

## **Elementos da vulnerabilidade de adultos com deficiência após lesão neurológica: revisão integrativa**

**Elements of vulnerability in adults with disabilities after neurological injury: integrative review**

**Elementos de vulnerabilidad en adultos con discapacidad después de una lesión neurológica: revisión integrativa**

Recebido: 30/05/2022 | Revisado: 11/06/2022 | Aceito: 12/06/2022 | Publicado: 24/06/2022

**Jamilly da Silva Aragão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8140-3180>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [jamilly\\_aragao@hotmail.com](mailto:jamilly_aragao@hotmail.com)

**Inacia Sátiro Xavier de França**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-510X>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [inacia.satiro@gmail.com](mailto:inacia.satiro@gmail.com)

**Alexsandro Silva Coura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0628-648X>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [alexcoura@hotmail.com](mailto:alexcoura@hotmail.com)

**Amanda de Brito Rangel Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8782-535X>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [brangelamanda@gmail.com](mailto:brangelamanda@gmail.com)

**Emerson Eduardo Farias Basílio**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4092-0659>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [emersontpb201244@gmail.com](mailto:emersontpb201244@gmail.com)

**Arthur Felipe Rodrigues Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8615-5238>  
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil  
E-mail: [arthurfelipe10@hotmail.com](mailto:arthurfelipe10@hotmail.com)

**Francilene Maciel Ferreira Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3193-3877>  
Universidade Estadual da Paraíba  
E-mail: [francilenemaciel8@gmail.com](mailto:francilenemaciel8@gmail.com)

### **Resumo**

**Objetivo:** identificar os elementos da vulnerabilidade de adultos com deficiência motora após lesão neurológica. **Método:** revisão integrativa, com busca em agosto de 2020 nas bases MEDLINE, LILACS, BDEFN, SciELO e PubMed. A síntese e interpretação dos resultados incidiu à luz da Teoria das Transições de Meleis e do conceito de vulnerabilidade de Ayres. **Resultados:** selecionou-se 77 artigos, com predomínio de artigos publicados no ano de 2014, realizados no Brasil, com amostra de pessoas com lesão medular, com nível de evidência VI, derivados do portal PubMed e publicados na língua inglesa. Houve predomínio de elementos na dimensão Pessoal/Individual, com maior frequência referente à condição física. **Conclusão:** Identificou-se elementos facilitadoras e inibidoras de vulnerabilidade na dimensão Pessoal/Individual, Sociedade/Social e Comunidade/Programática.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência; Adulto; Doenças do Sistema Nervoso; Vulnerabilidade em saúde; Enfermagem em reabilitação.

### **Abstract**

**Objective:** to identify the vulnerability situations of adults with motor disabilities after neurological injury. **Method:** an integrative review, with a search in August 2020 based on MEDLINE, LILACS, BDEFN, SciELO and PubMed. The synthesis and interpretation of the results focused on the theory of Meleis Transitions and Ayres' concept of vulnerability. **Results:** 77 articles were selected, with a predominance of articles published in 2014, carried out in Brazil, with a sample of people with spinal cord injury, with level of evidence VI, derived from the PubMed portal and published in the English language. There was a predominance of situations in the Personal / Individual dimension, with greater frequency regarding the physical situation. **Conclusion:** We identified situations that facilitate and inhibit vulnerability in the Personal / Individual, Society / Social and Community / Programmatic dimensions.

**Keywords:** Disabled persons; Adult; Nervous System Diseases; Health vulnerability; Rehabilitation nursing.

## Resumen

Objetivo: identificar las situaciones de vulnerabilidad de los adultos con discapacidad motora tras una lesión neurológica. Método: revisión integradora, con búsqueda en agosto de 2020 basada en MEDLINE, LILACS, BDNF, SciELO y PubMed. La síntesis e interpretación de los resultados se centró en la teoría de las Transiciones Meleis y el concepto de vulnerabilidad de Ayres. Resultados: se seleccionaron 77 artículos, con predominio de artículos publicados en 2014, realizados en Brasil, con una muestra de personas con lesión medular, con nivel de evidencia VI, derivados del portal PubMed y publicados en idioma inglés. Hubo un predominio de situaciones en la dimensión Personal / Individual, con mayor frecuencia en cuanto a la situación física. Conclusión: identificamos situaciones que facilitan e inhiben la vulnerabilidad en las dimensiones Personal / Individual, Sociedad / Social y Comunitaria / Programática.

**Palabras clave:** Personas con discapacidad; Adulto; Enfermedades del Sistema Nervioso; Vulnerabilidad en salud; Enfermería en rehabilitación.

## 1. Introdução

A lesão neurológica adquirida atinge anualmente um número significativo de pessoas e constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade em adultos jovens (Rodrigues et al., 2029; Krishnamurthi et al., 2015). Dentre as lesões de causas internas e externas destacam-se o acidente vascular encefálico (AVE), o traumatismo cranioencefálico (TCE) e lesão medular (LM).

Sobre o AVE, estima-se que no Canadá os números aumentem de 405.000 acometidos para 726.000 em 2038 (Krueger et al., 2015) No Brasil, de 2009 a 2016, o número total de hospitalizações e mortes aumentaram consideravelmente (Dantas et al., 2019). No ano de 2016, a incidência foi de 138,91 novos casos, atingindo principalmente o sexo masculino com o aumento da idade (Santana et al., 2018).

O TCE possui maior incidência na América do Norte e na Europa e menor na África e no Mediterrâneo Oriental (Dewan et al., 2018). No Brasil, é considerado como uma das principais causas de morbimortalidade por causas externas, com predominância no sexo masculino, com menos de 40 anos e causado por acidentes de trânsito e quedas (Magalhães et al., 2017).

No tocante a LM, em média dois a três milhões de pessoas convivem com uma deficiência associada à essa lesão em todo o mundo, em países desenvolvidos, a exemplo de Estados Unidos e Canadá a incidência da LM é em média cinco vezes maior nos homens e em adultos jovens (Jazayeri et al., 2014). No Brasil os mais atingidos são os homens, adultos e com baixa escolaridade (Freitas, 2016).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, a transição para uma condição de saúde-doença, ocasionada pelo surgimento de uma enfermidade/condição crônica, pode marginalizar os indivíduos e facilitar as situações de vulnerabilidade. Segundo a teórica a vulnerabilidade pode ser caracterizada pela pré-disposição que surge na vida do indivíduo e que a depender das experiências e respostas dadas por ele durante o processo de transição, as interações, as condições pessoais, da sociedade e comunidade que podem expor aos potenciais danos, às dificuldades e condições insalubres na recuperação e no enfrentamento (Meleis, 2010).

A vulnerabilidade é considerada por Ayres como a chance de exposição ao adoecimento e agravos, aumentando assim a suscetibilidade dos indivíduos ou grupos decorrente de aspectos individuais e macroestruturais, ou seja, a vulnerabilidade diz respeito aos “potenciais” de adoecimento e não adoecimento de indivíduos ou grupos que vivem em um certo conjunto de condições, biológicas, psicológicas, materiais, culturais, políticas. Na análise de vulnerabilidade articulam-se os componentes: individual, social e programático (Ayres et al., 2003).

As pessoas com deficiência (PcD) após lesão neurológica estão em maior vulnerabilidade ao adoecimento, sobretudo às condições de saúde secundárias as quais caracterizam-se em complicações, comorbidades e condições que impactam negativamente sobre a saúde e trazem implicações significativas na reabilitação e qualidade de vida (Krnjacki et al., 2018);

Adriaansen et al., 2016) no retorno à vida na comunidade (Callaway et al., 2015), bem como, podem levar à re-hospitalização e morte prematura (Prynn et al., 2019; Mashola et al., 2019).

Porém, desconhece-se os elementos que predispõe ao adoecimento, que aumentam a vulnerabilidade de PcD após lesão neurológica. Acredita-se que a identificação de tais elementos permitirá maior conhecimento da suscetibilidade dessas pessoas ao adoecimento e agravos, bem como, constituir subsídios para a construção de instrumentos de medida, que poderão auxiliar os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro na mensuração do grau de vulnerabilidade e que poderá auxiliar para o desenvolvimento de ações e práticas específicas com objetivo de reduzi-las e contribuir para a prevenção e na transição para uma vida saudável com bem-estar e qualidade de vida (McColl et al., 2017).

Portanto, objetivou-se identificar os elementos da vulnerabilidade de pessoas com deficiência motora após lesão neurológica.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, regida pelas etapas propostas por Mendes, Silveira & Galvão (2008): formulação da questão de pesquisa; busca dos estudos na literatura e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; extração das informações e categorização dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados; síntese do conhecimento/apresentação da revisão. Conforme Mendes, Silveira & Galvão (2008) a revisão integrativa busca, avalia, aponta críticas e sintetiza, ou seja, estabelece o estado atual do conhecimento de um tema investigado, possibilitando a resolução de problemas de pesquisa e sociais.

No tocante a questão de pesquisa, constituiu a seguinte: Quais os elementos da vulnerabilidade pessoal/individual, sociedade/social e comunidade/programática de adultos com deficiência motora após a lesão neurológica?

As buscas ocorreram nas bases de dados/portais foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS, Base de Dados Enfermagem-BDENF e Scientific Electronic Library Online-SciELO, Medical Literature and Retrieval System online-MEDLINE e Portal National Library of Medicine-PUBMED.

Elaborou-se para cada base/portal uma estratégia de busca com os descritores selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS e no *Medical Subject Headings*-MeSH. Foram inseridos os seguintes descritores e termos em português e inglês: Pessoas com Deficiência/*Disabled Persons*, Acidente Vascular Cerebral/*Stroke*, Lesões Encefálicas Traumáticas/*Brain Injuries Traumatic*, Lesões da Medula Espinhal/*Spinal Cord Injuries*, Adulto/*Adult*, Saúde/*Health e Doença/Disease*. As expressões de busca foram combinadas com os operadores booleanos *AND e OR*.

Para orientar a seleção dos estudos foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos com abordagem quantitativa ou qualitativa oriundos de estudos primários que abordassem a vulnerabilidade nas dimensões pessoal/individual e/ou sociedade/social e/ou comunidade/programática de pessoas após lesão neurológica adquirida (AVE e/ou TCE e/ou LM), de ambos os sexos e com idade de 18 a 59 anos. Foram excluídos os estudos com amostra de pessoas com lesão neurodegenerativas, em internação hospitalar, com domicílio na área rural ou em casas de repouso, com alteração da consciência, bem como os editoriais, resumos de eventos e os artigos que se repetiram em mais de uma base de dados, sendo contados apenas uma vez.

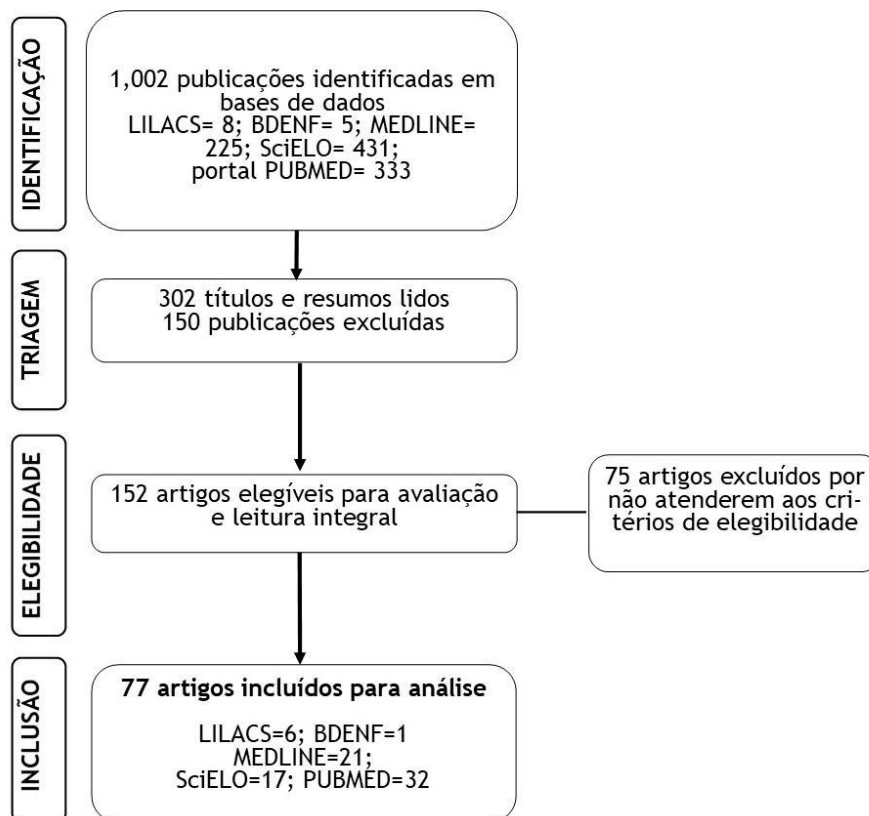
A fase de busca se deu no mês de agosto de 2020, por dois revisores independentes. Foram aplicados os limites de busca nas bases/portal: disponível, idioma português, inglês ou espanhol, adultos e publicação de 2011 a 2020.

A seleção dos estudos, em consonância com os requisitos do PRISMA, ocorreu por meio da identificação dos estudos; da primeira triagem com a leitura dos títulos e segunda triagem com a leitura do resumo; aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura na íntegra do estudo. Uma ficha elaborada contendo informações sobre o tipo de publicação, tipo de

estudo, ano de publicação, localização geográfica do estudo, idioma, caracterização da população e amostra, objetivo da pesquisa e resultados, foi elaborada para extrair as informações e inclusão dos estudos.

Na busca inicial, após aplicação dos limites de busca, foram identificados 1,002 estudos nas bases de dados; em seguida, selecionou-se 302 pela leitura dos títulos dos artigos e após leitura minuciosa dos resumos foram selecionados 152, destes, foram excluídos 75 artigos por não responderem à questão de pesquisa. Após leitura na íntegra e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos na revisão um total de 77 artigos. A Figura 1 demonstra o fluxograma com o processo de busca dos estudos e seleção dos artigos por base de dados.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção conforme recomendação PRISMA. Campina Grande, Brasil, 2020.



Fonte: Adaptado pelos autores (2020).

Realizaram-se leitura e releitura dos artigos extraindo-se de seus “resultados” os elementos de vulnerabilidade identificados na vivência de adultos com deficiência motora após lesão neurológica, explícitos ou implícito à luz da teoria de Meleis (Meleis, 2010) e conceito de vulnerabilidade de Ayres (Ayres et al., 2003).

Os elementos utilizados para análise de vulnerabilidade à luz da teoria de Meleis e o conceito de vulnerabilidade de Ayres foram: Dimensão pessoal: significados, crenças e atitudes, status socioeconômicos e conhecimento (Meleis, 2010); Dimensão individual: Modo de vida, atitudes, comportamentos, conhecimento, relações familiares, de amizade, afetivo-sexual, condição física, psicoemocionais, crenças, interesses, valores, redes e suporte sociais (Ayres et al., 2003); Dimensão sociedade: atitudes da sociedade, reintegração social, estigmas, desigualdade de gênero, marginalização, estereotipagem social (Meleis, 2010); Dimensão social: Estigma e discriminação, emprego, renda, normas sociais, crenças religiosas, suporte social, relações de gênero, de raça/etnia, acesso à educação, cultura, justiça, ao lazer, liberdade de pensamento e expressão,

participação política e cidadania (Ayres et al., 2003); e Dimensão comunidade: apoio familiar; disponibilidade de informações confiáveis (profissionais da saúde); encaminhamento para os recursos disponíveis (continuidade dos cuidados); e as respostas às necessidades efetivas e apoio na tomada de decisões (Meleis, 2010); Dimensão programática: Acesso aos serviços, qualidade e organização dos serviços, recursos das instituições para o atendimento as necessidades de saúde, políticas, programas, serviços e ações de saúde (Ayres et al., 2003).

Os artigos selecionados foram avaliados segundo o nível de evidência conforme Melnyk e Fineout-Overholt. A classificação denota os níveis como fortes I e II, moderados de III a V e como fracos de VI a VII (Galvão, 2006).

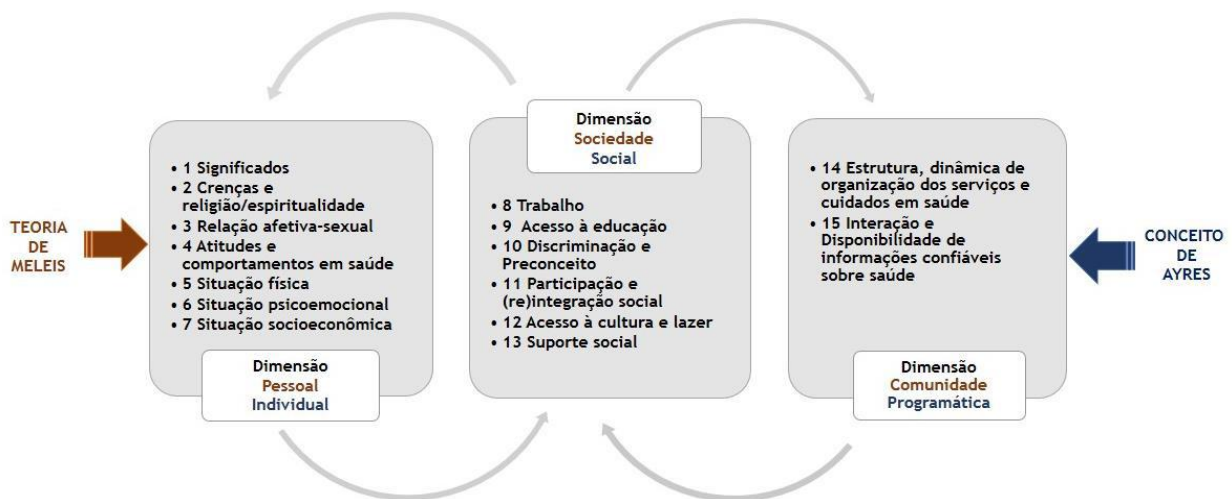
Desse modo para as etapas de interpretação dos resultados e síntese, os elementos identificados à luz da teoria de Meleis e do conceito de vulnerabilidade de Ayres foram agrupadas, formando três categorias temáticas: Pessoal/Individual, Sociedade/Social e Comunidade/Programática (Meleis, 2010; Ayres et al., 2003).

### 3. Resultados

O quantitativo foi de 77 artigos, sendo a maior concentração de 16 (20,8%) artigos publicados no ano de 2014, 27 (35%) realizados no continente Latino-americano, seguido pelo continente Americano 19 (24,7%), sendo 22 (28,6%) no Brasil, 25 (32,5%) dos estudos com amostra de pessoas com LM, 60 (77,9%) com nível de evidência VI, 32 (41,5%) derivados do portal PubMed e 44 (57,1%) publicados na língua inglesa.

A Figura 2 demonstra a síntese dos elementos extraídos das evidências científicas à luz da Teoria de Meleis e conceito de Ayres e a inter-relação das dimensões Pessoal/Individual, Sociedade/Social e da Comunidade/Programática.

**Figura 2** – Síntese dos elementos da vulnerabilidade extraídas das evidências científicas. Campina Grande, PB, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

O Quadro 1 demonstra os elementos de vulnerabilidade de adultos com deficiência motora após lesão neurológica, extraídas das evidências científicas e categorizados nas dimensões Pessoal/Individual, Sociedade/Social e Comunidade/Programática, conforme Figura 2.

Houve predomínio de elementos da Dimensão Pessoal/Individual, correspondendo à condição física.

**Quadro 1** - Elementos facilitadores e inibidores da vulnerabilidade de adultos com deficiência motora após lesão neurológica. Campina Grande, PB, Brasil, 2020.

<b>Fatores extraídos das evidências científicas</b>	
<b>Pessoal/Individual</b>	1. Vergonha, constrangimento; Valorização, superação, aprendizado, descoberta, transformação, adaptação e modificação na forma de olhar a vida; Comprometimento da faceta aproveitar a vida, aparência física, satisfação pessoal e sentimentos; Distorção da imagem corporal, autodepreciação, sensação de culpa e punição, senso de fracasso, pessimismo; Transformação da autoimagem, suportando o ônus de uma deficiência e adaptação às novas condições.
	2. Perdas, recomeço, fé, superação e autonomia; Religião associada a capacidade de autocuidado.
	3. Disfunção sexual; Insatisfação na vida sexual; Satisfação moderada do funcionamento sexual <sup>7</sup> ; Atividade sexual diminuída; Diminuição da libido e/ou problemas sexuais.
	4. Novo papel ativo na coordenação de saúde; insatisfação com o atual status de atividade física; Comprometimento da qualidade de vida; Comportamento sedentário; Atividade física para diminuição da dependência; Alterações no comportamento e desenvolvimento de autocuidado; Influência da idade e o tempo da lesão na capacidade de autocuidado; Insatisfação com o desempenho das atividades da vida diária; Preocupações sobre a capacidade de realizar tarefas diárias no domicílio; Prática contínua de exercício no aumento da independência da função motora; Restrições na autonomia para sair de casa.
	5. Dificuldade em subir e descer escadas; Limitações dos membros superiores; Alterações funcionais: perda da mobilidade, paralisia, parestesia, dormência, fadiga, afasia, perda da visão; Dependência; Limitações físicas; Insônia; baixa densidade óssea; disfunção respiratória, lesão por pressão, desnutrição e espasticidade; Dor e desconforto; Dor e alterações musculoesqueléticas; Alteração no padrão de funcionamento intestinal e geniturinário; História de hipertensão, diabetes mellitus e acidente vascular encefálico prévio ou ataque isquêmico transitório; Restrições na mobilidade para sair de casa.
	6. Síndromes neuropsiquiátricas; Ideia suicida; Depressão e estresse psicológico; Ansiedade e depressão; Transtornos de humor; Comprometimento da saúde psicológica; Frustração e medo; Estado emocional e nível baixo de confiança; Apatia e irritabilidade; Sentimentos de desesperança e depressão.
	7. Menor nível socioeconômico; Status socioeconômico baixo associado à capacidade funcional.
<b>Sociedade/Social</b>	8. Restrições e insatisfação com a situação laboral; Dificuldade de retorno ao trabalho pela limitação na capacidade funcional; O trabalho como promoção de disposição física e qualidade de vida.
	9. Restrições na educação e formação; A escolaridade interfere na capacidade de autocuidado.
	10. Crenças sobre a capacidade; Dificuldade em aceitarem a condição atual; Estigma e preconceito.
	11. Interrupção na participação social; Desvantagens e barreiras para a mobilidade; Insatisfação nas relações sociais; Retração social; Restrições na participação social e cumprimento de papéis familiares; Restrições na participação e autonomia; Participação social reduzida influencia na satisfação com a vida; Barreiras no ambiente, transporte e política; Menor participação na interação social; Participação social depende da capacidade de aceitação e adaptação; Alteração no convívio familiar; Desadequada rede institucional de apoio às pessoas com LM quanto as respostas sociais para a sua inclusão na família e na comunidade; Desconhecimento e pouco usufruto dos direitos; Barreiras ambientais para a mobilidade e autocuidado.
	12. Escassas situações de lazer e passeios; Limitações e restrições em atividades de lazer.
<b>Comunidade/Programática</b>	13. Relação entre o apoio dos amigos para a qualidade de vida e locomoção; Relação entre ter cuidadores e o bem-estar físico e emocional; Enfrentamento de barreiras atitudinais no âmbito familiar; Necessidade de auxílio dos familiares e cuidadores para melhor adaptação e aceitação; Fragilidades na rede de apoio <sup>37</sup> ; Baixa satisfação e comunicação em relação à família; Lacunas no alcance de conhecimento sobre como realizar cuidados ao corpo e melhorias no cotidiano.
	14. Dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde; Relatos de pior acesso aos cuidados de saúde, com transporte, custo e longas listas de espera sendo as principais barreiras; Barreiras arquitetônicas no acesso ao Serviço de Saúde; Enfrentamento de barreira física e/ou estrutural nos cuidados de saúde; Barreiras no acesso aos serviços de saúde e recebimento de exames de rotina e/ou preventivos; Insatisfação com a acessibilidade aos serviços de saúde; Dificuldades em acessar os serviços médicos por falta de dinheiro ou transporte, desadequada rede institucional de apoio às pessoas com LM ao nível de estruturas de saúde; Falta de acessibilidade. Maior utilização de serviços de saúde, re-hospitalização com complicações geniturinárias e respiratórias; Necessidade de intervenções de reabilitação baseada na comunidade, após a alta, com foco no ambiente físico; Necessidade de serviços de reabilitação para preparar os pacientes e cuidadores no retorno ao domicílio; Fragilidades e descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar; Necessidade dos profissionais fomentarem a reintegração na comunidade.
	15. Carencia de informações profissionais sobre as possíveis mudanças sexuais; O relacionamento negativo entre paciente/profissionais de saúde dificulta o processo de transição; Dificuldade de comunicação entre profissionais e pacientes; Despreparo profissional em relação às questões ligadas à sexualidade; Falta de profissionais capacitados para atender as necessidades exclusivas de pessoas com LM.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

#### 4. Discussão

O conhecimento dos elementos de vulnerabilidade pode fornecer o ímpeto para maior compreensão no processo saúde-doença de PcD após a lesão neurológica, contribuindo para o conhecimento científico e a ciência da enfermagem.

Referente os elementos da dimensão pessoal/individual, a transição súbita para uma condição crônica e deficiência motora pode provocar múltiplas perdas, o que causa um processo de luto e de construção de significados para a vivência após a lesão. Estudo qualitativo realizado no Brasil com quatro adultos de 18 a 22 anos e paraplégicos pós LM evidenciou que os significados construídos para o acometimento da LM foram positivos, denotando valorização, superação, aprendizado, descoberta e transformação (Vasco et al., 2017).

No entanto, estudo secundário realizado nos EUA em noventa e nove blogs de pessoas após AVE constatou significados negativos como vergonha, constrangimento (Poltawski, et al., 2015) e em estudo transversal, realizado no Brasil com 50 pessoas com LM e lesão por pressão verificou distorção da imagem corporal, autodepreciação, sensação de culpa e punição, senso de fracasso e pessimismo (Almeida, 2013).

Esses significados, positivos ou negativos, traduzem a fase de aceitação frente ao quadro de doença e/ou deficiência, e algumas pessoas têm uma certa dificuldade na aceitação e adaptação à uma nova condição, o que pode favorecer à situação de vulnerabilidade e dificultar os processos de transição para uma vida saudável (Meleis, 2010).

Além disso, recorrer as crenças e espiritualidade/religiosidade ocasiona motivação e força de vontade para superação. Estudo quantitativo com 73 pessoas com LM demonstrou associação entre a capacidade de autocuidado, fator essencial na recuperação da saúde, com indivíduos que possuíam um credo religioso (Coura et al., 2013). As crenças culturais e a fé constituem um suporte para a adaptação da pessoa com deficiência e os faz acreditar em um recomeço (Cavalcante et al., 2017).

Acerca da relação afetiva-sexual, a redução da frequência da atividade sexuais e disfunção erétil, influenciam na saúde sexual (Merghati-Khoei et al., 2017). Porém, a sexualidade da PcD é pouco abordada, e estereotipada de preconceito e estigmas, o que pode interferir no processo de transição saudável do indivíduo, uma vez que a insatisfação relacionada a sexualidade intervém na qualidade de vida, e para a vulnerabilidade às Infecções sexualmente transmissíveis (França et al., 2013).

Diante disso, é imprescindível que os profissionais também foquem na reabilitação e na promoção do bem-estar sexual, elaborando orientações multiprofissionais e aconselhamentos sobre a atividade sexual para PcD após lesão neurológica, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre tal assunto e contribuir para a saúde sexual (Torrecilha, 2014).

No tocante à condição física, as barreiras enfrentadas pela pessoa com deficiência motora, via de regra atreladas as condições de dependência, são frequentes após a ocorrência da lesão, fazendo com que os indivíduos necessitem de um cuidador, que na maioria das vezes é um familiar leigo. A condição de dependência influencia a ocorrência de outras situações, como o retorno ao trabalho, que muitas vezes interfere na renda, o desenvolvimento de atividades básicas e instrumentais de vida diária, as atividades sociais e de acesso à serviço de saúde (Canuto et al., 2016)

Neste contexto, uma equipe multiprofissional, incluindo o enfermeiro, necessita priorizar ações para o aumento da autonomia, independência para o autocuidado e atividades de vida diária (AVD's) da PcD (Poltawski et al., 2015; Coura et al. 2013) de modo a inibir a situação de vulnerabilidade e facilitar a sua transição (Meleis, 2010).

A transição para a deficiência motora origina mudanças no cotidiano do indivíduo e pode contribuir para a aquisição, manutenção e/ou agravamento dos hábitos de vida, atitudes e comportamentos não saudáveis, aumentando a situação de vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Estudo realizado em Estocolmo, Suécia, com 150 indivíduos, com média de idade de 57 anos e com tempo de lesão decorrente do AVE de 3 a 6 anos, demonstrou baixa saúde global, os mesmos eram fumantes e possuíam hipercolesterolemia e baixa prática de atividade física (Palmcrantz et al., 2014).

Acerca da condição psicoemocional, a transição da independência para dependência, influência de maneira significativa na questão psíquica e emocional. Pesquisa com 363 pessoas com LM com mais de seis meses de evolução na Colômbia, demonstrou relação entre a incapacidade e a depressão e estresse psicológico (Ezeugwu et al., 2017).

O trauma psicoemocional após lesões neurológicas faz emergir nos indivíduos diversos sentimentos negativos como medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza, mágoa e perda, assim como sentimentos positivos relacionados com motivação, confiança, otimismo (Vasco et al., 2017; Faria et al., 2017). Os sentimentos vivenciados são situações determinantes do processo de transição, indicando se a transição se dá no sentido de recuperação da saúde ou no sentido da vulnerabilidade (Meleis, 2010; Faria et al., 2017).

A situação socioeconômica constitui também uma situação que pode condicionar o decurso dessa transição, na medida em que pode influenciar a capacidade de implementar medidas face à nova condição e o acesso as informações e recursos. Estudo de coorte nos EUA com sobreviventes de AVE revelou que os indivíduos que tiveram uma renda inadequada antes do AVE apresentaram um risco significativamente maior de incapacidade após a lesão (Bettger et al., 2014).

No tocante a dimensão social/sociedade, compreende-se que o trabalho faz parte da identidade do indivíduo e do contexto social no qual está inserido, pois além de trazer satisfação e realização pessoal, é um importante meio para a geração de renda. Estudo realizado no estado de Salvador, Brasil, com adultos após LM, demonstra a relevância de retorno ao trabalho por proporcionar maior rendimento e melhor qualidade de vida (Calliga et al., 2019).

Porém, alguns fatores interferem na obtenção e retorno ao trabalho de PcD motora, estes compreendem os fatores intrínsecos como as sequelas motoras (Palmcrantz et al., 2014) e os fatores extrínsecos como educação e qualificação profissional, barreiras atitudinais (discriminação e preconceito), despreparo das empresas, acessibilidade e adaptação do ambiente de trabalho (Neves-Silva et al., 2015). No tocante aos indivíduos que trabalham, estudo com PcD física no Estado da Paraíba, Brasil, demonstraram que a qualidade de vida no trabalho não é satisfatória (Coutinho et al., 2017).

Nesse contexto, percebe-se que a educação além de interferir na obtenção e retorno ao trabalho, se relaciona com a remuneração salarial, influenciando as condições de saúde. As PcD motora que possuem uma menor qualificação profissional enfrentam barreiras para conseguir um emprego, pois muitas vezes há uma interrupção dos estudos após a lesão e ainda o surgimento de barreiras na educação inclusiva que impedem o retorno (Neves-Silva et al., 2015). No tocante a relação com a saúde, PcD que apresentam menor escolaridade, apresentam piores condições de saúde. A escolaridade baixa influencia a qualidade de vida relacionada à saúde (Canuto et al., 2016) e no desenvolvimento do autocuidado (Coura et al., 2013).

A discriminação e o preconceito instituem obstáculos para à inclusão da pessoa com deficiência motora, dificultando a sua plena participação em sociedade. Estudo qualitativo realizado na Espanha demonstra, de acordo com relatos, que a percepção de discriminação pela pessoa com deficiência física provoca uma série de reações emocionais, principalmente de sentir-se ansiosa e deprimida (Pérez-Garín et al., 2018). Nesse sentido, é necessário acolher as PcD, satisfazendo a inclusão social por meio de políticas públicas que intervenham e eliminem todas as barreiras, sejam ambientes, arquitetônicas e de socialização (Pereira et al., 2019).

No tocante ao suporte social, esse se constitui como um dos principais elementos para a adaptação a lesão neurológica e a deficiência motora. O apoio da família, amigos, profissionais de saúde e o apoio de forma geral são corresponsáveis para que ocorra uma reabilitação adequada e constitui um pilar para a transição saudável da pessoa com deficiência motora. Estudo realizado com PcD física no Brasil, demonstrou a relação positiva entre o apoio dos amigos para a qualidade de vida (França et al., 2013).



Quanto a dimensão comunidade/programática, o acesso das PcD motora é permeado por barreiras arquitetônicas e atitudinais, desde à estruturação dos serviços à assistência em saúde, impedindo na maioria das vezes, que busquem assistência nos serviços de saúde. Essas barreiras se traduzem por instalações inacessíveis e transporte e barreiras na disponibilidade de cuidados em saúde (Hamilton et al., 2017). Estudos com homens com deficiência motora na Colômbia, demonstrou que o apoio social, a satisfação com o acesso e a infraestrutura dos centros de saúde facilitaram a utilização dos serviços de prevenção por essas pessoas (Herrera et al., 2019). Além disso, uma *comunicação/interação positiva entre paciente e profissional de saúde constitui um elemento que auxilia na assistência à saúde* sobretudo na reabilitação do doente (Meleis, 2010; Faria et al., 2017).

Já a escassez no acesso a consultas e de informações recebidas, diminui a qualidade da assistência e cuidado às PcD e pode dificultar uma transição saudável (Vendruscolo et al., 2019). Estudo transversal realizado em Washington-EUA evidenciou que 13 adultos de 6 a 18 meses após AVE leve gostariam de mais informações dos profissionais de saúde sobre as possíveis mudanças sexuais (Seymour et al., 2014).

Acerca do cuidado em saúde, esse deve ser integral envolvendo toda a Rede de Atenção à Saúde e prestado por uma equipe multiprofissional capacitada desde o atendimento pré-hospitalar até a reinserção social, ou seja, do momento da lesão, passando por hospitalizações, reabilitação e volta ao domicílio (Faria et al., 2017). Após a alta hospitalar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, interseção entre a atenção primária e atenção secundária à saúde, pode ser fundamental nesse decurso (Vendruscolo et al., 2019), pois as PcD após lesão neurológica necessitam de cuidados contínuos e de reabilitação para que possam adquirir maior qualidade de vida, independência funcional e autonomia (Dias et al., 2019).

Os elementos de vulnerabilidade verificados na vivência das PcD após lesão neurológica podem favorecer às condições secundárias de saúde, comprometer a qualidade de vida e sua transição para uma vida saudável.

Embora evidências nacionais demonstrem a necessidade para a inclusão das PcD na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, estas ainda enfrentam desigualdades sociais e de acesso aos recursos de saúde. Nessa perspectiva, é pressuroso que profissionais, gestores públicos e Estado efetivem e assegurem os direitos sociais e de saúde para essa população, especialmente os seguimentos mais vulneráveis (Dias et al., 2019).

As limitações do estudo foram no tocante ao quantitativo de bases de dados utilizadas e de descritores, bem como, a não adoção de outros idiomas além de inglês, português e espanhol.

## 5. Conclusão

Identificou-se elementos que podem facilitar ou inibir a vulnerabilidade de pessoas com deficiência após lesão neurológica nas dimensões Pessoal/Individual, Sociedade/Social e Comunidade/Programática. O conhecimento desses elementos poderá auxiliar a práxis dos profissionais de saúde e da enfermagem para o cuidado contínuo às pessoas em condições crônicas a fim de evitar consequências negativas à saúde, bem como, favorecer resultados positivos e facilitar o processo de transição para uma vida saudável de PcD após lesão neurológica. Sugere-se que os elementos encontrados possam nortear a elaboração de instrumentos de pesquisa, que sejam confiáveis e válidos para compreender a vulnerabilidade no público estudado.

## Referências

- Adriaansen, J. J., Ruijs, L. E., van Koppenhagen, C. F., van Asbeck, F. W., Snoek, G. J., van Kuppevelt, D. et al. (2016). Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years. *J Rehabil Med*. 48(10): 853-60. [10.2340/16501977-2166](https://doi.org/10.2340/16501977-2166).
- Almeida, S. A, Santo, P. F. E., Silveira, M. M, Openheimer, D. G., Dutra, R. A A, Bueno, M. L. G. B. et al. (2013). Depressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal com úlcera por pressão. *Rev. Bras Cir Plást*. 28(2): 282-88. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752013000200019>.

- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, C. (2003) O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Fiocruz.
- Bettger, J. P., Zhao, X., Bushnell, C., & Zimmer, L. (2014). The association between socioeconomic status and disability after stroke: Findings from the Adherence e Valuation After Ischemic Stroke Longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health*. 14(281). 10.1186/1471-2458-14-281.
- Calliga, M. C. N. S., & Porto, L. A. (2019). Which people with traumatic paraplegia return to work? *Ciênc Saúde Colet*. 24(6): 2341-50, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.15682017>.
- Canuto, M. Â. O., Nogueira, L. T., & Araújo, T. M. E. (2016). Health-related quality of life after stroke. *Acta Paul Enferm*. 29(3): 245-52, 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600035>.
- Callaway, L., Barclay, L., McDonald, R., Farnworth, L., & Casey, J. (2015). Secondary health conditions experienced by people with spinal cord injury within community living: implications for a National Disability Insurance Scheme. *Aust Occup Ther J*. 62(4): 246-54. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12206>.
- Cavalcante, E. S., Pessoa Júnior, J. M., Freire, I. L. S., Cavalcante, C. A. A., & Miranda, F. A. N. (2017). Social representations of fishermen with spinal cord injury: impacts and life trajectory. *Rev Bras Enferm*. 70(1): 139-45. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0436>.
- Coura, A. S., Enders, B. C., Franca, I. S. X., Vieira, C. E. N. K., Dantas, D. N. A., & Menezes, D. J. C. (2013). Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. *Rev Esc Enferm*. 47(5): 1150-57. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500020>.
- Coutinho, B. G., França, I. S. X., Coura, A. S., Medeiros, K. K. A. S., & Aragão, J. S. (2017). Qualidade de vida no trabalho de pessoas com deficiência física. *Trab Educ Saúde*. 15(2): 561-73. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00061>.
- Dantas, L. F., Marchesi, J. F., Peres, I. T., Hamacher, S., Bozza, F. A., & Quintano, N. R. A. (2019). Public hospitalizations for stroke in Brazil from 2009 to 2016. *PLoS One*. 14(3): e0213837.
- Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R. E., Hung, Y. C., Punchak, M. et al. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J Neurosurg*. 1: 1-18. <https://doi.org/10.3171/2017.10.JNS17352>.
- Dias, T. E. C., Friche, A. A. L., & Lemos, S. M. A. (2019). Perception regarding the quality of care of Care Network for People with Disabilities. *CoDAS*. 31(5): e20180102. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822019000500307&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822019000500307&lng=en).
- Ezeugwu, V. E., Garga, N., & Manns, P. J. (2017). Reducing sedentary behaviour after stroke: perspectives of ambulatory individuals with stroke. *Disabil Rehabil*. 39(25): 2551-58. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1239764>.
- Faria, A. C. A., Martins, M. M. F. P. S., Schoeller, S. D., & Matos, L. O. (2017). Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. 70(3): 520-28. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.
- França, I. S. X., Coura, A. S., Souza, F. S., Almeida, P. C., & Pagliuca, L. M. F. (2013). Quality of life in patients with spinal cord injury. *Rev Gaúcha Enferm*. 34(1): 155-63. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100020>.
- Freitas, D. M. O. (2016). Trauma Raquimedular: epidemiologia e implicações decorrentes desta patologia. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 9(5):46-59.
- Galvão, C. M. Níveis de evidência. (2006). *Acta Paul Enferm*. 19(2): 5-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>.
- Hamilton, R., Driver, S., Noorani, S., Callender, L., Bennett, M., & Monden, K. (2017). Utilization and access to healthcare services among community-dwelling people living with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 40(3): 321-28.
- Herrera, P. K., & Castillo, Á. I. Y. (2019). Accesibilidad y utilización de servicios de salud en hombres con discapacidad motora. *Rev Cienc Cuidad*. 16(1): 32-46. <https://doi.org/10.22463/17949831.1543>.
- Jazayeri, S. B., Beygi, S., Shokraneh, F., Hagen, E. M. (2014). Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Eur Spine J*. 24(5): 905-18. doi: 10.1007/s00586-014-3424-6.
- Krishnamurthi, R. V., Moran, A. E., Feigin, V. L., Barker-Collo, S., Norrving, B., Mensah, G. A. et al. (2015). Stroke prevalence, mortality and disability-adjusted life years in adults aged 20-64 years in 1990-2013: data from the Global Burden of Disease 2013 study. *Neuroepidemiology*. 45(3): 190-202. <https://doi.org/10.1159/000441098>.
- Krueger, H., Koot, J., Hall, R.E., O'callaghan, C., Bayley, M., & Corbett, D. (2015). Prevalence of individuals experiencing the effects of stroke in Canada: Trends and Projections. *Stroke*. 46(8): 2226-31. <https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.009616>.
- Krnjacki, L., Priest, N., Aitken, Z., Emerson, E., Llewellyn, G., King, T. et al. (2018). Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. *Aust N Z J Public Health*. 42(2): 172-74. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12735>.
- Magalhães, A. L. G., Souza, L. C., Faleiro, R. M., Teixeira, A. L., & Miranda, A. S. (2017). Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. *Rev Bras Neurol*. 53(2): 15-22. Available from: <https://revistas.ufjf.br/index.php/rbn/article/view/12305>.
- Mashola, M. K., Olorunju, S. A. S., & Mothabeng, J. (2019). Factors related to hospital readmissions in people with spinal cord injury in South Africa. *SAMJ, S Afr Med J*. 109(2): 107-11. <http://dx.doi.org/10.7196/samj.2019.v109i2.13344>.
- McCull, M. A., Gupta, S., Smith, K., & McCull, A. (2017). Promoting long-term health among people with spinal cord injury: what's new?. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12): 1520.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 17(4):758-64. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Meleis, A. I. (2010) *Transition Theory*. New York: Springer Publishing Company.

Merghati-Khoei, E., Emami-Razavi, S.H., Bakhtiyari, M., Lamyian, M., Hajmirzaei, S., & Ton-Tab Haghighi S. (2017). Spinal cord injury and women's sexual life: case-control study. *Spinal Cord*. 55(3): 269-73.

Neves-Silva, P., Prais, F. G., & Silveira, A. M. (2015). The inclusion of disabled persons in the labor market in Belo Horizonte, Brazil: scenario and perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 20(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.17802014>.

Palmcrantz, S., Holmqvist, L. W., & Sommerfeld, D. (2014). Young individuals with stroke: a cross sectional study of long-term disability associated with self-rated global health. *BMC Neurol*. 14(20).

Pérez-Garín, D., Recio, P., Magallares, A., Molero, F., & García-Ael, C. (2018). Perceived discrimination and emotional reactions in people with different types of disabilities: a qualitative approach. *Span J Psychol*. 21(12): 1-11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.13>.

Pereira, L. S. S., Brito, C. M. D., & Rodrigues, A. A. C. (2019). The leisure of the person with physical disability in Belo Horizonte. *Licere*. 22(4): 340-64, dez.2019.

Pereira, L. S. S., Brito, C. M. D., & Rodrigues, A. A. C. (2019). The leisure of the person with physical disability in Belo Horizonte. *Licere*. 22(4): 340-64. <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2019.16272>.

Poltawski, L., Allison R., Briscoe, S., Freeman, J., Kilbride, C., Neal, D. et al. (2015). Assessing the impact of upper limb disability following stroke: a qualitative enquiry using internet-based personal accounts of stroke survivors. *Disabil Rehabil*. 38(10) :945-51.

Prynn, J. E., Kuper, H. (2019). Perspectives on Disability and non-communicable diseases in low- and middle-income countries, with a focus on stroke and dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 16(18): 3488.

Rodrigues, C. V. C., Leffer, A., Chesani, F. H., Mezadri, T., & Lacerda, L. V. (2019). Functional independence profile of people with physical disabilities. *Fisioter Mov*. 32: e003226.

Santana, N. M., Figueiredo, F. W. S., Lucena, D. M. M., Soares, F. M., Adami, F., Cardoso, L. C. P. et al. (2018). The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. *BMC Res Notes*. 11(1): 735.

Seymour, L. M., & Wolf, T. J. (2014). Participation changes in sexual functioning after mild stroke. *OTJR*. 34(2): 72-80. <https://doi.org/10.3928/15394492-20131217-01>.

Torreilha, L. A. (2014). O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. *Fisioter Mov*. 27(1): 39-48. <http://dx.doi.org.10.1590/0103-5150.027.001.A004>.

Vasco, C. C., & Franco, M. H. P. (2017). Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. *Psicol Ciênc Prof*. 37(1): 119-31. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000072016>.

Vendruscolo, C., Ferraz, F., Tesser, C. D., & Trindade, L. L. (2019). Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28: e20170560.