
Avaliação do Índice de Barthel aplicado ao deficiente físico
Evaluation of the Barthel Index applied to disability

LAURINDO PEREIRA DE SOUZA¹
ISMAEL DA SILVA BILATI²
MÁRCIA FERREIRA PRESTES³
ÂNGELA ANTUNES DE MORAIS LIMA⁴

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, realizada nos domicílios dos deficientes físicos de área urbana do distrito de Migrantópolis nos Municípios de Novo Horizonte do Oeste, e no município de Alto Alegre dos Parecis/RO, no período compreendido entre os meses de fevereiro e março de 2012, a amostra foi composta por 20(vinte) portadores de diversas deficiências, utilizou-se um formulário de entrevista com 21(vinte e uma) questões objetivas e subjetivas, a partir do Índice de Barthel Modificado (IBM). Objetivou-se verificar a dependência de cuidados dispensados ao deficiente físico no seu dia a dia, autocuidado, se existe limites para a qualidade de vida. Constatou-se que, de acordo com IBM, a maioria, 14 participantes, possuem dependência leve a moderada. Sendo os cuidados dispensados aos deficientes físicos a adaptação de residência, alimentação, vestuário, higiene pessoal, banho, toalete, subir escadas, deambulação, auxílio de esfíncter, auxílio com cadeiras de rodas e transferência de cadeira para cama. Após a aplicação

¹Docente do Departamento de Enfermagem na Faculdade de Cacoal/ FACIMED e Coordenador da Pós Graduação em Enfermagem em UTI/ FACIMED; Especialista UTI Adulto e Pediátrica/UNINGA; Título em UTI Adulto pela Associação Brasileira de Terapia Intensiva/ ABENTI/AMIB; Enf^o Assistente UTI adulto HRC- Cacoal /RO; Mestrando em Ciências da Saúde /IAMSPE-SP. laurindosorrisox@hotmail.com Rua Pedro Kemper N° 3660, CEP-78975-000 Parque Alvorada, Cacoal –RO , Brasil)

²Graduando do curso de Enfermagem 8^a Período da Faculdade de Cacoal – FACIMED, 2012. E-mail: marciaprestes_mp@hotmail.com.

³Graduando do curso de Enfermagem 8^a Período da Faculdade de Cacoal – FACIMED, 2012. E-mail: Ismael_af@hotmail.com

⁴Co-orientadora docente do curso de Graduação de Enfermagem. Graduada pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (1999). Especialista Saúde da Família, UNIR (2003). E-mail: angel_antunes@yahoo.com.br.

da escala do IBM, verificou-se que 75% são totalmente independente em realizar higiene pessoal, banho, alimentação, uso de toalete, vestuário, controle da bexiga e intestino. Os outros 25% necessitam de ajuda mínima, moderada e substancial para realizar todas as atividades. Porém dos 20 participantes, 55% é incapaz de subir escada, deambular. No aspecto social verificou que a maioria são solteiros, não tem filhos, apresentam renda familiar de um salário mínimo, não realizam nenhum tipo de reabilitação, são aposentados, e a maioria tem somente o ensino primário. A maior dificuldade relatada pelos participantes foi que o investimento em adaptações públicas é escasso, onde 55% dos pesquisados afirmaram que encontram dificuldades a acessibilidade. Com base nos resultados analisados chegou-se a conclusão que o deficiente físico deve ter o conhecimento dos direitos legais, estruturas físicas e adaptações incluindo-os a sociedade, facilitando a entrada e permanência em centros de reabilitação, capacitar os familiares ao conhecimento e cuidados dispensados ao deficiente.

Palavras-chave: Índice de Barthel, Deficiente físico, Lesão Medular.

ABSTRACT: This is a field research of exploratory character with descriptive quantiquitative approaches held at the homes of disabled people in urban areas of the district Migrantinopolis the municipalities of Novo Horizonte do Oeste, and the municipality of Alto Alegre Parecis / RO during the period between the months of February and March 2012, the sample consisted of twenty (20) individuals with various disabilities, we used an interview form with 21 (twenty one) objective and subjective questions from the Barthel Index modified. This study aimed to investigate the dependence of care provided to the handicapped on a day to day care, there are limits to the quality of life. It was found that according to IBM, the majority, 14 participants possess dependence from mild to moderate. Being the care provided to the disabled the adaptation of residence, food, clothing, personal hygiene, and bath, toilet, climbing stairs, ambulation and sphincter assistance, assistance with wheelchair and to transfer from chair to bed. After application of the IBM scale, it was found, 75% are completely independent of personal hygiene, bathing, feeding, toilet usage, garments, controlling bladder and bowel. The other 25% need help from minimal, to moderate and substantial to perform all activities. But the 20, 55% are unable to climb stairs, walk. In the social aspect it was noticed that the majority are single, have no children, have a family income of a minimum wage, do not perform any kind of rehabilitation, are retired, and most have only primary education.

The greatest difficulties reported by participants were that the public investment in adaptations is scarce where 55% of the respondents said they find it hard of accessibility. Based on the results analyzed came to be concluded that the physically disabled, must have knowledge of legal rights, physical structures and adaptations to them and so including them in society, to facilitate entry and residence in rehabilitation centers, empowering families the knowledge and care

Key-words: Barthel Index, Physically disabled, Spinal Cord Injury.

INTRODUÇÃO

A deficiência física é considerada uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo ou função corporal, incluindo as funções mentais. A atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até mais complexas (BRASIL, 2008).

A pessoa com incapacidade ou limitação vivencia muitas perdas, incluindo a perda da família, da independência, do papel social, do status e da renda. O paciente e os membros da família vivenciam uma variedade de reações emocionais a essas perdas. As reações podem ser desde a desorganização e confusão até a negação da incapacidade, o luto referente à perda da função ou da parte corporal, à depressão, raiva e, finalmente a aceitação da incapacidade (SMELTZER; BARE, 2002).

Parte-se do pressuposto que a deficiência é um fenômeno social que atinge principalmente o psicológico do indivíduo deficiente. O desenvolvimento da auto-estima da pessoa com deficiência dependerá de relações sociais, familiares, assim como de condições adequadas, que devem ser favorecidas pela sociedade, buscando desenvolver para esses indivíduos a aceitação social, integração, independência e autonomia (MAIA, 2009).

O Índice de Barthel pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas sendo de forma independente, dependente ou com alguma ajuda. A pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria. A versão utilizada avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas (MINOSSO et al., 2010).

A classificação é realizada por pontuações que na somatória podem variar de zero a 100 (cem). A pontuação máxima significa totalmente independente, valores iguais ou superiores a 60 (sessenta) pontos indica probabilidade positiva de o indivíduo conviver em sociedade, abaixo de 40 (quarenta) evidencia-se importante dependência, enquanto valores inferiores ou iguais a 20 (vinte) pontos indicam aumento da probabilidade de mortalidade (SUMIYA, 2009).

Considerando a necessidade de reduzir as lacunas existentes relativas ao deficiente, o preconceito deve ser deixado de lado, a invisibilidade, evitar pensamentos de que o deficiente é incapaz de realizar funções desenvolvidas pelas pessoas sem deficiência, mostrando a importância do cuidado diariamente, relacionado às funções fisiológicas, evitando seqüelas psicológicas e tegumentares.

Este estudo é relevante por procurar proporcionar um maior conhecimento acerca do deficiente físico, dos estigmas e preconceitos vivenciados por eles. Em suma, a escolha deste tema justifica-se em poder conhecer as limitações e cuidado individualizado, esclarecer dúvidas sobre os mesmos para que a sociedade possa envolver-se com cuidados e atenção ao deficiente físico, fazendo com que eles possam sentir-se incluídos na sociedade, pois a deficiência atinge não somente o deficiente, mas sim todos os membros da família.

Com base no exposto, o estudo teve como objetivo verificar a dependência de cuidados dispensados ao deficiente físico diariamente, se existe limites para qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizada por levantamento de dados em campo, nas residências dos deficientes físicos na área urbana de Migrantinópolis Distrito do Município de Novo Horizonte do Oeste, de acordo como o IBGE censo 2010, com população total de 10.237 habitantes e no município de Alto Alegre dos Parecis/RO, com população total de 12.826 habitantes, utilizando como instrumento um formulário de entrevista com 21 (vinte e uma) questões objetivas e subjetivas, a partir do Índice de Barthel modificado.

A amostra pesquisada foi por conveniência, composta por 20 portadores de deficiência física de ambos os sexos, independente do tipo de deficiência, foram incluídos no estudo os deficientes físicos com necessidades especiais, que convivessem com a família e idade superior

de 18 anos, e como critério de exclusão, deficiente com idade inferior a 18 anos, que não convivessem com a família, pessoa sem deficiência física e sem condições de responder ao formulário de entrevista. Os pesquisadores tiveram acesso aos nomes e endereços dos participantes pesquisados através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), os dados obtidos deram-se através de visita domiciliar realizadas nos meses de fevereiro a junho de 2012, nos períodos matutino e vespertino.

Para que a pesquisa fosse realizada, foi necessário que os deficientes físicos participantes da pesquisa assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esclarecendo tudo sobre a pesquisa. No período de realização da pesquisa os participantes que foram entrevistados poderiam impedir e/ou intervir a continuação da mesma em todas as fases de aplicação, além de lhes serem assegurado o anonimato. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACIMED, nº de protocolo 839-11.

Após a coleta e tabulação dos dados, realizou-se uma análise e demonstração gráfica e/ou em tabelas através de programas Excel, ano 2007 utilizando para isso distribuição de frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão, expressos os resultados em tabelas e/ou gráficos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Fizeram parte desta pesquisa 20 portadores de deficiência física, dentre as quais, 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino, 45% são solteiros, tendo o mesmo percentual para casado, 05% para viúvo e 05% com união estável, 70% afirmaram não possuírem filhos, e 40% nunca tiveram nenhum tipo de relação sexual. Dados da tabela 01 mostram o perfil socioeconômico dos entrevistados onde a maioria (40%) apresenta idade entre 41 e 50 anos com média de 44 anos. Quanto à renda familiar, 60% afirmaram receber 01 (um) salário mínimo, 70% são aposentados. Quanto à escolaridade, 55% cursaram apenas o primário.

Tabela 01: Perfil Socioeconômico dos entrevistados de Novo Horizonte do Oeste e Alto Alegre dos Parecis – RO, 2012.

Idade	Nº	%
Entre 20 e 30 anos	06	30
Entre 31 e 40 anos	00	00
Entre 41 e 50 anos	08	40
Entre 51 e 70 anos	06	30
Renda Familiar	Nº	%
Um salário mínimo	12	60
Dois salários mínimos	04	20
Mais de dois salários mínimos	04	20
Profissão	Nº	%
Auxiliar Administrativo	01	05
Técnico em Enfermagem	01	05
Autônomo	01	05
Aposentado	14	70
Do lar	03	15
Escolaridade	Nº	%
Colegial completo	06	30
Primário	11	55
Colegial incompleto	01	05
Analfabeto	02	10
TOTAL DE PARTICIPANTES	20	100

Fonte: Bilati et al. (2012).

Conforme Mutti (2008), a maioria dos pacientes antes de serem deficientes físicos eram casados e após apresentarem condições que os tornam incapacitados de realizar algumas de suas funções, acabaram ficando solteiro. A pesquisa atual mostra que 45% são casados, 05% com relação estável. Na presente pesquisa não foi avaliado o estado civil antes da deficiência e tempo da atual condição física.

Em estudo realizado por Bim et al. (2007), no Município de Guarapuava (PR), em 18 unidades de saúde com amostra de 235 deficientes e idade de 01 a 90 anos, revelou que a faixa etária com maior números de deficientes ficou de 31 a 40 anos. Entretanto, esta pesquisa mostrou que a faixa etária com o maior número de deficiente é entre os 41 a 50 anos (40%).

Dos entrevistados, 70% não possuem filhos, comparando-se ao estudo de Bim et al. (2007), revela que mais da metade dos entrevistados (54,70%) não possui filhos, sugerindo que talvez, seja difícil para um

portador de deficiência constituir família, o que pode ser reflexo do preconceito contra estes.

Em relação às adaptações em residência, pode-se notar que a maioria dos entrevistados (65%) relata não ter nenhum tipo de adaptação dentro da sua residência, o que inviabiliza seus movimentos normais. Quanto aos que relataram possuir alguma adaptação, os relatos são de banheiro grande, portas grandes e cama baixa. Em relação às dificuldades enfrentadas, 55% relatam sobre a falta de adaptação pública sendo os mais comentados, em comércios, cadeiras motorizadas e rampas em calçadas, carro adaptado e ônibus com elevador, 25% falam sobre atendimento na área da saúde, plano de saúde, necessidade de doações de medicação, materiais hospitalares e fisioterapia doméstica, 15% atividade laboral, necessidade de fisioterapia, lazer e escola, 05% inclusão social, relatando a necessidade de a população ter mais conhecimento sobre a vida dos deficientes físicos e receber visita. 90% não faz nenhum tipo de reabilitação, na busca de melhorar a qualidade de vida.

Segundo Venturini, Decésaro e Marcon (2007), para conseguir se adaptar e ainda aprender a viver de forma diferente, é necessário seguir orientações e participar de um programa de reabilitação fazendo com que o deficiente e seus cuidadores deixam de vivenciar alguns momentos importantes em família para priorizar hábitos ou atividades mais condizentes com a nova situação, alterando a rotina de vida de toda a família.

Porém, de acordo com Mutti (2008), a maioria dos deficientes físicos não realizam reabilitação por dificuldade de transporte públicos adequados, e os que realizam possuem carros próprios. A atual pesquisa vai de encontro com os dados citados por Mutti.

Corroborando com a pesquisa, Brasil (2008), diz que dependendo do tipo de deficiência, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares possibilitando essas pessoas ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Quanto aos tipos de deficiência encontrada nos pesquisados, o maior número apresentado foi a paresia de membros inferiores (MMII) com 35%, Paraplegia e Amputação de membro inferior (MI) sendo as amputações entre pés e transtibial (perna) sendo (D/E), com 20%, e Parestesia de membros inferiores e superiores, (MMIISS) com 25%, conforme mostra a tabela 02.

Tabela 02: Principais tipos de deficiência dos entrevistados de Novo Horizonte do Oeste e Alto Alegre dos Parecis – RO, 2012.

Tipo de Deficiência	Nº	%
Paraplegia	04	20
Amputação de MI, pés e/ou perna D/E	04	20
Paresia MMII	07	35
Parestesia MMSSII	05	25
TOTAL	20	100%

Fonte: Bilati et al. (2012).

No caso de locomoção do portador de paraplegia, uma cadeira de roda é indispensável para sentir-se independente e obter a reintegração social (AGUIAR, 2010).

Conforme Minosso et al. (2010), a pontuação do Índice de Barthel é trabalhada avaliando 11 requisitos de cuidados sendo eles: higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controle de bexiga, controle de intestino, deambulação, uso de cadeira de rodas e transferência cadeira/cama. Entre os cuidados a pontuação é interpretada da seguinte maneira: Incapaz de realizar a tarefa (0 ponto), requer ajuda substancial entre (01, 02 e 03 pontos), requer moderada ajuda entre (03, 05 ou 08 pontos), requer mínima ajuda entre (04, 08, e 12 pontos), totalmente independente entre (05, 10 e 15 pontos).

Após a aplicação da escala do Índice de Barthel Modificado (IBM), verificou-se que dos 20 participantes da pesquisa, 15 (75%) são totalmente independente em realizar higiene pessoal, banho e alimentação, 01 (05%) requer moderada ajuda, 04 (20%), são incapazes de realizar a tarefa.

Ao ato de subir escada identificou que 11 (55%), incapaz de realizar, 03 (15%), totalmente independente, 02 (10%), requerem mínima ajuda, 04 (20%), requer moderada ajuda.

Quanto toalete, 11 (55%) totalmente independente ao uso, 05 (25%), requer moderada ajuda 04 (20%), são incapazes de realizar a tarefa.

Para tarefa vestuário, observou-se que 04 (20%) requer mínima ajuda, 10 (50%), totalmente independente, 04 (20%), incapaz de realizar, 02 (10%), requer ajuda substancial.

Quanto ao controle da bexiga, 01 (05%), requer mínima ajuda, 15 (75%), totalmente independente, 02 (10%), requer moderada ajuda, 02 (10%), são incapaz de realizar a tarefa. Quanto ao controle de intestino, 01 (05%), requer moderada ajuda, 17 (85%), totalmente independente, 02 (10%), incapaz de realizar a tarefa. Ao ato de deambular notou-se que 13

(65%), são incapazes de realizar a tarefa, 05 (25%), requer mínima ajuda, 01 (05%) totalmente independente, 01 (05%), requer moderada ajuda.

Em relação à mobilidade com cadeiras de rodas identificou que 05 (25%), requer moderada ajuda, 07 (35%), requer mínima ajuda, 01 (05%), totalmente independente, 07 (35%), incapaz de realizar a tarefa.

Para a tarefa de transferência cadeira/cama, 07(35%), são totalmente independente, 07 (35%), é incapaz de realizar a tarefa, 04 (20%), requer moderada ajuda, 02 (10%), requer mínima ajuda.

A tabela 03 mostra a relação de grau de dependência com tipos de deficientes físicos onde o resultado final com maior percentual foi de paraplegia com dependência moderada, amputação de MI pés e perna com dependência leve, paresia MMII com dependência moderada, parestesia MMII com dependência total.

Tabela 03: Correlação do tipo de deficiência com o grau de dependência, Aplicado aos deficientes físicos do Município de Novo Horizonte do Oeste e Alto Alegre dos Parecis – RO, 2012.

Tipo de deficiência	Dependência leve		Dependência moderada		Dependência severa		Dependência total		Totalmente independente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paraplegia	01	05	02	10	-	-	-	-	01	05	04	20
Amputação MMII	03	15	01	05	-	-	-	-	-	-	04	20
Paresia MMII	03	15	04	20	-	-	-	-	-	-	07	35
Parestesia MMII	-	-	-	-	01	05	04	20	-	-	05	25

Fonte: Bilati et al. (2012).

Em um estudo realizado por Graciani (2009), com 61 pacientes mostrou que a menor parte dos indivíduos (46%) apresenta dependência grave sendo justificado pelo comprometimento dos MMSS impedindo a realização das tarefas de higiene, vestuário e alimentação. A presente pesquisa afirma que 15 (75%) são totalmente independentes para realizar higiene pessoal, banho e alimentação, enquanto 01 (05%) requer ajuda moderada, e os demais 04 (20%), são totalmente dependentes.

O mesmo estudo mostra que a maioria é independente para cuidados pessoais, deslocar sem auxílio e controle de esfínteres necessitando apenas de mínima ajuda (GRACIANI, 2009).

Na atual pesquisa 75% são totalmente independentes nestes quesitos, devido a deficiência ser em MMII, indo de encontro com os dados encontrados.

Venturi, Decésaro e Marcon (2007) no que se refere às condições de vida, revela necessidade de um cuidador próximo para atender as limitações daqueles que dependem parcial ou totalmente dos cuidados de outrem. A presença de indivíduos com deficiência e incapacidade em ambiente familiar altera a dinâmica das relações e a complexidade de suas interações. As famílias que vivenciam essa situação passam por transformações no decorrer do tempo.

Após correlacionar todos os requisitos exigidos no IBM, a atual pesquisa revelou que 35% apresentam dependência leve e moderada 20% dependência total, 05% dependência severa e 05% totalmente independente. Os resultados obtidos em relação ao índice de Barthel revelam de acordo com a pontuação, que os maiores números de pacientes entrevistados apresentam dependência leve a moderada seguido de dependência total.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que, de acordo com IBM, a maioria, 14 participantes, possuem dependência leve a moderada. Os cuidados dispensados aos deficientes físicos são adaptações de residência, alimentação, vestuário, higiene pessoal, banho, toalete, subir escadas, deambulação, auxílio de esfínter, auxílio com cadeiras de rodas e transferência de cadeira para cama.

Após a aplicação da escala do IBM, verificou-se que 75% dos participantes são totalmente independente em realizar higiene pessoal, banho, alimentação, uso de toalete, vestuário, controle de bexiga e intestino. Os outros 25% necessitam de ajuda mínima, moderada e substancial para realizar todas as atividades. Entretanto 55% é incapaz de subir escada e deambular.

No aspecto social verificou que a maioria são solteiros, não tem filhos, apresentam renda familiar de um salário mínimo, não realizam nenhum tipo de reabilitação, são aposentados, e a maioria tem somente o ensino primário. As maiores dificuldades relatadas pelos participantes foram que o investimento em adaptações públicas é escasso onde 55% dos pesquisados afirmaram que encontram dificuldades a acessibilidade.

Em relação à qualidade de vida do deficiente percebe-se que há limitações, entretanto estas limitações podem ser superadas com o auxílio da família e o maior conhecimento sobre seus direitos e deveres.

Com base nos resultados pesquisados chegou-se a conclusão de que o deficiente físico deve ter conhecimento dos direitos legais,

estruturas e adaptações a eles destinadas que inclui facilitar a entrada em diversos recintos e do acesso a centros de reabilitação podendo usufruir dos seus direitos. Capacitar os familiares ao conhecimento e cuidados a serem dispensados ao deficiente, treinamento aos profissionais de saúde, incentivo por partes das organizações políticas e educacionais ao esporte também auxilia na melhoria da qualidade de vida do deficiente, além de proporcionar acompanhamento psicológico sobre sua condição física e sobre aceitação das condições e o conhecimento de suas limitações físicas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.O. **Acessibilidade relativa dos espaços urbanos para pedestres com restrições de mobilidade**. Tese apresentada à escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18144/tde.../tese.pdf. Acessado em 22/10/12.

BIM, et al. **Perfil dos deficientes atendidos pelo programa de saúde da família, do município de Guarapuava-Paraná**. Artigo. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

GRACIANI, Z. **Caracterização motora e funcional da paraplegia espástica, atrofia óptica e neuropatia periférica (Síndrome Spooan)**. São Paulo, 2009. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponi-veis/5/5138/tde-22032010-172509. Acessado em 19/10/12 às 01 hora.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13/09/2011.

MAIA, A.C.B. **A importância das relações familiares para a sexualidade e autoestima de pessoa com deficiência física**. Artigo de revisão de literatura. 2009. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/ar-tigos/textos/A0515.pdf>. Acesso em 20/09/2012, às 10h45min.

MINOSSO, J.S.M. et al. **Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios**. Acta Paul Enferm, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf. Acessado em 23/10/12 às 23 horas e 58 min.

MUTTI, C.G. **Avaliação das capacidades funcionais de pacientes paraplégicos por trauma raquimedular que freqüentaram e que não freqüentaram um centro de reabilitação**. 2008. Tese (Mestre em Ciências) -Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SMELTZER; BARE. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Princípios e Práticas da Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 114 e 115 p. cap. 10.

SUMIYA, A. **Satisfação com A Saúde e Capacidade Funcional de Idosos Amputados**. Guarapuava – PR: 2009. P. 47.

VENTURINI D.A.; DECÉSARO M.N.; MARCON, S.S. **Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18/08/2011, às 10h10min.

Enviado em: abril de 2013.

Revisado e Aceito: junho de 2013.