



MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL: GUIA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Brenda Lima Flores¹
Elaine de Souza Marques da Silva²
Maristeli M. Rodrigues³

RESUMO

Introdução: A mielopatia espondilótica cervical (MEC) é uma doença degenerativa que causa compressão medular, gerando déficits motores, sensoriais e esfínterianos, afetando a qualidade de vida. **Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com MEC. **Método:** Revisão sistemática qualitativa baseada na estratégia PICO, com busca nas bases de dados SciELO, LILACS, CAPES, PubMed, BVS e Google Acadêmico, incluindo artigos de 2020 a 2025. A análise seguiu a taxonomia NANDA-I (2024–2026). **Resultados:** Foram selecionados 44 estudos, que ajudaram a estruturar diagnósticos e intervenções focados em dor, mobilidade, eliminação, integridade da pele, respiração e comunicação. **Conclusão:** A aplicação da NANDA-I facilita a sistematização da assistência de enfermagem, promovendo prevenção de complicações e autonomia em pacientes com MEC.

Palavras-chave: Mielopatia; Estenose medular; Compressão medular cervical.

1 INTRODUÇÃO

A coluna vertebral humana, estrutura essencial para sustentação e mobilidade do corpo, é composta por 33 vértebras organizadas em segmentos distintos: cervical (7 vértebras), torácico (12), lombar (5), sacral (5) e coccígeo (4). Entre os arcos posteriores e os corpos vertebrais, localiza-se o canal vertebral, espaço anatômico responsável por abrigar a medula espinal, cuja integridade é essencial para o adequado funcionamento neurológico (SOEIRA, 2022).

O diagnóstico costuma ser tardio devido à evolução insidiosa da doença, levando aos agravos dos danos neurológicos. Fatores como envelhecimento, tabagismo e microtraumas repetitivos estão associados à progressão. Além do impacto físico, a MEC repercute em aspectos emocionais e sociais, exigindo cuidados contínuos e individualizados (GOUVEIA, et. al, 2021). Com o passar dos anos, alterações degenerativas podem comprometer essa estrutura e a degeneração discal é caracterizada pela perda de flexibilidade e capacidade de absorção de impacto, favorecendo então o surgimento de osteófitos e a conseqüente alteração das vértebras, essas mudanças podem ser classificadas em espondilóticas e não osteoartríticas (SOEIRA, 2022).

¹ Estudante do Curso de Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário Leonardo da Vinci Blumenau – UNIASSELVI. E-mail floressbrendah@gmail.com

² Estudante do Curso de Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário Leonardo da Vinci Blumenau – UNIASSELVI. E-mail elainedesouza951@gmail.com

³ Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário Leonardo da Vinci Blumenau – UNIASSELVI. E-mail 100188213@professor.uniasselvi.com.br



Pacientes com diagnósticos de MEC geralmente apresentam um dos seguintes sintomas: fraqueza, dormência das extremidades superiores, destreza manual reduzida, dificuldade na marcha e equilíbrio, espasticidade dos membros inferiores, dor neuropática e disfunção do intestino/bexiga. A diferenciação das apresentações clínicas desses achados, ajuda na abordagem terapêutica da espondilose cervical (SOEIRA, 2022).

Além de comprometer a capacidade de locomoção, a lesão medular acarreta perdas funcionais, emocionais e sociais significativas. Neste cenário torna-se essencial a elaboração de um plano de cuidados individualizado, que contemple não apenas os aspectos físicos, mas também a reconstrução da autoimagem, da autoestima e reinserção social do paciente (BRITO, 2007).

A enfermagem desempenha papel essencial no processo de reabilitação, atuando não apenas no manejo clínico, mas também no suporte psicossocial e na reinserção do paciente em suas atividades. A etapa diagnóstica do processo de enfermagem, baseada na taxonomia NANDA-I (2024–2026), possibilita a identificação de demandas prioritárias e orienta a implementação de intervenções sistematizadas e eficazes.

Considerando a escassez de estudos nacionais que abordam a MEC sob a ótica da enfermagem, este trabalho tem como objetivo analisar diagnósticos e intervenções aplicáveis a esses pacientes, a fim de subsidiar práticas clínicas seguras, humanizadas e baseadas em evidências científicas.

2 MÉTODO

Este estudo é uma revisão sistemática qualitativa da literatura, baseada na estratégia PICO: adultos com MEC (P), intervenções de enfermagem fundamentadas em diagnósticos clínicos (I), em ambiente hospitalar ou ambulatorial (C), e resultados relacionados à promoção do cuidado (O). A busca foi realizada nas bases SciELO, LILACS, CAPES, PubMed, BVS e Google Acadêmico, buscando artigos entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem fisiopatologia, diagnóstico, reabilitação e cuidados de enfermagem da MEC. Excluíram-se estudos anteriores a 2020, pediátricos, opiniões, relatos de caso e pesquisas focadas apenas em reabilitação. Foram selecionados 44 artigos que passaram pelos critérios. A análise seguiu a taxonomia NANDA-I (2024–2026), para identificar diagnósticos e propor intervenções de enfermagem, construindo um guia para apoiar profissionais da área.

2.1 Coleta de dados

Na busca por artigos seguindo os critérios definidos, a base SciELO retornou 5 resultados para "Mielopatia Espondilótica Cervical", 8 para "Compressão Medular" e 4 para "Compressão Medular Cervical". Nas bases BVS e LILACS, foram encontrados 9 resultados para "Mielopatia Espondilótica" e 5 para "Compressão Medular Cervical". No PubMed, não houve resultados para "Compressão Medular" e "Compressão Medular Espinal", mas 2 para "Mielopatia Espondilótica". A base CAPES não trouxe resultados. No Google Acadêmico, a busca por "Mielopatia e cuidados de enfermagem" retornou 11 resultados.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Resultados

A partir dos artigos selecionados foram separados os autores, de acordo com os títulos e objetivos para contribuir com a discussão sobre o tema, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1.** Autores, ano das publicações, títulos e objetivos.

AUTOR	ANO	TÍTULO	OBJETIVO
CANT	2024	Cervical spondylotic myelopathy.	Prevenir a incapacidade permanente e a piora da qualidade de vida associada à MEC.
GOUVEIA, et al.	2021	Mielopatia compressiva com progressão atípica.	Explorar diferentes formas de apresentação e progressão atípica da MEC, visando melhorar o diagnóstico e o tratamento.
MCCORMICK, et al.	2020	Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management.	Revisar aspectos fundamentais da MEC (fisiopatologia, diagnóstico e tratamento), com foco no encaminhamento adequado para cirurgia.
SAHEB	2022	Avaliação das complicações precoces dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de mielopatia cervical espondilótica.	Avaliar complicações cirúrgicas precoces em diferentes abordagens (anterior, posterior e combinada) no tratamento da MEC.
SANTOS	2021	Importância da ressonância magnética dinâmica da coluna no tratamento da mielopatia espondilótica cervical.	Investigar a correlação entre compressões medulares vistas na ressonância magnética dinâmica e o escore da escala de Mjoa.
SOEIRA	2022	Análise tridimensional da marcha em pacientes com mielopatia cervical submetidos a procedimentos cirúrgicos.	Analisar o efeito da cirurgia descompressiva na marcha de pacientes com MCE, antes e após o procedimento.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A partir dos artigos selecionados foram separados os diagnósticos clínicos apresentados na MEC para contribuir com a discussão sobre o tema, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2. Autores, ano das publicações, títulos e diagnósticos clínicos apresentados na MEC.

AUTOR	TÍTULO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO
CANT, 2024.	Cervical spondylotic myelopathy.	Apoptose neural, atrofia muscular, degeneração axonal, desmielinização, déficits motores e sensoriais, marcha instável, hiporreflexia, hipotonia, fasciculações, perda da motricidade fina (MMSS), síndrome da medula central, tetraplegia



GOUVEIA, et al., 2022.	Mielopatia compressiva com progressão atípica.	Atrofia cortical, dor cervical, parestesia, espasticidade, fraqueza, hiperreflexia, incontinência urinária, paralisia, perda da coordenação, força e sensibilidade.
MCCORMICK, et al., 2020.	Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management.	Atrofia muscular, disfunções motora e sensorial, disfagia, destreza manual reduzida, hiporreflexia, hipotonia, instabilidade de marcha, infecção superficial, pseudoartrose, tetraplegia.
SAHEB, 2022.	Avaliação das complicações precoces dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de mielopatia cervical espondilótica.	Alterações de marcha, atrofia muscular, espasticidade, disfagia, incontinência (urinária e intestinal), infecções, dor, hematoma, isquemia, neuropraxia de C5, ossificação ligamentar, perda de destreza manual.
SANTOS, 2021.	Importância da ressonância magnética dinâmica da coluna no tratamento da mielopatia espondilótica cervical.	Degeneração discal, disfunção esfíncteriana, motora e sensorial, estenose radicular, desequilíbrio, fraqueza, hiperreflexia, incontinência intestinal e urinária
SOEIRA, 2022.	Análise tridimensional da marcha em pacientes com mielopatia cervical submetidos a procedimentos cirúrgicos.	Alteração de marcha e tônus, ataxia, espasticidade, destreza reduzida, desequilíbrio, disfunções de bexiga e intestino, dor neuropática, dormência, hipoestesia, paraparesia espástica.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

3.2 DISCUSSÃO

3.2.1 Características da Mielopatia Espondilótica Cervical

A mielopatia espondilótica cervical (MEC) resulta de degeneração entre as vértebras C5-C7, causando compressão da medula espinal por osteófitos (GOUVEIA, et.al.,2021). O envelhecimento é o principal fator de risco, agravado por tabagismo, microtraumas e sobrecarga axial. (MCCORMICK et al., 2020).

De início insidioso a MEC costuma ser diagnosticada tardiamente, entre 2 a 6 anos após os primeiros sintomas, aumentando o risco de sequelas neurológicas. (CANT,2024). Suas manifestações variam e podem incluir perda de destreza manual, instabilidade na marcha, alterações motoras e sensoriais, disfunções esfíncterianas e, em casos graves, tetraparesia (GOUVEIA et al., 2021; CANT, 2024). Traumas cervicais podem agravar o quadro. Embora não haja consenso, alguns estudos indicam progressão mais rápida da doença em mulheres (GOUVEIA et al., 2021).

O diagnóstico clínico da MEC baseia-se na anamnese, no exame físico e na identificação de sinais neurológicos como hiperreflexia, reflexo de Babinski, sinal de Hoffman e clônus (SANTOS, 2021). Para avaliar

a gravidade da doença e acompanhar sua evolução, utilizam-se escalas específicas, sendo a mJOA (Modified Japanese Orthopaedic Association) a mais empregada atualmente, enquanto a escala de Nurick ainda é utilizada em alguns contextos clínicos (MCCORMICK et al., 2020; SANTOS, 2021).

A ressonância magnética é o exame padrão para diagnosticar a MEC, avaliando compressão medular e degenerações. Outros exames, como tomografia, radiografia e testes neurofisiológicos, ajudam a analisar alinhamento, instabilidade e função da medula (SOEIRA, 2022; SANTOS, 2021).

A figura 3, representa uma ressonância magnética da coluna cervical normal, com ausência de protrusões discais, compressões medulares ou sinais de mielopatia.

Figura 3. Ressonância magnética cervical normal



Fonte: Colunar, 2024.

Já figura 4, representa imagem de ressonância magnética da coluna cervical evidenciando estenose do canal vertebral.

Figura 4. Ressonância magnética apresentando estenose cervical.



Fonte: Colunar, 2024.

Ao diagnosticar a MEC, a principal decisão é entre tratamento cirúrgico ou conservador. A doença geralmente é tratada com cirurgia, pois o tratamento não cirúrgico está associado ao aumento gradual do comprometimento das atividades diárias ao longo do tempo de 6% em 1 ano, 21% em 2 anos, 28% em 3 anos e 56% em 10 anos (MCCORMICK, et al., 2020).

Embora alguns autores relatam que pacientes cirúrgicos apresentem melhores resultados funcionais e de sintomas, não há estudos de alto nível que comparem diretamente tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos (MCCORMICK, et al., 2020). Estudos indicam que a cirurgia melhora a função e a qualidade de vida, independentemente da gravidade da doença de base (SAHEB, 2021). AOSpine North America e a Cervical Spine Research Society recomendam tratamento da MEC conforme a gravidade: para casos leves, cirurgia ou reabilitação supervisionada, com cirurgia se não houver melhora; para casos moderados a graves, cirurgia é indicada. Pacientes com compressão medular sem mielopatia recebem orientação e acompanhamento, e os com radiculopatia podem ter cirurgia ou reabilitação com monitoramento rigoroso (MCCORMICK et al., 2020). Até o presente momento, desconhece-se a existência de estudos para determinação da modalidade de tratamento não operatória ideal para a MEC. Na falta de diretrizes estabelecidas, o tratamento deve seguir um plano específico mediante os sintomas e queixas apresentadas pelo paciente. É de suma importância levar em conta, as despesas, o tempo e os recursos de cada paciente (MCCORMICK, et al., 2020).



3.2.2 Diagnósticos e cuidados de enfermagem associados a mielopatia de acordo com o NANDA (2024 - 2026).

A partir dos diagnósticos clínicos, buscou-se identificar diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA I (2024-2026), visando oferecer uma assistência humanizada e adequada às necessidades dos pacientes em diferentes fases da doença.

Quadro 3. Diagnósticos clínicos, diagnósticos de enfermagem com características definidoras e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico Clínico (agrupado)	Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras	Intervenções de Enfermagem
Alterações motoras (alteração de marcha, dificuldade de marcha, diminuição da força, fraqueza muscular, paralisia de membros, tetraparesia, ataxia, paraparesia).	Mobilidade física prejudicada; Habilidade de deambulação prejudicada; Dor aguda/crônica; Conforto físico prejudicado.	Amplitude de movimentos diminuída; Marcha alterada; Instabilidade postural; Movimentos espásticos/descoordenado; Fadiga; Dificuldade em subir escadas, andar em superfícies irregulares; Déficit de coordenação; Limitação em mobilidade no leito.	Avaliar capacidade funcional; Mudança de decúbito a cada 2h; Criar ambiente seguro; Estimular mobilidade com auxílio; Orientar paciente e familiares sobre segurança; Controle farmacológico/não farmacológico da dor; Promover terapias complementares; Apoio psicológico.
Alterações cognitivas e de comunicação (apoptose neural, atrofia cortical, disфонia, fala arrastada).	Confusão aguda; Comunicação verbal prejudicada.	Desorientação temporal/espacial; Alterações de memória; Pensamento desorganizado; Fala arrastada; Agitação psicomotora; Dificuldade em compreender/usar comunicação alternativa.	Ambiente calmo e seguro; Estimulação cognitiva; Apoio emocional; Comunicação clara; Orientar familiares; Usar recursos alternativos (figuras, escrita, voz).
Alterações dolorosas (dor neuropática, cervicalgia, dor crônica, dor aguda, fasciculação).	Dor aguda; Dor crônica; Conforto físico prejudicado.	Expressão facial de dor; Comportamento protetor; Alteração do sono; Desesperança; Fadiga; Limitação de atividades.	Avaliar intensidade/localização da dor; Controle farmacológico; Terapias complementares; Educação sobre manejo da dor; Apoio psicológico; Incentivar hábitos saudáveis;
Alterações de eliminação (disfunção da bexiga e intestino).	Eliminação urinária prejudicada; Constipação funcional;	Urgência, retenção, incontinência urinária; Constipação; Dor abdominal; Sensação de evacuação incompleta.	Monitorar padrão de eliminação; Ingesta de líquidos e fibras; Esvaziamento vesical programado; Higiene



	Incontinência urinária/fecal.		Íntima; Apoio psicológico; Orientar cuidadores; Avaliar necessidade de sondas/laxativos.
Alterações de integridade tecidual (hematoma, dormência, pseudoartrose, risco de lesão por pressão, infecção superficial ou profunda).	Integridade tissular prejudicada; Risco de infecção; Risco de lesão por pressão.	Hematomas; Dormência; Espasmos; Lesões na pele; Risco de infecção; Sensação de formigamento.	Avaliar pele diariamente; Manter higiene e pele seca; Troca de decúbito; Uso de colchões de alívio; Educação sobre prevenção de LPP;.
Alterações respiratórias e de deglutição (obstrução de vias aéreas, disfagia).	Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Deglutição prejudicada.	Tosse ineficaz; Engasgos; Cianose; Retenção de secreções; Dificuldade para mastigar/deglutir.	Monitorar respiração e sinais vitais; Oxigenoterapia; Posição semi-fowler; Dieta adaptada; Orientar paciente e familiares sobre posicionamento e prevenção de aspiração.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A partir dos diagnósticos clínicos de risco descritos pelos autores, buscou-se identificar o maior número de Diagnósticos de Enfermagem definidos com o uso do NANDA I (2024-2026)

Quadro 4. Diagnósticos de risco, diagnósticos de enfermagem, definição e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico Clínico de Risco	Diagnóstico de Enfermagem	Definição	Intervenções de Enfermagem
Risco de asfixia / broncoaspiração / insuficiência respiratória.	Risco de sufocamento acidental; Risco de aspiração.	Suscetibilidade à entrada de secreções ou alimentos nas vias aéreas; Suscetibilidade à oxigenação inadequada.	Avaliar ambiente; Educar paciente/família sobre prevenção; Posicionamento adequado; Elevar cabeceira durante alimentação; Avaliar deglutição; Higiene bucal.
Risco de compressão neural aguda / disreflexia autonômica.	Risco de disreflexia autonômica.	Suscetibilidade a resposta não inibida do simpático em lesões medulares altas.	Monitorizar sinais vitais; Remover estímulos desencadeantes; Garantir segurança com medidas preventivas.
Risco de eliminação intestinal prejudicada (constipação, continência, motilidade).	Risco de eliminação intestinal prejudicada; Risco de continência fecal prejudicada; Risco	Suscetibilidade a evacuação infrequente, ineficaz ou difícil;	Avaliar histórico e hábitos; Observar abdome e pele; Incentivar líquidos e



	de motilidade gastrointestinal prejudicada; Risco de constipação funcional crônica.	alteração da continência fecal.	fibras; Educação sobre hábitos saudáveis; Higiene anal e perineal; Uso de laxativos conforme prescrição.
Risco de dano neurológico (confusão, comunicação).	Risco de comunicação verbal prejudicada; Risco de confusão aguda.	Suscetibilidade a limitação da linguagem e alterações reversíveis de consciência e cognição.	Criar ambiente seguro; Técnicas de comunicação alternativas; Monitorar estado mental; Reorientação; Estimulação cognitiva.
Risco de infecção urinária / retenção / incontinência / lesão do trato urinário.	Risco de retenção urinária; Risco de incontinência de urgência; Risco de lesão do trato urinário.	Suscetibilidade ao esvaziamento incompleto, perda involuntária ou danos às estruturas urinárias.	Higiene íntima adequada; Avaliar função urinária; Cateterismo asséptico quando necessário; Educação ao paciente e família; Prevenção de infecção.
Risco de lesão por pressão / integridade tecidual.	Risco de lesão por pressão; Risco de integridade tissular/pele prejudicada.	Suscetibilidade a dano na pele e tecidos subjacentes por pressão e cisalhamento.	Monitoramento da pele; Mudança de decúbito; Uso de coxins e colchões; Identificação de fatores de risco (idade, nutrição, mobilidade).
Risco de perda funcional / contraturas.	Risco de autogestão ineficaz da saúde/dor; Risco de mobilidade física prejudicada; Risco de síndrome da habilidade de autocuidado diminuída.	Suscetibilidade a manejo inadequado de sintomas, dor e autocuidado; limitação da mobilidade e independência.	Educação em saúde; Apoio psicológico; Promoção de independência; Prevenção de lesões; Orientar familiares; Implementar medidas de segurança.
Risco de sepse / surtos infecciosos.	Risco de contaminação; Risco de infecção.	Suscetibilidade à exposição ambiental nociva ou invasão por microrganismos patogênicos.	Higienização das mãos; Uso de EPIs; Limpeza de superfícies; Educação de pacientes/familiares; Prevenção de infecção cruzada.
Risco psicossocial (autoestima, interação familiar, resiliência, solidão).	Risco de dignidade humana prejudicada; Risco de autoestima inadequada (crônica/situacional); Risco de interação familiar conturbada;	Suscetibilidade a percepção negativa de si, dificuldades familiares, redução de resiliência e sentimentos de isolamento.	Apoio emocional; Escuta ativa; Técnicas de relaxamento; Promoção de laços sociais; Avaliar dinâmica familiar; Estímulo à participação em grupos de apoio.



	Risco de resiliência prejudicada; Risco de solidão.		
Risco elevado de queda.	Risco de quedas no adulto.	Suscetibilidade de >18 anos a quedas e traumas.	Avaliar risco regularmente; Implementar medidas de segurança ambiental; Orientar paciente/família; Fornecer dispositivos de apoio.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

Diagnósticos de Enfermagem definidos com o uso do NANDA I (2024-2026) e suas intervenções para manejo e cuidados aos pacientes portadores de MEC.

Quadro 5. Diagnósticos de enfermagens e suas intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Comportamento ineficaz da saúde oral.	Avaliar cavidade oral; Verificar capacidade de higiene oral; Orientar paciente/cuidador sobre técnica correta; Utilizar materiais/equipamentos adaptados; Auxiliar na higiene oral; Encaminhar ao dentista se necessário; Monitorar evolução e ajustar estratégias.
Comunicação verbal prejudicada.	Utilizar comunicação alternativa (imagens, escrita, dispositivos); Orientar familiares sobre estratégias de apoio.
Confusão aguda / Confusão crônica.	Implementar medidas de segurança (quedas); Minimizar ruídos; Estimular atividades cognitivas; Promover higiene e conforto; Orientar família sobre manejo.
Conforto físico prejudicado.	Avaliar/controlar a dor; Manter higiene corporal e oral; Proporcionar ambiente calmo; Implementar mudanças de decúbito; Estimular mobilidade; Promover participação do paciente nas decisões.
Alterações de eliminação intestinal (constipação funcional crônica; continência fecal prejudicada; eliminação intestinal prejudicada).	Incentivar ingestão hídrica e dieta rica em fibras; Avaliar uso de medicações; Monitorar hábitos intestinais; Proteger pele perianal com barreiras; Orientar paciente/família sobre higiene; Oferecer apoio psicológico.
Contaminação / Deglutição prejudicada.	Monitorar tosse, voz e sinais de engasgo; Adaptar dieta (pastosa); Orientar sobre posicionamento na alimentação; Educar sobre mastigação e deglutição; Realizar higiene das



	mãos; Monitorar sinais de infecção; Orientar sobre prevenção de complicações.
Dor crônica.	Avaliar características da dor; Promover terapias complementares; Orientar sobre adesão medicamentosa; Incentivar hábitos saudáveis (sono, alimentação, hidratação); Educar sobre estratégias de enfrentamento.
Eliminação urinária prejudicada.	Avaliar volume urinário; Orientar higiene íntima; Estimular ingestão de líquidos; Monitorar sinais de infecção urinária; Orientar sobre uso de sondas vesicais quando necessário.
Alterações de mobilidade (deambulação, ficar em pé, sentar-se, transferência, mobilidade física, mobilidade no leito).	Avaliar fraqueza muscular e equilíbrio; Estimular exercícios progressivos; Implementar mudanças de decúbito; Utilizar dispositivos de auxílio; Planejar fisioterapia; Orientar paciente/família sobre mobilidade segura; Monitorar evolução e ajustar cuidados.
Incontinência urinária (incapacidade, esforço, urgência, mista).	Monitorar padrões de eliminação; Orientar higiene perineal; Promover esvaziamento programado; Avaliar uso de sondas/fraldas; Monitorar integridade da pele.
Integridade da pele prejudicada.	Avaliar pele diariamente (proeminências ósseas); Manter pele limpa e seca; Realizar troca de decúbito; Orientar sobre uso de barreiras protetoras e colchões especiais; Educar paciente/família sobre prevenção de lesões por pressão.
Memória prejudicada.	Estimular memória com jogos/rotinas estruturadas; Reorientar paciente; Estimular recordações positivas; Manter independência; Oferecer apoio psicológico a paciente e familiares.
Motilidade gastrointestinal prejudicada.	Orientar dieta rica em fibras e hidratação; Monitorar padrão de evacuação; Realizar exercícios de mobilidade; Realizar massagem abdominal suave; Avaliar necessidade de laxativos.
Padrão respiratório ineficaz.	Monitorar frequência/ritmo respiratório; Auscultar pulmões; Administrar oxigenoterapia conforme prescrição; Manter posição semi-fowler; Orientar sobre sinais de piora; Incentivar hidratação; Oferecer apoio emocional.
Tomada de decisão prejudicada.	Incentivar participação do paciente nas escolhas; Fornecer orientações claras e acessíveis; Incluir familiares no processo decisório; Oferecer apoio emocional.
Ventilação espontânea prejudicada	Avaliar vias aéreas e padrão respiratório; Monitorar saturação e esforço respiratório; Realizar mudanças de decúbito para



	facilitar ventilação; Administrar medicamentos conforme prescrição.
--	---

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A partir dos diagnósticos clínicos e diagnósticos clínico de risco descritos pelos autores, buscou-se criar um manual com o maior número de Diagnósticos de Enfermagem definidos com o uso do NANDA I (2024-2026) para manejo e cuidados aos pacientes portadores de MEC.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mielopatia espondilótica cervical (MEC) é uma doença degenerativa progressiva que afeta a medula espinal devido a alterações na coluna cervical, principalmente relacionada ao envelhecimento, tabagismo e microtraumas. A evolução lenta e o diagnóstico tardio frequentemente levam a sequelas funcionais irreversíveis.

A enfermagem desempenha papel fundamental na avaliação, planejamento e intervenções para preservar a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes. A aplicação da taxonomia NANDA-I auxilia na identificação de diagnósticos como mobilidade prejudicada, déficit no autocuidado e dor crônica, permitindo cuidados individualizados baseados em evidências. Há falta de estudos e diretrizes específicas para pacientes com lesão medular degenerativa, o que fragiliza a atuação do enfermeiro nas equipes interdisciplinares. Por isso, é essencial fortalecer o conhecimento técnico-científico e consolidar um modelo assistencial de enfermagem para aprimorar a prática clínica, melhorar a qualidade do cuidado e promover a autonomia dos pacientes. Além disso, o estudo destaca a importância de apoiar familiares e cuidadores, que muitas vezes são responsáveis pela continuidade da assistência, preenchendo lacunas entre atenção primária e serviços especializados. Ressalta-se também a necessidade de educação continuada para melhorar o manejo da MEC.



REFERÊNCIAS

- BRITO, M.G. de M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado.** Universidade Federal de Goiás - 2007. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/d1bce4b1-47d2-4d6d-be9d-20ca86f20771>>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- CANT, D. A.L.W., ANDERSEN, S. B. K, HOY,K. **Cervical spondylotic myelopathy/Mielopatia espondilótica cervical.** National Library of Medicine. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39320076/>>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- GOUVEIA, A.S.A.; WESCHENFELDER, L.B .W.; HEINZE, J.L .;JUNIOR, A.M. de B.**Mielopatia compressiva com progressão atípica/ Compressive myelopathy with atypical progression.** Brazilian Journal of Health Review – 2021. Disponível em: .
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/31750/pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- SANTOS, R.A.A.dos. **Importância da ressonância magnética dinâmica da coluna cervical no tratamento da mielopatia espondilótica cervical.** Biblioteca digital de teses e dissertações da USP. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-06052022-151558/publico/RICARDOANDREACACIODOSSANTOS.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2025.
- SAHEB, R.L.C. **Avaliação das complicações precoces dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de mielopatia cervical espondilótica.** . Biblioteca digital de teses e dissertações da USP. Disponível em:<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17165/tde-06052022-160802/publico/RICARDOLUCCACABARITESAHEB.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2025.
- SOEIRA, T. P. **Análise tridimensional da marcha em pacientes com mielopatia cervical submetidos a procedimentos cirúrgicos.** Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2022. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-09092022-091517/publico/THABATAPASQUINISOEIRA.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2025.
- MCCORMICK, J. R. et al. **Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management.** The Journal of the American Board of Family Medicine, v. 33, n. 2, p. 303–313, mar. 2020. Disponível em:<https://www.jabfm.org/content/33/2/303.long>. Acesso em: 28 de abril de 2025.
- T. HEATHER HERDMAN; SHIGEMI KAMITSURU; CAMILA TAKAO LOPES. **NANDA International Nursing Diagnoses.** [s.l.] Thieme, 2024.
- PAJANOTI, G. P. et al. **Translation, Cultural, Adaptation and validation onf the nurick scale into portuguese.** Coluna/Columna, v. 23, n. 2, 2024. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/coluna/a/pxy7zH6vT8mxvjQ8tjkBK4y/>. Acesso em 01 de junho de 2025.
- POHL, P. et al. **Development and Validation of the 17-Point Brazilian Portuguese Translated Version of the Modified Japanese Orthopedic Association Score (mJOA-BR17).** International Journal of Spine Surgery, v. 17, n. 6, p. 875–881, dez. 2023. Disponível em: <https://www.ijssurgery.com/content/17/6/875> Acesso em 01 de junho de 2025.