

# A BUSCA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UM SUJEITO COM DIAGNÓSTICO DE PARAPLEGIA

**Raquel Beatriz Rockenbach<sup>1</sup>**  
**Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho<sup>2</sup>**

## Resumo

O presente estudo relata a busca da integralidade na atenção fisioterapêutica no processo de reabilitação de uma jovem, a qual chamaremos de Rosa, de 20 anos, que sofreu uma lesão medular a nível T4/T5 – T8-T12, ocasionada por linfoma não-Hodgkin ou LNH (tumor que resulta da multiplicação descontrolada de células derivadas de linfócitos T ou B). Foram adotados vários protocolos de avaliação inicial, mensurando ADM, sensibilidade, força muscular, independência funcional (O'Sullivan; Schmitz, 2004), que também foram aplicados na avaliação final. O tratamento foi realizado na Clínica de Fisioterapia Tupanciretã, na cidade de Tupanciretã – RS, pelo período de quatro meses, duas vezes por semana, com duração de duas horas cada sessão. Tendo em vista os achados na avaliação inicial, estabeleceu-se um programa de tratamento objetivando verificar quais as aquisições obtidas por Rosa nos aspectos físico-funcionais. Também buscou-se prestar um atendimento o mais integral possível, mediante a construção de ações terapêuticas, ações de promoção, proteção e recuperação, conhecendo o seu perfil, visando a um intercâmbio de conhecimentos e experiências, indispensáveis para o aumento da auto-estima, bem-estar e comprometimento com sua saúde, valendo-nos da interdisciplinaridade entre os profissionais envolvidos. No final de nosso estudo notou-se um aumento das funções motoras, o que propiciou a Rosa uma maior independência nas AVDs. Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que queremos – a integralidade na atenção na paraplegia –, mas certamente há muito mais a percorrer, e ainda há riscos de que os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde.

**Palavras-chave:** Lesão medular. Paraplegia. Atendimento integral. Fisioterapia.

## The Search of the Completeness in the Physiotherapeutic Attention in a Citizen with Paraplegia Diagnosis

### Abstract

The present study reports the looking for the integrality in the physiotherapeutic attention in the process of rehabilitation from a young girl, who we will call Rosa. She is twenty years old and she suffered a spinal cord injury of a level T4/T5 – T8-T12, occasionated by linfoma não-hodgkin or LNH (tumour that results from the descontrolled multiplication of cells derived from linfócitos T or B). It was used many procedures of initial avaluation, bowing ADM, sensibility, muscular strong, funtional independence (O'Sullivan & Schmitz, 2004), that also were used in the final avaluation. The treatment was made at the phisiotherapy clinic Tupanciretã, in the town of Tupanciretã – RS, during the period of four months, made two times a week, with the duration of two hours each seation. Considering the founds in the initial evaluation, it was established a program of treatment with the aim to verify which were the acquisitions obtained by Rosa in the phisic functional aspects. Also, it tried to give an attendance more integral as possible, through the construction of therapeutics actions, actions of promotion, protection and recuperation, knowing her profile taking aim an interchange of knowledge and experiences, necessary by the growing of self esteem, wel being, and undertakament with her health looking for the interdisciplinariety among the professionals involved. At the end of our study it was noticed a growning of the motor functions, promoting to Rosa a bigger independence in the AVDs. There are not doubts that we walked too much to the direction wanted the integrality in the attention in the paraplegy, but certainly there are a lot mor to walk, and there ar risks, yet, that the SUS (Unique Sistem of Healt) ways repel the primary conception to guarantee the universal acess, equality and free to the services and actions of health.

**Keywords:** Spinal cord injury. Paraplegy. Integral attendance. Physiotherapy.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta – proprietária e responsável técnica de consultório de Fisioterapia na cidade de Chapada-RS -TCC apresentado ao curso de Fisioterapia da Unicruz. raquel.rockenbach@gmail.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, mestre em Educação, docente da Unicruz, técnica científica do Centro de Atendimento – CAE/Tupanciretã-RS, delegada regional do Crefito5 – orientadora da pesquisa. themiscarvalho@brturbo.com.br

A paraplegia pode ser definida como a paralisia completa de ambas as extremidades inferiores e de todo ou parte do tronco, como resultado do dano à medula espinhal torácica, lombar ou de raízes sacrais.

Para podermos compreender melhor o indivíduo com tal patologia é necessário um atendimento integral a sua saúde. Para tanto, devemos olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer.

O objetivo geral de nosso estudo foi buscar a integralidade na atenção fisioterapêutica a um sujeito com diagnóstico de paraplegia em decorrência de linfoma, no que se refere à melhora do bem-estar e da funcionalidade. Também buscamos promover ações de promoção, proteção e recuperação visando a uma melhora da qualidade de vida; construir ações terapêuticas (oficinas pedagógicas, debates sobre filmes educativos, entre outros) objetivando um intercâmbio de conhecimentos e experiências, indispensáveis para o aumento da auto-estima, bem-estar e comprometimento com sua saúde; proporcionar ao sujeito um maior ganho funcional para as atividades da vida diária, trabalho e lazer, por meio de técnicas e prática de exercícios fisioterapêuticos; e, por fim, conhecer o perfil do sujeito, enfocando seu saber, pensar, agir e sentir.

Após a análise crítica de todos nossos achados na avaliação inicial, procuramos desenvolver uma atenção fisioterapêutica o mais integral possível. Para este fim, desenvolvemos oficinas pedagógicas, no objetivo de proporcionar conhecimentos e experiências, indispensáveis para seu dia-a-dia. Trabalhamos temas como: paraplegia, limitações funcionais, utilização de órtese para deambulação, cirurgia (tenotomia), a família como suporte, relações sociais, sexualidade.

Para Fiorelli e Marinho (2005), o paciente deve ser entendido como um indivíduo com relações familiares, sociais e de trabalho, as quais participam do processo físico e mental, fato que procuramos também desenvolver em nossas oficinas.

Os temas foram selecionados de acordo com os questionamentos e dúvidas apresentados pelo sujeito.

Valemo-nos de livros, encartes com reportagens, computador (Internet), tudo para dar embasamento ao debate.

No seu caso, linfoma não-Hodgkin, um tumor que resulta da multiplicação descontrolada de células derivadas de linfócitos T ou B, os tratamentos adotados são, geralmente, quimioterapia e radioterapia, podendo o paciente ser submetido a um ou outro, ou até mesmo à combinação dos dois (Abrale, 2005b). No caso de Rosa foi empregada a quimioterapia.

Para a seqüela deixada por ele, a paraplegia, usa-se o instrumento terapêutico considerado na fisioterapia o mais importante na reabilitação: o exercício terapêutico, que desempenha um papel na prevenção das complicações, na manutenção da saúde e na melhoria das funções (Basmajian, 1987). Diversos acessórios serviram de suporte para estímulos a sua realização: bolas, borrachas, roldanas, bastões, entre outros.

Em cada encontro procurávamos fazer com que Rosa entendesse e vivenciasse a sua realidade, pois vimos que ela ainda nega sua situação e espera por uma “melhora total”, o que para ela significa andar novamente.

Precisamos fazer com que Rosa encare sua realidade e assuma suas condições de vida, fato este importante para a visualização da integralidade: a autonomia do sujeito. Para tanto, é necessário que Rosa passe por outras fases comportamentais.

Lianza (1995) esclarece que o paciente portador de lesão medular passa por quatro fases bastante definidas, a saber:

- fase de choque: é a fase na qual o paciente está em um estado de confusão mental, em que não consegue perceber a magnitude do acontecido; suas funções psíquicas ficam “congeladas” e o paciente fica incapacitado de formular qualquer programa de ação.
- fase de negação: o paciente começa a perceber sua situação, porém de uma forma distorcida, por não ter condições de aceitá-la, tentando manter sua imagem anterior. Nesta fase o paciente reage de forma regressiva, aceitando a orientação da equipe de forma passiva.

Neste período é muito comum que o paciente afirme que logo voltará a andar normalmente, mesmo que informações mais realistas lhe tenham sido oferecidas.

Nas duas fases descritas, choque e negação, a equipe desempenha um papel ativo e extremamente importante dentro do processo de reabilitação, devendo respeitar a necessidade de negação do paciente.

– fase de reconhecimento: ocorre quando o paciente começa a tomar consciência de sua real situação, devido à persistência do quadro provocado pela lesão. A evidência da paralisia, a perda de controle esfinteriano e o temor de tornar-se uma carga para seus familiares provocam forte sentimento de desespero e intensa ansiedade, levando o paciente a um estado de depressão. Essa desvalorização pessoal é tão intensa que podem surgir idéias suicidas.

– fase de adaptação: nesta fase o paciente começa a se sentir recompensado por seus esforços; ele está na sua capacidade máxima para agir ativamente no processo de reabilitação, reconhecendo a importância deste, uma vez que este lhe oferece a possibilidade de uma reintegração social e uma auto-suficiência dentro de suas limitações.

Rosa necessita, urgentemente, ser avaliada por um traumato-ortopedista para a realização da liberação da musculatura posterior (isquiostibiais) do membro inferior esquerdo, pois este é um fator limitante, causador de muita dor e que compromete a evolução de paciente. Não podemos pensar em uso de tutores de MsIs (membros inferiores), tampouco colocá-la em pé – prancha ortostática –, o que é fundamental para suas funções fisiológicas.

Rosa espera por este atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) há seis meses. Entramos em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Tupanciretã argumentando sobre esta necessidade urgente. Infelizmente a resposta foi que a lista de espera é grande, e é preciso aguardar. Dependem do serviço de referência em traumato-ortopedia de Santa Maria, dado que somos vinculados a 4ª. Coordenadoria Regional de Saúde. Aguardamos o agendamento e chamamento, torcendo para que

todos os exames e procedimentos possam ser realizados. Para isto é necessária uma vaga de leito hospitalar, fato também de difícil acesso.

Para que nossos procedimentos cinesiológicos, fundamentais para a melhora da funcionalidade, possam ser eficazes, dependemos dessa intervenção cirúrgica, pois como podemos colocá-la em ortostatismo com um joelho bloqueado em flexão?

No caso de Rosa, como ressaltam Fiorelli e Marinho (2005), a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde é fator decisivo para a agilização da recuperação. Não presenciamos isto em todo o processo pelo qual Rosa passou.

Durante nosso estudo mantivemos contato apenas com a equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) que assiste Rosa (médico, enfermeira e agente de saúde). Não foi possível a concretização de uma proposta de atendimento integral e interdisciplinar.

Na Clínica de Fisioterapia Tupanciretã, local em que realizamos os atendimentos de Rosa, nossos procedimentos para maior ganho funcional para as atividades de vida diária foram realizados pela prática de exercícios terapêuticos.

A conduta fisioterapêutica escolhida foi a cinesioterapia e os exercícios foram escolhidos com base nas necessidades que a paciente apresentou na avaliação inicial.

Assim, foi estabelecida uma proposta de exercícios cinesioterápicos convencionais aplicados durante 27 sessões. Destaque-se que Rosa foi avaliada no início do tratamento e no final do programa. Essa proposta de tratamento consta de:

- alongamento passivo de MMII;
- mobilização passiva de MMII;
- exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais superiores e inferiores para posterior treino de equilíbrio na posição sentada;
- exercícios de fortalecimento na diagonal para MMSS com pesos de 2kg e 3kg com 4 séries de 40 repetições cada;
- exercícios para fortalecimento de tríceps com faixas elásticas na posição deitada e sentada;

- treino de transferências do leito para a cadeira de rodas por meio da técnica de deslizamento, de prono para supino, supino para sentado e supino para lateral;
- treino da posição de gatos;
- estimulação sensorial com materiais como: alfinetes, tubos de ensaio (com água quente e outro com água fria), algodão, pente, garfo, clipe, chave, moeda, caneta, escova de dente, esponjas (de espuma e de aço), lã, seda, pesos de vários tamanhos, entre outros.

Em nosso último encontro Rosa relatou que terá de fazer quimioterapia novamente. Segundo a Abrale (2005a), a recidiva (reincidência) do linfoma, meses ou anos após o tratamento, pode ocorrer em alguns pacientes. Nesses casos, um tratamento adicional é frequentemente bem-sucedido no restabelecimento da remissão. Existem tantas drogas e abordagens diferentes para o tratamento do linfoma que o médico dispõe de inúmeras possibilidades terapêuticas para oferecer ao paciente, que mesmo após a recidiva pode ser curado. Se esta ocorrer muito tempo após o tratamento, os mesmos quimioterápicos ou agentes similares podem ser efetivos. Em outros casos novas abordagens podem ser empregadas.

Encerramos nossa participação na vida de Rosa com esta notícia!

Sabemos que ela continuará seu tratamento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia Tupanciretã em sua caminhada na busca da integralidade na atenção a sua saúde. Sentimo-nos responsáveis por várias inquietações e desejos de conquistas despertados pela nossa atuação em sua vida. Tentamos cumprir nosso papel como profissionais promotores, protetores e recuperadores da saúde.

## Referencial Teórico

A lesão da medula espinhal é uma das mais graves causas de incapacidade no ser humano, pois provoca falência de uma série de funções vitais, como a locomoção, sensibilidade, sexualidade, sistema urinário e intestinal e do sistema nervoso au-

tônomo. Considerando ainda que as principais causas da lesão raquimedular são os traumatismos e que a maioria da população atingida tem menos de 40 anos e são jovens ativos, podemos constatar uma grave incapacidade que os acomete, de forma abrupta, com repercussões físicas e psicológicas (Greve et al, 2001). Ela é uma das mais catastróficas alterações patológicas que podem atingir o ser humano (O'Sullivan; Schmitz, 2004).

As causas para que ocorra lesão medular e conseqüente paraplegia variam desde tumores até causas neurogênicas, como é o caso do linfoma (UM-PRHED, 1994).

Os linfomas são cânceres (tumores malignos) do sistema linfático. Este transporta um tipo específico de leucócitos denominados linfócitos através de uma rede de canais tubulares (vasos linfáticos) para todas as partes do corpo, inclusive a medula óssea. Dispersos em toda essa rede encontram-se acúmulos de linfócitos nos linfonodos (comumente, mas incorretamente, denominados glândulas linfáticas). Os linfócitos cancerosos (células linfomatosas) podem estar confinados num único linfonodo ou podem se disseminar por todo o corpo, para quase todos os órgãos (Bigni, 2005).

Os dois tipos principais de linfoma são os linfomas de Hodgkin (mais comumente conhecido como doença de Hodgkin) e os linfomas não – Hodgkin (Bigni, 2005).

## Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso de um sujeito do sexo feminino, com 20 anos de idade, apresentando paraplegia decorrente de linfoma, procedente da Clínica de Fisioterapia Tupanciretã, da cidade de Tupanciretã – RS, selecionada por conveniência e por mostrar interesse em participar do estudo.

Os dados de nosso estudo foram coletados de três formas:

- 1º) Mensuração variáveis físico-funcionais (protocolos de O'Sullivan e Schmitz, 2004):

- amplitude de movimento (ADM), atividades de vida diária (AVDs), coordenação – sem o uso do equilíbrio, sensorial, tônus, força, reflexos miotáticos e superficiais, dor e espasticidade.

2º) Busca do histórico clínico-patológico e perfil de Rosa:

- questionário semi-estruturado
- formulário para registro da história médica
- e, também, mediante um estudo, junto ao Same, do Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta – RS, para conhecermos melhor sua história de internação no período de 27 de julho a 4 de agosto de 2005.

3º) Observação participante, em todos os momentos de nosso estudo, com a finalidade de conhecer as novas estratégias e adaptações de Rosa ao novo corpo, acompanhamento da sua evolução clínica e do processo terapêutico:

- os encontros foram realizados duas vezes por semana, na Clínica de Fisioterapia Tupanciretã, na cidade de Tupanciretã – RS, por um período de quatro meses, com duração de aproximadamente duas horas cada sessão;
- abordamos temas como: melhoria da qualidade de vida, intercâmbio de conhecimentos e experiências e a importância dos exercícios fisioterapêuticos;
- as técnicas empregadas foram: oficinas pedagógicas, debates, ações de promoção, proteção e de recuperação, elaboração de ações terapêuticas e prática de técnicas fisioterapêuticas;
- nesse estudo, as construções terapêuticas ocorreram ao longo dos encontros, à medida que os problemas e dúvidas decorrentes da paralisia surgiam.

A análise dos resultados foi feita de duas formas:

- quantitativamente: por meio da análise descritiva;
- qualitativamente: mediante a observação participante em todas as atividades propostas.

## Análise e Discussão dos Resultados

Evitar confrontações, assegurando ao paciente que suas queixas são ouvidas e compreendidas; informar claramente as conclusões clínicas; evitar mensagens contraditórias; evitar transferir o diagnóstico exclusivamente para o campo do transtorno físico, são algumas das posturas adequadas para conseguir que o paciente aceite o tratamento fisioterapêutico e psicoterapêutico (Fiorelli; Marinho, 2005).

Estes diálogos, em nosso estudo, foram muito importantes, pois ouvir o paciente é fundamental para compreender a sua percepção a respeito da condição de incapacitado e buscar alternativas que melhorem seu dia-a-dia.

Rosa precisa vivenciar a realidade para que possa passar pelas outras duas fases, pois, segundo Lianza (1995), a fixação do paciente nas fases iniciais, ou o paciente que apresentar indiferença diante da lesão medular, podem estacionar gravemente o processo de reabilitação.

A esse propósito, questionamos:

- se todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde (SUS) e será atendido conforme as suas necessidades, não será prioritário o atendimento de Rosa, uma jovem de 20 anos de idade, sem outras patologias intercorrentes presentes, com chances de melhora funcional?
- se as unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral, por que Rosa não consegue este atendimento? Os serviços de contra-referência não fazem parte desse todo?
- como pode Rosa assumir sua saúde com autoestima diante deste fato?
- será que isto não a impede de sair da fase de negação, pois vivenciar tal condição é humilhante?

Não podemos deixar de refletir sobre o direito à saúde, estabelecido pela Constituição Federal (1988), art. 196, que diz:

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao aceno universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2003).

Este fato leva-nos a refletir sobre o que refere Mattos (2004), ou seja, que as mudanças da integralidade não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizadas, que transformam as práticas na direção da integralidade.

Quem sabe se na equipe do PSF que assiste Rosa houvesse um fisioterapeuta atuando, poderíamos vislumbrar um atendimento integral?

O PSF é constituído por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde e mais recentemente ocorreu a incorporação de dentistas à chamada equipe mínima. Cada equipe é responsável pelas famílias de uma determinada área de um município. As atividades exercidas vão desde territorialização, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos, passando pelas visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação nos eventos das comunidades, articulação com os demais setores do município, entre outras (Brasil, 2000). Um dos seus fundamentos principais é o alcance da integralidade.

Após a aplicação de todos os protocolos e da realização do tratamento fisioterapêutico, notamos a eficácia da fisioterapia no que se refere às AVDs, pois adquiriu significativa melhora da funcionalidade. Devemos este fato também às técnicas de reforço muscular postas em prática para o fortalecimento de MsSs (membros superiores) e, também ao treino de equilíbrio.

Significativa foi, também, a redução da dor na região lombar, a qual Rosa relatava no início das sessões de fisioterapia.

Quanto à ADM, não alcançamos melhora significativa devido a uma deformidade no joelho esquerdo de Rosa, anquilosado em flexão, ressaltando nova-

mente a necessidade de uma consulta com traumatologista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para posterior intervenção cirúrgica.

As atividades para fortalecimento de MsSs foram realizadas por meio de um regime de exercícios tradicionais que usam pesos, polias de parede e exercícios resistidos. Realizamos tais práticas de exercícios visando à melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida da paciente.

Acreditamos que é pela relação dialógica, pelo carinho, atenção, busca de conhecimento, interdisciplinaridade e principalmente pela ação educativa que poderemos compreender melhor o indivíduo com paraplegia e desta forma contribuir para um atendimento integral à saúde do mesmo. Não há dúvida de que devemos perceber o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer. Somente desta forma podemos auxiliar para que vivam melhor e com mais qualidade.

O viver paraplégico não pode ser o fim das possibilidades... Haverá depressão e alegria, solidão e carinho, doença e saúde, possibilidades e limitações e tantos outros estados. Afinal, a vida de todos nós é assim!

## Conclusão

Ao final de nosso estudo constatamos que o desenvolvimento de um programa de ações fisioterapêuticas que vise à integralidade na atenção a um sujeito com diagnóstico de paraplegia em decorrência de linfoma, é viável e traz benefícios no que se refere à melhora do bem-estar e da funcionalidade. É um caminho, no entanto, que precisamos construir.

Temos muitos desafios postos para sua efetivação. Transpô-los é urgente e primordial. Cabem a nós, fisioterapeutas, também este grande desafio.

É necessário cada vez nos ocuparmos mais da saúde da população e para tanto precisamos ter claro que a saúde é um direito e significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso

universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade, e para alcançá-la é necessário um envolvimento de esferas sociais, políticas, econômicas, religiosas, entre outras.

Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que pretendemos – a integralidade na atenção na paraplegia –, mas certamente há muito ainda a trilhar, e existem obstáculos que precisamos transpor. Não podemos permitir que os caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS) se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde.

A luta de Rosa, portanto, continua e deve ser travada cotidianamente no contexto dos serviços de saúde, nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular, pois a cidadania do sujeito jamais é dada, ela é conquistada diariamente. E nós, profissionais fisioterapeutas, precisamos nos comprometer com ações concretas que levem à integralidade em nossas práticas diárias.

## Referências

- ABRALE. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – *Linfoma – fatores que influenciam no tratamento*. Disponível em: <[http://www.abrale.org.br/doencas/linfoma/influencia\\_tratam.php](http://www.abrale.org.br/doencas/linfoma/influencia_tratam.php)>. Acesso em: 20 nov. 2005a.
- \_\_\_\_\_. *Linfoma não-Hodgkin*. Disponível em: <[http://www.abrale.org.br/doencas/linfoma/não\\_hodgkin.php](http://www.abrale.org.br/doencas/linfoma/não_hodgkin.php)>. Acesso em: 20 nov. 2005b.
- BARROS, Fábio Batalha M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- BASMAJIAN, John V. *Terapêutica por exercícios*. São Paulo: Manole, 1987.
- BERKOW, Robert; FLETCHER, Andrew J. *Manual Merck de Medicina*. São Paulo: Roca, 1995, 2005.
- BERVIAN, Pedro A.; AMADO, Cervo L. *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- BIGNI, Ricardo. *Serviço de Hematologia do Hospital do Câncer/Inca*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo>>. Acesso em: 2 out. 2005.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Pesquisa participante*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a NOB/RH/SUS*. Brasília, 2003 (Série J. Cadernos).
- BROMLEY, Ida. *Paraplegia e tetraplegia*. Um guia teórico-prático para fisioterapeutas, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- FIORELLI, Ana Paula; MARINHO, José Osmir. *Psicologia na Fisioterapia*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- GREVE, Júlia Maria D' Andréa; CASALIS, Maria Eugênia Pebe; BARROS FILHO, Tarcísio Eloy Pessoa de. *Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal*. São Paulo: Rocca, 2001.
- KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. *Exercícios terapêuticos – fundamentos e técnicas*. São Paulo: Manole, 1998.
- LIANZA, Sérgio; SPOSITO, Maria Matilde de Mello. *Reabilitação – a locomoção em paciente com lesão medular*. São Paulo: Sarvier, 1994.
- LIANZA, Sérgio. *Medicina de reabilitação*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: MATTOS, Ruben Araujo de et al. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.
- MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, v. 20. n. 5. Rio de Janeiro, set./out. 2004.
- MATTOS, Ruben Araujo de et al. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MINAYO, Marília Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro, 1997.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. *Fisioterapia – avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2004.

PALMER, Lynn M.; TOMS, Janice E. *Manual de treinamento funcional*. São Paulo: Manole, 1987.

PEIXOTO, Beatriz de Oliveira et al. Lesão medular: Estudo do potencial evocado como recurso prognóstico e comparação entre o tratamento de esti-

mulação elétrica neuromuscular e fisioterapia convencional. *Revista Fisioterapia Brasil*, 4: p. 17-24, 2003.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. *Grande tratado de enfermagem prática – clínica e prática hospitalar*. São Paulo: Santos, 1998.

SCAFF, Alfredo. *Qual é a doutrina do SUS?* Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>>. Acesso em: 4 dez. 2005.

UMPRHED, Darcy. *Fisioterapia neurológica*. São Paulo: Manole, 1994.