



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Natália Aparecida Antunes

**IMAGINÁRIO DA RESSOCIALIZAÇÃO NO QUOTIDIANO DAS PESSOAS
COM LESÃO MEDULAR PÓS-PROGRAMA DE REABILITAÇÃO: Limites e
Potências para Promoção da Saúde**

Florianópolis
2022

Natália Aparecida Antunes

**IMAGINÁRIO DA RESSOCIALIZAÇÃO NO QUOTIDIANO DAS PESSOAS
COM LESÃO MEDULAR PÓS PROGRAMA DE REABILITAÇÃO: Limites e
Potências para Promoção da Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (NFR 5182), do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito de avaliação.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Dutra Tholl.

Florianópolis
2022

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Antunes, Natália Aparecida
Imaginário da Ressocialização no Quotidiano da Pessoas
com Lesão Medular pós Programa de Reabilitação: Limites e?
Potências para Promoção da Saúde / Natália Aparecida
Antunes ; orientador, Rosane Gonçalves Nitschke,
coorientador, Adriana Dutra Tholl, 2022.
82 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Traumatismo da medula espinhal. 3.
Enfermagem em Reabilitação. 4. Participação Social. 5.
Promoção da Saúde. I. Nitschke, Rosane Gonçalves. II. Tholl,
Adriana Dutra. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Natália Aparecida Antunes

**IMAGINÁRIO DA RESSOCIALIZAÇÃO NO QUOTIDIANO DAS PESSOAS
COM LESÃO MEDULAR PÓS PROGRAMA DE REABILITAÇÃO: Limites e
Potências para Promoção da Saúde**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de março de 2022.



Documento assinado digitalmente
Diovane Ghignatti da Costa
Data: 28/03/2022 12:01:56-0300
CPF: 445.665.060-53
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dra. Diovane Ghignatti da Costa

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
Rosane Gonçalves Nitschke
Data: 28/03/2022 11:32:10-0300
CPF: 335.756.730-04
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. Rosane Gonçalves Nitschke

Orientadora e Presidente



Documento assinado digitalmente
Adriana Dutra Tholl
Data: 28/03/2022 10:47:14-0300
CPF: 016.329.269-89
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dr. Prof.ª Dr.ª Adriana Dutra Tholl.



Documento assinado digitalmente
MARIA LÍGIA DOS REIS BELLAGUARDA
Data: 28/03/2022 21:34:05-0300
CPF: 743.156.259-49
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.ª Dr.ª Maria Lígia dos Reis Bellaguarda

Membro Efetivo

Nicole Rosa Cachoeira

Educadora. Física. Msc. Nicole Rosa Cachoeira

Membro Efetivo

Enfa. Ana Maria Petters

Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe. Sem ela, não estaria me tornando enfermeira. Obrigada mãe, te amo!

Dedico também aos meus antepassados, que lutaram para que o povo preto tivessem a oportunidade de ingressar em uma universidade.

Representatividade importa!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha amada mãe Dona Jacinta! por ter me dado todo o apoio durante a minha jornada acadêmica e por ter batalhado pela minha permanência na universidade para que eu concluísse a graduação, além de me dar todo amor e carinho. Obrigada por tudo, mãe!

Gostaria de agradecer também a Deus, que me deu forças nos momentos em que pensei em desistir dos meus sonhos, me mostrando caminhos para me fortalecer e permitindo que eu concluísse minha graduação e me tornar enfermeira!

Ao meu irmão, que também esteve comigo nos momentos em que precisei e por ter me dado uma linda sobrinha Liz, que alegra meus dias.

Ao SUS e a qualificação do atendimento de todos os profissionais de saúde, onde fui diagnosticada precocemente com Esclerose Múltipla, tendo todo o suporte físico e emocional. Graças ao SUS, hoje estou conseguindo ir atrás dos meus projetos de vida. Viva ao SUS!

À minha orientadora, Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, que me acolheu, me auxiliou na construção deste trabalho, apresentando-me a Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli, na qual pude compreender o significado do Quotidiano e apresentar em meu trabalho.

À minha querida coorientadora, prof.^a Dra. Adriana Dutra Tholl, que me apresentou o mundo da Reabilitação e me ensinou tudo sobre a reabilitação com todo carinho, paciência e dedicação.

À minha banca avaliadora, Prof.^aDr.^a Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, Edu. Física. Ma. Nicole Rosa Cachoeira e Enf. Ana Maria Petters, que se dispuseram a estar presente na minha defesa de Trabalho de Conclusão de Curso e aceitarem fazer parte deste momento

Ao NUPEQUIS-FAM-SC e a todos que me incentivaram e me apoiaram durante os momentos que passamos juntos! Também ao REABILITAR, que me apresentou a reabilitação e que me instigou querer explorar essa temática.

Ao GALEME, pois através da experiência de ter participado do grupo, me fez enxergar a vida de uma outra maneira. Agradeço aos seus integrantes por terem me acolhido e me ensinado como a viver a vida. Gratidão!

As minhas amigas, Cléia, Deisi, Alicia, Danielle e Thamyres que me apoiaram e estiveram comigo quando mais precisei. Obrigada por tudo!

RESUMO

Introdução: A lesão medular é caracterizada por um trauma na medula espinhal, sendo considerada, um tipo de lesão devastadora e incapacitante. O processo de reabilitação promove a autonomia de forma a ensinar e estimular a pessoa a reutilizar seu corpo, através do processo de reconhecimento da sua situação e adaptação para o autocuidado e desenvolvimento das atividades da vida diária. **Objetivo:** Compreender o imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação com suas potências e limites para promoção da saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa interpretativa, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Cotidiano de Michel Maffesoli, articulada ao Macroprojeto de Pesquisa: “*Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias*”, realizada em Centro de Reabilitação no sul do Brasil, tendo 121 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas presenciais e por telefone, com roteiro semiestruturado, no período de outubro/2019 a janeiro/2020, sendo selecionadas do Macroprojeto 63 pessoas pós programa de reabilitação. Dados organizados em planilha do programa *Excel for Windows*, versão 7. Utilizou-se o software ATLAS ti, versão 9, para tratamento dos dados. Adotou-se Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O imaginário sobre Potências na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação envolveu: Retorno às atividades; Redes de apoio; Auto Aceitação. Quanto aos Limites na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação, o imaginário trouxe: Dependência, Auto preconceito; Preconceito social; Inacessibilidade. No imaginário dos participantes, são potências: trabalho, estudo, sair, filho, amigos, irmão, atividade, ter carro, reinventar, participar de grupo, normal, motivação, Centro de Reabilitação, fazer esportes, atletismo, retornar às atividades, participar e adaptar, ressocialização. O imaginário sobre os limites contemplou: ter dependência/dependido de outro, usar cadeira de rodas, não poder andar/caminhar, autoestima baixa, preconceito, sentimento de coitado, olhar diferente, medo, limitações, acessibilidade e dificuldades. **Considerações finais:** Ao compreender o imaginário das pessoas com lesão medular com suas potências e limites para promoção da saúde na ressocialização no cotidiano, identificou-se que a necessidade de sair e conviver em coletividade, revelada como potência no imaginário, também aponta as limitações da deficiência e da sociedade, quando as pessoas perdem a motivação de se ressocializarem no cotidiano. A falta de acessibilidade e o auto preconceito foram aspectos limitantes para os indivíduos que não retornaram às suas

atividades cotidianas. Por outro lado, evidenciou-se que a reabilitação precoce e bem sucedida favorece a auto aceitação e o fortalecimento das redes de apoio após o acometimento da LM, potencializando a reintegração do indivíduo às suas atividades laborais. Isto possibilita um “reinventar-se” após a lesão, bem como um vivenciar novas experiências no cotidiano pós-programa de reabilitação.

Palavras chaves: Traumatismo da medula espinhal. Reabilitação. Enfermagem em Reabilitação. Atividades cotidianas. Participação Social. Promoção da Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Imaginário da ressocialização para a pessoa com lesão medular40

Figura 2- Imaginário da ressocialização para a pessoa com lesão medular40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD 's- Atividades da Vida Diária

CR - Cadeira de Rodas

LM- Lesão Medular

LMT- Lesão Medular Traumática

LMNT- Lesão Medular não Traumática

LPP- Lesão por Pressão

GALEME- Grupo de Apoio às Pessoas com Lesão Medular e suas famílias

CEAQ: Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano

NUPEQUIS-FAM-SC: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina

REHABILITAR: Laboratório de Ensino, Pesquisa, Extensão em Enfermagem, Saúde e Reabilitação

CFH: Centro de Filosofia e Ciências Humanas CRI-MSH: Centro de Pesquisa sobre o Imaginário

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUS- Sistema Único de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

LILACS- Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde

PUBMED- Publicações Médicas

SCIELO- Scielo- Scientific Electronic Library Online

QV- Qualidade de vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Lesão Medular	18
3.2 Inclusão social e Ressocialização	19
3.3 Participação social das pessoas com Lesão Medular	22
3.4 Cuidados de Reabilitação em Enfermagem	23
3.5 Promoção da saúde	24
4 MARCO TEÓRICO	27
5 METODOLOGIA	30
5.1 TIPO DE ESTUDO	30
5.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL	30
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
5.4 COLETA DE DADOS	32
5.5 REGISTRO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	32
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	34
6 RESULTADOS	36
6.1 MANUSCRITO: Potências e limites no imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE	70
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	70
APÊNDICE 2: INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS	74
ANEXO	76
ANEXO 1: PARECER CEP	76
ANEXO 2: CARTA DE INTENÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	80
ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO FIEL GUARDIÃO DE PRONTUÁRIOS	81

1 INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) é caracterizada por um trauma na medula espinhal, sendo considerado, um tipo de lesão devastadora e incapacitante. O indivíduo acometido pode apresentar diferentes graus de paralisia, perda total ou parcial de sensibilidade e mobilidade e disfunção de múltiplos órgãos (KANG *et al*, 2017)..

Quanto à etiologia, a LM pode ser caracterizada como de origem traumática (LMT) e não traumática (LMNT). Na forma traumática, a LM pode ser ocasionada por acidentes automobilísticos, lesões por arma de fogo/arma branca, mergulho em águas rasas, ou quedas de lugares altos. Na forma não traumática, a LM pode se originar devido a tumores, infecções, alterações vasculares, malformações, doenças desmielinizantes ou compressão (MARQUES; SOUZA, 2017).

Em uma análise dos dados internacionais e nacionais, as pessoas mais acometidas pela LM são do sexo masculino, sendo significativamente maior do que no sexo feminino, apresentando uma idade média entre 30 a 40 anos (KANG *et al*, 2017).

No Brasil, a incidência de LM é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo atingidos mais indivíduos do sexo masculino entre a idade de 10 e 30 anos de idade. (BRASIL, 2015). Os dados nacionais não se diferenciam dos dados internacionais. Um estudo realizado em São Petersburgo (Rússia) mostra que 70,9% das lesões ocorreram em homens, com predominância de causas traumáticas com 49,8% por queda, seguida de acidente automobilístico 18,9% (MIRZAEVA, GILHUS, LOBZIN, REKANDA, 2019).

Nos países em desenvolvimento, a principal causa de LM é por origem traumática, relacionada à violência urbana, caracterizada pelos acidentes de trânsito. Em um estudo realizado no Hospital Rede Sarah em Brasília, os dados mostraram que as principais causas de Lesão Medular Traumática (LMT) são por ferimento de arma de fogo e acidentes automobilísticos, devido à violência, sendo mais prevalente em jovens adultos. (BELLUCCI, *et al*, 2015; BARBETTA, *et al*, 2018).

Um estudo longitudinal realizado na Escócia mostra que as causas mais comuns de Lesão Medular Não Traumática (LMNT) foram distúrbios vasculares, infecções e distúrbios degenerativos da coluna vertebral. (MCCAUGHEY, *et al*, 2016).

A LM é uma deficiência física que apresenta grande impacto, trazendo inúmeras sequelas e modificando o cotidiano das pessoas e de suas famílias nos aspectos

biopsicossociais e espirituais, acarretando em alterações emocionais, sentimentos de angústia por depender de alguém, negação, mudanças físicas e fisiológicas, surgimento de lesões por pressão, dores, espasmos musculares, infecções urinárias, alterações na sexualidade,. Estas manifestações, por sua vez, podem levar a um aumento na incidência de depressão, transtorno de ansiedade, estresse pós-traumático, sentimento de inferioridade, insegurança, medo, raiva e não aceitação da nova condição de vida, trazendo dúvidas quanto ao futuro (ARAUJO, GOMES, RIBEIRO, 2018; RUIZ *et al*, 2018). Esse novo ritmo de viver, principalmente no início da lesão, compromete sua independência e autonomia.

A LM afeta significativamente a autonomia da pessoa acometida, impedindo que realize suas atividades da vida diária, sua liberdade de ir e vir sem precisar depender de alguém, em seu próprio ritmo. Diante de tantas alterações fisiológicas e motoras que a LM causa, percebe-se que a autonomia afeta a vida das pessoas com deficiência, pois no início da lesão a pessoa necessita de ajuda para realizar suas atividades cotidianas individuais, necessitando, assim, de apoio dos familiares (THOLL, 2015; BRIGNOL *et al*, 2018).

O processo de reabilitação promove a autonomia de forma a ensinar e estimular a pessoa a reutilizar seu corpo, através do processo de reconhecimento da sua situação e adaptação para o autocuidado e desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD 's). A construção da autonomia se inicia no momento em que a pessoa se reconhece, aceita a sua situação e vai ao encontro de seus objetivos (THOLL, 2015).

As redes de apoio são essenciais no processo de reabilitação à pessoa com LM, pois as mudanças impostas pela LM no cotidiano faz com que a pessoa tenha múltiplos sentimentos, como revolta, medo, tristeza, entre outros. Então, o apoio familiar e dos centros de reabilitação é um fator facilitador para a aceitação à nova condição de vida e a adesão ao processo de reabilitação (SOLIGO, SEBEN, 2019; THOLL, 2020).

A rede de apoio familiar é importante, pois são os seus integrantes que alteram sua maneira de viver e rotinas com a finalidade de fornecer todo o apoio físico e emocional, auxiliando nos cuidados relacionados à manutenção do conforto, higiene, alimentação e auxiliam na adaptação da pessoa com LM na sua nova etapa de vida. Deste modo, estimulando e dando assistência adequada, enfrentam junto com o indivíduo com LM esse processo de mudança, com todos os desafios que envolvem a deficiência. O apoio familiar resgata o significado de viver, o que estimula e dá segurança. A família acaba se tornando uma potencialidade fundamental para que a pessoa com LM aceite sua situação (CRUZ, NASCIMENTO, SILVA, SCHOELLER, 2015; THOLL, 2015; THOLL *et al*, 2020).

Os profissionais da saúde, nos diferentes contextos do cuidado, são essenciais para a estimulação do protagonismo da pessoa com LM, promovendo a saúde, mostrando possibilidades e caminhos. Enfim, podem contribuir para a transformação de um estado de dependência para a independência na sua vida cotidiana, melhorando a qualidade do seu viver e conviver. (THOLL *et al*, 2020).

A espiritualidade também se configura em uma rede de apoio importante após a LM, pois acreditar em uma crença ajuda no enfrentamento das condições decorrentes da LM e contribui para uma melhor aceitação (RUIZ *et al*, 2018).

Os grupos de pares possibilitam que as pessoas com LM tenham vínculo com outras pessoas que compartilham das mesmas experiências de vida, pois o apoio fornecido por um indivíduo que possui experiências de vidas semelhantes pode ser empoderador e ajudar a chegar a um acordo com sua lesão e reconhecer que existe vida pós-lesão (HAAS, PRICE, FREEMAN, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios básicos garantir universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade, promovendo saúde à toda população (VIACAVA, 2018).

A Atenção à Saúde à pessoa com deficiência precisa ocorrer de forma integral, envolvendo serviços estreitamente interligados. A atenção integral compreende ações de prevenção de agravos, promoção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde. No SUS, a Atenção Primária é a principal porta de entrada da pessoa com deficiência, tendo como principal estratégia de saúde na atenção básica a Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A reabilitação faz parte do conjunto das Redes de Atenção à Saúde composta pelo SUS, instituído pela Portaria nº793/2012 (Brasil, 2012), com o intuito de promover um cuidado integralizado e humanizado à pessoa com deficiência nos diferentes níveis de atenção à saúde. O propósito da reabilitação é no desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários para promover a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e necessidades. A pessoa com deficiência tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial para possibilitar a sua inclusão educativa, laboral e social (BRASIL, 2008).

A atenção à saúde para a pessoa com deficiência não é somente para realização de acompanhamento e benefícios adquiridos com a reabilitação e a prevenção de deformidades, o

SUS também fornece de forma gratuita órteses e próteses (cadeiras de rodas, bolsas de colostomia, próteses auditivas, visuais e ortopédicas, etc.), para que ocorra a promoção da inclusão social (BRASIL, 2008).

Contribuição do ensino, pesquisa e extensão para a temática

O interesse pela temática surgiu da vivência como bolsista de extensão, no projeto “*Ações Educativas no Quotidiano do Processo de Reabilitação de Pessoas com Deficiências e suas Famílias*”, no ano de 2019-2020 e como voluntária de Iniciação Científica no projeto de pesquisa “*Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias*”, no período de 2020 a 2021, ambos sob orientação da Professora Dra. Adriana Dutra Tholl.

A participação como bolsista em projeto de extensão e de pesquisa, articulada à participação no Laboratório de Pesquisa, Estudos, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina - NUPEQUIS-FAM-SC e no Laboratório de Ensino, Pesquisa, Extensão e Tecnologia em Enfermagem, Saúde e Reabilitação (REHABILITAR), além de uma expressiva produção acadêmica, permitiram-me compreender que os profissionais de saúde têm importante papel no processo de reabilitação e ressocialização das pessoas com LM e de suas famílias.

Durante as atividades de pesquisa e de extensão desenvolvidas no Centro Catarinense de Reabilitação/Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual - CER II, Instituição pública, vinculada à Secretaria Estadual de Santa Catarina, no Sul do Brasil, desenvolvemos junto ao Serviço de Enfermagem e da Reabilitação Neuroadulto, avaliações de ingresso ao programa de reabilitação e de acompanhamento até a sua alta para o domicílio, onde mantemos contato por meio dos encontros do Grupo de Apoio às Pessoas com Lesão Medular e Suas Famílias – GALEME.

O GALEME- Grupo de Apoio às Pessoas com Lesão Medular e suas famílias, criado a partir da Tese de Doutorado da professora Adriana Dutra Tholl, orientada pela professora, Dra. Rosane Gonçalves Nitschke e apresentada ao Programa de Pós-graduação da UFSC, oportuniza a convivência entre iguais, auxiliando e fornecendo apoio para as pessoas pós LM e recém-chegadas para o processo de reabilitação. É caracterizado por ser uma potência na adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e das suas famílias. Permite o encontro de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas, nos quais as pessoas se identificam com o

outro, por uma dinâmica que possibilita falar e escutar, refletir e aprender sobre a própria vida, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação ativa ao novo ritmo de vida, promovendo a qualidade de vida, especialmente a consciência para o autocuidado. O GALEME é uma expressão da Promoção da Saúde e um convite de retorno à vida (THOLL, 2016).

A aproximação com o cotidiano dessas pessoas e famílias por meio dos encontros do GALEME e das atividades de pesquisa e de extensão, associadas às reflexões sobre o cuidado de enfermagem, despertaram-me o interesse de estudar em profundidade a temática envolvendo as pessoas com lesão medular em processo de reabilitação, buscando responder os seguintes questionamentos: Quais os significados da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação? _ Quais os limites e as potências do processo de ressocialização no cotidiano das pessoas com LM pós-programa de reabilitação?

Para o desenvolvimento desta pesquisa, buscou-se subsídio no referencial teórico-epistemo-metodológico, da microsócioantropologia, ou seja, a Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, descrita pelo sociólogo francês Michel Maffesoli, pela possibilidade de compreender os significados e o imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação.

Abordar essa temática é importante visto que muitas pessoas com deficiência não estão incluídas na sociedade devido às barreiras arquitetônicas e atitudinais. O tema da pesquisa possui o intuito de sensibilizar a sociedade e os profissionais da saúde para tornar uma sociedade mais inclusiva e preparar a pessoa com deficiência para estar na sociedade.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o imaginário de ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação com suas potências e limites para a promoção da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As revisões de literaturas são subsídios para analisar e agrupar as informações disponibilizadas através de estudos relevantes publicados sobre uma determinada temática, com objetivo de resumir conhecimento existente e dar sustentação sobre o assunto de interesse (MANCINI; SAMPAIO, 2006).

Assim, para fortalecer a discussão desse trabalho em relação ao objetivo de pesquisa, trago fundamentações teóricas buscando ampliar o conhecimento sobre essa temática. Para tal, elegeu-se realizar uma revisão de literatura do tipo narrativa .

A revisão de literatura narrativa possui o foco de descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado de arte” de um determinado assunto. Basicamente, analisa as literaturas publicadas na interpretação e análise crítica, permitindo ao leitor ampliar seu conhecimento sobre o assunto de seu interesse em um curto tempo de espaço (ROTHER, 2007).

As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Publicações Médicas (PubMed). Os descritores selecionados para a busca do estudo foram: Lesão Medular, Reabilitação em Enfermagem, Participação Social e Reabilitação. A busca foi realizada em inglês e português. Os descritores foram encontrados no DeCS e no MeSH. As escolhas das referências tiveram como critérios, título e resumo. A elaboração da revisão de literatura ocorreu durante o período de abril a maio de 2021.

3.1 Lesão Medular

A lesão medular ocorre devido a danos na estrutura do canal medular, ocasionando frequentemente uma perda total ou parcial da função dos membros superiores, inferiores ou ambos, conseqüentemente tendo implicações que podem resultar alterações motoras, sensoriais, esfinterianas e sociais (CURI, LIMA, FERRETTI, 2020; ARAÚJO *et al*, 2018). A classificação da gravidade de uma lesão é realizada de acordo com padrões internacionais definidos pela American Spinal Injury Association (ASIA), indicando se a lesão é completa ou incompleta (YANG *et al*, 2014).

As pessoas acometidas pela LM possuem alto risco de adquirir complicações, aumentando o número de internação e prejudicando sua reabilitação. As principais complicações na LM incluem febre, complicações pulmonares, distúrbios eletrolíticos, espasmos, dor, infecções do trato urinário (ITU), disreflexia autonômica, doença cardiovascular, osteoporose e fraturas, miosite ossificante, trombose venosa profunda, lesão por pressão (LPP) e prurido. Sendo as mais frequentes ITU, LPP e infecções pulmonares (YANG *et al*, 2014; LEITE, SOUZA, IMAMURA, BATTISTELLA, 2018).

A LM é considerada um fator de morbi-mortalidade e vem se tornando mais incidente e prevalente. Com o avanço da medicina, as chances de sobrevivência destas pessoas aumentaram, após a lesão (CURI, LIMA, FERRETTI, 2020; ARAÚJO *et al*, 2018; THOLL *et al*, 2020).

No relatório da ONU (2018), evidenciou-se mais de 1 bilhão de indivíduos com deficiência no mundo (Silva *et al*, 2021). Segundo o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, em média 46 milhões de brasileiros, ou seja, 24% da população declarou ter algum grau de dificuldade em pelo menos em uma das habilidades de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, ou possuir deficiência intelectual (IBGE, 2010).

Estudos nacionais e internacionais mostram dados semelhantes, onde as principais causas da LMT são por violência urbana, como acidentes por armas de fogo/brancas, acidentes automobilísticos e quedas. Para que ocorra uma diminuição na incidência nos números de casos de LM, é necessário que órgãos públicos tenham medidas de controle e fiscalização, com relação à violência urbana (ARAÚJO *et al*, 2018).

As causas de LMNT são inflamação, tumores, danos vasculares ou danos degenerativos. Tendo uma alta incidência no sexo masculino entre as idades de 18 a 40 anos. A região da medula espinhal mais acometida é a região cervical, seguida pela região torácica, sendo menos comuns as áreas lombar e sacral (SCOPEL *et al*, 2018; JOSEPH *et al*, 2015).

3.2 Inclusão social e Ressocialização

A trajetória histórico-social mostra que na Idade Antiga praticava-se a exclusão da sociedade da pessoa com deficiência, devido às suas condições físicas, sensoriais e mentais, por não ser condizente com os membros pertencentes à maioria da população, a qual era considerada “normal”. A pessoa acometida por uma deficiência física ou mental era vista

como uma doença crônica que indicava um grau de impureza ou até mesmo pecado (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Ao longo dos anos, ocorreu uma preocupação em relação aos direitos das pessoas com deficiência. A partir de então, houve um avanço e com isso a formulação de legislações ao direito da inclusão dessas pessoas na sociedade. Essa responsabilidade de reconhecer a pessoa com deficiência como cidadão e que deve estar inserido na sociedade, iniciou a partir do século XIX (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Após a ONU conceber a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência em 1987, o Brasil começou assumir as recomendações da ONU, implementando uma Emenda Constitucional, de nº 12 em 1978, onde essa emenda assegura aos deficientes: I- educação especial gratuita; II - assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica social do país; III- proibição de discriminação inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV- possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (BRASIL, 1978; PEREIRA; SARAIVA, 2017).

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, de 1999, Decreto nº 3.298/99, juntamente com a Lei nº 10.098 de 2000, objetiva assegurar o pleno exercício dos direitos sociais e individuais dessas pessoas e garantir critérios básicos para a promoção da acessibilidade (BRASIL, 2000). Posteriormente, também é implementada a Lei nº 13.146 de 2015 (BRASIL, 2015) que é destinada a assegurar e promover, direitos de igualdade e liberdades fundamentais para pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania, sendo caracterizado acessibilidade como:

a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015, Art. 3).

Após o acometimento da LM, as limitações impostas pela deficiência e pela sociedade em seu cotidiano, implicam na sua ressocialização ao convívio social. Barreiras atitudinais e arquitetônicas facilitam o sentimento de distanciamento da sociedade e das atividades e/ou lugares em que costumavam frequentar. A falta de acessibilidade afasta as pessoas com deficiência física da sociedade (RUIZ *et al*, 2018).

O estudo realizado por THOLL *et al.*, (2020) exemplifica os sentimentos de exclusão da sociedade através dos olhares das pessoas, que em algumas vezes, expressam rejeição e preconceito, causando-lhes desconforto e incômodo. Além dos buracos nas ruas, degraus,

calçadas irregulares e rampas íngremes, carros sobre as calçadas, destacaram também os objetos que os impedem de locomover-se sozinhos (THOLL *et al*, 2020).

A imagem corporal na pessoa com LM é vista como inadequada devido ao uso da cadeira de rodas (CR), a qual traz uma simbologia de incapacidade, podendo provocar um sentimento de estranhamento de si mesmo, de modo que as pessoas olham para si com um olhar de inferioridade. Assim, para a sociedade a CR pode despertar um imaginário traduzido por imagens de incapacidade física e funcional e com isso promover sua exclusão social (THOLL, 2015).

Após a lesão medular, o autopreconceito é uma atitude difícil de ser controlada, pois não se pode ignorar que a autoimagem e a imagem corporal possui muita influência sobre o bem estar dessas pessoas, ocasionando sentimentos de baixa autoestima, dificuldades se relacionar socialmente e afetivamente. O preconceito social e o autopreconceito são uma barreira para a adesão a reabilitação da pessoa com LM devido a forma como a sociedade lida com a pessoa com deficiência física, não tendo acessibilidade nos diferentes contextos sociais, e com isso reforçando a exclusão dessas pessoas e amplificando a auto percepção negativa da doença (THOLL, 2015).

Embora tenha havido um grande avanço na legislação brasileira com normas e regras gerais de acessibilidade e ao longo dos anos em relação à inclusão social das pessoas com deficiência, a realidade mostra outra perspectiva no que determina a lei. A falta de interesse do poder público em fiscalizar induz uma ideia de ineficiência das leis (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Deste modo, mesmo o Brasil sendo um país que possui uma das legislações mais avançadas no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, evidencia-se que na prática isso ainda não é implementado na vida cotidiana, podendo levar a repercussões no processo de ressocialização da pessoa com LM em seu cotidiano, compreendido aqui como:

"A maneira de viver dos seres humanos no presente, expresso no dia a dia através de interações, valores, crenças, símbolos e imagens, que vão delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando, seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. O cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver." (NITSCHKE et al, 2017, p. 8).

O processo de reabilitação é importante nesta etapa de construção de uma nova imagem corporal na LM, favorecendo a compreensão de que a CR é parte integrante do corpo,

fazendo com que estas pessoas se desapeguem da imagem corporal anterior, visualizando que a CR pode ser uma expressão de liberdade (THOLL, 2015; MACHADO, *et al*, 2016).

3.3 Participação social das pessoas com Lesão Medular

O principal objetivo da reabilitação é tornar a pessoa com lesão medular apta a retornar às Atividades da Vida Diária - AVD's para a sua reinserção na sociedade. As metas iniciais e pessoais dos indivíduos não são apenas em aliviar a deficiência ou as limitações impostas por ela, mas também torná-los capazes para retornar às suas atividades como eram antes da lesão (TAMMINGA, 2020).

A principal barreira para a adesão das pessoas com LM na vida social é a falta de acessibilidade. A sociedade “finge” desconhecer e/ou não quer ver, sobre a importância da acessibilidade de pessoas com deficiência, por estarem acostumadas a viverem realidades diferentes e por não experienciarem as limitações para chegarem nos lugares construídos para pessoas andantes (THOLL *et al*, 2020).

Ao usar cadeira de rodas em locais públicos e privados, as pessoas tendem a ter dificuldades em se locomover nas ruas, utilizar transportes coletivos e outros meios. Isto impacta nas suas ações e no seu direito de ir e vir (RUIZ, *et al*, 2018).

A falta de acessibilidade dentro da casa e nos demais ambientes que as pessoas com LM costumavam frequentar, acarreta sentimentos de constrangimento e com isso afasta o deficiente físico do convívio social, provocando um isolamento da sociedade e das atividades e/ou lugares em que se costumava ir (RUIZ, *et al*, 2018; THOLL *et al*, 2020).

Um estudo realizado na Alemanha mostra que a maioria dos participantes são pessoas com boa formação profissional e altamente motivados, querendo retornar ao emprego e se considerando aptas para o retorno à vida social. Porém, dados mostram dificuldades para sua reinserção no mercado de trabalho: para 36% não foi possível encontrar um emprego adequado para a sua deficiência; 22,7% relatou ambientes de trabalho que não eram livres de barreiras e, portanto, não eram acessíveis; para 11% ocorria a falta de aparelhos adaptados, havendo uma limitação para exercer o trabalho. Na Suécia, também foi apontado que a falta de acessibilidade nas infraestruturas públicas, transporte, atitudes negativas de familiares, amigos e colegas tiveram impactos negativos para a ressocialização da pessoa com LM (STURM *et al*, 2020; REINHARDT, BALLERT, BRINKHOF, POST, 2016).

Tholl *et al* (2020) destaca que a eliminação de barreiras arquitetônicas nos domicílios, ruas, estabelecimentos comerciais, instituições de saúde, escolas, mercado de trabalho e nos transportes, torna mais “fácil” o cotidiano destas pessoas, favorecendo o retorno às atividades diárias e contribuindo para a ressocialização (THOLL *et al*, 2020).

Cabe destacar novamente que o Brasil, mesmo sendo um país que possui uma das legislações mais avançadas no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, ainda falta de interesse do poder público em fiscalizar. Ressalta-se que isto induz a uma ideia de ineficiência das leis, impossibilitando que essas pessoas sejam reintegradas na sociedade (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Para que haja uma mudança no mundo e as pessoas com deficiência sejam incluídas na sociedade e exerçam seu papel, é necessário que as pessoas com deficiência sejam conscientes dos direitos e deveres como cidadãos e lutem para que seus direitos sejam aplicados de forma correta e que a sociedade não tenha atitudes de exclusão. A acessibilidade é o ponto chave para o retorno destas pessoas na sociedade.

3.4 Cuidados de Reabilitação em Enfermagem

As práticas de cuidados de reabilitação com foco em pessoas com deficiência física, iniciou-se a partir do século XXIX no Brasil. A partir de um Congresso Brasileiro de Enfermagem, que aconteceu no ano de 1980, a reabilitação começou a ser reconhecida e a ganhar espaço no ensino e pesquisa (CAMPOS, RACHED, 2017).

A Reabilitação em Enfermagem tem um destaque importante no processo de reabilitação, desde compreender os cuidados sistematizados na fase aguda no âmbito hospitalar e na fase crônica nos Centros Especializados de Reabilitação e na Atenção Primária à Saúde, com objetivo de prevenir complicações evitáveis e promover a autonomia e a independência nas atividades da vida cotidiana (THOLL *et al*, 2020).

Desta forma, o papel do enfermeiro de reabilitação no ambientes hospitalar e ambulatorial é importante, pois, é no ambiente domiciliar que a pessoa com deficiência vai desenvolver o que lhe foi orientado, adaptando-se conforme seu cotidiano (THOLL *et al*, 2020).

O Cuidado em Enfermagem na reabilitação das pessoas com LM, tem a função de educar o indivíduo, sobre os cuidados com o intestino e bexiga neurogênica, os cuidados com a pele, para a prevenção de lesões por pressão (LPP), transferências, os cuidados com o

posicionamento, afim de evitar deformidades e com a espasticidades. O Enfermeiro reabilitador exerce um cuidado integral junto à pessoa, com relação aos limites físicos, cognitivos e emocionais que podem ser imposta pela doença. Então, os objetivos das práticas de reabilitação são de fortalecer as potências e as possibilidades do paciente, para que melhore o seu viver e o conviver com a condição atual (THOLL *et al*, 2020-2020, MONTI, 2017).

O Enfermeiro ao induzir o protagonismo destas pessoas durante o processo de reabilitação, causa mudanças na forma de viver, transformando um estado de dependência para a independência, com a finalidade de promover e incentivar o autocuidado diante das orientações e treinamento tornando- os capazes de retornar às atividades cotidianas e melhorando sua qualidade de vida (THOLL *et al*, 2020; CAMPOS, RACHED, 2017). A atuação do enfermeiro em reabilitação possui um aprofundamento bastante amplo, possibilitando que as pessoas participem do planejamento das ações, juntamente com o enfermeiro (CAMPOS, RACHED, 2017).

Segundo Andrade *et al* (2010), o enfermeiro de reabilitação é caracterizado por três categorias predominantes: o cuidado terapêutico, evidenciando multiplicidade dos focos, processos e papéis do cuidado do enfermeiro; o trabalho em equipe, que estabelece uma conexão com outros profissionais para dar continuidade no cuidado e o de advogado do pessoa com deficiência, que tem o objetivo de tornar as pessoas independentes para suas atividades diárias (ANDRADE *et al*,2010).

3.5 Promoção da saúde

A Promoção da Saúde integra um sistema de estratégias e formas de produzir saúde, sendo individual e/ou coletivo, buscando se articular com as demais redes de atenção à saúde, com o objetivo de atender as necessidades de saúde (BRASIL, 2015).

Em 2006, através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída, e então, inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes. As diretrizes da Promoção da Saúde já tinham sido inseridas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, porém, não implementadas nos serviços de saúde, buscando a melhoria na qualidade de vida da população (BRASIL, 2015).

Desta forma, a Promoção da Saúde passa a ser uma estratégia de cuidado em saúde respeitando a autonomia e as especificidade de cada indivíduo para a produção de planos terapêuticos de vida, havendo uma escuta qualificada dos profissionais da saúde, de modo a observar a perspectiva do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida, com foco de solucionar o problema (BRASIL, 2015).

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é caracterizada como:

“ O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 1986, p.1).

A Carta de Ottawa destaca que é direito da população fazer parte do seu processo de cuidado para qualificar e promover à saúde, com a finalidade de permitir que a sociedade tenha voz para as tomadas de decisões. Neste sentido, as diretrizes da Carta de Ottawa visam a diminuição das desigualdades sociais, melhorando a assistência do cuidado e a qualidade de vida da população. Enfatiza também que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal juntamente com os recursos fundamentais para a saúde como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade para favorecer uma boa qualidade de vida (HEIDMANN,2006; BRASIL, 1986).

A Política Nacional da Promoção da Saúde possui 5 estratégias de ação, sendo elas: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde, tendo como finalidade assegurar a igualdade à saúde, com ambientes favoráveis, acesso à informação, viver melhor e possibilidade de fazer escolhas saudáveis. (BUSS, HARTZ, PINTO, ROCHA, 2020)

4 MARCO TEÓRICO

O marco teórico que sustenta este estudo para compreender o Imaginário da Ressocialização no Quotidiano das pessoas com Lesão Medular é a Sociologia Compreensiva e Sociologia do Quotidiano, de Michel Maffesoli, que se destaca, entre outros aspectos, por respeitar os diferentes saberes do cotidiano, inclusive o senso comum (MAFFESOLI, 2008; MAFFESOLI 2010).

Para as pesquisas, a Sociologia Compreensiva de Maffesoli envolve outro paradigma valorizando não somente os aspectos da razão que também são essenciais, mas também os aspectos impalpáveis, como os do sentimento e do imaginário, oferecendo um outro olhar às relações humanas, colaborando nas investigações acadêmicas, em especial nas pesquisas em Enfermagem onde se torna essencial compreender como cada pessoa vivencia o processo saúde-doença (NÓBREGA *et al*, 2012; MORAIS, CAMARGO, QUIRINO, 2011).

Michel Maffesoli é francês, sociólogo, nascido em 14 de novembro de 1944 em Graissessac (Hérault), casado, pai de 4 filhas. Possui doutorado em Sociologia, em 1973, pela Universidade de Grenoble, com a tese "A História como um fato social total", sob a direção de Gilbert Durand. Também doutorou-se em Ciências Humanas, sustentando a temática "Dinâmica social", sendo supervisionado por Gilbert Durand, em defesa em 10 de junho de 1978, tendo em seu júri, nomes como: J. Freund, G. Balandier, J. Duvignaud, P. Sansot. É professor emérito da Universidade de Paris-Sorbonne Descartes. Fundou junto a Georges Balandier, em 1982, o Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien - Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano (CEAQ) e o Centro de Pesquisa sobre o Imaginário (CRI-MSH). (CEAQ, 2021).

Meu interesse pela Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, surgiu quando me tornei membro do Laboratório de Pesquisas e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUIS-FAM-SC), participando das discussões sobre a literatura de Maffesoli, despertando-me reflexões sobre o Quotidiano e o Imaginário, no seu entrelaçamento com o processo saúde-doença, frente aos fenômenos contemporâneos

Assim, as noções sobre o cotidiano, potências, tribo, solidariedade orgânica, imagem, imaginário, desenvolvidos por Michel Maffesoli, contribuem para esta pesquisa relacionando-se com a temática do Quotidiano das Pessoas com Lesão Medular pós-reabilitação.

O **Quotidiano**, para Michel Maffesoli (2012, p.16), é definido como “o modo de vida, a maneira de ser, de pensar, de se situar, de se comportar em relação aos outros e à natureza”. Há ainda, um conhecimento empírico que não pode ser eximido. Esse “saber fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver”, todos dotados de tão diversas e múltiplas implicações (MAFFESOLI, 2007).

O **Imaginário**, sendo constitutivo do viver humano, forma uma espécie de atmosfera que re-liga ao outro, uma força de conjunção, que envolve o racional e irracional, as dimensões lúdicas, oníricas, afetivas e simbólicas (MAFFESOLI, 2001, 2018).

Potências são as forças que vêm do interior de cada pessoa, mostrando-se como uma forma de libertação e de cooperação (MAFFESOLI, 2010).

De acordo com Maffesoli (1997), **Tribalismo** está relacionado ao grupo de pessoas que compartilham entre si uma mesma forma de viver, atividades e interesses similares.

A **Solidariedade Orgânica**, segundo Maffesoli (2005), se dá pelas relações consigo e com os outros. Ou ainda, pelos sentimentos de potência e cooperação que nasce de dentro do ser, dada pela espontaneidade e pelo sentimento de querer estar junto (MAFFESOLI, 2005).

A **Imagem**, para Maffesoli (1984), é substrato da subjetividade humana chamada de imaginário, sendo considerada um símbolo, e o símbolo é imagem. Símbolo é a linguagem do inconsciente (MAFFESOLI, 1984).

A **Aceitação da Vida** remete ao trágico do presente no qual se encarna todo desejo e pelo qual esgota toda potencialidade. Nem por isso, tal “aceitação” deixa de ser a ocasião e o índice de uma resistência maior, mais sorradeira também. Frente à identificação imposta que assume formas múltiplas e imperativas, é possível existir um reconhecimento de si mesmo, que seja mais maleável, declarado, forçosamente contraditório, que não diz “não”, mas encontra formas mais astuciosas de olhar a vida (MAFFESOLI, 1987).

Michel Maffesoli propõe noções e pressupostos que nos possibilitam compreender os fenômenos do cotidiano e do imaginário em saúde. Os cinco **Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade** de Maffesoli são: **1) a crítica ao dualismo esquemático; 2) a forma; 3) a sensibilidade relativista; 4) a pesquisa estilística; e 5) pensamento libertário** (MAFFESOLI, 2010).

Primeiro pressuposto: **A Crítica ao dualismo esquemático**. Maffesoli destaca que para analisar um fenômeno é preciso duas atitudes complementares: a razão e imaginação. A primeira, sustentado na crítica, no mecanismo e na razão. Já a segunda, sustentado pela natureza, sentimento, orgânico e na imaginação. Dessa forma, o autor propõe uma ciência de

dentro, na qual o pensador, não tem de se abstrair, pois ele faz parte daquilo que descreve, podendo, deste modo, ter uma visão desde dentro, uma “intuição”. (MAFFESOLI, 2010, p. 27-28).

Segundo pressuposto: **A Forma**. Maffesoli traz sua noção de formismo, entendendo que esta permite “descrever os contornos de dentro, os limites e a necessidade das situações e as representações que constituem a vida quotidiana”, temperando-se, assim, a rigidez do estruturalismo, com o “cuidado de manter a sua perspectiva, pertinente, de invariância; trata-se de uma modulação temperada que permite apreender a labilidade e as correntes quentes da vivência” (MAFFESOLI, 2010, p. 36-37).

Terceiro pressuposto: **Uma sensibilidade relativista**. O autor sustenta que a forma que traz consigo, as comparações, é possível pela existência de um relativismo metodológico. Sem haver realidade única. A clássica instrumentação já não basta para descrever uma “constelação societal onde a imagem e o símbolo ocupam um lugar de eleição” (MAFFESOLI, 2010, p. 36-40).

Quarto pressuposto: **A pesquisa estilística**. Maffesoli defende que a ciência precisa se expressar de modo “a saber dizer o seu tempo”. Ele propõe que a ciência se mostre através de um “feedback” constante entre a empatia e a forma, com uma escrita mais aberta (MAFFESOLI, 2010, p. 41).

Quinto pressuposto: **Um pensamento libertário** O autor defende a importância da libertação do olhar. O pesquisador, ao interagir com o participante, torna-se parte da pesquisa, o que leva um outro olhar para a situação social (MAFFESOLI, 2010, p. 49).

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa articulada ao Macroprojeto de Pesquisa: “*Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias*”, sob o CAAE 93502418.2.0000.0121 e Parecer nº 2.841.165 (ANEXO 1), coordenada pela professora Dra. Adriana Dutra Tholl, vinculada ao Laboratório de Pesquisa, Estudos, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina - NUPEQUIS-FAM-SC, da qual participei como bolsista.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa, de natureza qualitativa do tipo interpretativa, fundamentada no referencial teórico de Michel Maffesoli (MAFFESOLI, 2011). A pesquisa interpretativa, de acordo com Klein e Myers (1999), coloca como pressuposto epistemológico que o conhecimento sobre o mundo é adquirido através de construções sociais, como a linguagem, a consciência e os significados compartilhados. O foco está em dar sentido às situações em que ocorrem e sobre os significados que as pessoas atribuem para as situações (KLEIN; MYERS, 1999).

A pesquisa qualitativa é caracterizada por uma pesquisa de natureza subjetiva. Esse método de pesquisa é baseado em um conjunto entre o pesquisador e o pesquisado por meio das experiências individuais (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

5.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida junto ao Serviço de Enfermagem e de Reabilitação Neuroadulto do Centro Catarinense de Reabilitação – CCR/Centro Especializado em Reabilitação II – CER II desde 03/05/2013 através da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 496. O CCR é uma Instituição pública, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina – SES/SC, referência em atendimentos e procedimentos de Medicina Física e de Reabilitação às pessoas com deficiência física e intelectual.

Os programas oferecidos pela instituição são voltados para à Deficiência Física, Intelectual e Espectro Autista. Na deficiência física, os programas consistem em: Neuroreabilitação Adulto, no qual atende pessoas com idade a partir de 15 anos e que apresentam disfunções neurológicas, com sequelas motoras e funcionais, como por exemplo: LM, Acidente Vascular Encefálico, Esclerose Múltipla, entre outros. Como suporte ao

atendimento destas pessoas, o CCR também conta com: Programas de tratamento de espasticidade e distonia com Toxina Botulínica; Programa de reeducação vesical e intestinal; Programa de reavaliações, entre outros. Já em parceria com universidades, incluem-se os projetos: Projeto Ninho (UFSC) e Projeto Parkinson.

Outro programa voltado à deficiência física é a Reabilitação Pediátrica, prestando atendimento para crianças entre 0 a 14 anos e 11 meses, com deficiência física ou motora, sem comprometimento cognitivo ou intelectual, para médias e grandes incapacidades.

Há também o serviço voltado para a Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (RIA). A Deficiência Intelectual é um transtorno que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) refere-se a déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos.

No ano de 2013, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 563, de 21 de maio, o CCR ficou apto a receber incentivos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços de Oficinas Ortopédicas Fixa, para manutenção e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais, dando suporte às pessoas e famílias que necessitam destes materiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No Macroprojeto citado, participaram 121 pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação, residentes do Estado de Santa Catarina (SC). Nesta pesquisa, foram selecionadas do macroprojeto, 63 pessoas com lesão medular devido a saturação dos dados. O conceito de saturação teórica se refere ao estabelecimento de critérios para a identificação dos participantes, objetivando uma seleção que proporcione os dados necessários para atingir os objetivos estabelecidos, e a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados passarem a apresentar redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa foram: ter lesão medular independente da etiologia do trauma, idade igual ou superior a 18 anos e que tenham participado de um Programa de Reabilitação.

Os critérios de exclusão foram: pessoas com déficit cognitivo associado, constatado em prontuário e pacientes residentes no interior de SC que não puderam ser localizados pelo telefone após três tentativas em dias e horários alternados.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após ciência e concordância da instituição envolvida (ANEXOS 2 e 3) e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (ANEXO 1).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro/2019 a janeiro/2020, por meio de entrevistas presenciais, em local privativo para as pessoas que residiam na Grande Florianópolis; para as pessoas que residiam no interior do Estado de Santa Catarina e que verbalizaram dificuldade no seu deslocamento até o CCR, a coleta de dados foi realizada por contato telefônico.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro, contemplado em um instrumento, onde são abordados aspectos clínicos, e também questões abertas que envolvem a ressocialização no cotidiano domiciliar de pessoas com LM pós-programa de reabilitação como: *Você se considera ressocializado? Você retornou ao estudo/trabalho, lazer após o programa de reabilitação? Como o processo de ressocialização se dá para você? Quais as dificuldades e as facilidades no processo de ressocialização pós-programa de reabilitação?*

O instrumento de coleta de dados é utilizado pelos enfermeiros do CER, há nove anos, sendo, portanto, constantemente atualizado e validado pelos mesmos (APÊNDICE 2). As entrevistas tiveram a duração de aproximadamente 40 minutos.

5.5 REGISTRO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados clínicos e sociodemográficos foram organizados em uma planilha do programa *Excel for Windows*, versão 7. Os dados referentes aos aspectos que envolvem a ressocialização no cotidiano pós-programa de reabilitação foram registrados em um documento do programa Google Docs- AJAX, v. 2006 pelas pesquisadoras.

Para a análise dos dados, adotou-se o método sugerido por Bardin (2011), sendo caracterizado pelas etapas: de pré-análise, codificação, categorização e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). Na etapa de pré-análise, o intuito é tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, realizando leituras flutuantes, que possibilitam uma aproximação com o material a ser trabalhado. A etapa de codificação é definida como um processo de transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características intrínsecas do conteúdo, o que permite alcançar uma representação do conteúdo e/ou de sua expressão. Na etapa de categorização, define-se a classificação dos elementos textuais por diferenciação e,

em seguida, pelo agrupamento, por meio de características ou significados comuns entre elementos. Por fim, na última etapa da análise, realiza-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação de toda entrevista realizada (BARDIN, 2011).

Assim, a análise dos dados iniciou-se com a leitura dos relatos dos participantes da pesquisa, organizando-se, a seguir, os dados em uma tabela no programa Google Docs-AJAX, v. 2006, chegando-se à composição em categorias e subcategorias.

Na pré-análise, os dados já estavam transcritos, enumerados e codificados conforme a ordem das entrevistas, nesse primeiro momento foi realizada uma leitura de todas as entrevistas. Na fase de exploração dos dados, foi realizado recorte das entrevistas, categorizando-as. Para o tratamento dos dados, inicialmente foram agrupadas as entrevistas, sendo separadas como potências e limites em um documento do Word, versão 7. Após, utilizou-se o *software* ATLAS.ti, versão 9, permitindo observar nas entrevistas as frequências de palavras em uma nuvem através dos relatos dos participantes. O uso do software teve como finalidade trazer dados fidedignos para a pesquisa.

O ATLAS ti é um software que tem como objetivo analisar dados qualitativos de grandes corpos de dados textuais, gráficos, áudio e vídeo. O software possui ferramentas sofisticadas que ajudam você a organizar, montar e gerir o seu material de forma criativa, oportunizando uma análise de dados textuais mais objetiva, porém graficamente interessante, com uma visualização compreensiva dos resultados, cooperando para o encadeamento de dados em pesquisas qualitativas (BLEY, CARVALHO, 2019).

Neste estudo, a utilização do ATLAS ti teve como finalidade a identificação de frequências e repetições das palavras gramaticais. Os dados foram representados através da nuvem de palavras, que possui uma análise mais simples.

O estudo foi guiado pelo o olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (MAFFESOLI, 2010), visto a sua força para a compreensão do sentido das relações sociais.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desta pesquisa e visando garantir os direitos e os deveres dos participantes, da comunidade científica e do Estado, sob a ótica do indivíduo e coletividades, foram cumpridos os aspectos éticos previstos na Resolução N° 466, de dezembro de 2012. Esta pesquisa articulada ao Macroprojeto de Pesquisa: “Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas

famílias”, registrada sob o CAAE 93502418.2.0000.0121, foi aprovada no Parecer nº 2.841.165, de 24/08/2018. (ANEXO 1)

A participação no estudo foi de forma voluntária. As pessoas foram esclarecidas individualmente sobre o objetivo da pesquisa e sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1), sendo elaborado em duas vias, com a assinatura do coordenador do projeto e pelo participante.

Após o esclarecimento, os mesmos ficaram livres para participar ou não do estudo. Para as entrevistas realizadas por telefone, o termo foi enviado por e-mail ou pelo WhatsApp. Aos participantes, também foi garantida a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer etapa do processo, sem que isso lhe cause danos ou constrangimento e garantido o sigilo e anonimato de todas as informações dos participantes.

Os participantes foram identificados no estudo por meio da letra (E) de entrevista, seguida do número arábico na ordem em que aconteceram as entrevistas do Macroprojeto, seguido do número arábico de identificação para esta pesquisa.

Identificação dos participantes do Macroprojeto (121 pessoas com lesão medular pós programa de reabilitação).	Identificação dos participantes desta pesquisa de TCC (63 pessoas com lesão medular pós programa de reabilitação).
E2	E2-E1
E3	E3-E2
E11	E11-E3
E13	E13-E4
E14	E14-E5
E19	E19-E6
E21	E21-E7
E23	E23-E8
E24	E24-E9

E25	E-25-E10
E29	E29-E11
E30	E30-E12
E31	E31-E13
E32	E32-E14
E33	E33-E15
E34	E34-E16
E36	E36-E17
E38	E38-E18
E40	E40-E19
E41	E41-E20
E43	E43-E21
E44	E44-E22
E45	E45-E23
E46	E46-E24
E47	E47-E25
E51	E51-E26
E52	E52-E27
E55	E55-E28

E62	E62-E29
E63	E63-E30
E66	E66-E31
E67	E67-E32
E69	E69-E33
E71	E71-E34
E73	E73-E35
E74	E74-E36
E75	E75-E37
E76	E76-E38
E77	E77-E39
E78	E78-E40
E79	E79-E41
E81	E81-E42
E82	E82-E43
E88	E88-E44
E91	E91-E45
E92	E92-E46
E93	E93-E47

E95	E95-E48
E96	E96-E49
E97	E97-E50
E101	E101-E51
E102	E102-E52
E104	E104-E53
E107	E107-E54
E108	E108-E55
E110	E110-E56
E111	E111-E57
E112	E112-E58
E113	E113E59
E117	E117-E60
E118	E118-E61
E120	E120-E62
E121	E121-E63

Fonte: Elaborado pela autora

RISCOS DA PESQUISA

Os riscos do presente estudo foram classificados como mínimos, uma vez que haveria a chance de despertar emoções e possíveis lembranças ao se retomar o cotidiano vivenciado

pelas pessoas com LM. As pesquisadoras do estudo ficaram atentas ao surgimento de alterações emocionais dos participantes e foi acordado com a Instituição, o apoio do Serviço de Psicologia em caso de necessidade. Além disso, foi informado aos participantes que a pesquisa poderia ser interrompida sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Quanto aos benefícios, considera-se que a investigação possibilita ganhos aos participantes do estudo e aos profissionais de saúde, uma vez que, compreender o imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação e sua relação com a Promoção da saúde, considerando seus limites e potências, poderá sinalizar intervenção necessária nos diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de favorecer o processo.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa apresentam-se através de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº3 para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso, conforme solicita o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

6.1 MANUSCRITO: Potências e limites no imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação

Resumo:

Objetivo: Compreender o imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação com suas potências e limites para promoção da saúde. **Método:** estudo qualitativo interpretativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli. (Pesquisa articulada ao Macroprojeto de Pesquisa: “*Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias*”, tendo 121 participantes. Realizada no Centro de Reabilitação no sul do Brasil. Coleta de dados por meio de entrevistas presenciais e por telefone, com roteiro semiestruturado, no período de outubro/2019 a janeiro/2020, sendo selecionadas do Macroprojeto 63 pessoas. Dados organizados em planilha do programa *Excel for Windows*, versão 7. Para tratamento dos dados, utilizou-se o software ATLAS ti, versão 9. Adotou-se Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O imaginário sobre Potências na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação envolveu: Retorno às atividades; Redes de apoio; Auto Aceitação. Quanto aos Limites na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação, o imaginário trouxe: Dependência, Auto preconceito; Preconceito social; Inacessibilidade. No imaginário dos participantes, são potências: trabalho, estudo, sair, filhos, amigos, irmão, atividade, ter carro, reinventar, participar de grupo, normal, motivação, Centro de Reabilitação, fazer esportes, atletismo, retornar às atividades, participar e adaptar, ressocialização. O imaginário sobre os limites contemplou: ter dependência/depende do outro, usar cadeira de rodas, não poder andar/caminhar, autoestima baixa, preconceito, sentimento de coitado, olhar diferente, medo, limitações, acessibilidade e dificuldades. **Considerações finais:** Ao compreender as potências e os limites para promoção da saúde na ressocialização no cotidiano, das pessoas com lesão medular, evidenciou-se em seu imaginário que a reabilitação precoce e bem sucedida favorece a auto aceitação e o fortalecimento das redes de apoio após o acometimento da LM potencializando a reintegração do indivíduo às suas atividades laborais, possibilitando reinventar-se após a lesão, bem como vivenciar novas experiências pós programa de reabilitação. A falta de acessibilidade e o auto preconceito são limites para os indivíduos que não retornaram às suas atividades cotidianas. A necessidade de sair e conviver em coletividade, revelada como potência no imaginário, também aponta os limites da deficiência e da sociedade, quando as pessoas perdem a motivação de se ressocializar no cotidiano.

Palavras chaves: Traumatismo da medula espinhal. Reabilitação. Enfermagem em Reabilitação. Atividades cotidianas. Participação Social. Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A lesão medular é decorrente de uma interrupção na comunicação das vias aferentes e eferentes da medula espinhal, com isso gerando implicações sensoriais, motoras, alterações nos sistemas afetando as funções fisiológicas e mental, ocasionando grandes sequelas devido às suas complicações e marcando as vidas destes indivíduos e de suas famílias. (LATORRE, *et al*, 2020; YUAN, *et al*, 2018; ARAUJO, GOMES, RIBEIRO, 2018, ARAUJO, GOMES, RIBEIRO, 2018).

O processo de reabilitação iniciado precocemente, contribui evitando complicações físicas e emocionais, possibilitando a autonomia dos indivíduos e os reintegrando na sociedade (THOLL *et al*, 2020; FARIA, 2006). A pessoa ao ser reabilitada inicia o processo sem nenhuma esperança, com dúvidas em relação ao futuro e acreditando que após a lesão sua vida se tornaria algo inútil ((ZUCHETTO, OSTROWSKI, SCHOELLER, 2020).

Diante disso, a reabilitação bem sucedida é vista como uma potência para a readaptação dos indivíduos com lesão medular ao meio social, possibilitando o fortalecimento do desenvolvimento dos múltiplos órgãos e sistemas, favorecendo os desafios a serem enfrentados como conflitos pessoais e barreiras impostas pela sociedade. Ademais, a reabilitação estimula o aprendizado, o resgate do ânimo e a vontade da ressignificação à vida após lesão medular, desmistificando os estereótipos da deficiência (ZUCHETTO, OSTROWSKI, SCHOELLER, 2020; FARIA, 2006; VASCO, FRANCO, 2017).

Neste pensar, Vasco e Franco (2017) corroboram que a reabilitação proporciona medidas de como lidar com as limitações e as frustrações, ensinando às adaptações para o retornar ao convívio social.

Para que os indivíduos voltem a estar em sociedade, são necessários três pilares essenciais para fortalecer a adesão das pessoas à reabilitação e seu progresso à ressocialização, sendo eles: rede de apoio, profissionais especializados para uma reabilitação de qualidade nos diferentes níveis de atenção à saúde e o mais importante, a força de vontade da pessoa em querer retornar a sua vida, enfrentando todas as limitações. Neste pensar, o querer retornar à vida nos remete a noção de *aceitação da vida* de Maffesoli (1987), quando nos diz que a aceitação da vida em um outro contexto, precisa assumir diferentes formas para o reconhecimento de si mesmo, que seja mais maleável, declarado, forçosamente contraditório, que não diz e não aceita o “não”, mas encontra formas mais astuciosas de olhar a vida (MAFFESOLI, 1987).

A aceitação da deficiência, autonomia e autoconfiança, influenciam diretamente no contexto pessoal, estimulando o retorno das pessoas com LM novamente à sociedade, pois com as leis garantindo a inclusão desses indivíduos para que possam exercer seus direitos sociais e individuais, favorece que consigam tomar decisões sobre suas próprias vidas, tendo o direito de ir e vir (HÄSTBCKA, NYGARD, NYQVIST, 2016).

Dada a importância da ressocialização no cotidiano das pessoas com LM pós-programa de reabilitação, ressaltando-se que o convívio social permite que estes indivíduos se reconheçam, reconstruindo um novo significado à vida, justifica-se a relevância deste estudo. Estar em sociedade proporciona resiliência entre os indivíduos, possibilitando criar relações de amizade e amorosas, com isso proporcionando satisfação com a vida, motivando estes indivíduos a ir atrás de seus desejos pessoais. (CONRAN, WAHMAN, PHILLIPS, WIKMAR, 2016; LEEUWEN *et al*, 2012)

No entanto, há limitações como a falta de acessibilidade e discriminação social que implicam na ressocialização, promovendo a exclusão, sendo assim, ocasionando uma baixa participação destes indivíduos na comunidade (HÄSTBCKA, NYGARD, NYQVIST, 2016).

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo compreender o imaginário da ressocialização no cotidiano das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação com suas potências e limites para promoção da saúde. Destaca-se que o cotidiano aqui é compreendido como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expresso por suas interações, crenças, valores, símbolos, significados, imagens e imaginário, que vão delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. Assim, paradoxalmente, o cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver” (NITSCHKE et all , 2017, p. 8)

MÉTODO

Trata-se de um estudo, de natureza qualitativa, do tipo interpretativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli (MAFFESOLI, 2010). Sendo articulado ao Macroprojeto de Pesquisa: “*Avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias*”, o

estudo foi realizado em um Centro Especializado em Reabilitação física e intelectual no sul do Brasil (CER II), durante o período de outubro de 2019 a janeiro de 2020.

Foram selecionados 63 sujeitos, dos 121 participantes do Macroprojeto, em virtude da saturação dos dados.

Os critérios de inclusão foram: ter lesão medular independente da etiologia do trauma, idade igual ou superior a 18 anos e que tenham participado de um Programa de Reabilitação. Os critérios de exclusão envolveram: pessoas com déficit cognitivo associado, constatado em prontuário e pacientes residentes no interior que não puderam ser localizados pelo telefone após três tentativas em dias e horários alternados.

A coleta de dados foi orientada por um instrumento semiestruturado, envolvendo aspectos clínicos e adicionalmente foram inseridas questões norteadoras sobre os aspectos que envolvem a ressocialização no cotidiano domiciliar de pessoas com LM pós-programa de reabilitação: *Você se considera ressocializado? Você retornou ao estudo/trabalho, lazer após o programa de reabilitação? Como o processo de ressocialização se dá para você? Quais as dificuldades e as facilidades no processo de ressocialização pós-programa de reabilitação?*

Os dados coletados se deram por meio de entrevistas presenciais, em local privativo, após os atendimentos previstos/realizados pela instituição e pré-agendadas para pessoas que residiam na região metropolitana da capital. Para as pessoas do interior do Estado e que relataram dificuldades de deslocamento até o local da coleta, as entrevistas foram realizadas por meio de contato telefônico. Em ambos formatos, o tempo médio de duração foi de 40 minutos.

No processo de análise dos dados, utilizou-se o método de Bardin (2011), sendo caracterizado pelas etapas: de pré-análise, codificação e categorização e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011), associado ao *software* ATLAS.ti versão 9, 2020.

Na pré-análise, os dados foram transcritos, enumerados e codificados conforme a ordem das entrevistas, a partir da leitura de todas as entrevistas. Na fase de exploração dos dados, foi realizado um recorte das entrevistas, emergindo categorias e subcategorias. Para o tratamento dos dados, utilizou-se o *software Scientific Software Development GmbH-ATLAS.ti* versão 9 permitindo observar nas entrevistas as frequências de palavras através dos relatos dos participantes. O uso do software teve como finalidade trazer dados fidedignos para a pesquisa, fortalecendo o embasamento e a importância da abordagem científica sobre essa temática.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o Parecer de nº 2.841.165.

Os participantes foram identificados no estudo por meio da letra (E) de entrevista, seguida do número arábico na ordem em que aconteceram as entrevistas do Macroprojeto, seguido do número arábico de identificação para esta pesquisa.

RESULTADO

Participaram desta pesquisa 63 pessoas com LM pós-programa de reabilitação, sendo 49 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, entre a idade de 74 a 25 anos. A renda mensal familiar dos participantes é entre 1.200,00 a 3.000,00. Com relação a procedência, 32 residiam na Grande Florianópolis e 31 no interior do Estado de Santa Catarina.

De acordo com a etiologia da LM, 52 dos participantes são de origem traumática, sendo prevalente os acidentes automobilísticos (25), havendo 17 por acidente de moto e 8 acidente de carro, seguido por queda (14), ferimento de arma de fogo- FA (9) e mergulho em águas rasas (4), determinando através da escala da *American Spinal Injury Association* (ASIA). 42 entrevistados apresentavam lesões completas (ASIA A) e 10 apresentavam lesões incompletas (ASIA B, C,D). De origem não traumática, foram identificados 11 participantes, com mielopatia (5), mielite transversa (2), tuberculose óssea (1), malformação (1), tumor medular (1) e mielomeningocele (1), sendo (11) sem classificação de ASIA devido LMNT. Destes, 47 eram paraplégicos e 16 tetraplégicos.

No que diz respeito à ocupação/escolaridade dos participantes desta pesquisa antes e após a LM, os dados mostram que, antes da LM, 49 dos participantes eram ativos, sendo que 11 trabalhavam e estudavam; 3 apenas estudavam. Após a LM, 50 estavam aposentados, não retornando ao trabalho pós-programa de reabilitação; 7 estavam aposentados, mas exercendo atividade laboral de forma autônoma; 3 recebendo auxílio-benefício; 3 permaneciam ativos, trabalhando e estudando.

Em relação à escolaridade: antes da LM, 52 não estudavam e 11 estudavam e após a LM, 57 não estudavam e 6 retornaram/permaneceram aos estudos.

Destes 63 participantes, 36 pessoas com LM retornaram às suas atividades cotidianas, sendo destacado como uma potência para a ressocialização pós programa de reabilitação, o retorno às atividades, auto aceitação e as redes de apoio.

Potências na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação

Retorno às atividades

No imaginário dos participantes, a ressocialização transita pelo retorno às atividades que se desenvolvia antes da LM ou pelo retorno às atividades adaptadas, a partir da reabilitação. A maneira como as pessoas reagem à deficiência física adquirida, pode favorecer à reconstrução/ressignificação da vida, permitindo-lhes experienciar novas realidades e habilidades, como o retorno sobre duas rodas ao trabalho, estudo, esportes adaptados, grupos, sendo expressando o desejo de estar presente na sociedade.

“Sim, já comecei a dar alguns passos” (E62-31)

*“Sim, **trabalho**, amigos, as meninas, carro” (E34-13).*

*“Me considero ressocializado, **trabalho na roça mesmo dependendo da cadeira**, me adaptei, mas no começo senti muita dificuldade, achei que não conseguiria” (E47-25).*

*“Sim, só não consegui retornar para o antigo trabalho. **Voltei aos estudos**” (E13-4).*

*“Sim. **Voltei para faculdade, terminei os estudos**, saio de vez em quando.” (E95-48).*

*“Sim. **Faço basquete, retornei ao trabalho**, me sinto mais à vontade em estar com a sociedade.” (E111-57).*

*“Sim. **Pratico esportes, saio para conhecer vários lugares.**” (E102-52)*

*“Sim, me viro sozinho, **faço basquete, atletismo adaptado**” (E30-12)*

*“Sim, **necessitei de +/- 3 anos para retomar a atividades comunitárias**” (E31-13)*

*“Sim, **faço tudo o que tenho que fazer, trabalho, estudo, vou aos lugares sem medo**” (E36-17)*

*“Sim. **Faço tudo, trabalho na gráfica, cuido da minha casa e saio**” (E108-55)*

*“Sim, **realizo as atividades da vida diária sem dificuldades.**” (E113-59)*

*“Sim, **faço muitos esportes, viajo com a equipe**” (E96-49)*

*“Sim, **realizo atividades, dou aula para jovens (vôlei)**, desenvolvi maquete em computador, desenho de casas” (E38-18)*

Redes de apoio

Para os participantes da pesquisa, as redes de apoio são fatores importantes para o enfrentamento da mudança no ritmo de vida decorrente da lesão medular pós-programa de reabilitação. A família e amigos são destacados como as principais redes de apoio, pois conferem apoio emocional e incentivo para o resgate da identidade.

Os Centros Especializados de Reabilitação também se tornam redes de apoio no início do acometimento da LM, melhorando a qualidade de vida e favorecendo viver em sociedade, como destacado a seguir.

“Sim, saio com os meus amigos quase todos os dias” (E76-38).

“Sim, melhorou bastante depois que passei pelo CCR.”(E55-28)

*“Sim, recebo muitas visitas. Tenho um primo que me leva para **passear**” (E69-33)*

*“Sim, **participo dos grupos/conselhos, festas, bailes.**”(E24-9)*

*“Sim. A rotina não voltou 100% mas tenho bastante **amigos**”(E73-35).*

*“Sim, me considero ressocializado, vou ao cinema, costumo sair **com minha filha**” (E44-22)*

*“Sim. Saio com a **minha esposa, filhos, vou na casa dos meus irmãos, mas na rua tem pouca acessibilidade**” (E118-61)*

*“Sim, sou independente, consigo me virar sozinho, **preciso participar mais de grupos.**”(E121-63)*

“Sim, sair com filhos, sempre junto com os amigos, encontro de carro” (E29-11)

Auto aceitação

De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, aceitar-se, reinventar-se após a LM, proporciona um leque de possibilidades para o enfrentamento da nova condição de vida. No imaginário destas pessoas, aceitar sua nova condição, facilita o processo de reintegração social e no enfrentamento das barreiras arquitetônicas e atitudinais, sendo expresso pela liberdade de “não se limitar” diante de suas atividades cotidianas e de se relacionar com outras pessoas, por conta da deficiência.

“Sim, nunca me senti excluído”(E40-19).

“Totalmente. “Nunca tive problema com a deficiência, nem mesmo no começo”(E117-57).

“Sim, me reinventei após a lesão” (E52-27).

“Sim, faço todas as atividades diárias com independência.” (E75-37)

“Sim, tenho carro adaptado, saio a hora que quero” (E51-26)

“Sim, faço tudo sozinha, saio de carro para pagar contas, vou às praias, igreja.” (E91-45)

“Me considero, não me limito em sair.”(E43-21)

“Sim, mas minha vida mudou muito. Tento não pensar no que eu não consigo fazer. Alterei a categoria de CNH”. (E88-44).

“Sim, dou palestras sobre motivação.”(E107-54)

“Sim. Continuo saindo, preciso procurar conviver com as pessoas.”(E120-62)

“Sim, me considero uma pessoa normal.”(E11-3)

“Sim, saio a hora que quero” (E67-32)

Limites na ressocialização das pessoas com lesão medular pós-programa de reabilitação

Dependência

Depender de outras pessoas para o desenvolvimento de atividades da vida diária e de lazer é um limite para a ressocialização de algumas pessoas com LM pós-programa de reabilitação. No imaginário destas pessoas, a dependência remete à falta de autonomia e liberdade em decidir sobre sua vida, deixando o outro decidir o que acha melhor para si.

“Não, porque ainda dependo dos cuidados de outras pessoas” (E112-58)

“Está diferente, agora para sair depende de carro, dos outros. Antes pegava o carro e saia, depende do filho para poder sair. Antes saia bastante, acha ruim depender dos outros quando não depende dos outros tudo bem.” (E21-7)

“Não. Preciso de alguém para fazer todas as atividades diárias” (E66-31)

“Não me considero. Não gosto de depender dos outros, não aceito minha condição” (E2-1)

“Não totalmente, por não ter independência nos cuidados básicos” (E23-8)

“Não, tenho dificuldades em andar. Preciso de ajuda sempre” (E82-43)

Auto preconceito

Algumas pessoas com LM, mesmo tendo participado de programas de reabilitação, têm dificuldades em aceitar sua nova aparência, expressando vergonha de si mesmo, pelo uso da cadeira de rodas, gerando fobia social e favorecendo ao isolamento social. No imaginário das pessoas com LM pós-programa de reabilitação, os limites que envolvem o processo de ressocialização estão associados ao auto preconceito, caracterizado pela autoimagem distorcida, decorrente do uso cadeira de rodas para locomoção.

“Não, por conta da cadeira” (E 19-6).

“Não, não quero, não me sinto bem na cadeira” (E 77-39).

“Não. Não tenho vontade de sair. Estou com a auto-estima diminuída” (E 78-40)

“Não, pois para se considerar totalmente ressocializado só quando voltar a andar. Porém já voltei para as atividades que realizava antes. Não estou mais indo para o bailão que costumava” (E3-2).

“Não. “Parece que tudo mudou”. Não sinto vontade de ter contato com outras pessoas” (E101-51).

“Sempre saio quando tenho vontade, mas prefiro ficar em casa.”(E46-24)

“Sim, mas não gosto muito de sair. Sinto-me solitário.”(E74-36)

“Fico dentro de casa, saio muito pouco por escolha própria.”(E14-5)

Preconceito social

O estranhamento da sociedade, caracterizado pelo olhar de rejeição e/ou de “coitadinhos”, determina um limite para a ressocialização das pessoas com LM pós-programa de reabilitação. Os olhares “diferentes e constrangedores”, suscitam sentimentos de insignificância e incapacidade.

“Não me considero ressocializado. O preconceito das pessoas, também não me considero por não estar caminhando” (E25-10).

“Não completamente. Tem coisas que a gente não pode fazer, se vamos no shopping somos tratados como coitadinhos” (E81-42).

“Mais ou menos, é mais medo de se aventurar, o olhar das pessoas me constrange, falta acessibilidade.” (E110-56).

“Me considero parcialmente ressocializado, o olhar das pessoas é diferente.”(E45-23)

Inacessibilidade

A falta de acessibilidade, na percepção dos participantes da pesquisa é um limite na ressocialização das pessoas com LM, mesmo após terem sido reabilitadas, visto que os acessos ainda são restritos e as condições das calçadas e rampas de acesso ainda são precárias, de modo que a inacessibilidade promove a exclusão dessas pessoas. Isto é expresso em uma das falas dos participantes, quando refere que “o mundo não está preparado para cadeirantes”. No imaginário destes indivíduos, lugares públicos e mercado de trabalho não estão preparados para incluí-los, contribuindo para o seu isolamento social.

Além disso, os participantes desta pesquisa relataram não se sentirem preparados e confiantes para exercerem suas funções no mercado de trabalho devido às barreiras arquitetônicas que estão presentes nas instituições, porém adaptados para desempenhar outras funções.

“Não, não saio de casa porque não tem lugares adaptados e as ruas não são boas, só saio de casa quando é muito necessário” (E92-46).

“Não, a acessibilidade impede de sair de casa” (E41-20).

“Não. Não voltei a trabalhar, não consigo sair de casa, acho difícil a acessibilidade para cadeirantes” (E63-30)

“Me sinto adaptado para o mundo, mas sinto que o mundo não está preparado para o cadeirante” (E32-14)

“Sim, mas a acessibilidade sempre será um problema faz parte do projeto, mas hoje faço tudo.”(E97-50)

“Sim, aprendi tudo que poderia aprender, mas tem muita limitação” (E93-47)

“Não muito”. Fico mais em casa por causa da dificuldade que é sair.” (E104-53)

“Não sei andar de cadeira na rua, não sei empinar a cadeira e sinto medo por esse motivo não 100%” (E33-15)

“Não se sente preparado para retornar ao trabalho. Está bem adaptado para o lazer e esporte.” (E71-34)

“Não me considero, não voltei a trabalhar. A lesão não possibilita retornar” (E79-41)

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, os indivíduos mais atingidos pela LM são os homens com a idade entre 74 a 25 anos, podendo estar relacionado a alta vulnerabilidade e por estarem mais expostos às violências urbanas. Estudo realizado por Prasad *et al* (2018), em um Hospital de Reabilitação em Kuwait, evidenciou estatisticamente que indivíduos do sexo masculino eram os mais acometidos com relação ao sexo feminino, com a idade média de 36 anos (MORAES, *et al*, 2020; PRASAD, *et al*, 2018).

A etiologia que teve um predomínio neste estudo foi a de origem traumática, tendo como principal fator o acidente automobilístico, seguido por queda e ferimento por arma de fogo, correspondendo com o estudo de Rodrigues, *et al* (2020), visto que, 63% dos seus participantes eram de origem traumática decorrente de acidentes automobilísticos, se destacando a paraplegia como principal acometimento medular. (RODRIGUES, *et al*, 2020; ALAMINOS, 2018). Outro aspecto discutido neste estudo foi em relação a ASIA, que possui a finalidade de categorizar o grau de comprometimento da lesão e avaliar a presença de funções motoras e sensoriais, onde em sua maioria, os pacientes são classificados com ASIA A, como demonstrado em estudos nacionais e internacionais, com isso, corroborando com esta pesquisa (ROBERTS, LEONARD, CEPELA, 2018; ALAMINOS, 2018).

É evidente neste estudo e em outras pesquisas, como demonstra Darub, Soares e Santos (2020), que o percentual de estudantes com deficiência física que retornaram à escolarização foi de 10,4%, confirmando que há baixa adesão escolar pós lesão medular e processo de reabilitação (DARUB, SOARES, SANTOS, 2020). Leite e Campos (2019) trazem que os participantes de sua pesquisa regressaram ao estudo após 10 a 5 anos, sendo por motivos de conseguir atender as expectativas dos familiares, emprego e para terem conhecimento. Essa interrupção/não retorno após a LM aos estudos é devida às limitações que a deficiência ocasiona e por não acreditarem que a escola pode influenciar na sua recuperação, auxiliando no enfrentamentos das barreiras arquitetônicas e atitudinais da deficiência (LEITE, CAMPOS, 2019).

Com relação, ao retorno às atividades laborais apenas 3 dos participantes permaneceram ativos e retornando ao trabalho após a LM, sendo que grande parte dos participantes se apresentavam aposentados, não exercendo nenhuma atividade trabalhista como antes da lesão.

Diante disto, os dados desta pesquisa não são semelhantes a outros estudos, visto que, na pesquisa de Paiva, *et al* (2016) e Calliga e Porto (2019), seus participantes tinham

retornado ao trabalho, sendo demonstrado que o retorno ao trabalho favorece a autonomia e a aceitação da LM (PAIVA *et al*, 2016; CALIGA, PORTO, 2019). Portanto, é de suma importância que os profissionais durante a reabilitação encorajem estes indivíduos a retornarem às suas atividades trabalhistas e escolares para se sentirem confiantes novamente e exercerem suas atividades com independência, para que haja uma mudança neste cenário, onde há um baixo número de pessoas trabalhando e estudando após a LM.

O processo de reabilitação “quebra” juntamente com a pessoa acometida pela LM as barreiras arquitetônicas e atitudinais decorrentes da deficiência, resgatando a liberdade e permitindo-os enfrentarem seus desafios, buscando conquistar seus próprios interesses. A promoção da autonomia corrobora para o retorno à vida social (ANDRADE *et al*, 2019). A reabilitação se torna um guia para demonstrar que há alternativas no modo de viver e reviver pós-lesão, tornando-os protagonistas dos seus próprios cuidados pós programa de reabilitação. O processo de reabilitação permite aos indivíduos com LM a ressignificação do viver em outro ritmo, colaborando para a auto aceitação e confiança para regressarem às suas atividades cotidianas.

O retorno ao trabalho, estudo, atividades de lazer e esportes adaptados são fatores importantes para modificação do cotidiano após o acometimento da LM, pois o encoraja a superar obstáculos decorrentes da lesão e da sociedade, sendo visto como uma potência.

Mesmo com as legislações brasileiras que subsidiam a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, há baixas contratações dessas pessoas no mercado de trabalho, sendo um assunto que precisa ser bastante discutido devido à falta de oportunidades de vagas ofertadas, despreparo das empresas com relação a acessibilidade e a falta de adaptação do ambiente de trabalho (SILVA, PRAIS, SILVEIRA, 2015). Assim, torna-se importante que haja uma cobrança dos governos, exigindo que as empresas se tornem inclusivas, ofertando vagas de empregos e sendo propícias para que as pessoas com deficiência exerçam suas funções no ambiente de trabalho, excluindo as barreiras atitudinais e arquitetônicas (ANDRADE *et al*, 2019).

O retorno/permanência aos estudos após a LM, visa colaborar para a identificação pessoal e redução do preconceito da sociedade. A inserção destes indivíduos nos espaços escolares, fortalece as conquistas que foram alcançadas, pois concebe aos gestores das instituições o dever de estabelecer espaços adaptados, rompendo a ideia de que as pessoas com deficiência não são merecedores de estarem ocupando esses espaços (GESSER, NURNBERG, 2017; OLIVA, 2016).

O estudo de Leite e Campos (2018) mostra que os participantes, após o acometimento da deficiência, decidiram retornar aos estudos para futuramente ingressarem em um curso de nível superior e no mercado de trabalho, com o propósito superar suas inseguranças e adquirirem autonomia e independência (LEITE, CAMPOS, 2018).

Garantir a oportunidade de promover lugares acessíveis no mercado de trabalho e escolas/universidades de forma igual é um ato político que precisa ser valorizado, pois demonstra respeito às pessoas com deficiência, garantindo seus direitos conforme está na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (GESSER, NURNBERG, 2017).

A inacessibilidade nos ambientes escolares resulta em uma incapacidade para as pessoas com deficiência, decorrente da ausência de banheiros adaptados e rampas, com isso dificultando a locomoção e acesso aos lugares. Decorrentes de tantas barreiras que não são modificadas, os estudantes tendem a desistir dos estudos (GESSER, NURNBERG, 2017). Como apresentado neste estudo, antes da lesão, alguns participantes estavam estudando, sendo que, após a lesão, alguns não retornaram aos estudos, trazendo ao imaginário que o motivo da resistência em retornar foi devido às limitações que a LM ocasiona na vida da pessoa acometida e a falta de acessibilidade nas escolas.

Os direitos de uma Educação para todos ainda é uma luta social que precisa ser debatida, uma vez que a inclusão de pessoas com deficiência nas escolas/universidades ainda é um problema devido às limitações e atitudes de negação das instituições educacionais (ANACHE, CAVALCANTE, 2018; BARROS, *et al* 2015).

A criação de ambientes favoráveis, sendo uma das ações vinculadas à Política Nacional da Promoção da saúde, favorece que as pessoas com LM não enfrentem barreiras quando decidem sair de suas casas para desenvolverem suas atividades cotidianas, sendo elas, ir à escolas ou ao trabalho, tendo a liberdade de ir e vir sem limitações.

As redes de apoio bem estruturadas facilitam o processo de recuperação, auto aceitação e proporcionam a ressocialização das pessoas com LM. Os familiares, amigos e a reabilitação são vistos como um suporte emocional, estando junto a pessoa para o enfrentamento das dificuldades impostas pela deficiência física (BRIGNOL *et al*, 2018). Este estudo, através das falas dos participantes, remete ao imaginário, ressaltando que o fortalecimento das redes de apoio os permitiu se ressocializarem.

A prática de esportes no cotidiano da pessoa com LM é considerada uma rede de apoio, pois tem como benefícios potencializar a interação entre os grupos de pares para compartilharem suas experiências e trocas de saberes, Neste sentido, Maffesoli (2005)

ressalta, com sua noção de solidariedade orgânica, que as relações consigo e com os outros, traz o sentimento de potência e cooperação que nasce de dentro do ser. Dada pela espontaneidade e o desejo de querer estar junto, os esportes adaptados, como basquetebol, danças em cadeiras de rodas possuem um impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos com LM praticantes em comparação aos não praticantes. Assim, estas práticas esportivas podem ser consideradas uma estratégia para melhorar o cotidiano destas pessoas, promovendo seu ser saudável, em relação às suas capacidades funcionais, psicológicas, sociais e de enfrentamento de barreiras do ambiente social (RODRIGUES *et al*, 2016; COSTA, VISSOCI, MODESTO, VIEIRA, 2014).

O GALEME é um grupo de pares caracterizado como um promotor da saúde, tendo um impacto nas vidas das pessoas após o acometimento da LM, durante e após o programa de reabilitação, encorajando-os e demonstrando através das trocas de experiências, que é possível alcançar seus objetivos e chegarem onde querem, mesmo estando em uma CR e com todas as limitações que a lesão acarreta. O GALEME, ressignifica vidas, promovendo o fortalecimento do retorno às atividades cotidianas. Isto é bem retratado por Maffesoli (1997), quando nos traz que a força do tribalismo está relacionada ao grupo de pessoas que compartilham entre si uma mesma forma de viver, atividades e interesses similares, desenvolvendo a vontade de querer estar junto e em sociedade.

Os primeiros anos de lesão podem ser considerados um momento delicado, onde a pessoa passa pelos “estágios do luto”: negação/isolamento da sua nova condição, raiva por estar dependente de alguém, barganha, depressão e, por fim, a aceitação e conhecimento de seus limites e maneiras de como lidar com as novas mudanças em seu cotidiano. Após essa fase, ocorre o florescimento da autonomia e reconhecimento da nova imagem corporal (CALLIGA, PORTO, 2019).

A autoaceitação após a LM foi um processo facilitador e uma potência para alguns participantes deste estudo, com isso permitindo se ressocializarem, sendo que para outros a imagem corporal, mesmo após o processo de reabilitação, continua sendo uma barreira limitadora para se permitirem viver e conviver em sociedade. Este é um aspecto bem importante para se ser trabalhado durante o processo de reabilitação, ressaltando-se que há caminhos pós lesão e que a cadeira de rodas é um meio de locomoção para torná-los aptos a desenvolver suas atividades com autonomia. Assim, como traz o terceiro pressuposto de Maffesoli, a sensibilidade relativista, é possível comparar aqui as realidades antes e após a lesão medular, considerando a nova imagem corporal, que influencia na aceitação da vida e

faz com que essas pessoas tenham uma liberdade estilística e vivam seus pensamentos libertários, seus limites enquanto potências (MAFFESOLI, 2010).

O convívio social reflete de forma positiva na vida das pessoas com LM, pois estar em sociedade estimula a sua auto-aceitação corroborando para que a pessoas resgatem o significado do seu novo corpo, não se limitando devido ao uso da CR (ANDRADE, SANTANA, 2007).

A dependência após o acometimento da LM, por não conseguir gerir algumas atividades e funções fisiológicas e motoras do corpo, devido a perda desses controles, torna-os dependentes dos cuidados de outras pessoas. Essa dependência implica na Qualidade de Vida, trazendo sentimentos de impotência e incapacidade, além de trazer impactos negativos em sua maneira de viver e conviver. É evidente que a família também é afetada, pois necessita se reestruturar para cuidar de seu familiar que está dependente dos seus cuidados (COSTA, T.F, *et al*, 2015; PAIVA, R.M, *et al*,2020).

A ressocialização dos indivíduos dependentes é um processo com grandes dificuldades, como destacado nas falas dos participantes. Isto nos remete ao segundo pressuposto de Maffesoli (2010), que traz a noção de formismo, entendendo que esta permite “descrever os contornos de dentro, os limites e a necessidade das situações e as representações que constituem a vida cotidiana”, temperando-se, assim, a rigidez do estruturalismo.

Depender de alguém para sair de casa, voltar a trabalhar/estudar, ou até mesmo realizar atividades básicas, provoca ao imaginário o entendimento de que ele sozinho não conseguirá sair sem a dependência do outro e ao depender do outro não se sente motivado em sair, para não gerar sobrecarga para o cuidador.

No início da lesão, a deficiência é retratada como uma imagem pejorativa devido aos estigmas que são impostos ao indivíduo, tendo maior implicação por conta da CR. A cadeira de rodas remete ao indivíduo a mudança do corpo perfeito ao corpo “fora do padrão”. A imagem corporal após a LM é vista com muita revolta e sofrimento, tendo conflitos pessoais em lidar com o seu novo corpo, não se permitindo a reconstrução deste corpo reintegrado à sua identidade para a criação de novas possibilidades (OLESLIAK, COLOMÉ, FARIAS, QUINTANA, 2018).

Todavia, nota-se que, para algumas pessoas, o processo de descoberta de um novo Ser com lesão medular ocasiona intensa demanda em se reapropriar desse novo corpo em uma CR, devido a falta de abordagem dos profissionais para discutirem além dos aspectos biológicos,

os aspectos psicossociais e emocionais cooperando para lidar com a imagem após LM (OLESIK, COLOMÉ, FARIAS, QUINTANA, 2018).

A reeducação do imaginário destas pessoas, após o acometimento da LM, precisa vir de dentro, sendo um papel fundamental dos profissionais da saúde e reabilitadores mostrar a estas pessoas sua força interior. Com isso, é possível resgatar a esperança de acreditar que seu interior reflete nas mudanças exteriores e, assim, florescer de dentro para fora, se resignificando através da sua nova imagem. Como é expresso por Maffesoli (2010), a potência que vem do interior de cada pessoa lhe permite vivenciar novas experiências. (MAFFESOLI, 2010).

O preconceito social possui um impacto negativo na vida das pessoas com deficiência, pois influencia nos aspectos biopsicossociais, dessa forma gerando sentimento de baixa autoestima e isolamento social (LISBOA, 2020).

O processo de negação da sociedade em “aceitar” a pessoa com deficiência é praticado a um longo período de tempo devido a formação das mentes das pessoas em verem uma pessoa com deficiência como um ser “estranho” (FERNANDES, DENARI, 2017). No imaginário dos indivíduos andantes, o pensar na palavra deficiência e CR os remete a uma pessoa inválida, fraca, entre outros termos ofensivos, sendo necessário que haja uma conscientização na sociedade para uma mudança na visão, pensamento, para que não haja comentários capacitistas.

A educação social para a erradicação do preconceito à pessoa deficiente precisa ser ensinada ao ser humano desde criança. Assim, é preciso considerar que todos somos iguais, porém cada um com sua diferença, estimulando durante seu desenvolvimento a respeitar, sem olhar com rejeição, discriminação, falas capacitistas, enfim, sem promover a exclusão social. A luta contra o preconceito à pessoa com deficiência ainda é um assunto que precisa ser bastante discutido, sendo necessária a cooperação dos órgãos públicos de todas as esferas, com a finalidade de haver constantemente a conscientização da sociedade (LISBOA, 2020).

A mobilidade urbana sem barreiras para a pessoa com deficiência é considerada uma estratégia sustentável que promove o acesso universal e oportunidades para se locomover, favorecendo o seu desenvolvimento socioeconômico e com isso sua reintegração na sociedade. O direito à acessibilidade é pertinente para que as pessoas com LM se locomovam e realizem suas atividades da vida diária, ressocializando-se novamente pós programa de reabilitação (BARBOSA, 2016).

Em concordância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, destacamos que :

Uma sociedade, portanto, é menos excludente, e, conseqüentemente, mais inclusiva, quando reconhece a diversidade humana e as necessidades específicas dos vários segmentos sociais, incluindo as pessoas com deficiência, para promover ajustes razoáveis e correções que sejam imprescindíveis para seu desenvolvimento pessoal e social, “assegurando-lhes as mesmas oportunidades que as demais pessoas para exercer todos os direitos humanos e liberdades fundamentais”.(BRASIL, 2008 p.29).

Porém, para que essas mudanças se consolidem, é necessário conhecer e ressaltar os problemas que influenciam na mobilidade, reivindicando soluções que propiciem a acessibilidade de forma igualitária (BARBOSA, 2016). A importância de elaborar planos para uma sociedade imposta com barreiras no acesso é eficaz e inclusiva. A lei nº 12.587 que contempla Os Planos de Mobilidade Urbana, é caracterizada como um instrumento norteador de planejamento que visa melhorar a mobilidade urbana, onde as entidades governamentais devem subsidiar para tornar o meio social inclusivo para as pessoas com deficiência (BARBOSA, 2016; BRASIL, 2012).

A implementação de políticas públicas saudáveis, como traz a Carta de Ottawa, é uma estratégia da promoção da saúde com a finalidade de criar políticas sociais inclusivas. Porém, mesmo com o avanço das leis garantindo às pessoas com deficiência direitos de igualdade, visando à sua inclusão social através da acessibilidade, ainda se nota que há uma resistência da sociedade na promoção de ações afetivas e efetivamente inclusivas. Há barreiras para tornarem os lugares adaptados como ruas, ambiente de trabalho, escolas, transportes públicos, entre outros serviços essenciais, limitando as pessoas com deficiência de regressar às suas atividades cotidianas que praticavam antes da lesão, necessitando de uma maior sensibilização para sua inclusão.

A sociedade necessita de uma sensibilização através de ações desenvolvidos pelas políticas públicas de saúde para a implementação de medidas para promoção da acessibilidade, pois por não vivenciarem as dificuldades que a LM acarreta na vida diária das pessoas acometidas, a população não sente a necessidade de adaptações dos lugares públicos e privados, com isso impossibilitando as pessoas com deficiência de acessarem os diferentes espaços que integram seu cotidiano (THOLL,2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender o imaginário da ressocialização das pessoas com LM, ficou evidente que há potências que favorecem a ressocialização destes indivíduos, porém há limites que os impedem de retornarem às suas atividades.

No imaginário dos indivíduos que destacaram se sentir ressocializados, foi visto como potência para modificar seu cotidiano e reintegra-se novamente, a autoaceitação, redes de apoio e o estímulo da sociedade de contribuírem de uma forma inclusiva para regressarem ao mercado de trabalho, instituições escolares e ambientes públicos, eliminando as barreiras arquitetônicas e atitudinais.

Entretanto, nota-se que, para alguns, mesmo após o processo de reabilitação, as limitações ainda são persistentes, trazendo ao seu imaginário que com a falta de acessibilidade, dependência, preconceito social e o autopreconceito são barreiras circunstâncias que os impedem de modificar seu cotidiano, com isso não se permitindo vivenciar novas oportunidades.

A reabilitação e os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, dos diferentes níveis de complexidade e espaços de saúde, são essenciais para encorajar os indivíduos após o acometimento da LM, fornecendo-lhe apoio e atendimento de excelência. e, Isto implica em cuidados, encaminhando-os aos serviços especializados de reabilitação precocemente, para impedir complicações, favorecendo sua ressocialização. Informar sobre seus direitos, enquanto cidadãos com deficiência, permite se reinventarem e florescerem durante o processo de reabilitação, contribuindo para, afetivamente e efetivamente, estarem em sociedade.

Esta pesquisa tem como finalidade também contribuir para conscientização dos profissionais de saúde e órgãos públicos, evidenciando que, com a eliminação das limitações que impedem as pessoas com LM de se ressocializarem no cotidiano, é possível possibilitar-lhes uma conquista para se sentirem independentes novamente, sendo capazes de decidirem sobre suas vidas, em direção ao ser saudável.

REFERÊNCIAS

- ALAMINOS, M.A.T. Aspectos epidemiológicos da lesão medular no Hospital Nacional de Paraplégicos. **ENE. Revista de Enfermeria**. Vol 12, No 2 (2018). Disponível em: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/652>. Acesso em: 06 jan.2022.
- ANACHE, A. A, CAVALCANTE, L.D. Análise das condições de permanência do estudante com discapacidade na educação universitária. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 22. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018042>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- ANDRADE, V.S, et al. Participação social e autonomia pessoal de indivíduos com lesão medular. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v 72 n 1. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rTHTtpcqfpLH8sygzjM7RMv/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 29 jul. 2021.
- ANDRADE, P.A , SANTANA, J.M. Dançaterapia no Domínio Corporal do Paciente Cadeirante Portador de Lesão Medular Cervical Baixa. **Revista Fafibe On Line**. n.3. 2007. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010103941.pdf>. Acesso em: 24 nov.2021.
- ARAÚJO, A.X.P.D; GOMES, W.D.S; RIBEIRO, P.M.T. Qualidade de vida do paciente de lesão medular: uma revisão da literatura. **Rev. Elet. Acervo Saúde** [Internet] .v 1, n 1, p. 1 -11, 2018 2020 Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/178/97>:<https://doi.org/10.25248/reas.e178.2019>.Acesso em: 26 fev. 2021.
- BARBOSA, A.S. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. **Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)**, jan./abr., 8(1), 142-154. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319887381_ACCESS_OF_THE_ELDERLY_TO_PRIMARY_HEALTH_CARE_UNITS/fulltext/5a2222a1aca2727dd87aed57/ACCESS-OF-THE-ELDERLY-TO-PRIMARY-HEALTH-CARE-UNITS.pdf. Acesso em: 27 nov.2021.
- BLEY, D.H.P; CARVALHO, A.B.G. CICLOS DE CODIFICAÇÃO E O SOFTWARE ATLAS TI: uma parceria criativa para análise de dados qualitativos em pesquisas sobre o uso das tecnologias digitais no campo da Educação. **Revista de Educação Matemática e Tecnológica Iberoamericana**. v 10, n 1. 2019. Disponível em: 240016-139103-1-PB.pdf. Acesso em: 29 nov.2021
- BRASIL. **Secretaria da Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular**. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pes-soa_lesao_medular_2ed.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 11 fev. 2021.
- BRASIL. Lei nº 12.587, de 3 de Janeiro de 2012. **Institui as Diretrizes da Política de Mobilidade Urbana**. Brasília. Presidência da República, secretaria geral.Ministério da Saúde,

2012. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112587.htm. Acesso em: 27 nov.2021.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos**. 2008. Disponível em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portalTvJustica/portalTvJusticaNoticia/anexo/Convencao_o_Comentada.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

BARROS, A.B, et al. Dificuldades no processo de inclusão escolar: percepções de professores e de alunos com deficiência visual em escolas públicas. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**. v. 35, n 88, p. 145-163. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v35n88/v35n88a10.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.

BRIGNOL, P *et al.* Viver com deficiência física e o papel da rede de apoio. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro** [Internet]. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/natal/Downloads/1957-10349-1-PB.pdf>: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1957>. Acesso em: 26 fev. 2021.

CALLIGA, M.N.C.S, PORTO, L.A. Quais pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 24 n 6, Jun 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VX4MgbXn3KpgwytX53YDDHq/?lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2021.

CONRAN, J, WAHMAN, K., PHILLIPS, J, WIKMAR, L. N. Perspectivas do cliente sobre como recuperar a participação após uma lesão traumática da medula espinhal na África do Sul. **Physical Therapy** .v 96, n 9, p.1372–1380. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150258>. Acesso em: 24 nov.2021.

COSTA, L.C.A; VISSOCI, J.R.N; MODESTO, L.M; VIEIRA, L.F. O sentido do esporte para atletas de basquete em cadeiras de rodas: processo de integração social e promoção de saúde. **Rev. Brasileira de Ciência Esporte**, v 36 n 1, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbce/a/W4tP64KbkstpD5p55hVZMBH/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

COSTA, T.F, et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Rev Esc Enferm USP**. 49(2):245-52. 2015; Disponível em: doi: 10.1590/S0080-623420150000200009. PMID: 25992823. Acesso em: 24 nov.2021.

DARUB, A.K.G.S; SOARES, G.L.C; SANTOS, P.K. Formação docente inicial e as discussões sobre a inclusão. Análise do currículo do curso de pedagogia de uma universidade pública da região norte do Brasil. **InterCâmbios**. vol.7 no.1. 2020. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-01262020000100043. Acesso em: 07 jan.2022.

GESSER, M, NURNBERG, A.H. A participação de alunos com deficiência física e visual no ensino superior: apontamentos e contribuições das teorias feministas da deficiência. **Educar**

em **Revista**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.52925>. Acesso em: 24 nov.2021.

FARIA, F. Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v 12 n.º 1. 2006. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0873215915304670?token=63267B70B915573018E2DEF02773CE0403ED784D30D07B12E9965CBDE771572D6B2BF7B5BD59C0DD50269908EED419B7&originRegion=us-east-1&originCreation=20210720224123>. Acesso em: 20 jul. 2021.

HÄSTBCKA, E, NYGARD, M, NYQVIST, F. Barreiras e facilitadores para a participação social de pessoas com deficiência: uma análise do escopo de estudos relativos aos países europeus. **Diário do Incapacidade Pesquisar**. v10, p. 201–220. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067216000171>. Acesso em: 24 nov.2021.

FERNANDES, A.P.C.S; DENARI, F.E. Pessoa com deficiência: estigma e identidade. **Rev. da Feeba. Educação e Contemporaneidade**. v. 26 n. 50 2017. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeaba/article/view/4263>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LATORRE, F.L.S, et al. Comprometimentos sexuais em homens com lesão medular: revisão sistemática. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 99, n. 3, p. 286-290, 2020. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v99i3p286-290. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/161775>. Acesso em: 18 jul. 2021.

LEEUWEN, C.M.V, et al. Relações entre atividades, participação, fatores pessoais, saúde mental e satisfação com a vida em pessoas com lesão da medula espinhal. **Archives of physical medicine and rehabilitation**. v 93, n 1: p 82-9. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21978936/>. Acesso em: 24 nov.2021.

LEITE, G.G; CAMPOS, J.A.P.P. Percurso Escolar de Estudantes com Deficiência na Educação de Jovens e Adultos, Nível Ensino Médio. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v 24 n1. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/gZmX3FJMmbgGTb9GHkDNTTK/?lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2021.

LISBOA, M. F. L. S. A deficiência e o preconceito. **Cadernos da Fucamp**, v.19, n.42, p.35-47,2020. Disponível em: [file:///C:/Users/natal/Downloads/2245-8086-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/natal/Downloads/2245-8086-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 16 ago. 2021.

MAFFESOLI, M. Dinâmica da violência. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais,1987.

MAFFESOLI, M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Tradução de Aluizo Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 2010.

MAIA, A.C.B. Inclusão social e deficiência: a educação sexual para pessoas com deficiência intelectual. In: DAVID, CM., et al., orgs. Desafios contemporâneos da educação [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Desafios contemporâneos collection, pp. 69-83. ISBN 978-85-7983-622-0.

MIRZAEVA, L, GILHUS, N.E, LOBZIN, S, REKANDA, T. Incidência de lesão medular traumática em adultos em São Petersburgo, Rússia. *Spinal Cord* 57, 692–699 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0266-4>. Acesso em: 18 jul. 2021.

NITSCHKE, R. G. *et al.* Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-12, 2017. doi: 10.1590/0104-07072017003230017

NOGUEIRA P.C, RABEH S.A.N, CALIRI M.H.L,HAAS, V.J. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*; 47(3):607-14. 2013. Disponível. em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tcRs9649Cp9mTsbz3kXSTrM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

OLESIAK, L. R.; COLOMÉ, C. S.; FARIAS, C. P.; QUINTANA, A. M. Imagem corporal e paraplegia adquirida. v. 38 n°4, 730-743. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/pcp/a/8ZNTmTRZcS8nrwJhjrtwTcw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 nov.2021.

OLIVA, D.V. Barreiras e recursos na aprendizagem e na participação dos alunos em situação de inclusão. *Psicologia USP*. v. 27, n. 3. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420140099>. Acesso em: 25 nov.2021.

PAIVA, R.M, et al. Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com deficiência motora: revisão integrativa. *Braz. J. of Develop*. v. 6, n. 7, p. 44331-44343. 2020. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/171129/1/703026.pdf>. Acesso em: 24 nov.2021.

PAIVA, L, et al. Estado de saúde e retorno ao trabalho após os acidentes de trânsito.*Revista Brasileira de Enfermagem*. n.69, v.03. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jFvM9s7h6PT678bfQxk7t8F/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 08 jan.2022.

PEREIRA, J.A.; SARAIVA, J.M. **Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social**. Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185. Jun/2017. Disponível em: <file:///C:/Users/natal/Downloads/14677-Texto%20do%20artigo-25255-1-10-20180920.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

PRASAD, L *et al.* “Perfil epidemiológico de lesões da medula espinhal em um centro de reabilitação terciário no Kuwait.” *Série da medula espinhal e casos*, vol. 4 n. 7. 2018. Disponível em:doi: 10.1038 / s41394-017-0036-5. Acesso em: 06 jan.2022.

Roberts T.T, Leonard G.R, Cepela D.J. Classificações resumidas: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. *Clin Orthop Relat Res*. 2017; n.475, n.5, p.1499-1504. Disponível em: doi: 10.1007 / s11999-016-5133-4. Acesso em: 06 jan.2022

RODRIGUES, F. R et al. Qualidade de vida de indivíduos com lesão medular praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas. *Revista Ceuma Perspectivas*, v. 27, n. 1 2016. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/44/43>. Acesso em: 14 ago. 2021.

RODRIGUES, S.S et al. Perfil de pessoas com lesão medular em Manaus. *Revista da Associação Brasileira. Atividade Motora e Adaptada*, v.22 n.2, p. 225- 236. 2020.

Disponível em: [file:///C:/Users/natal/Downloads/manzini,+v21n2.a7%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/natal/Downloads/manzini,+v21n2.a7%20(2).pdf). Acesso em: 06 jan.2022.

SILVA, P.N; PRAIS, F.G; SILVEIRA, A.M. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v20, n8 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n8/2549-2558/pt/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

THOLL, A.D *et al.* Processo de Reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com Lesão Medular e seus Familiares. *In*: CASTRO, LHA; PEREIRA, TT; MORETO, FVC. **Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde**. [Internet], 5 ed. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/36564>. Acesso em: 27 fev. 2021.

VASCO C.C; FRANCO M.H.P. Indivíduos Paraplégicos e o Significado Construído para a Lesão Medular em suas Vidas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 37 (1). 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/BH5JGcdhGMNxWPsQ5sxF56d/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 jul. 2021.

YUAN, S, et al. Características epidemiológicas da lesão da medula espinhal na China: uma revisão sistemática. **Frente. Neurol.** Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00683/full#h1>. Acesso em: 18 jul. 2021.

ZUCHETTO M.A, OSTROWSKI P.R, OSTROWSKI V.R, SCHOELLER S.D. O cuidado de enfermagem de reabilitação à luz do princípio da esperança: aplicando conhecimentos da neuromarketing. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 7, p. 47033-47046, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/natal/Downloads/13235-34322-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho me possibilitou conhecer o cotidiano das pessoas com lesão medular pós programa de reabilitação, reafirmando e validando que a reabilitação é um fator importante no processo de viver da pessoa com LM trazendo significados às suas vidas, sendo destacado como uma potência para a ressocialização.

No que diz respeito às potências que fortaleceram o cotidiano das pessoas com lesão medular, identifica-se através das falas dos participantes que a ressocialização pós programa de reabilitação forneceu aos participantes sua independência, onde se permitiram enfrentar as limitações que a deficiência e a sociedade impõem, como destacado pelos participantes.

Já os limites, por sua vez, ainda precisam ser discutidos devido a falta de conscientização dos poderes públicos e da sociedade de dificultarem o acesso e a falta de oportunidades, acarretando ao imaginário destes indivíduos, o sentimento de impotência e não estarem aptos a regressarem às suas atividades cotidianas pós programa de reabilitação.

Com este estudo, vejo que a reabilitação é um ponto de partida para que as pessoas com lesão medular e suas famílias consigam enxergar uma “luz no fim do túnel” após o acometimento da deficiência. Foi possível evidenciar que para algumas pessoas os limites foram importantes para torná-los mais fortes e capazes de enfrentar essas barreiras pós-programa de reabilitação, permitindo se ressignificar. Mas para algumas pessoas, os limites ainda não são vistos como obstáculos que podem trazer um novo significado às suas vidas.

A participação nos grupos de pesquisa, Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina - NUPEQUIS-FAM-SC e Laboratório de Ensino, Pesquisa, Extensão e Tecnologia em Enfermagem, Saúde e Reabilitação- REHABILITAR e ter sido bolsista de extensão e voluntária de de Iniciação Científica - PIBIC, fez com que eu despertasse o interesse em aprofundar meus conhecimentos na área de reabilitação, correlacionando com Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli. Isto possibilitou assimilar o imaginário dos participantes com relação aos limites e potenciais para a ressocialização ou não pós programa de reabilitação.

A participação no GALEME, levando-me a conhecer o cotidiano dos participantes através dos encontros do grupo, por estarem ressocializados pós programa de reabilitação, me encorajou a explorar mais o cotidiano dessas pessoas, tendo abordada esta temática em meu

Trabalho de Conclusão de Curso, sendo de suma importância compreender o imaginário dos participantes pós programa de reabilitação.

Com este estudo, espero que futuramente essas barreiras que a sociedade impõe nas vidas das pessoas com lesão medular possam ser eliminadas e que não impliquem na liberdade de decidirem onde querem ir. Desejo também que a população acolha estas pessoas, sem discriminação e sem a prática de exclusão como ainda ocorre em pleno século 21.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. T *et al* . Papel da enfermagem na reabilitação física. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1056-1060, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mai. 2021.
- ARAÚJO, A.X.P.D; GOMES, W.D.S; RIBEIRO, P.M.T. Qualidade de vida do paciente de lesão medular: uma revisão da literatura. **Rev. Elet. Acervo Saúde** [Internet] .v 1, n 1, p. 1-11, 2018 2020 Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/178/97:https://doi.org/10.25248/reas.e178.2019>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- ARAÚJO, A.O et al . **Perfil das vítimas de Trauma Raquimedular atendidas em uma unidade de referência de São Paulo.** *Coluna/Columna*, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 39-41, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512018000100039&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2021.
- BARBETTA, D.C *et al*. **Perfil epidemiológico de lesão medular na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação — amostra populacional brasileira.** n.4, v 32. [Internet] 2018. Disponível [:https://www.nature.com/articles/s41394-018-0049-8:https://doi.org/10.1038/s41394-018-0049-8](https://www.nature.com/articles/s41394-018-0049-8:https://doi.org/10.1038/s41394-018-0049-8) Acesso em: 24 fev. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.
- BELLUCCI, C.H.S et al. Tendências contemporâneas na epidemiologia da lesão medular traumática: mudanças na idade e na etiologia. **Neuroepidemiology** [Internet].n 44, v2, p 85-99. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25765118>. Acesso em: 24 fev. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de junho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Brasília, DF, 06 jun. 2015. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 11 fev. 2021.
- _____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 11 fev. 2021.
- _____. [Constituição (1978)] **Emenda Constitucional nº 12, de 17 de outubro de 1978.** Lex.Legislação federal e marginália. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc12-78.htm#:~:text=I%20%2D%20educa%C3%A7%C3%A3o%20especial%20e%20gratuita,a%20edif%C3%ADcios%20e%20logradouros%20p%C3%BAblicos. Acesso em: 17 fev. 2021
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde. BRASÍLIA- DF. 2015. Disponível em: pnps_revisao_portaria_687.pdf (saude.df.gov.br). Acesso em: 16 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria N° 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012.**

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 09 nov.2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 563, DE 21 de Maio de 2013.** Brasília- DF. 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0563_21_05_2013.html. Acesso em: 18 mai.2021.

_____. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Ottawa. Carta de Ottawa.** 1986. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 18 mai.2021.

BRIGNOL, P *et al.* **Viver com deficiência física e o papel da rede de apoio. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro** [Internet]. 2018. Disponível em:

file:///C:/Users/natal/Downloads/1957-10349-1-PB.pdf:

<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1957>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BUSS, P.M, HARTZ, Z.M.A, PINTO,L.F, ROCHA, C.M.F. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência e Saúde Coletiva.** p.25v.12) 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar.2022.

CAMPOS.S.V, RACHED, R.D.V.A. O Papel da Enfermagem na Reabilitação Física. **Journal Healthcare Management.** [Internet], v. 3, n. 1. 2017. Disponível em: 116-58-1-SM.pdf.

Acesso em: 17 mai.2021.

CENTRE D'ETUDES SUR L'ACTUEL ET LE QUOTIDIEN (CEAQ). Currículo Vitaldu Professeur Michel Maffesoli. Disponível em: <http://www.ceaqsorbonne.org/node.php?id=91>
Acesso em: 21 jul. 2019.

CRUZ, M.D; NASCIMENTO, L.R.S; SILVA, D.M.G.V; SCHOELLER, S.D. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. **Ciência y Enfermería.** v2, n1, p. 23-33 [Internet]. 2015.

Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_03.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

CURI, H.T; LIMA, J; FERRETTI, E.C. Fatores relacionados à eficiência da propulsão em cadeira de rodas manual de usuários com paraplegia devido à lesão medular. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** São Carlos , v. 28, n. 3, p. 999-1019, 2020 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000300999&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2021.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

HAAS, B., PRICE, L; FREEMAN, J. **Avaliação qualitativa de um Serviço de Apoio à Comunidade para pessoas com lesão medular**. *Medula Espinhal* 51, p. 295-299.2013.

Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/sc2012143#citeashttps://doi.org/10.1038/sc.2012.143>. Acesso em: 27 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico de 2010.

Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

HEIDMANN, I.T.S.B *et al* . Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2021.

JOSEPH, C.*et al*. Incidência e etiologia da lesão traumática da medula espinhal na Cidade do Cabo, África do Sul: um estudo prospectivo de base populacional. **Spinal Cord** 53, 692–696 .2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2015.51>. Acesso em: 15 abr. 2021.

KANG, Y *et al*. Epidemiologia da lesão medular em todo o mundo: uma revisão da literatura. **Journal of Neurorestoratology**; n 18, v 6, p 1-9.[Internet] 2017 Disponível em:

<https://www.dovepress.com/epidemiology-of-worldwide-spinal-cord-injury-a-literature-review-peer-reviewed-article-JN>: <https://doi.org/10.2147/JN.S143236> Acesso em: 24 fev. 2021.

KLEIN, H.K; MYERS, M.D. A Set of Principles for Conducting and Evaluating Interpretive field Studies in Informations Systems. **Mis Quarterly**, vol. 23 nº. 1, p. 67–94. [Internet] 1999. Disponível em:

<https://cci.drexel.edu/faculty/sgasson/Readings/Klein&Myers%5B1999%5D-PrinciplesForInterpretiveFieldStudies.pdf>. Acesso em: 18 mai.2021.

LEITE, V.F; SOUZA, D.R; IMAMURA, M; BATTISTELLA, L.R. Complicações intra-hospitalares em pacientes com lesão medular traumática aguda. **Acta Fisiátrica**. São Paulo. v. 25 n. 1, 2018. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/158833>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MACHADO, W.C.A *et al*. Imagem corporal de paraplégicos: o enfrentamento das mudanças na perspectiva de pessoas com lesão medular. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e16125, jul. 2016. ISSN 0104-3552. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16125>>. Acesso em: 09 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.16125>.

MAFFESOLI, M. O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade.

Trad. Teresa Dias Carneiro. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2012.

_____. O conhecimento comum. Porto Alegre. Sulina, 2007. p. 295.

_____. A terra fértil do cotidiano. Revista Famecos ; 15(36): p. 05-09, 2008.

_____. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Tradução de Aluizo Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 2010.

_____. Quem é Michel Maffesoli: Entrevistas com Christophe Bourseiller. [s.l.]: Dp Et Alii, 2011. p.104.

_____. O tempo das tribos. Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1997. 232 p.

_____. O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina; 2005.

_____. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

_____. A contemplação do mundo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

_____. Dinâmica da violência. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1987.

MARQUES, V.C. SOUZA, L. Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Porto:Lusodidacta, 2017.

MANCINI, M.C; SAMPAIO, R.F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão [Internet]. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 10, n. 4, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de abril de 2021.

MCCAUGHEY, E.J *et al.* “**Mudando os dados demográficos da lesão da medula espinhal ao longo de um período de 20 anos: um estudo longitudinal de base populacional na Escócia**”. n 4, vol 54, p. 270-6.[Internet] 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5399148/>: doi: 10.1038 / sc.2015.167. Acesso em: 24 fev. 2021.

MORAIS, A.C; CAMARGO, C.L; QUIRINO, M.D. Etnografia nas Pesquisas de Enfermagem nas Pesquisa de Enfermagem com Ênfase no Cuidado. **Cogitare Enferm [Internet]**. 2011, n. 16, v.3, p.549-55. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17807/16299>. Acesso em: 24 fev. 2021.

MONTI. L.L. A práxis da enfermagem na reabilitação em cuidados continuados integrados. **PECIBES**. [Internet] v., 2, p. 54-55, 2017. Disponível em: 5261-Texto do artigo-16762-1-10-20171129.pdf. Acesso em: 17 mai. 2021.

NITSCHKE, R.G. et al. **Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde**. Texto contexto – enferm. 2017, v. 26, n. 4, e3230017. 2018. ISSN 0104-0707. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003230017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000400505&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2021.

NÓBREGA, *et al.* A Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli: Implicações para a Pesquisa em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem** [Internet]. 2012, n. 17 v.2, p.373-376 . ISSN: 1414-8536. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648963025>. Acesso em: 09 abr. 2021.

PATIAS, N. D; HOHENDORFF, J.V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.** , Maringá, v. 24, e43536, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100236&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de março de 2021.

PEREIRA, J.A.; SARAIVA, J.M. **Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social**. Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185. Jun/2017. Disponível em: <file:///C:/Users/natal/Downloads/14677-Texto%20do%20artigo-25255-1-10-20180920.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

REINHARDT J.D, BALLERT C, BRINKHOF M. MW, POST M.WM. Impacto percebido das barreiras ambientais na participação entre pessoas que vivem com lesão medular na Suíça. **J Rehabil Med**; v 48,n 2,p. 210-8. 2016. Disponível em: doi: 10.2340/16501977-2048. Acesso em:13 abr. 2021.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2021.

RUIZ, A.G.B *et al.* **Mudanças no cotidiano de pessoas com lesão medular**. [Internet] 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32386/pdf_1. Acesso em: 26 fev. 2021.

RUIZ, A.G.B *et al.* Atuação da rede de apoio às pessoas com lesão medular. **REME – Rev Min Enferm**. v. 22:e-1116, p.1-8. Disponível em:<https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/e1116.pdf>;doi:10.5935/1415-2762.20180051. Acesso em: 27 fev. 2021.

RUIZ, A.G.B.*et al.***Experiências de (in)acessibilidade vivenciadas por pessoas com lesão medular**.Rev. Eletr. Enf, Goiás, v. 20, n. 58, p. 1-10, dez. 2018. DOI10.5216/ree.v20.53538. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/53538/33727>. Acesso em 09 mar. 2021.

SCOPEL G, *et al.* Perfil epidemiológico das lesões traumáticas da coluna vertebral em um serviço de medula espinhal do Estado do Espírito Santo. **Neurocirurgia Brasileira**. 2018; v. 37, n. 02, p101-104. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1571141?articleLanguage=en#JR1500030-4>. Acesso em: 15 de abr. 2021.

SILVA N. R. N. et al. Atuação do enfermeiro na reabilitação da saúde da pessoa com deficiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5888/3949>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOLIGO, C; SEBEN, A.A. Lesão Medular Traumática: Mudanças biopsicossociais e suas consequências. **Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba**, v. 10, n. 1, p. 67-74. [Internet] 2019. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/acbs/article/view/16759/12349>. Acesso em: 26 fev. 2021.

STURM, C. *et al.* Fatores promotores e barreiras à participação na vida profissional de pessoas com lesão medular.[Internet]. **J Occup Med Toxicol**, v 15, n 37. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00288-7>. Acesso em: 13 abr. 2021.

TAMMINGA, S.J *et al.* Mudanças na capacidade de participação e satisfação com papéis e atividades sociais em pacientes em reabilitação ambulatorial [Internet] **J Patient Rep Outcomes** v4, n73 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00236-3>. Acesso em: 13 abr. 2021.

THOLL, A.D. **O cotidiano e o Ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde.** 2015. 250f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) –Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

THOLL, A.D *et al.* Potências-limites no cotidiano da adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias. **Texto Contexto Enfermagem** [Internet]. 2020 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0003>. Acesso em: 26 fev. 2021.

THOLL, A.D; *et al.* **Acessibilidade no cotidiano de Pessoas com Lesão Medular: Desconhecimento ou Falta de Consciência?** Florianópolis, SC, v. 1 n. 1, p. 96- 105. 2020. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/9/9> . Acesso em: 23 fev.2021.

THOLL, A.D *et al.* Processo de Reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com Lesão Medular e seus Familiares. *In:* CASTRO, LHA; PEREIRA, TT; MORETO, FVC. **Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde.**[Internet], 5 ed. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/36564>. Acesso em: 27 fev. 2021.

THOLL, A.D *et al.* . Cuidado de enfermagem no cotidiano da reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias.[Internet] **Nursing (São Paulo)**, [S. l.], v. 23, n. 270, p. 4836-4860, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1022>. Acesso em: 14 abr. 2021.

THOLL, A. D. *et al.* Do ninho ao voo da liberdade: cuidando de pessoas com lesão medular e suas famílias no cotidiano de um centro de reabilitação. *In:* Elsen, I. et al (ORG.) **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros.**Ed. Papa Livro: Florianópolis, 2016.

YANG R, et al. Epidemiologia de Lesões da Medula Espinhal e Fatores de Risco para Lesões Completas em Guangdong, China: Um Estudo Retrospectivo. **PLoS ONE** v. 9, n. 1. 2014.Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084733>. Acesso em: 15 de abr. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado participante!

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: *AValiação DA CONTINUIDADE DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E DE SUAS FAMÍLIAS*, coordenada pela Professora Dra. Adriana Dutra Tholl, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Esse estudo tem como objetivo: Avaliar a continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias.

Esta pesquisa possibilitará identificar o perfil sócio demográfico e clínico das pessoas com lesão medular, bem como identificar os limites e potências na continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar, identificando o número de pessoas que se encontram reabilitadas após um programa de reabilitação. Esta avaliação poderá sinalizar a necessidade de resgatar as pessoas que, embora tenham realizado um programa de reabilitação, ainda não se encontram reabilitadas e/ou ressocializadas, necessitando assim, de reavaliações periódicas, programadas com a equipe interdisciplinar.

O convite para sua participação se deve à condição de você ter o diagnóstico de lesão medular ou familiar de uma pessoa com lesão medular (quando este for o responsável pela gestão do cuidado, nos casos de tetraplegia), independente da etiologia do trauma, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, que tenha participado do Programa de Reabilitação do CCR nos últimos 10 anos.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação será voluntária, ou seja, você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, nem receberá qualquer valor por sua participação. No entanto, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido por meio de recursos próprios das pesquisadoras. Igualmente, garantimos o direito à indenização por quaisquer danos eventuais comprovadamente vinculados à participação neste estudo, na forma da lei.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestada, sendo que para manter o seu anonimato, as entrevistas serão codificadas com a letra reconhecido pela letra (E) de entrevista – pessoa com lesão medular e (F) de família, seguida do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro em posse da pesquisadora responsável.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder uma entrevista que conterà questões sobre o perfil sócio demográfico e clínico das pessoas com lesão medular, redes de apoio no dia a dia, seus limites e potências na continuidade do processo de reabilitação no domicílio, se você já retornou ao trabalho e/ou estudo. Ainda será aplicado um questionário (escala) para mensurar a habilidade do indivíduo durante a realização das atividades cotidianas, designada, especificamente, para pacientes com lesão medular. Esse questionário terá questões sobre três domínios: autocuidado, manejo respiratório e esfinteriano e mobilidade e um outro instrumento para investigar a presença de dor e classificá-la. O tempo de duração da entrevista dependerá das informações que você quiser fornecer, porém estimamos uma média de 30 a 40 minutos.

As entrevistas serão transcritas e, após, enviaremos via e-mail ou outra forma que achar conveniente para que você possa realizar a leitura das mesmas confirmando, incluindo ou retirando informações que julgar necessário. As informações produzidas nas entrevistas serão utilizadas para a realização deste projeto e irão compor um banco de dados, sendo que sua divulgação será realizada por

meio de publicações científicas de forma anônima por meio de codificação. O material, gravado e transcrito, será guardado durante cinco anos, na sala nº 419 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Centro de Ciências da Saúde, prédio I, sob guarda da pesquisadora responsável Dra. Adriana Dutra Tholl, e após este período serão destruídos.

As pesquisadoras, cientes do comprometimento com o respeito devido à dignidade humana que as pesquisas exigem, assumem a ocorrência de possíveis riscos aos participantes.

Os riscos previstos neste estudo são mínimos, no entanto, entendemos que retomar o cotidiano vivenciado pelas pessoas com lesão medular e suas famílias, poderá trazer lembranças, despertando emoções aos participantes, sendo que as pesquisadoras estarão atentas, possibilitando os devidos cuidados de apoio que se fizerem necessários à situação. Dessa forma, respeitar-se-á o entrevistado, parando a entrevista, recomeçando ou encerrando-a de acordo com o seu desejo de participação do estudo. Caso alguma lembrança cause algum desconforto e for de vontade do participante este poderá ser encaminhado para atendimento com a Psicóloga da instituição.

Quanto aos benefícios, considera-se que a investigação possibilitará ganhos aos participantes do estudo, no sentido de estimular seu protagonismo na continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar, estimulando hábitos e atitudes saudáveis que promovem qualidade de vida. Além disso, a pesquisa contribuirá para o levantamento de pessoas com lesão medular que vivem em situação de risco, que necessitam de uma reavaliação da equipe multidisciplinar, bem como a identificação do número de pessoas que não estão ressocializadas mesmo tendo participado de um Programa de Reabilitação, objetivando efetivas estratégias de atuação e comunicação com a Rede de Reabilitação do estado de Santa Catarina

Após a coleta de dados, você será convidado para participar de um encontro no Grupo de Apoio às Pessoas com Lesão Medular – GALEME, com o objetivo de lhe dar a devolutiva direta dos dados, de modo que você possa validar os dados informados na entrevista.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Ao assinar este termo você estará ciente e autoriza a coleta de dados em seu prontuário no Centro Catarinense de Reabilitação, bem como a gravação da entrevista, no momento da coleta dos dados.

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Professora Dra. Adriana Dutra Tholl: (48) 9902-5059. E-mail: adrianadtholl@gmail.com. Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC) que garante que os participantes da pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa e sobre o (CEPSH-UFSC), favor entrar em contato com o setor, pelo endereço Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis ou pelo telefone para contato: 3721-6094.

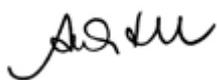
Pesquisador Responsável: Adriana Dutra Tholl

e-mail: adrianadtholl@gmail.com

Fone: 48 999025059

Endereço: Campus Universitário. Centro Ciências da Saúde. BLOCO I (CEPETEC) - Departamento de Enfermagem da UFSC. 4º Andar do Bloco I, Sala 419 Trindade. 88040-900 - Florianópolis – SC

Assinatura:



Nome do participante

Assinatura do Participante

Florianópolis,...../...../.....

APÊNDICE 2: INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1.0 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:	
NOME:	IDADE: D.N. / /
SEXO: M () F ()	Nº PRONTUÁRIO
ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO ANTES DA LESÃO:	
PROFISSÃO APÓS A LESÃO: () APOSENTADO	
ESCOLARIDADE ANTES DA LESÃO:	RENDAS FAMILIAR: (SM)
ESCOLARIDADE APÓS A LESÃO:	
2.0 -HISTÓRICO SAÚDE	
INGRESSO NO CCR EM: _____	
DIAGNÓSTICO MÉDICO TUAL: _____ ASIA: _____	
Tetra Inc. () Tetra Compl. () Para Inc. () Para compl. () Hemiparesia D/E () Hemiplegia D/E () Paraplegia D/E	
Tempo de Lesão: _____	
Tipo de lesão - Traumática: () Acidente automobilístico () FAF () Mergulho () Queda () Outros Não Traumática: () Malformação Vascular () Malformação congênita () Cirurgias	
3.0 Continuidade do Processo de reabilitação pós-programa de reabilitação	
<p>1. Você se considera ressocializado?</p> <p>2. Você retornou ao estudo/trabalho, lazer após o programa de reabilitação?</p> <p>3. Como o processo de ressocialização se dá para você?</p> <p>4. Quais as dificuldades e as facilidades no processo de ressocialização pós-programa de reabilitação?</p>	



ANEXO

ANEXO 1: PARECER CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E DE SUAS FAMÍLIAS

Pesquisador: Adriana Dutra Tholl

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93502418.2.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.841.165

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa. Do ponto de vista quantitativa, considera-se estudo do tipo descritivo, correlacional, documental longitudinal. Em relação a abordagem qualitativa, o estudo é descritivo exploratório.

A pesquisa será realizada no período de setembro/2018 a dezembro/2019, junto ao Serviço de Enfermagem e Reabilitação Neuroadulto no Centro Catarinense de Reabilitação - CCR; uma instituição pública, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – SES/SC.

A amostra será por conveniência e proposital, composta por pessoas com lesão medular. No período de 10 anos do Programa de Reabilitação, foram atendidos 200 pacientes, dos quais metade permanece em Programa de reavaliações. A amostra pretendida será o universo de pacientes atendidos no referido Programa, ou seja, 200 sujeitos. O familiar fará parte da coleta de dados, quando este for o responsável pela gestão do cuidado, nos casos de tetraplegia.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Serão considerados para o estudo pessoas com lesão medular, independente da etiologia do trauma, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, que tenham participado do Programa de Reabilitação do CCR nos últimos 10 anos e o familiar (indicado pela pessoa com lesão medular), quando este for o responsável pela gestão do cuidado.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Pacientes com déficit cognitivo associado, constatado em prontuário do paciente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.041.105

Número de participantes:

200 pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias.

Objetivo Secundário:

- identificar o perfil sócio demográfico e clínico das pessoas com lesão medular que participaram do Programa de Reabilitação no Centro Catarinense de Reabilitação;
- conhecer e analisar as redes de apoio das pessoas com lesão medular e suas famílias no cotidiano do processo de reabilitação;
- avaliar a independência dos participantes que já receberam alta do programa de reabilitação com a escala de Medida de Independência de Medula Espinhal (SCIM);
- compreender os limites e as potências na continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular;
- avaliar a continuidade do uso das órteses dispensadas pelo centro de reabilitação;
- identificar os participantes que fizeram uso de toxina botulínica e avaliar a continuidade da realização dos exercícios fisioterápicos no domicílio; - avaliar e classificar a presença de dor nos participantes, utilizando a escala numérica de dor (EVA).
- verificar se as metas propostas durante o programa de reabilitação, foram atingidas;
- identificar o número de participantes que retornaram ao mercado de trabalho e/ou retomaram a escolarização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos neste estudo são mínimos, no entanto, entendemos que retomar o cotidiano vivenciado pelas pessoas com lesão medular e suas famílias, poderá trazer lembranças, despertando emoções aos participantes, sendo que as pesquisadoras estarão atentas, possibilitando os devidos cuidados de apoio que se fizerem necessários à situação. Dessa forma, respeitar-se-á o entrevistado, parando a entrevista, recomeçando ou encerrando-a de acordo com o seu desejo de participação do estudo. Caso alguma lembrança cause algum desconforto e for de vontade do participante este poderá ser encaminhado para atendimento com a Psicóloga da instituição.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-420
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.841.105

Benefícios:

Quanto aos benefícios, considera-se que a investigação possibilitará ganhos aos participantes do estudo, no sentido de estimular seu protagonismo na continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar, estimulando hábitos e atitudes saudáveis que promovem qualidade de vida. Além disso, a pesquisa contribuirá para o levantamento de pessoas com lesão medular que vivem em situação de risco, que necessitam de uma reavaliação da equipe multidisciplinar, bem como a identificação do número de pessoas que não estão ressocializadas mesmo tendo participado de um Programa de Reabilitação, objetivando efetivas estratégias de atuação e comunicação com a Rede de Reabilitação do estado de Santa Catarina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entrevista e coleta de dados de prontuários de pacientes com lesão medular que frequentam Centro Catarinense de Reabilitação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma:

Apresentado e adequado

Orçamento:

Apresentado orçamento de R\$ 25.000,00 na forma de custeio no documento Informações Básicas do Projeto e de R\$ 18.500,00 no Projeto.

Folha de rosto:

Assinada pelo pesquisador responsável Adriana Dutra Tholl e pela Chefe do Departamento de Enfermagem Professora Doutora Dulcineia Ghizoni Schneider.

Declaração das Instituições envolvidas:

Carta de anuência do Centro Catarinense de Reabilitação assinada por Cristiane Lima Carqueja (Gerente).

Informações básicas do projeto:

Apresentada

TCLE:

Adequado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-4094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.841.165

Recomendações:

Unificar orçamento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1109260.pdf	06/07/2018 10:38:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	06/07/2018 10:37:17	Adriana Dutra Tholl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/07/2018 10:36:14	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Fiel_Guardiao.pdf	06/07/2018 10:35:59	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_aceite_Instituicao.pdf	06/07/2018 10:34:58	Adriana Dutra Tholl	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	06/07/2018 10:29:49	Adriana Dutra Tholl	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefons: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 2: CARTA DE INTENÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Carta de Intenção para realização da Pesquisa

Florianópolis, 28 de junho de 2018.

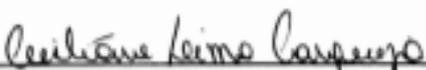
Ilma. Sra. Dra. Cristiane Lima Carqueja
Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação

Prezada Senhora,

Considerando o desenvolvimento de Pesquisa necessário à tríade ensino, pesquisa e extensão na formação Superior de Enfermagem apresento a intenção de desenvolver a Pesquisa intitulada: **"avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias"**. Terá como objetivo avaliar a continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias. Para tanto, solicito autorização para a realização da pesquisa junto às pessoas com lesão medular, nas atividades do Ambulatório de reeducação vesical e intestinal, bem como nos encontros do GALEME. Esclareço que a atividade de coleta de dados, prevista no Projeto de Pesquisa será desenvolvida por meio de entrevistas com a população indicada. O estudo iniciará após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC. Assumo o compromisso ético de manter o anonimato dos participantes, sigilo das informações e proteção da imagem e prestígio dessa Instituição, sendo que os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos e científicos.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Dutra Tholl
Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina



CARIMBO e ASSINATURA
Dra. Cristiane Lima Carqueja
Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação

Cristiane Lima Carqueja
Gerente
Centro Catarinense de Reabilitação
Mat. 368.494 - 112

ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO FIEL GUARDIÃO DE PRONTUÁRIOS

TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO FIEL GUARDIÃO DE PRONTUÁRIOS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o fiel guardião do Centro Catarinense de Reabilitação, de acordo com as atribuições legais, declara estar ciente do projeto de pesquisa intitulado "avaliação da continuidade do processo de reabilitação no cotidiano domiciliar de pessoas com lesão medular e de suas famílias", lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução CONEP/CNS 466/2012 e suas complementares, em especial, sobre o acesso a banco de dados e/ou prontuários de pacientes e/ou participantes da pesquisa.

Florianópolis, 28 /06/2018.

ADU

Ass: Pesquisador Responsável
Nome: Adrianan Dutra Tholl
Inscrição Profissional: COREN 74769
Cargo: Professor
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Número de Telefone: 48 99902 5059

Cristiane Lima Carqueja

Assinatura: Fiel Guardiã
Nome: Cristiane Lima Carqueja
Inscrição Profissional: CRM
Cargo: Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação
Instituição: Centro Catarinense de Reabilitação
Número de Telefone: 3221 9202

Cristiane Lima Carqueja
Gerente
Centro Catarinense de Reabilitação
Fone: 322.494-4-02

Scanned with CamScanner