palavras-chave: Traumatismos da medula espinal; atividades cotidianas; enfermagem em reabilitação; assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objective: to understand how health care in the hospital environment interferes with the rehabilitation of the person with spinal cord injury. **Method:** qualitative approach, descriptive and exploratory. The participants were ten individuals with spinal cord injury, through the semi-structured interview. The data were analyzed using Bardin's Content Analysis. **Results:** the data showed that the guidance received in the hospital environment helps in the daily life of the person with spinal cord injury and can facilitate health care when at home, although the person is not always able to perceive the guidance received as something significant, due to the moment lived, not being incorporated when arriving at your home. **Conclusion:** rehabilitation is a permanent process that must be achieved throughout the person's life and learning about rehabilitation involves an adaptation stage in the search for functional independence.

Keywords: Spinal cord injuries; daily activities; rehabilitation nursing; home care.

NOTA

1 Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS – Chapecó (SC), Brasil.

2 Doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS – Chapecó (SC), Brasil.

3 Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC-SC

4 Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - SC

5 Enfermeira. Doutora em Ciências da reabilitação. Professora associada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, no Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

6 Mestre em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal de Rondonópolis - UFR - MT

7 Mestre em Gestão da Clínica. Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis - UFR - MT



INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM), principal determinante da incapacidade permanente na população adulta, é uma condição grave capaz de modificar de forma irreversível o modo de levar a vida, inclusive com alterações de ordem biopsicossociais que repercutem na qualidade de vida (QV), de indivíduos e famílias^{1,2}.

No Brasil, por ano, incide dentre 16 a 26 casos em um milhão de habitantes³, estimando mais de 10 mil novos casos por ano, destes, cerca de 6 a 8 mil decorrerão do trauma¹. O primeiro atendimento após o trauma raquimedular é fundamental para auxiliar no processo de prevenção de complicações, dessa forma, auxilia na aquisição da independência funcional mais rapidamente, restabelece as condições físicas de acordo com a capacidade e grau de recuperação, estimula a pessoa a reencontrar um novo sentido à sua vida, previne agravos e neste processo afeta a QV^{2,4,5}.

Importante destacar os agravos primários e secundários, que interferem nas funções físicas e mentais na LM, dentre eles, bexiga e intestino neurogênico, espasticidade, ossificação heterotópica, falta de capacidade sensorial, disfunção erétil, disreflexia autônoma e consequências vasculares, celulares e moleculares^{1,2,6,7}.

Deste modo as ações conduzidas por uma equipe especializada com forte abordagem colaborativa multidisciplinar e interprofissional, desde o momento da admissão até após a alta hospitalar, incluindo os cuidados prestados no domicílio, compreende o cuidado em saúde⁸. Para valorar essa dimensão cuidativa, no desenvolvimento desta investigação, será considerado o arcabouço teórico que permeia o contexto da micropolítica do trabalho em saúde⁹, neste rizoma, o cuidar em saúde¹⁰ será a base conceitual utilizada para sustentar a análise dos dados, sob a perspectiva da manifestação e atendimento das necessidades de saúde, produção de cuidados e tecnologias em saúde^{11,12}.

Cabe destacar que a enfermagem, como parte integrante da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, caracteriza-se pela presença constante no cotidiano do paciente e sua família, atuante desde procedimentos mínimos e iniciais, como o estímulo às necessidades fisiológicas, até nas mais complexas, como a manutenção da vida em contextos de intenso cuidado, objetivando alcançar os melhores resultados, pois estes são princípios que qualificam o cuidado de enfermagem e o diferenciam dos demais²⁰.

Efetivar o cuidado de forma integral e auxiliar a pessoa e a família na busca por independência é um dos objetivos primordiais para readaptação da pessoa com LM, sendo necessário o suporte dos profissionais de saúde que deverão possuir conhecimento amplo para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como conhe-

cer a realidade local, a fim de organizar e facilitar o acesso aos serviços de saúde^{4,13,14}.

Cuidar em saúde, com vistas à integralidade, considerando as necessidades de saúde, inclusive de reabilitação, permeia em reconhecer a ação educativa do trabalho em saúde, dessa forma, a produção do cuidado, ainda na fase aguda da LM, compreende também a oferta de um conjunto de informações, que por ora, podem não ser compreendidas, mas são necessárias^{15,16}.

As indicações de aprendizagem para pessoa com LM e sua família, em relação à independência funcional, reabilitação e estratégias de cuidado, são específicas e se relacionam com o atendimento da amplitude de necessidades de saúde que irão decorrer deste processo, a construção de novos saberes são inevitáveis e imprescindíveis. Neste sentido, emergiu o seguinte questionar: como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar pode interferir nos processos de reabilitação das pessoas com lesão medular?

Partindo desse questionamento o objetivo dessa pesquisa foi compreender como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere na reabilitação da pessoa com lesão medular.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa que permite aprofundar no contexto dos significados, em uma realidade não visível, precisando ser exposta e interpretada, de caráter exploratória¹⁷, utilizando como referencial metodológico a análise de conteúdo de Laurence Bardin, pela qual foi possível organizar a análise, codificar os dados, categorizar e realizar inferências¹⁸.

Os critérios de inclusão se pautaram em adultos que possuíam o diagnóstico de LM traumática, sendo: adultos de ambos os sexos, após o término do período da fase de choque medular (um ano como período de fase de choque) e que no período de coleta de dados tivessem de 01 até 03 anos de lesão¹⁹. Foram excluídas pessoas que possuíam lesão cerebral associada.

A produção dos dados ocorreu no Estado de Santa Catarina em uma cidade de referência para Mesorregião Grande Fronteira do Mercosul, sob o parecer do CEP nº 768.807 de 25 de agosto de 2014, de acordo com a Resolução 466/2012. A mesma deu-se por meio de entrevista semiestruturada em profundidade realizada com 10 indivíduos com lesão medular. Este processo foi conduzido por um único pesquisador, no domicílio dos participantes durante os meses de setembro a novembro de 2014, com tempo médio de cada entrevista de 90 minutos.

No recrutamento dos participantes da pesquisa, adotou-se a técnica conhecida como *snowball sampling* (“amostragem bola de neve”), considerada não-probabi-

lística, devido à sua estratégia de recrutamento, utilizada com frequência em pesquisas sociais, os participantes iniciais indicam novos participantes¹⁸.

As entrevistas foram audiogravadas, a partir da autorização dos participantes, com transcrição a posteriori. Num segundo momento ocorreu a leitura flutuante, apreensão dos dados e organização de categorias, neste momento foi possível o agrupamento dos conceitos relacionados, facilitando o processo de codificação¹⁸. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso da letra (P) e os números em ordem numérica sequencial (1 a 10).

RESULTADOS

No decorrer do processo de análise de conteúdo durante a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto, os núcleos de sentido emergiram e desvelaram os temas, que posteriormente nortearam o processo de categorização, do qual emergiram duas categorias: “O cuidado no contexto hospitalar” e “Vivenciando o processo de reabilitação”.

Categoria I: O cuidado no contexto hospitalar

Durante as entrevistas constatou-se a importância do atendimento dentro do ambiente hospitalar e na condução desse cuidado, sendo possível perceber a preocupação dos participantes com os primeiros atendimentos recebidos no hospital. As orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com LM, ora estudada, desvela de maneira significativa o atendimento hospitalar como início do processo de aquisição de independência funcional, ação permeada por aprendizagens que se relacionam às atividades de vida diária da pessoa com LM.

Foi sofrido porque, nunca precisei de ajuda de ninguém para me virar. Eu não conseguia nem sentar, eu ficava cinco, dez minutos, já deitava de volta porque eu não conseguia, eu tinha dores. Eu tinha que tomar banho com lenços porque eu não conseguia tomar banho no chuveiro; mas não entendia direito o que estava acontecendo. (P2)

Não sabia de nada, não tinha noção de que nunca mais andaria e que seria dependente de outra pessoa. (P5)

No ambiente hospitalar existe de forma clara, sob a ótica das necessidades de saúde, um desencontro de expectativas, onde de um lado o usuário pouco manifesta sua vontade de gerir sua própria vida e cuidado pela impossibilidade do cuidar de si, mas necessitando do resgate da autonomia.

Após o atendimento no local do acidente, as pessoas são levadas aos hospitais gerais públicos, não especializados, onde são prestados os cuidados em saúde e o atendimento hospitalar se efetiva. Os cuidados prestados por equipes de atendimento no pronto atendimento, muitas

vezes não atendem as expectativas das pessoas com LM e suas angústias sobre o novo.

O período que eu fiquei lá no hospital, acabou sendo tudo novo, desde o banho, até o cateterismo em si. A questão do intestino, eu não sabia nada, nada, nada, simplesmente ao evacuar eles higienizavam, não tinha orientação nenhuma. (P7)

No hospital para onde fui levado, fui atendido no pronto socorro, mas fiquei muito tempo esperando a chegada do neurologista e ninguém me dizia nada, não sentia minhas pernas, não sabia o que tinha acontecido. (P8)

No pronto atendimento, o indivíduo, com seu corpo inerte pelo trauma, entrega suas possibilidades terapêuticas. Enquanto, no hospital geral, a pessoa com LM recebe diferentes cuidados em saúde, e algumas vezes são necessárias intervenções em locais especializados, tais como centro cirúrgico e UTI. A sensação de ser “mal” atendido também é percebida e o grande desafio de unidades de cuidado com predominância de alta densidade tecnológica, permeia em não tomar o indivíduo como simples objeto da ação de saúde com consequente submissão à gestão dos trabalhadores, num processo unilateral de imposição de cuidados pelo profissional, ato desafiador devido a inoperância do sujeito, acarretada pela gravidade de sua condição.

Observando o caminhar pelos serviços de saúde, após o atendimento inicial, o período de permanência varia em cada caso, e de acordo com a conduta clínica e as complicações que podem advir da LM, a equipe de saúde realiza as orientações necessárias durante o período de internação e já inicia a preparação da pessoa e da família ou seu cuidador para a alta hospitalar.

Eu fui entendendo o que tinha acontecido no decorrer da minha internação, que não andaria mais, todo o dia alguém me ensinava alguma coisa, pois me diziam que em casa eu iria precisar me virar. (P9)

Ressalta-se que os profissionais da saúde que prestam os cuidados, além do conhecimento científico e capacidade técnica necessária na prestação do cuidado integral, necessitam ter características essenciais para a profissão como afetividade, amorosidade e conhecimento, permitindo lidar com os problemas de saúde da pessoa com LM e de suas famílias. Surge neste momento, o anúncio do compartilhamento de responsabilidades, na tentativa de equilibrar o agir profissional e o agir do indivíduo, família e cuidadores.

A orientação que eu que eu recebi a primeira orientação foi referente ao cateterismo, ao sair de lá, sobre o cateterismo, julgo que as informações referentes as ações que eu deveria executar foram bem explicadas. (P4)

Após a alta hospitalar, a condução para centro especializado leva algum tempo, considerando que nem sempre se efetiva logo após a alta de um hospital geral. Quando da entrada num centro especializado de reabi-

litação, seja pela formação dos profissionais de saúde, pela estrutura física do local ou de programas específicos no atendimento às pessoas, podemos observar que os cuidados em saúde vão se integrando de forma contínua e gradual.

A maioria do que a gente faz hoje, decorre do hospital especializado, onde realmente ensinam a pessoa, quem pode claro, a se virar sozinho. (P3)

E, depois de que eu fui em 2011 pra reabilitação, depois desse ano, tornei-me uma pessoa independente de novo, consegui minha independência e basicamente é isso. (P7)

Categoria 2: Vivenciando o processo de reabilitação

As orientações recebidas durante o período de internação e na alta hospitalar, quando de forma contínua e ao longo do tratamento, são incorporadas pela pessoa com LM, equilibrando o saber profissional com as ações de responsabilização permeadas de afeto. Ao sair daquele ambiente previamente preparado (hospital de reabilitação) surge o período de enfrentamento da realidade do domicílio.

Aprendi muita coisa, me ajudou muito mesmo! Minha mãe também me auxiliou muito nessa fase, durante a reabilitação, ficou um tempo comigo. Eu me considero uma pessoa independente, eu tenho veículo adaptado, então eu entro no veículo, saio do veículo, guardo a cadeira sozinho. Em casa minha higiene também, tudo sozinho, eu tenho uma cadeira de banho, faço a transferência, volto, enfim, para a cama também, faço as transferências, volto. Sou bem independente e estou tranquilo. (P9)

Em contraponto a essa realidade, muitas vezes o ambiente no hospital de reabilitação propicia um aprendizado constante, por ser ambiente preparado para o treinamento das atividades de vida diária, porém pode ser fator complicador, quando a pessoa com LM se depara com a realidade de seu domicílio.

Quando voltei para casa. Foi ruim, porque eu não tinha nada adaptado, era bem alto, tinha uma escada, a casa era bem velha, daí uma amiga minha me arrumou uma cama de hospital, eu levei seis meses pra eu começar a escovar os meus dentes e começar a comer sozinha. Os que cuidavam de mim era minha mãe, meu padrasto e minhas irmãs que faziam o que tinha que fazer por mim, higiene, alimentação, água, medicamento, tudo, tudo. (P6)

Quando da chegada no ambiente domiciliar, muitas vezes a pessoa com LM se depara com novas barreiras impostas pela limitação física, ou por questões arquitetônicas, bem como à falta de tecnologias assistivas ao seu dispor. Essas necessidades de saúde devem ser apreendidas e provocar responsabilizações, capazes de redirecionar os indivíduos e famílias na produção de um cuidado que envolve não somente o processo de readaptação, mas também a implicação de diferentes sujeitos.

Lá no hospital de reabilitação tinha tudo, mas em casa nem sempre podemos comprar uma cadeira de banho, um guindaste, sai muito caro, nem todo mundo pode comprar. (P1)

Quando cheguei em casa mesmo reabilitado foi diferente, porque a gente aprende no dia-a-dia mesmo, fui me virando, e as vezes nem sempre do jeito que eles ensinam lá a gente consegue fazer, depende da lesão, e eu fui me adaptando dia a dia. (P10)

Embora as orientações tenham sido constantes no hospital de reabilitação, existe a necessidade de que estas sejam direcionadas à realidade de cada pessoa, para que efetivamente possam influenciar na independência para as atividades de vida diária quando no domicílio. Neste processo estão presentes os desafios de se defrontar com a vida, necessitando um comprometimento individual e da família.

DISCUSSÃO

Na perspectiva do usuário, torna-se fundamental, o acesso de forma correta e coerente ao seu diagnóstico, procedimentos e processos terapêuticos. Fazer permear o plano de cuidados por profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de cada área, com capacidade de articulá-los com contexto e singularidade é a grande expectativa, ação que objetiva de forma prática, a construção de conexões importantes no ato de cuidar em saúde com garantias de acesso oportuno e continuidade do cuidado¹¹.

Os entrevistados relatam a importância das orientações, evidenciando que o aspecto educacional da saúde pode ser afetado por vários fatores como o estado de saúde das pessoas com LM, sua receptividade para o cuidado, além das complicações que podem afetar esse cuidado, entre eles a depressão que afeta muitas pessoas¹⁵.

Durante as ações de cuidar em saúde no ambiente hospitalar, surge de um lado os usuários com baixo poder de fazer valer a autonomia, imperando neste ambiente o fazer valer e as ações dos trabalhadores de saúde¹¹. O resgate da autonomia é um item fundamental para motivar o indivíduo com LM na reinserção de seu meio social, neste processo ao cuidado formal de reabilitação é atribuída importância, pelo empoderamento e controle dos ideais que atribui ao indivíduo por si mesmo, motivado pelo profissional³.

Devido às alterações, considerando a pessoa como ser único e individual, as mesmas podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais a serem trabalhadas em seu processo de reabilitação¹¹. O que se espera, é que o usuário, ou ao menos sua família tenha papel ativo no cuidado em saúde, por estarem no comando de suas vidas, com possibilidades de escolhas no encontro¹¹.

É possível destacar que às alterações de ordem fisi-

cas, psicológicas e sociais afetam de modo considerável a vida da pessoa com LM; bem como a vida da família e da sociedade onde essa pessoa está inserida; provocam um grande impacto sobre a saúde e bem-estar¹⁹. A compreensão dos cuidados no domicílio é fundamental e realizá-los é prática constante e contínua da pessoa com LM no decorrer dos anos de convivência com sua lesão.

Na pesquisa ficou evidenciado que os participantes percebem que o envolvimento da família e cuidadores no processo de reabilitação são fundamentais na aquisição da independência da pessoa com LM. Isso foi identificado desde o início até a continuidade da reabilitação no domicílio e seu acompanhamento após o trauma, as orientações das atividades da vida diária, o acompanhamento e a supervisão do autocuidado e muitas vezes da intervenção na prestação desses cuidados, muitas vezes, ação marcada por conflitos entre o fazer profissional e a expectativa dos indivíduos e famílias.

Cabe salientar que as orientações de cuidado em saúde precisam extrapolar o ambiente hospitalar, seja no contexto das instituições de reabilitação ou no hospital geral, pois o atendimento as pessoas com LM constitui um desafio para os profissionais de saúde e estes por sua vez devem envolver a família e a rede social de apoio no cuidado para que a QV da pessoa possa se restabelecer o mais precocemente possível, ampliando sua expectativa de vida^{4,15,16}.

O cuidado em saúde deve começar no momento da LM, com orientações a pessoa vítima do trauma, a família, amigos, sociedade e rede social de apoio, para que entendam o que é a LM e quais suas implicações para sua vida diária, principalmente quando no ambiente domiciliar. A chegada no hospital especializado (reabilitação) é carregada por inúmeras expectativas sobre a condição de saúde e a reabilitação da capacidade físico-funcional¹⁹. Após o contato com tecnologias duras e leve-duras, reorganizada forma de levar a vida, o usuário reassume o cuidado de si¹¹.

As orientações recebidas ao longo da reabilitação vão sendo acumuladas na prática diária da pessoa com LM, através do aprendizado teórico sobre a lesão, bem como no desenvolvimento de suas potencialidades diárias, desde os aspectos sobre a patologia, aos cuidados com a pele, intestino, bexiga, transferências, higiene corporal entre outras. Evidenciou-se na pesquisa como um todo que o treinamento diário deve visar o alcance máximo de suas potencialidades na aquisição da independência funcional do indivíduo.

Os achados da pesquisa corroboram com os autores,

quando afirmam que a família exerce um papel fundamental na readaptação da pessoa com LM, mas para isso é necessário o suporte da equipe de enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde¹⁴⁻¹⁶.

As orientações do cuidado em saúde adquiridas ao logo do processo de reabilitação serão efetivadas, quando do retorno ao domicílio e sua aplicação nas atividades de vida diária podendo auxiliar na conquista da liberdade para desenvolver as ações cotidianas com o mínimo grau de dependência da família e cuidadores. Os participantes do estudo destacaram a importância significativa da família no processo de reabilitação e compreendem a necessidade da aquisição da independência funcional.

Embora os ambientes das instituições de reabilitação estejam preparados funcionalmente para o atendimento as pessoas com LM, através de uma equipe multiprofissional treinada e com tecnologias assistivas a disposição dos programas de reabilitação, essa prática necessita ser condizente com a realidade vivida por cada pessoa, para que esse aprendizado possa ser empregado de forma adequada e segura quando da chegada no ambiente domiciliar e as atividades de vida diária possam ser realizadas de maneira independente. Desta forma, se comprovou-se a declaração de tese, de que os cuidados em saúde melhoram a QV da pessoa com LM

CONCLUSÃO

Apesar do avanço tecnológico nos últimos anos, esse avanço tem sido traduzido lentamente na melhora da assistência em saúde as pessoas com LM. Embora nos últimos anos os serviços especializados de reabilitação tenham aumentado no país, nem sempre a população do interior tem acesso a esses serviços. Nos países desenvolvidos a entrada nos serviços de reabilitação ocorre precocemente, pois é sabido que a entrada tardia nesse serviço de saúde representa um atraso na reabilitação e na conquista da independência funcional, devido as complicações que podem ocorrer entre o a LM e a chegada nos centros especializados de reabilitação.

Os aspectos da independência funcional da pessoa com LM proposto nesse estudo, observou-se que muitos são os desafios da equipe multidisciplinar, no que tange aos cuidados, orientações e encaminhamento ao domicílio. É necessário pensar ações que assegurem um cuidado integral, de qualidade desde o atendimento pré-hospitalar até o domicílio.

REFERÊNCIAS

- Nunes DM, Morais CR, Ferreira CG. Fisiopatologia da Lesão Medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. *Revista GETEC [Internet]*. 2017 [acesso em 13 jul 2020];6(13):88–103. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/1030>
- Palimaru A, Cunningham WE, Dillistone M, Vargas-Bustamante A, Liu H, Hays RD. A comparison of perceptions of quality of life among adults with spinal cord injury in the United States versus the United Kingdom. *Qual Life Res [Internet]*. 2017 [acesso em 16 mai 2020];26(11):3143–55. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-017-1646-x>
- Andrade VS de, Faleiros F, Balestrero LM, Romeiro V, Santos CB Dos. Social participation and personal autonomy of individuals with spinal cord injury. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019 [acesso em 19 mai 2020];72(1):241–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100241&lng=en
- França ISX de, Coura AS, Sousa FS de, Almeida PC de, Paoliuca LMF. Qualidade de Vida em Pacientes com Lesão Medular. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 19 mai 2020];34(1):155–63. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/06.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2015.
- Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovanazzi R, Sá V de G, Faro ACM e. Aspectos Fisiopatológicos e Assistenciais de Enfermagem na Reabilitação da Pessoa com Lesão Medular. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2004 [acesso em 19 abr 2020];71–9. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/95.pdf>
- Tanneru K, Tanneru K, Gautam S, Norez D, Kumar J, Alam MU, et al. Evaluation of Genitourinary Complications After Spinal Cord Injury. *J Urol [Internet]*. 2020 [acesso em 16 fev 2020];203:e697. Disponível em: <http://journals.lww.com/10.1097/JU.0000000000000903.08>
- Stein DM, Sheth KN. Management of Acute Spinal Cord Injury. *Contín Lifelong Learn Neurol [Internet]*. 2015 [acesso em 17 mai 2020];21(1 Spinal Cord Disorders):159–87. Disponível em: <http://journals.lww.com/00132979-201502000-00015>
- Merhy EE. O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde Ver-SUS Brasil: caderno de textos [acesso em 14 abr 2020]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-ato-de-cuidar-a-alma-dos-servicos-de-saude/view>
- Feuerwerkr LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes [acesso em 12 mai 2020]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Desktop/Avaliacao compartilhada do cuidado em saude vol2.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf)
- Feuerwerker LCM. Cuidar em Saúde. In: Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes [acesso em 12 mai 2020]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Desktop/Avaliacao compartilhada do cuidado em saude vol2.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/Avaliacao%20compartilhada%20do%20cuidado%20em%20saude%20vol2.pdf)
- Mancussi e Faro AC. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2006 [acesso em 29 abr 2020];40(1):128–33. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>
- Ruiz AGB, Barreto M da S, Peruzzo HE, Schoeller SD, Decesaro M das N, Marcon SS. Actions of the Support Network for People with Spinal Cord Injury. *Reme Rev Min Enferm [Internet]*. 2018 [acesso em 16 mai 2020];22:e-1116. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20180051>
- Eberhard B, Knüppel Lauener S, Mahrer Imhof R. Perspectives From Family Caregivers of Persons With Spinal Cord Injury in Hospital Versus Rehabilitation. *Rehabil Nurs [Internet]*. 2019 [acesso em 16 mai 2020];44(6):311–8. Available from: <http://journals.lww.com/00006939-201911000-00003>
- Kryger MA, Crytzer TM, Fairman A, Quinby EJ, Karavolis M, Pramana G, et al. The Effect of the Interactive Mobile Health and Rehabilitation System on Health and Psychosocial Outcomes in Spinal Cord Injury: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res [Internet]*. 2019 [acesso em 16 mai 2020];21(8):e14305. Available from: <http://www.jmir.org/2019/8/e14305/>
- Zuchetto MA, Schoeller SD, Vargas CP, Antunes L, Hoyo KS Del, Alves DF. Esperanças de Pessoas Após Trauma Raquimedular: revisão integrativa da literatura. *Brazilian J Dev [Internet]*. 2019 [acesso em 21 mai 2020];5(10):18784–99. Disponible en: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/3734>
- Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Série Manu. Petrópolis, RJ: Vozes; 2019.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Venturini DA, Decesaro MDN, Marcon SS. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2006 [acesso em 29 abr 2020];27(2):219–29. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4600>
- Garcia, FR.; Salimena, AM. DE O.; Amorim, TV. Sentidos da Pessoa Hospitalizada na Vivência da Internação: implicações para a Segurança da Assistência. *Rev Enfermagem Atual In Derme [Internet]*. 2018 [acesso em 14 mai 2020];86(24):01-12. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.89>

Recebido: 2020-06-20

Aceito: 2020-08-18