

# A LESÃO MEDULAR E SUAS SEQUÊLAS DE ACORDO COM O MODELO DE OCUPAÇÃO HUMANA <sup>1 2</sup>

Andreza Aparecida Polia <sup>3</sup>  
Danila Holanda de Castro <sup>4</sup>

## RESUMO

O indivíduo acometido por uma lesão medular experimenta profundas modificações físicas como paralisia de grupos musculares, perdas sensitivas, alterações autonômicas, sexuais e outras. Depara-se com uma nova realidade de limitações e possui o desafio de enfrentar a vida e lidar com o corpo modificado. O Modelo de Ocupação Humana (MOH) aponta a ocupação humana como paradigma universal da terapia ocupacional e explora os aspectos envolvidos no desenvolvimento ocupacional normal e patológico do indivíduo. Participaram da pesquisa 26 pessoas da clínica de lesão medular do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo no período de dezembro de 2005 a abril de 2006 que passaram pelo setor de terapia ocupacional. Foram explorados aspectos relacionados às modificações na vida ocupacional do indivíduo com os objetivos de perceber o impacto ocupacional trazido pela lesão medular sobre a vida dos participantes. Verificou-se que após a lesão medular houve modificações ocupacionais de extensões variáveis na população estudada. Os resultados são interpretados e organizados de acordo com os postulados do MOH que foi considerado aplicável a esta clientela.

**Palavras-chave:** Lesão Medular; Modelo de Ocupação Humana; Terapia Ocupacional.

## SPINAL INJURY CORD AND ITS SEQUELS ACCORDING TO THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION

### ABSTRACT

The individual affected by spinal cord injury experiences deep physical modifications as muscular groups' paralysis, sensitive losses, autonomic and sexual alterations and others. It is come across with a new reality of limitations and possesses the

<sup>1</sup> Artigo recebido em 16 de janeiro de 2007. Aceito para publicação em 17 de abril de 2007.

<sup>2</sup> Trabalho apresentado no Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional em Macelió, em 10 /10/2006. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, Goiás.

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

<sup>4</sup> Acadêmica de terapia ocupacional da Universidade Católica de Goiás

challenge to face the life and to deal with the modified body. The Model of Human Occupation (MHO) points the human occupation being as universal paradigm of the occupational therapy and explores the involved aspects in the normal and pathological occupational development of the individual. 26 people of the spinal cord injury clinic had participated of the Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo's research in the period of December of 2005 to April of 2006 that had passed for the sector of occupational therapy. Aspects related to the modifications in the occupational life of the individual had been explored with the objectives to perceive the occupational impact brought by the spinal cord injury on the life of the participants. It was verified that after the spinal cord injury had occupational modifications of changeable extensions in the studied population. The results are interpreted and organized in accordance with the postulates of the MOH that was considered applicable to this kind of patients.

**Key-words:** Spinal Cord Injury, Model of Human Occupation; Occupational Therapy.

## A LESÃO MEDULAR

A região medular compreende todas as estruturas neurais contidas no interior do canal vertebral: medula espinhal, raízes dorsais e ventrais, nervos espinhais e meninges. A medula mantém comunicação com os nervos periféricos e o encéfalo e possui funções mais complexas do que apenas conduzir informações. Em seu interior são feitas sinapses que fazem da medula um local de processamento e modulação de informações. A medula espinhal tem, portanto, um importante papel na modulação da informação sensorial, coordenação dos padrões de movimentação e regulação autonômica (EKMAN, 2000, p. 180)<sup>3</sup>.

A lesão na medula espinhal é considerada por alguns autores como um dos acometimentos mais graves entre as patologias que geram incapacidade. Uma lesão na medula acarretará alterações nas funções motoras, déficit sensitivo superficial e profundo nos segmentos abaixo do nível lesionado, alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfinterianas,

sexuais e tróficas (GREVE, 1999, p. 326)<sup>5</sup>.

As estatísticas mundiais indicam que 30 a 40 pessoas a cada 1 milhão são acometidas por uma lesão medular por ano. Quando aplicada à população brasileira este número representa cinco a seis mil novos casos de lesão medular a cada ano. A população mais afetada encontra-se na faixa etária dos 30 anos sendo que 80% dos indivíduos são do sexo masculino segundo o levantamento de 2000 na Associação de Amigos da Criança Deficiente (CASALIS, 2003, p. 42)<sup>2</sup>.

As lesões medulares podem ser de origem traumática ou não-traumática. Entre as de etiologia traumática as mais comuns são provocadas por acidentes automobilísticos, ferimentos por projétil de arma de fogo, mergulho em água rasa, acidentes esportivos e quedas (ADLER, 2005, p. 806)<sup>1</sup>. As lesões de origem não traumática correspondem a 20% dos casos e nelas estão incluídas as formações tumorais (na coluna vertebral, extradurais, intradurais e intramedulares), anomalias congênitas (mielomeningocele, malformação de Chiari,

etc.), infecções virais ou bacterianas (mielites), doenças neurológicas e sistêmicas (esclerose múltipla, doenças reumáticas), doenças vasculares e outras (TARICCO, 2001, p. 01)<sup>17</sup>.

Após uma lesão medular o indivíduo poderá apresentar diversos tipos de seqüelas de acordo com a extensão da lesão e seu nível neurológico. O sistema de classificação mais utilizado atualmente foi desenvolvido pela American Spinal Injury Association (ASIA) revisado em 1996. O nível neurológico da lesão é definido através do exame motor e sensitivo. No exame motor é verificada a atividade dos “músculos-chave” e no exame sensitivo são testados os “pontos sensitivos chave”, os dermatômos. De maneira geral, o nível neurológico é o segmento acima do identificado como anormal (STAAS JÚNIOR, 2002, p. 1327)<sup>17</sup>.

As manifestações clínicas, como foi dito, dependem do nível e grau da lesão. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão devido à interrupção completa dos tratos nervosos ascendentes e descendentes. Em uma lesão incompleta estão preservados grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetadas (ADLER, 2005, p. 806)<sup>1</sup>.

Dentre as lesões, podem ser identificadas algumas síndromes medulares, são elas: 1) síndrome centromedular - os membros superiores são mais afetados que os membros inferiores, 2) síndrome Brown-Séquard - apenas um lado da medula é seccionado resultando em perda motora e proprioceptiva homolateral à lesão e perda da sensibilidade térmica e dolorosa contralateral à lesão, 3) síndrome medular anterior - ocorre perda motora e da sensibilidade térmica e dolorosa estando preservada a propriocepção, 4) síndrome medular transversa - lesão acima do cone medular com perda motora (paralisia espástica) e sensitiva completa (anestesia superficial e profunda), 5) síndrome do cone medular - lesão da medula sacral e das raízes lombares com perda motora (paralisia flácida)

e sensitiva dos dermatômos lombossacros correspondentes, 6) síndrome da cauda equina - lesão de raízes lombossacras abaixo do cone medular com perda motora (paralisia flácida) e sensitiva correspondentes às raízes lesionadas (CASALIS, 2003, p. 47)<sup>2</sup>.

Além das perdas diretamente relacionadas ao traumatismo raquimedular como a paralisia muscular e perda sensitiva o indivíduo pode sofrer conseqüências indiretas ou complicações. As mais freqüentes são: dor crônica pós-lesão medular, úlceras de pressão, deformidades osteoarticulares como calcificação heterotrópica, fraturas e outros. Além da trombose venosa profunda, hipotensão ortostática e a crise autonômica hipertensiva ou disreflexia autonômica (LIANZA, 2001, p. 309)<sup>12</sup>. As complicações quando não são prevenidas ou bem tratadas podem dar origem a incapacidades significativas tão limitantes quanto à própria lesão e podem levar o paciente a óbito (CASALIS, 2003, p. 50)<sup>2</sup>.

## O MODELO DE OCUPAÇÃO HUMANA

O Modelo de Ocupação Humana (MOH) foi desenvolvido numa época peculiar da história da terapia ocupacional (KIELHOFNER, 2002, p. 06)<sup>9</sup>. A década de 70 foi marcada por uma crise de identidade profissional e busca pelo objeto de estudo da terapia ocupacional como forma de definição do campo de atuação e diferenciação das outras profissões da área da saúde (MEDEIROS, 2003, p. 110)<sup>14</sup>. Neste mesmo período foram elaborados outros modelos em terapia ocupacional que consideravam a importância das ocupações na vida das pessoas e seu valor terapêutico (HAGEDORN, 2002, p. 231)<sup>6</sup>. Baseado na Teoria Geral dos sistemas de Mary Reilly, Gary Kielhofner e seus colaboradores elaboraram o MOH que aponta para a ocupação humana como paradigma universal da terapia ocupacional (MACHADO, 1991, p. 64)<sup>13</sup>. Desde a sua criação várias pesquisas foram realizadas com o objetivo

de aperfeiçoar a teoria e expandir sua aplicação clínica. Algumas tecnologias foram desenvolvidas como, por exemplo, avaliações, questionários, entrevistas e outros com a finalidade de facilitar a utilização do modelo bem como relacionar a teoria à prática (KIELHOFNER, 2002, p.04)<sup>11</sup>.

A ocupação humana, segundo o MOH, é vista como uma tendência inata e espontânea de exploração e domínio do meio pelo homem. Através da ocupação o homem interage com meio ambiente, produz nele modificações e é por ele influenciado, logo, a formação e manutenção da cultura dependem diretamente da ocupação humana. A atividade num contexto sócio cultural define e caracteriza a existência humana (FERRARI, 1991, p. 17)<sup>4</sup>.

O homem é concebido como um sistema aberto, ou seja, um ser total suscetível a mudanças e adaptações funcionais resultantes das experiências de interações ambientais, intra e interpessoais que ocorrem no decorrer de sua vida. O sistema é organizado em uma hierarquia formada por três subsistemas: volição ou vontade, habituação (papéis e regras) e desempenho (habilidades) (HAGEDORN, 2002, p. 233)<sup>6</sup>.

Um modelo é formado por conceitos e postulados e o primeiro conceito do MOH diz respeito à compreensão de como as pessoas são motivadas a escolher as atividades que completam suas vidas. A necessidade de ação humana é amparada pela complexa estrutura neurológica e corporal que se manifesta pelo desejo de interação efetiva com o mundo. Este desejo é considerado a força que impulsiona o ser humano à ocupação, ele forma o principal eixo estrutural do MOH, o subsistema da vontade composto por causação pessoal, metas valorizadas e interesses que juntos controlam os demais subsistemas e são por eles influenciados (KIELHOFNER, 2002, p. 13)<sup>11</sup>.

A causação pessoal reflete a percepção própria do

indivíduo como competente e eficiente ou não para determinada ação. Cada pessoa possui necessidades diferentes e de acordo com uma série de fatores se sentirá motivada ou não a realizar uma atividade. As experiências exercem forte influência na determinação do senso de capacidade do indivíduo o que pode tanto estimular a execução da tarefa como inibi-la pela previsão de um possível fracasso e conseqüente frustração para o sistema. Os valores ou metas valorizadas referem-se ao que a pessoa considera importante e significativo fazer sendo que a influência exercida culturalmente e o contexto familiar têm aqui grande importância. Os valores além de orientarem o comportamento produtivo têm ação sobre o planejamento do uso do tempo de acordo com as prioridades (atividades valorizadas) definidas pelo sujeito. O engajamento em atividades sociais como o trabalho, estudo, lazer são a concretização das metas valorizadas. Por fim o subsistema da vontade é constituído também pelos interesses pessoais que são entendidos como a tendência de buscar satisfação em certas situações, assim, o indivíduo escolhe realizar as atividades que lhe trazem prazer e proporcionem bem estar. As ocupações são então classificadas e priorizadas de acordo com o nível de contentamento por elas trazido. Os interesses são fundamentais não apenas nas atividades de lazer como também podem estar associados às metas valorizadas e influenciar a opção por uma atividade produtiva em detrimento às outras. A causação pessoal, metas valorizadas e interesses formam a estrutura do subsistema da vontade, considerado importante por estimular ou bloquear o desempenho ocupacional (KIELHOFNER, 2002, p. 15)<sup>11</sup>.

O segundo fenômeno focado pelo MOH diz respeito à constituição da rotina diária e a utilização do tempo pelo indivíduo. O subsistema da habituação organiza em padrões (modelos) o comportamento ocupacional. Uma série de atividades passa a fazer parte da rotina diária

de uma pessoa através do processo de habituação que é influenciado pelo subsistema da vontade já que a repetição das atividades e a sua integração ao padrão de desempenho ocupacional dependerão da forma como elas foram escolhidas e percebidas (eficazes, satisfatórias e fonte de satisfação). Os componentes do subsistema da habituação são os hábitos e os papéis internalizados. O hábito é uma tendência adquirida pela repetição freqüente de uma atividade que se torna “semi-automática”. Na vida de uma pessoa, eles organizam a performance ocupacional e permitem a execução de tarefas ao longo do dia sem a participação ativa da consciência auxiliando o melhor aproveitamento do tempo. Os hábitos são socialmente determinados, já que durante o desenvolvimento humano diferentes hábitos são internalizados e abandonados devendo estes serem firmes para permitir a evolução do sistema e flexíveis para tolerar mudanças e permitir a adaptação do indivíduo às novas demandas de sua vida. Os papéis internalizados são um conjunto de atividades que formam uma função ou um papel desempenhado pelo indivíduo no contexto social. Seu comportamento será então organizado e seus hábitos dispostos de maneira a atender as necessidades do momento e cumprir de forma satisfatória os diversos papéis assumidos pelo sistema em diferentes situações. A internalização de papéis é um importante fator na composição da estrutura social já que possibilita a atuação do indivíduo como um ser produtivo em diferentes estágios do desenvolvimento, no qual, diversos papéis são assumidos por ele que vai gradativamente sendo inserido no contexto social. Os papéis internalizados também são responsáveis pelo desenvolvimento do senso de pertencer ao grupo e de corresponder às expectativas deste através de seu desempenho satisfatório (KIELHOFNER, 2002, p. 65)<sup>11</sup>.

O terceiro fenômeno focado pelo MOH é o extraordinário nível de capacidade para o desempenho

adquirido pelos seres humanos com a realização das atividades rotineiras. A capacidade para a performance depende das condições físicas e mentais ou cognitivas, requer movimentos corporais coordenados, que o indivíduo perceba e observe o que acontece, tome decisões, faça ajustes e ao mesmo tempo decida como realizar a atividade da próxima vez para que a ação seja mais precisa e necessite cada vez menos de energia e atenção para a sua execução. O enfoque do desempenho está na interação do sistema com o meio já que as habilidades são adquiridas através das experiências as quais são gradativamente aperfeiçoadas de acordo com a atitude de exploração do meio. As habilidades são necessárias para a formação dos hábitos e internalização dos papéis e para a organização destes em rotinas. O subsistema da vontade, apesar de governar a escolha das ações, é submetido às possibilidades de realização das tarefas - as habilidades, estando aí incluídas habilidades motoras, cognitivas, emocionais, sociais e outras (KIELHOFNER, 2002, p.81)<sup>11</sup>.

Os subsistemas da vontade, da habituação e do desempenho interagem dialeticamente entre si modulando suas ações o que resulta no comportamento ocupacional (PEDRETTI, 2005, p. 10)<sup>16</sup>.

Cada estágio da vida é impulsionado por uma necessidade específica do ser humano que parte da atitude exploratória típica da infância e que perdura por toda a vida passando pelo impulso em desenvolver competências / habilidades e colocá-las em prática através da realização dos papéis próprios de cada etapa do desenvolvimento. O processo de mudança ocorre por toda a vida e o engajamento do indivíduo às novas demandas resulta em comportamentos adaptativos. A adaptação do sistema às situações esperadas com o passar do tempo ou adversas estabelece o que chamamos de ciclos, que podem ser benignos ou viciosos (KIELHOFNER, 1990, p. 114)<sup>8</sup>.

Os ciclos são formados pela interação do sistema com

o meio através do comportamento ocupacional. O comportamento ocupacional ocorre num processo iniciado pela entrada de informações (*input*) vindas principalmente do meio externo. As informações são processadas (*throughput*) e de acordo com as características internas serão analisadas e organizadas para darem origem a uma resposta (*output*) ou desempenho ocupacional. Estas respostas retornam para o sistema em forma de informações (*feedback*) e fornecem a ele mesmo a percepção da eficácia do output e das conseqüências deste no ambiente permitindo assim não apenas a formação do senso de competência como também uma certa “previsibilidade” do resultado das próximas atuações. O feedback assim como os inputs constituem-se meio de entrada, organização e adaptação do sistema a tarefas e ao ambiente no qual ele participa e opera (KIELHOFNER, 1990, p. 57)<sup>8</sup>.

Os ciclos formam a trajetória da vida do sistema e são iniciados e caracterizados pelas constantes mudanças durante o desenvolvimento ocupacional humano, mudanças estas que podem ser favoráveis ou prejudiciais à adaptação do indivíduo. A determinação de um ciclo como benigno ou vicioso depende de uma série de fatores que partem do senso de competência em explorar e dominar o ambiente. As experiências do indivíduo reforçam a percepção de eficiência e incentivam ou impedem o esforço pela adaptação a novas demandas (KIELHOFNER, 1991, p.132)<sup>9</sup>.

Quando o sistema desenvolve ao longo do tempo adaptações em seu comportamento ocupacional que satisfaçam tanto o meio social quanto às necessidades internas dizemos que houve um ciclo benigno. Um ciclo vicioso é instalado quando ao contrário do ciclo benigno, o sistema apresenta um comportamento mal adaptado fruto de adversidades físicas, emocionais ou sociais que podem acometê-lo ao nascimento ou durante o desenvolvimento humano. Os subsistemas são afetados

causando um desequilíbrio entre eles o que impede a realização das atividades esperadas surgindo aí uma disfunção ocupacional (KIELHOFNER, 1991, p. 41)<sup>9</sup>.

A lesão medular é um acontecimento inesperado e devido às alterações físicas e psicológicas por ela trazidas pode ser considerada um fato potencialmente capaz para desencadear um ciclo vicioso. É importante salientar que a presença de um fator externo isoladamente nem sempre é suficiente para desencadear um ciclo vicioso ou determinar uma disfunção ocupacional (Kielhofner, 1991, p.132 e Rogers & Holm, 1994 apud TROMBLY, 2005, p. 03).<sup>9,18</sup>

As seqüelas decorrentes da lesão medular afetam o sistema em diferentes níveis. Existe uma ruptura no subsistema do desempenho, que está relacionado ao output do sistema, pois as habilidades para a realização das atividades estão diretamente relacionadas aos componentes físicos e cinesiológicos perdidos com a lesão medular. O subsistema do desempenho prejudicado altera consideravelmente o subsistema do hábito já que a construção de rotinas depende de habilidades preexistentes e repetição das atividades para serem organizadas e seqüenciadas. Os papéis até então assumidos pelo indivíduo podem não ser compatíveis com nova condição motora. A nova rotina inclui hábitos que giram em torno do novo papel assumido pelo indivíduo: o de paciente. As expectativas de incapacidade servem como um input negativo ao sistema que é reforçado pelo desempenho ineficiente. O subsistema da volição por sua vez sofre alterações devido ao feedback desfavorável das tentativas frustradas de domínio do ambiente e pela representação interna de si mesmo como indivíduo incompetente e incapaz de controlar as situações já que estas estão fora de seu alcance. Essa imagem simbólica de si modifica e pode impedir o impulso básico de exploração e domínio (KIELHOFNER, 1991, p. 44)<sup>9</sup>.

Porém pode, também, existir uma adaptação do indivíduo

em relação a sua nova condição de forma que habilidades são desenvolvidas utilizando movimentos remanescentes e novos interesses são gerados. O senso de competência em explorar o ambiente é estabelecido e impulsiona novos aprendizados e descobertas de potencialidades bem como diversificação de formas de realização das tarefas. As metas valorizadas e interesses orientam a organização dos hábitos baseados nos papéis assumidos pelo indivíduo que garantem a sua satisfação e a do contexto no qual está inserido (KIELHOFNER, 1991, p. 46)<sup>9</sup>.

Os subsistemas são alterados e de acordo com fatores relacionados à estrutura emocional e sócio-cultural do indivíduo poderá ser instalado um ciclo benigno ou um ciclo vicioso (KIELHOFNER, 1991, p. 41)<sup>9</sup>.

## A PESQUISA

O Modelo de Ocupação Humana estuda a ocupação e a partir dela constrói seu conteúdo teórico e prático. A lesão medular traz consigo uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais. Esta pesquisa teve por objetivo verificar se a lesão medular provoca alguma modificação na dimensão ocupacional do indivíduo já que este é o campo de estudos da terapia ocupacional e o objeto de pesquisa do MOH. Buscou-se também, a percepção das diferenças na extensão das alterações causadas pela lesão medular nos participantes da pesquisa. É oferecida aqui uma forma de compreender essas diferenças e organizar o conhecimento sobre a lesão medular e suas seqüelas de acordo com o MOH. Trata-se, portanto de uma pesquisa quantitativa já que foi dada importância às informações relativas a quantidade de respostas similares e qualitativa recortada pela interpretação dos dados realizada.

## MÉTODOS

Para a coleta de dados desta pesquisa foi realizada consulta em prontuários e aplicado um questionário semi-aberto com oito questões sobre as atividades realizadas

antes e após a lesão medular. Responderam ao questionário 26 pacientes no período de dezembro de 2005 a abril de 2006 que passaram pelo setor de terapia ocupacional do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo. Os critérios utilizados para a inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, lesão medular de qualquer nível, tipo e etiologia com tempo de lesão superior a 06 meses devendo ser a idade atual do entrevistado superior a dezesesseis anos.

## RESULTADOS

Os pacientes entrevistados possuíam tempo de lesão variando entre seis meses a vinte e cinco anos com uma média geral de seis anos e três meses. Os níveis de lesão estavam distribuídos da seguinte forma: dezenove participantes (73,1%) possuíam lesão cervical, cinco (19,2%) possuíam lesão torácica e dois (7,7%) possuíam lesão lombar (Fig. 01). Quanto à classificação neurológica ASIA nove dos participantes (34,6%) eram considerados como A, quatro (15,4%) como B, sete (26,9%) como C e seis (23,1%) como D.

Foi elaborada uma relação de ocupações e solicitado que os participantes assinalassem as atividades que haviam sido abandonadas após o acontecimento da lesão medular. As respostas dadas foram que 09 (34,6%) dos participantes deixaram de realizar de 05 a 09 atividades, dez (38,5%) abandonaram entre 10 e 15 das atividades listadas e 07 (26,9%) deixaram de realizar entre 16 e 19 atividades.

É importante mencionar que onze dos entrevistados (42,3%) relataram espontaneamente que apesar de continuarem realizando algumas das atividades listadas a frequência em que estas são executadas foi consideravelmente reduzida após a lesão medular.

Quando perguntados se sentiam falta de realizar essas atividades 24 pessoas (92,3%) responderam que sim e duas (7,7%) responderam que apenas eventualmente sentem falta destas atividades.

Em relação a atividades acadêmicas 15 (57,7%) não estudavam na época da lesão, quatro (15,4%) interromperam seus estudos e sete (26,9%) continuaram estudando.

As atividades produtivas e/ou remuneradas foram abandonadas por vinte e três dos entrevistados (88,5%) enquanto que dois (7,7%) continuaram trabalhando, porém, em outro local ou em outra função. Um dos participantes (3,8%) da pesquisa ainda não trabalhava e após a lesão medular começou a exercer suas atividades produtivas.

Em relação às atividades de lazer um participante (3,8%) relatou continuar fazendo as mesmas coisas que fazia antes da lesão, oito (30,8%) consideram que mudaram de atividades e que as novas trazem tanta satisfação quanto as realizadas antes da lesão, quatorze dos participantes (53,8%) afirmam que mudaram as atividades de lazer porém as anteriores à lesão proporcionavam maior satisfação. Três pessoas (11,6%) afirmam não possuírem mais momentos de lazer.

Os entrevistados foram perguntados sobre os motivos pelos quais deixaram de realizar as atividades que apreciavam. Sete dos participantes (26,9%) indicaram a perda da volição (vontade) para o desempenho de atividades, vinte e cinco (96,1%) relataram a falta de condições físicas, dezesseis (61,5%) apontaram as barreiras ambientais como fator limitante e onze (42,2%) consideram que a falta de interesse ou de tempo das pessoas em facilitar a execução das tarefas impedem seu engajamento ocupacional.

Ao serem questionados acerca das responsabilidades e papéis por eles exercidos atualmente obtiveram-se as seguintes respostas: cinco dos entrevistados (19,2%) dedicam-se a atividades relacionadas ao cuidado com o ambiente domiciliar, onze (42,3%) auxiliam no sustento financeiro da família, sendo que destes, oito (72,7%) estão inativos e contam com algum tipo de auxílio

previdenciário e três (27,3%) exercem uma atividade produtiva remunerada. Vinte dos participantes (76,9%) referem que o cuidado com a saúde e consigo mesmo fazem parte de sua rotina e responsabilidade, três (11,5%) citaram seu papel de estudante, sete (26,9%) dos entrevistados falaram de suas responsabilidades em relação ao cuidado de outras pessoas e três (11,5%) afirmaram que não possuem uma obrigação específica.

## DISCUSSÃO

Os pacientes entrevistados possuem um tempo médio de lesão em que já houve estabilização do quadro clínico, portanto, já possuem a possibilidade de re-organizar suas vidas, desenvolverem novos hábitos, retornarem às atividades consideradas possíveis e (re) estabelecerem seu desempenho ocupacional.

O número de atividades abandonadas pelos entrevistados é significativo, assim como o fato de além de abandonarem atividades consideradas importantes ainda houve a redução da frequência das atividades que ainda realizam. A diminuição do número de atividades devido à lesão medular mostra que houve modificações consideráveis no âmbito ocupacional na vida dos entrevistados. A extensão do impacto trazido pela lesão sobre a vida ocupacional do indivíduo é bastante variável e nem sempre é diretamente proporcional aos prejuízos físicos trazidos pela lesão, o que nos leva a pensar que existem fatores tão limitantes quanto as perdas sensoriais, autonômicas e motoras presentes no indivíduo com lesão medular.

De acordo com o MOH a ocupação é a forma de interação do homem com o meio e esta acontece através da entrada, processamento, respostas e reentrada de informações. O indivíduo que sofreu uma lesão medular pode apresentar redução das formas de entrada de informações devido às perdas sensório-motoras, alterações no processamento (causação pessoal, metas valorizadas e interesses pessoais) e dificuldades na

efetivação das respostas ou comportamento ocupacional devido aos déficits motores que podem significar em impossibilidade de executar a atividade idealizada. Por fim, a tentativa que pode ter sido bem sucedida ou não serve de informação positiva ou negativa para o sistema sobre a sua própria atuação levando-o a buscar uma forma de aperfeiçoar a realização ou abandonar atividade pela convicção de incompetência inibindo novas tentativas. O abandono das atividades verificado nesta pesquisa ocorre, segundo o MOH pelo comprometimento de algum dos níveis do processo de formação do comportamento ocupacional. Estes níveis ou subsistemas podem se alterados com a instalação de um fator adverso e potencialmente incapacitante como a lesão medular.

Segundo o MOH é necessário um modelo interno simbólico de si mesmo para a ação humana. Quando o indivíduo vê-se como incompetente cada desafio torna-se uma barreira que impede a tentativa e quando esta ocorre, devido à inabilidade decorrente da falta de condição física e também pela falta do treinamento funcional, as chances de que ela seja frustrada são grandes confirmando no indivíduo suas crenças sobre si mesmo. As convicções internas exercem um papel importante na tomada de decisões e podem tanto incentivar o engajamento em atividades como inibir o comportamento ocupacional de forma a iniciar um ciclo vicioso. Estas convicções constituem o subsistema da vontade e se organizam da seguinte forma: o senso de auto-competência ou causalção pessoal que pode estar prejudicado influenciando na inibição de tentativas. As metas valorizadas como assim como os interesses levam ao planejamento e participação ativa em grupos sociais e atividades consideradas significativas. Os interesses podem estar reduzidos de forma que o indivíduo não tenha força e disposição para mobilizar os outros subsistemas para transpor os obstáculos internos e externos ou até mesmo encontram-se ausentes e o

indivíduo perde então o interesse em realizar suas atividades, como visto nos resultados destas pesquisas. Na maior parte das vezes os pacientes não consideram que possuem controle sobre mecanismos alternativos e capacidades remanescentes e evitam situações desafiantes por serem potencialmente frustrantes que possibilitariam o domínio da situação, mesmo que de forma diferente ou adaptada. Desta forma, restam poucas oportunidades de escolha e ação, as variáveis externas ficam mais fortes e mais incapacitantes e são vistas como incontroláveis pelo indivíduo já que fogem de seu alcance por estarem além de seu domínio. Na pesquisa esta afirmação fica evidente quando pessoas com condições físicas semelhantes deixam de realizar quantidades variáveis de atividades. É perceptível a transferência da responsabilidade pela não realização das atividades a fatores considerados fora de si próprios como barreiras ambientais e atitudinais impostas por outras pessoas, falta de habilidades físicas (nem sempre correspondentes à situação em que se encontram) e falta de auxílio das pessoas que não se mobilizam em favor do indivíduo.

Os resultados sobre a internalização de responsabilidades dizem respeito aos papéis assumidos pelos pacientes após a lesão medular. Um papel inclui uma série de comportamentos, compromissos e tarefas inerentes à posição social assumida por alguém. Normalmente uma mesma pessoa desempenha vários papéis como pai, estudante, trabalhador, filho, esposo e outros. O desempenho de um papel organiza o comportamento do indivíduo de acordo com a situação e as exigências por elas trazidas. Na pesquisa a maioria dos entrevistados apontou o cuidado com a saúde como sua principal responsabilidade, sendo que para alguns foi considerada a única. Após a lesão medular a rotina pode ser modificada incluindo atividades relacionadas à reabilitação, controle hospitalar e outros. Estas atividades acabam por ocupar parte significativa do tempo dos

pacientes e estes podem organizar seu presente em função da rotina médica e internalizar o processo de tratamento como sendo seu papel no mundo. A preocupação com a saúde pode ser vista como uma forma de enfrentamento (MURTA, 1998, pág. 89)<sup>15</sup> e de acordo com a dinâmica pessoal e familiar pode tornar-se um papel assumido pelo paciente - o de doente, o indivíduo então se isenta de outros papéis antes desempenhados chegando a ponto de alguns considerarem que não possuem nenhuma responsabilidade específica.

## CONCLUSÃO

Através desta pesquisa fica demonstrado que, com o advento da lesão medular, além das alterações físicas, psicossociais existem também alterações ocupacionais na vida destas pessoas. O impacto possui extensão variável de acordo com o acometimento neurológico e também de acordo com a forma de enfrentamento do paciente em relação à lesão. A percepção do indivíduo em relação ao seu estado de saúde é individual já que parâmetros internos são por ele utilizados a fim de assimilar a nova condição corporal e a partir daí traçar novas metas e assumir seus papéis na sociedade.

O MOH oferece uma forma de compreender as alterações ocupacionais do indivíduo e constitui-se uma fonte teórica de compreensão e intervenção junto a pacientes com lesão medular. Como todo modelo possui pontos fortes e fracos e deve ser cuidadosamente experimentado e analisado na íntegra para garantir sua melhor compreensão e serem evitados erros em sua interpretação.

O impacto da lesão medular sobre a vida ocupacional do paciente merece maior atenção sendo este um tema que necessita ser mais bem estudado a fim de que os profissionais da saúde, em especial os terapeutas ocupacionais tenham uma visão mais ampla das modificações ocorridas que se expressam na forma do

comportamento ocupacional. O MOH não responde todas as perguntas e não possui esta pretensão. Pode ser considerado aplicável e adequado a esta clientela, pois oferece subsídios para a construção de percepções e organização de conhecimentos que podem resultar em benefícios para o paciente com lesão medular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADLER, Carole. Lesões na medula espinhal In: PEDRETTI, Lorraine W., EARLY, Mary B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed., São Paulo, Roca, 2005, p. 805 - 831.
2. CASALIS, Maria E. P. Lesão medular In: TEIXEIRA, Érika, SAURON, Françoise N., SANTOS, Lina S. B., OLIVEIRA, Maria C. de. **Terapia ocupacional na reabilitação física**. São Paulo, Roca, 2003, p.41 - 61.
3. ECKMAN, Laurie L. - **Neurociência - fundamentos para a reabilitação**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.
4. FERRARI, Maria A. C. Kielhofner e o modelo de ocupação humana – **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**. vol. 02, nº 4, 1991, p. 216 - 219.
5. GREVE, Júlia D., ARES, Marcelo J. de. Reabilitação da lesão da medula espinhal In: GREVE, Júlia D., AMATUZZI, Marco M. **Medicina da reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia**. Roca, São Paulo, 1999, p. 323 - 360.
6. HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional**. 2ª ed., São Paulo, Roca, 2002.
7. KIELHOFNER, Gary, BURKE, Janice P. Modelo de ocupação humana - parte 01- teoria, ocupação, modelo de tratamento, sistemas In: **Revista de terapia ocupacional**. Universidade de São Paulo, vol. 01 nº 01, 1990, p. 54 - 67.

8. KIELHOFNER, Gary. Modelo de ocupação humana - parte 2- ontogênese da perspectiva de adaptação temporal In: **Revista de terapia ocupacional**. Universidade de São Paulo, vol. 01 nº. 02, 1990, p. 114 - 123.
9. KIELHOFNER, Gary. Modelo de ocupação humana - parte 3- ciclos benignos e malévolos In: **Revista de terapia ocupacional**. Universidade de São Paulo, vol. 02 nº. 01, 1991, p. 39 - 47.
10. KIELHOFNER, Gary, BURKE, Janice P., IGI, Cynthia H. Modelo de ocupação humana - parte 04- avaliação e intervenção In: **Revista de terapia ocupacional** – Universidade de São Paulo, vol. 02 nº 02/03, 1991, p.127 - 144.
11. KIELHOFNER, Gary .**Model of human occupation - theory and application**. 3ª ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 2002.
12. LIANZA, Sergio, CASALIS, Maria E. P., GREVE, Júlia M. D., EICHBERG, Rodolfo. A lesão medular In: LIANZA, Sérgio. **Medicina de reabilitação**. 5ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001, p. 299 - 322.
13. MACHADO, Marília C. Rumo à ciência da atividade humana In: **Revista de terapia ocupacional**. Universidade de São Paulo, vol 02, nº 2/3, 1991, p 60 - 65.
14. MEDEIROS, Maria H. R. da. **Terapia ocupacional - um enfoque epistemológico e social**. São Paulo, Hucitec, 2003.
15. MURTA, Sheila G. **Adaptação à lesão medular - dados preliminares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de psicologia, Universidade de Brasília, 1998.
16. PEDRETTI, Lorraine W., EARLY, Mary, B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed., São Paulo, Roca, 2005.
17. STAAS JUNIOR, William E., FORMAL, Christopher S., FREEDMAN, Mitchell K., FRIED, Guy. W., READ, Mary E.S. Lesões medulares e tratamento médico nas lesões medulares In: DELISA, Joel A., GANS, B. M. – **Tratado de medicina da reabilitação - princípios e práticas**. vol. 02, 3ª ed., São Paulo, Manole, 2002, p.1325-1359.
17. TARICCO, Mario A. Etiologia das lesões medulares In: GREVE, Júlia M. D., CASALIS, Maria E. P., BARROS FILHO, Tarcísio E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal**. São Paulo, Roca, 2001, p. 01 - 08.
18. TROMBLY, Catherine A. Fundamentos conceituais para a prática In: TROMBLY, Catherine A., RADOMSKI, Mary V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5ªed. São Paulo, Livraria Editora Santos, 2005, p.01 – 15.

