

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

IZABELA GAMA DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA RAQUIMEDULAR
NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

MOSSORÓ
2014

IZABELA GAMA DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VITIMA DE TRAUMA RAQUIMEDULAR
NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Monografia apresentada à Banca Examinadora na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança De Mossoró- FACENE como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof^ª Esp Carlos Augusto da Silva Almeida

MOSSORÓ
2014

IZABELA GAMA DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VITIMAS DE TRAUMA RAQUIMEDULAR
NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Monografia apresentada pela aluna Izabela Gama de Lima, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida (FACENE/RN)

Orientador

Prof. MSc. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)

Membro

Profª. Esp. Ilana Deyse Rocha Leite (FACENE/RN)

Membro

Dedico a minha avó Hermínia Mota de lima pessoa que foi meu exemplo de vida, hoje infelizmente não esta mais aqui, mais sei que esta vibrando de felicidades onde tiver.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pois sem ele não seria nada. A minha mãe pelo apoio incondicional durante essa longa jornada de graduação, pessoa que confia sempre em mim e no meu potencial.

A meus irmãos Grazielly Gama e Gabriel Gama pelo amor que tem por me e por sempre fazerem tudo que quero.

A meu Namorado Everton Diego pelo amor dado sem cobranças sem exageros sempre na medida certa, pessoa que me ensinou a ser uma pessoa melhor, e que sempre aguenta meus estresses, choros, raiva e desânimo com muita paciência e me mostrando com suas sábias palavras que Deus sabe todas as coisas e que tudo dará certo.

A meu grande amigo que conheci nessa graduação, pessoa que quero levar para sempre na minha vida, Witson Roniely, que sempre estava do meu lado nos momentos de aflição quando eu estava prestes a jogar tudo para o alto ele sempre estava lá a me apoiar e a dizer “calma Bela”.

A meus colegas de sala onde nesses 4 anos vivi muitas coisas boas e tristes também. Pessoas que me ensinaram a trabalhar em equipe para alcançarmos o objetivo almejado.

A Vanessa Camilo que me ajudou e muito na minha pesquisa do início até o final.

A meu querido orientador Carlos Augusto, por te me apoiado sempre desde a escolha da temática até a conclusão deste trabalho e que suportou todos os meus estresses sem reclamar, abrilhantando minha pesquisa com suas orientações constantes. A meus queridos membros da banca Ilana Deyse e Thiago Enggle que muito contribuíram com suas críticas construtivas para melhoria deste trabalho.

E por fim a meu **ETERNO G1**, composto por Hosana Mirele, Witson Roniely, Larissa Suelem e Alana Rebouças, amigos que levarei para sempre no meu coração e que quero que fiquem para sempre na minha vida também, eles que aprenderam a gostar de mim mesmo diante das minhas crises de bipolaridade, foi com eles que vivi os melhores momentos da minha graduação, onde sorri, chorei, me estressei, briguei mais que mesmo assim nunca se separamos, pois nossa amizade foi de verdadeira desde o início.

“A felicidade não é um destino aonde se chega, e sim a forma como se viaja”.
Autor Desconhecido.

RESUMO

O Trauma Raquimedular - TRM pode ser considerado como uma agressão à medula espinal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações das funções motora, sensitiva e autonômica. A pesquisa teve como objetivo geral: Analisar a assistência de enfermagem às vítimas de trauma raquimedular no serviço de atendimento móvel de urgência- SAMU e como objetivos específicos: Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do SAMU acerca da avaliação neurológica e imobilização cervical; Identificar na opinião dos profissionais de enfermagem as dificuldades para a realização da assistência às vítimas de trauma raquimedular. O estudo foi caracterizado como uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa que foi realizada na sede do SAMU no município de Mossoró. A população foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, com uma amostra de 06 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. Para obtenção dos dados da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista, onde as entrevistas foram realizadas somente após aprovação do projeto pelo comitê de ética sob protocolo nº 146/2014 e CAAE nº 35977614.0.0000.5179. Os dados foram analisados de forma qualitativa através da técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC). Os dados da pesquisa mostram que os profissionais de enfermagem estão inseguros quanto ao conceito de trauma raquimedular e avaliação neurológica, que fazem o exame físico e imobilização de forma padronizada para as diversas vítimas e que muitas vezes fazem superficialmente, que em alguns pontos sentem dificuldade em prestar assistência a essas vítimas devido às varias formas que esse paciente podem se apresentar na abordagem de urgência e emergência e também devido à quantidade de curiosos no local da ocorrência. E são unânimes em dizer que se sentem preparados para atender essas vítimas por já estarem a muito tempo nesse serviço e por terem educação continuada. Com isso a hipótese da pesquisa é confirmada de que os profissionais de enfermagem do SAMU de Mossoró-RN estão prestando uma assistência ainda deficiente com relação às supostas vítimas de trauma de TRM. Espera-se que esse estudo possa despertar o interesse dos profissionais de enfermagem em aprender a forma correta de se realizar o atendimento a esse público. Que ele possa levar informações de grande relevância para que ocorra a mudança no atendimento atual, passando a ser um atendimento que vise particularidades de cada indivíduo e não somente se preocupando com o transporte rápido dessas vítimas.

Palavras-chave: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Trauma Raquimedular. Enfermagem.

ABSTRACT

Trauma Spinal Cord - TRM can be considered as an aggression to the spinal cord that can cause neurological damage, such as changes of motor, sensory and autonomic. The research aimed to: analyze the nursing care of spinal trauma victims on mobile call service urgency- SAMU and the following objectives: Check the knowledge of SAMU nursing professionals about the neurological assessment and cervical immobilization; Identify the opinion of nursing professionals the difficulties to carry out the assistance to the victims of spinal cord injuries. The study was characterized as a descriptive research with a qualitative approach that was held at the SAMU in the city of Mossoro. The population consisted of nurses and nursing technicians who work in the SAMU, with a sample of 06 nurses and 10 nursing technicians. To obtain the survey data was used an interview guide where the interviews were conducted only after approval by the Ethics Committee under protocol nº 146/2014 and CAAE nº 35977614.0.0000.5179. Data were analyzed qualitatively through the CSD technique (DSC). The survey data show that nursing professionals are unsure as to the concept of spinal cord injury and neurological evaluation, which make the physical examination and immobilization in a standardized way for several victims and that often make the surface, which at some points have difficulty assist these victims because of the many ways that this patient may present in urgent and emergency approach and also due to the amount of onlookers at the scene and are unanimous in saying that they feel prepared to treat these victims because they are already a long time in this service and have continuing education. Thus the hypothesis of the research is confirmed that the Mossoró-RN SAMU nurses are paying still deficient assistance with respect to the alleged TRM trauma victims. It is hoped that this study can arouse the interest of nursing professionals to learn the correct way to resurface the service to the public. It can take very important information for the occurrence of change in the current service, becoming a service aimed at specific characteristics of each individual and not just worrying about the rapid transportation of victims.

Keywords: Emergency Ambulance Service. Trauma Spinal Cord. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- - Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: O que você entende por Trauma Raquimedular?.....	40
Quadro 2- -Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: O que você entende por avaliação neurológica?.....	42
Quadro 3- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a assistência de enfermagem a vítima de trauma raquimedular.....	44
Quadro 4-- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Como é feito o exame físico em pacientes traumatizados?.....	45
Quadro 5- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a avaliação neurológica usadas nessas vítimas.....	49
Quadro 6- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Sente alguma dificuldade para realização do exame físico e avaliação neurológica?.....	51
Quadro 7- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a técnica de imobilização usada no suporte à vítima de trauma raquimedular.....	54
Quadro 8-- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Como é feito o transporte dessas vítimas de trauma raquimedular e que critérios são utilizados?	56
Quadro 9- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Você acha necessária a realização desse suporte por parte da equipe de enfermagem a vítima de trauma raquimedular? Por que?.....	58
Quadro 10-- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Diante do que foi discutido aqui, você se sente preparado para realizar esse tipo de avaliação e imobilização? Por quê?.....	60

LISTA DE SIGLAS

APH: Atendimento Pré-Hospitalar

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

CV: Coluna Vertebral

ECGI: Escala de Coma de Glasgow

LM: Lesão Medular

LR: Lesão Raquimedular

ME: Medula Espinal

MMII: Membros inferiores

MMSS: Membros Superiores

SNC: Sistema Nervoso Central

TRM: Trauma Raquimedular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 HIPÓTESE.....	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA COLUNA VERTEBRA.....	21
3.2 BREVE HISTÓRICO DO SAMU.....	23
3.3 FISIOPATOLOGIA DO TRAUMA RAQUIMEDULAR.....	24
3.4 TRAUMA RAQUIMEDULAR.....	25
3.4.1 Tipos de Trauma Raquimedular	27
3.5 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE COM TRM.....	30
3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A VITÍMA DE TRAUMA RAQUIMEDULAR NO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR.....	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	35
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	37
4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4.8 FINANCIAMENTO.....	39
5 ANÁLISE DOS DADOS	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	71
ANEXO	75

1 INTRODUÇÃO

O trauma pode ser definido como uma transferência de energia proveniente de um evento nocivo impossibilitando o organismo de realizar suas funções básicas (PARREIRA et al, 2012).

Ainda acredita-se também que a palavra trauma significa ferida. Na medicina os traumas podem ser considerados acontecimentos não previstos e indesejados que atingem de forma violenta os indivíduos causando-lhes lesões ou danos, dependendo da intensidade, da força e do órgão atingido (PAIVA; BROCK 2011).

Atualmente o trauma é um problema de saúde pública de grandes proporções, gerando gastos públicos de R\$ 9 bilhões dólares que corresponde a quase um terço de todo o investimento em saúde pública no país, sendo a segunda causa de morte em jovens e adultos abaixo dos 45 anos. Em 2008 ocorreram 190.755.799 internações hospitalares e 143.256 óbitos, por algum tipo de trauma com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino (BRASIL, 2011).

Dentre as principais causas de trauma, destacam-se os acidentes de trânsito, os vários tipos de violências domésticas, os afogamentos, os homicídios por arma de fogo e arma branca, as quedas de altura três vezes superiores à altura do indivíduo, e acidentes decorrentes das práticas esportivas, assim como as causas patológicas (DINIZ et al 2012).

As lesões traumáticas são as mais graves síndromes neurológicas incapacitantes, implicando em alterações da sensibilidade, da motricidade e distúrbios do sistema autonômico nos segmentos do corpo que se localizam abaixo da lesão, dentre elas destaca-se o TRM (COSTA JÚNIOR, 2010).

O TRM é descrito como a lesão de qualquer segmento da coluna vertebral seja ela óssea, medular, ligamentar, distal, vascular ou radicular (SANTOS, GUIMARÃES, BOEIRA, 2012).

Por ano, estima-se que 11 mil vítimas são acometidas por TRM numa proporção de nove homens para cada mulher com média de idade de 15 a 30 anos. As fraturas de coluna são frequentemente diagnosticadas no serviço de emergência, ocorrendo aproximadamente 60 a 70 casos para cada 100.000 habitantes por ano e 10% desses pacientes apresentam déficit neurológico. No Brasil, ocorrem 71 novos por milhões de habitantes. Na região nordeste houve incidência de 91 casos seguida

pela Centro-Oeste com 79 casos e a Sudeste com 71 casos registrados (BORTOLOTTI, 2008).

Conforme relato na literatura no Canadá foram gastos 61,1 milhões de dólares em um ano somente com os custos hospitalares do TRM, enquanto nos Estados Unidos estima-se que o custo com o tratamento é de 9,7 bilhões de dólares por ano, na Espanha o custo com trauma dependendo de tipo de lesão ficou entre 131 e 302 milhões de dólares americanos (FRISON et al, 2013).

A medula espinal é um importante condutor dos impulsos nervosos sensitivos e motores entre o cérebro e todo o corpo, daí a importância de se ter um atendimento rápido e eficaz no intuito de impedir e/ou minimizar possíveis sequelas e danos irreversíveis a vida do paciente. (COSTA JÚNIOR, 2010)

As lesões provenientes do TRM necessitam de grande atenção por parte dos profissionais de saúde e em especial dos profissionais de enfermagem, pois apresentam um drástico quadro clínico acompanhado de repercussões sociais e econômicas geradas para o paciente e para a sociedade afetando negativamente a qualidade de vida e de autoestima daqueles por ela acometidos (SOUSA, 2010).

Estudos apontam que o tempo e o atendimento hospitalar é um fator decisivo para reduzir a mortalidade e a ocorrência de sequelas nessas vítimas de TRM. Sendo que 40% dos óbitos são na fase pré-hospitalar. Diante disso, percebe-se a necessidade de profissionais capacitados para tal função (DINIZ et al 2012).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um dos principais componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências. Atuando então, o profissional enfermeiro na Ambulância de Suporte Avançado de Vida, realizando a assistência com manobras invasivas de maior complexidade. Exigindo dos profissionais de enfermagem um conhecimento científico e prático assim como lhe dando autonomia em atendimento ao paciente crítico (BRITO et al 2011).

Nesse sentido, a enfermagem no setor de urgência/emergência tem como papel primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo tendo como foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração e possíveis sequelas, antes que o tratamento definitivo possa ser dado (REBEH; CALIRI, 2010).

Para exercer a assistência em âmbito de serviços de pré e intra-hospitalar, o profissional de enfermagem necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a

toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JUNIOR, 2007).

Sobre isso Frison, et al (2013) afirmam que a função do profissional de enfermagem na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, realizar o exame físico, imobilização cervical, avaliação neurológica e transporte adequado, e orientar esses pacientes para uma continuidade do tratamento e medidas vitais.

O profissional de enfermagem destas unidades de atendimento é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital da equipe, prestando assistência a vítima na hora da emergência, atuando na prática junto com o médico (PAIVA; BROCK, 2011).

Daí a importância desses profissionais dominarem conhecimento acerca de trauma, pois os mesmos serão tratados por eles que no tratamento pode salvar milhões de vidas e minimizar muitas sequelas, prestando um benefício para o paciente e para sociedade como um todo. (SILVA, 2012).

Entretanto, o que se tem percebido dentro da dinâmica de atendimentos de urgência nos serviços de saúde, é que os profissionais de enfermagem têm negligenciado a assistência ao TRM no que diz respeito à imobilização cervical e avaliação neurológica do paciente. Fato esse, que contribui e muito para aquisição de sequelas por parte do paciente (LINS et al 2013).

Parte dessas imprudências pode se justificar pelo fato de que muito do conhecimento da Enfermagem baseia-se no empirismo e também ao fato da jornada de trabalho que muitas vezes torna-se dupla deixando o profissional cansado e estressado dificultando a assistência prestada (GREVE JUNIOR; CASALIS; TARCÍSIO FILHO, 2001).

No tocante a temática propõe-se que o caminho para superação dessas necessidades seria observar os profissionais de enfermagem em ação e convidá-los a repensar sobre suas práticas para então definir o processo de trabalho, tendo em vista, a importância da Enfermagem como orientadora desse cuidar (BRITO et al 2011).

Diante do exposto a cima, a escolha da temática deu-se pela afinidade com o assunto e confirmou-se na disciplina de urgência e emergência onde se observou que a assistência prestada pela enfermagem era fragmentada e deixando a desejar.

Discutir essa temática é de fundamental importância, pois é bastante percebido que nos países em desenvolvimento como o Brasil o número de vítimas de TRM vem aumentando bastante, trazendo diversos tipos de complicações e gastos de modo geral para a sociedade.

Considerando as razões pelas quais buscamos esta pesquisa, ainda acredita-se que essa venha a contribuir com a assistência prestada pela equipe de enfermagem a vítima de TRM, facilitando seu trabalho e conseqüentemente melhorando as resposta desse paciente, e evitando possíveis sequelas.

Diante dessa situação e inquietos nesse sentido surgiram as seguintes indagações: Como se configura a avaliação neurológica e imobilização cervical por parte dos profissionais de enfermagem às vítimas de TRM no atendimento de urgência no Município de Mossoró-RN?

1.1 HIPÓTESE

Acredita-se que a equipe de enfermagem possa estar prestando uma assistência fragmentada por deficiência de conhecimento na sua formação básica em nível de graduação, falta de motivação pessoal para atualização dos seus conhecimentos ou mesmo ausência de oportunidade para uma melhor qualificação dentro desta área.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência de enfermagem às vítimas de trauma raquimedular no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do SAMU acerca da avaliação neurológica e imobilização cervical;
- Identificar na opinião dos profissionais de enfermagem as dificuldades para a realização da assistência às vítimas de trauma raquimedular.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA COLUNA VERTEBRAL

A coluna vertebral (CV) do adulto tem 72-75 cm de comprimento, tendo sua formação feita por vértebras e os discos intervertebrais. Estende-se do crânio até o ápice do cóccix. A CV forma o esqueleto do pescoço e do dorso e é a principal parte do esqueleto axial (que são os ossos articulados do crânio, coluna vertebral, costelas e esterno), (ATENDIMENTO... 2007).

A coluna é formada por 33 a 34 vértebras organizadas em cinco regiões, 07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas, sendo que só há movimento significativo entre as 25 vértebras superiores. Das 09 vértebras inferiores, as 05 vértebras sacrais estão fundidas em adulto formando o sacro e, após aproximadamente 30 anos de idade, as 04 vértebras coccígeas se fundem para formar o cóccix. O ângulo lombossacral situa-se na junção dos eixos longitudinais da região lombar da CV e do sacro (AMARAL, 2003).

Apropriadamente, as vértebras tornam-se maiores gradualmente à medida que a CV desce até o sacro e depois se tornam progressivamente menores em direção ao ápice do cóccix. A mudança de tamanho está relacionada ao fato de que vértebras sucessivas suportam cada vez maior peso corporal à medida que a CV desce. As vértebras atingem o tamanho máximo imediatamente acima do sacro, que transfere o peso para o cingulo do membro inferior nas articulações sacroilíacas (ATENDIMENTO... 2007).

Com isso temos uma coluna bastante flexível devido a sua formação que é feita por ossos pequenos chamados vértebras, que são separados por discos intervertebrais elásticos, as 25 vértebras cervicais, torácicas, lombares e a primeira sacral também se articulam nas articulações dos processos articulares. Elas facilitam e controlam a flexibilidade da CV, embora o movimento entre duas vértebras adjacentes seja pequeno, em conjunto as vértebras e os discos intervertebrais que as unem protege a medula espinal que a circunda (SMELTZER; BARE, 2005).

Essas vértebras normalmente variam de tamanho de uma região para outra da CV, entretanto sua estrutura básica é a mesma, um corpo vertebral, um arco vertebral e sete processos (PORTO; 2000).

O corpo vertebral é a parte anterior do osso, maior, aproximadamente cilíndrica, que confere resistência a CV e sustenta o peso do corpo. O tamanho dos corpos vertebrais aumenta nas regiões inferiores da coluna, principalmente de T4 para baixo, pois cada um sustenta uma parte progressivamente maior do peso corporal. Em vida, a maior parte das superfícies inferior e superior do corpo vertebral é coberta por discos de cartilagem hialina (placas terminais vertebrais), que são remanescentes do modelo cartilaginoso a partir da qual se desenvolve o osso (SOUSA, 2010).

O arco vertebral está localizado posterior ao corpo vertebral e consiste em dois pedículos e lâminas (direitos e esquerdos). Os pedículos são processos cilíndricos sólidos e curtos que se projetam posteriormente do corpo vertebral para encontrar duas placas ósseas largas e achatadas, denominada lâminas, que se unem na linha mediana. O arco vertebral e a superfície posterior do corpo vertebral formam as paredes do forame vertebral. A sucessão de forames vertebrais na CV articulada forma o canal vertebral (canal medular), que contem a medula espinal (ME) e as raízes dos nervos espinais que dela emergem, juntamente com as membranas (meninges), gordura e vasos que as circundam e servem (PAIVA; BROCK 2011).

As incisuras vertebrais são entalhes observados em vistas laterais das vértebras acima e abaixo de cada pedículo entre os processos articulares superiores e inferiores posteriormente e as projeções correspondentes do corpo anteriormente. Os entalhes vertebrais superiores e inferiores das vértebras adjacentes e os discos intervertebrais que as unem formam os forames intervertebrais, nos quais estão localizados os gânglios sensitivos dos nervos espinais (raiz posterior) e através dos quais os nervos espinais emergem da CV com seus vasos associados (BRUNI et al; 2004).

Sete processos originam-se do arco vertebral de uma vértebra geral. Os três primeiro processos, um espinhoso e dois transversos proporcionam fixações para os músculos profundos do dorso e servem como alavancas, facilitando os músculos que se fixam ou mudam a posição das vértebras. Os quatro últimos processos (articulares) estão em aposição com processos correspondentes de vértebras a adjacentes (superiores e inferiores) a eles, formando as articulações dos processos articulares. Através da participação nessas articulações, esses processos

determinam os tipos de movimentos permitidos e restritos entre as vértebras adjacentes de cada região (SMELTZER; BARE, 2005).

As vértebras cervicais formam o esqueleto do pescoço, sendo os menores das 24 vértebras móveis, localizadas entre o crânio e as vértebras torácicas, com espessura relativa de discos, a orientação quase horizontal das faces articulares e a pequena quantidade de massa corporal adjacente dão à região cervical maior amplitude e variedade de movimentos de todas as regiões vertebrais. Tem sua característica isolada que é o forame transversário oval no processo transversal terminado lateralmente em duas projeções: um tubérculo anterior e um tubérculo posterior. Esses tubérculos dão fixação a um grupo de músculos cervicais posicionados lateralmente (levantadores de escápula e escalenos). Aproximadamente 55% das lesões raquimedulares acontecem nessa região (ATENDIMENTO... 2007).

As vértebras torácicas estão localizadas na parte superior do dorso e fornecem fixação para as costelas. Tem um tamanho intermediário entre cervicais e lombares, proporcionando uma transição gradual das pequenas vértebras cervicais cranialmente para as grandes vértebras lombares caudalmente. O corpo da vértebra tem forma de coração e tem largura igual nas direções ântero posterior e transversal. Dorsalmente são chatos e algo espessados, revestidos de cartilagens no corpo intacto, e quando as vértebras estão articuladas entre si formam faces ovais para receber as cabeças das costelas (SOUSA, 2010).

Já as vértebras lombares são os maiores segmentos da parte móvel da CV, e podem ser identificadas pela ausência do forame no processo transversal e de facetas nos lados do corpo. O forame vascular para a veia basivertebral é maior do que nas outras vértebras, tem o corpo grande, mais largo no sentido transversal e um pouco mais espesso ventralmente. É achatado superior e inferiormente ou levemente côncavo, e é profundamente estreito ventralmente nos lados (ATENDIMENTO... 2007).

A região sacral é grande, triangular, e tem formato de cunha e geralmente é formado por cinco vértebras sacrais fundidas em adulto, localizada entre os ossos do quadril, formando o teto e a parede póstero-superior da cavidade pélvica. O canal sacral é a continuação vertebral do sacro contendo o feixe de raízes dos nervos espinais originadas inferiormente à vértebra L1, conhecida como cauda equina, que desce após o fim da ME. Nas faces pélvica e dorsal do sacro, entre seus

componentes vertebrais, há normalmente quatro pares de forames sacrais para a saída dos ramos posteriores e anteriores dos nervos espinais (Amaral, 2003).

Já a base do sacro tem uma formação na superfície superior da vértebra S1 e seus processos articulares superiores articulam-se com os processos articulares da vértebra L5. A margem projetada anteriormente do corpo da vértebra S1 é o promontório sacral, e o ápice do sacro tem sua extremidade inferior afilada, tem uma face oval para articulação com o cóccix. O sacro sustenta a CV e forma a parte posterior da pelve óssea (DANGELO; FATTINI, 2006).

O cóccix é um pequeno osso triangular que geralmente é formado pela fusão de quatro vértebras coccígeas rudimentares, embora em algumas pessoas possa haver uma a menos ou uma a mais, a superfície pélvica do cóccix é côncava e relativamente lisa. Na superfície dorsal possui processos articulares rudimentares, seus processos transversos curtos estão unidos ao sacro, e seus processos articulares rudimentares formam cornos coccígeos, que se articula com os cornos sacrais. Ele permite a fixação de partes dos músculos do glúteo máximo e isquiococcígeo e do corpo anococcígeo (SMELTZER; BARE, 2005).

A CV tem suas articulações entre os corpos das vértebras que é de forma sínfise e entre cada duas vértebras observam-se apenas pequenos movimentos. Quando, todavia este limitado grau de movimento entre cada par de corpos se realiza em todas as juntas da CV a extensão total de movimentos é considerável (DANGELO; FATTINI, 2006).

Ligamentos e músculos envolvem a coluna da base do crânio até a pelve, formando uma rede que reveste toda a parte óssea da coluna espinal, mantendo-a em alinhamento normal e permitindo movimentos. Se esses ligamentos e músculos se romperem, ocorre movimento excessivo de uma vértebra com relação à outra. Podendo ocorrer luxação das vértebras, que pode comprometer o espaço dentro do canal medular e, assim, lesar a ME (MOORE; DALLEY, 2007).

O ligamento longitudinal anterior é um extenso e resistente feixe de fibras que se estende ao longo das faces dos corpos das vértebras, indo do eixo até o sacro. Já o ligamento longitudinal posterior estende-se ao longo da face dorsal do corpo desde a eixo, onde ele se continua com a membrana tectória, até o sacro. Os discos intervertebrais interpõem-se entre as faces adjacentes dos corpos do eixo e do sacro, e formam o principal meio de união entre eles. Variam de forma, tamanho e espessura nos diferentes níveis da coluna (SMELTZER; BARE, 2005).

A ME é continuação do cérebro e começa na base do tronco cerebral, passando através do forame magno (o orifício da base do crânio) e através de cada vértebra até o nível da segunda vértebra lombar (L2). O sangue é levado para a Medula pelas artérias vertebrais e espinais (MOORE; DALLEY, 2007).

Tendo o segmento mais caudal do Sistema Nervoso Central – SNC, ela se divide em tratos longitudinais de axônios, formando a substância branca que contem os tratos espinais que são divididos em dois tipos; ascendentes e descendentes que circundam regiões centrais de substância cinzenta, na qual está localizada a maior parte dos corpos celulares dos neurônios espinais (AMARAL, 2003).

Os tratos neurais ascendentes levam impulsos sensitivos das regiões do corpo através da medula até o cérebro. Podendo ainda ser divididos em tratos que levam as diferentes sensações de dor e temperatura; tato e pressão; e impulsos sensitivos de movimentos, vibração, posição e toque leve. Os tratos que levam sensações de dor e temperatura ‘pelo’ corpo seguem por uma rota nervosa pela qual a informação do lado direito do corpo cruza para o lado esquerdo da ME, seguindo, então, para o cérebro. Em contrapartida, o trato nervoso que carrega as sensações de posição, vibração e toque leve não cruza a ME. Estas informações sensoriais são levadas ao cérebro pelo mesmo lado da rota nervosa da ME (PAIVA; BROCK, 2011).

Os tratos neurais descendentes são responsáveis por levar impulsos motores do cérebro para o corpo através da medula e controlam todos os movimentos musculares e o tônus muscular. Estes tratos descendentes também não cruzam a medula. Portanto, o trato motor do lado direito da medula controla a função motora do lado direito do corpo. Estes tratos motores cruzam no tronco cerebral, então o lado esquerdo do cérebro controla a função motora do lado direito do corpo e vice-versa (DEFINO 1999; GREVE et al., 2001).

O forame ou conduto vertebral é formado pela parede posterior do corpo vertebral e parede anterior do arco vertebral e a superposição dos vários forames vertebrais forma o canal raquídeo, que aloja e protege a medula espinal, essa por sua vez nos adultos possui cerca de 45 cm e estende-se, desde a altura do atlas (C1) até a primeira ou segunda vértebra lombar (ATENDIMENTO... 2007).

À medida que a ME continua descendo, pares de nervos ramificam-se da medula em cada vértebra e se estendem para as várias regiões do corpo. Existem 31 pares de nervos espinais e são chamados de acordo com o nível de onde eles

surgem. Cada nervo tem duas raízes em cada lado. A raiz dorsal é para impulsos sensitivos, e a raiz ventral, para impulsos motores. Estímulos neurológicos passam entre o cérebro e cada parte do corpo através da medula e pares específicos destes nervos. À medida que se ramificam da ME, estes nervos passam através de um ponto no lado lateral inferior da vértebra, posterior ao corpo vertebral, chamado de forame intervertebral semelhante (BRUNI et al; 2004).

A área da superfície corporal inervada por um segmento medular é denominada dermatomo. Desta forma, os níveis medulares cervicais estão relacionados com os dermatomos da parte posterior da cabeça, pescoço e membros superiores (MMSS). Os segmentos torácicos relacionam-se com dermatomos do tórax e parte do abdome. Os lombares cobrem dermatomos do abdome e face anterior dos membros inferiores (MMII). Os segmentos medulares sacrais recebem informações sensitivas dos órgãos genitais, períneo e face posterior dos MMII (Lent, 2002).

Cada segmento medular inerva grupos musculares específicos, estes grupos são denominados de miótomos. Os segmentos medulares cervicais inervam os músculos faciais, o músculo diafragma, músculos da coluna cervical e MMSS. Os níveis medulares torácicos inervam músculos torácicos e abdominais. Os segmentos lombares e sacrais relacionam-se com os músculos dos MMII (LENT, 2002).

Estes nervos recebem informações sensoriais da pele, músculos e órgãos internos (raízes nervosas dorsais ou aferentes), bem como inervam grupos musculares específicos pelas raízes nervosas ventrais ou eferentes. As raízes dos nervos espinhais terminais descem verticalmente a nível lombar, formando uma estrutura denominada de cauda equina (LENT, 2002).

A parte periférica do sistema nervoso é anatômica e operacionalmente continua com a parte central do sistema nervoso. Suas fibras aferentes, ou sensitivas, conduzem impulsos neurais para a parte central do sistema nervoso a partir dos órgãos dos sentidos especiais (ex; olhos) e dos receptores sensitivos situados nas várias partes do corpo (ex; pele). Suas fibras eferentes, ou motoras, conduzem impulsos neurais provenientes da parte central do sistema nervoso para os órgãos executores (músculos e gânglios) (ATENDIMENTO... 2007).

3.2 BREVE HISTÓRICO DO SAMU

O Atendimento Pré – Hospitalar (APH) pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o objetivo de dar melhor resposta a necessidade do cliente. Podendo variar de uma simples conversa que possa orientar essa pessoa, ou ao envio de uma viatura ao local para minimizar sequelas e a manutenção da vida (BRASIL, 2006).

O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, foi criado em 2003 com a finalidade de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade do atendimento no Sistema único de saúde. A política preconiza organizar o atendimento de urgência nos Prontos-Atendimentos, Unidades Básicas de Saúde e nas equipes do programa Saúde da Família; estruturar o APH móvel (SAMU), reorganizar as grandes urgências e os prontos- socorros em hospitais, criar a retaguarda hospitalar para os atendimentos nas urgências e estruturar o atendimento pós-hospitalar (BRASIL, 2006).

No Brasil, o SAMU iniciou-se através de um acordo bilateral, assinado entre Brasil e França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo Francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente presença de médico, diferentemente dos modelos americanos em que os atendimentos de resgate são exercidos primariamente por profissionais paramédicos (BRASIL, 2006).

Durante a década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, em especial para o APH levou alguns estados a criarem seus próprios serviços, sem normalização, planejamento e operacionalização, o que resultou em deficiências técnicas importantes nesse atendimento (BRASIL, 2004).

Com o intuito de realizar um atendimento eficiente de urgência e emergência e reduzir a mortalidade de vitimas provenientes de acidentes, lançou-se uma portaria onde está instituiu o componente pré- hospitalar da política nacional de Atenção às Urgências por meio da implantação do SAMU nas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgências; estados e municípios e regiões de todo o território Brasileiro (BRASIL, 2004).

Nos dias atuais, no Brasil, o SAMU responde pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde, garantindo acesso à população durante 24 horas por dia, pelo numero gratuito 192 via Central de Regulação Médica. Além do cidadão comum, a solicitação do atendimento pode partir de um profissional de saúde que necessite transferir um paciente para serviços de maior complexidade. O

SAMU pode ser considerado uma modalidade estratégica de atendimento, pois o mesmo destina-se, além das vítimas de agravos a natureza traumática, às vítimas de agravos clínicos, obstétricos e psiquiátricos, e que possam evoluir para o sofrimento, sequelas a até mesmo à morte (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde cita que dentre as principais atribuições do SAMU, estão à regulação médica, cobertura de eventos de risco, cobertura de incidentes, cobertura de incidentes com múltiplas vítimas, capacitação dos recursos humanos, ações educativas para a comunidade e ainda executar qualquer incidente que necessita de um atendimento rápido e especializado, que necessitamos de profissionais capacitados nas atividades pré-hospitalar e é imprescindível que o mesmo seja acionado para fazer atendimento as vítimas, através do número 192 (BRASIL, 2012).

3.3 FISIOPATOLOGIA DO TRAUMA RAQUIMEDULAR

A transferência de energia cinética para a ME, o rompimento dos axônios, a lesão das células nervosas e a rotura dos vasos sanguíneos causam a lesão primária da ME, e, no estágio agudo da lesão podendo acontecer até oito horas após o trauma, ocorre hemorragia e necrose da substancia cinzenta, seguida de edema formando então petéquias hemorrágicas na substancia cinzenta que também pode estende-se para substancia branca como uma consequência da redução do fluxo sanguíneo na região. Logo após esses eventos, células inflamatórias migram para a lesão acompanhada de proliferação de células da guia e no período de uma a quatro semanas ocorre à formação de tecido cicatricial e cistos no interior da ME (BRASIL, 2008).

Sobre isso Paiva; Brock (2011) afirmam que a redução do fluxo sanguíneo para o seguimento lesado da ME pode ainda ser ocasionado por alterações do canal vertebral, hemorragia, edema ou redução da pressão sistêmica, que conduzem à lesão adicional, denominada de lesão secundaria. Essa redução do fluxo sanguíneo pode provocar a morte das células e axônios que não foram inicialmente lesados.

A separação desses axônios é um processo gradual, que ocorre no local da lesão, após alguns dias que sofreu o traumatismo sendo o resultado de vários eventos patológicos, relacionados à lesão da membrana celular e suas proteínas, e não da separação física imediata do axônio. A interrupção da condução do estímulo

nervoso imediato após o trauma, provocado pela energia cinética da lesão, pode ser definida a uma despolarização imediata da membrana do axônio, associada à falha de sua repolarização, que ocasiona perda de potássio pelo axônio (DINIZ et al, 2012).

Com isso ocorre isquemia do sistema nervoso central (SNC) é a caracterizada por um grande influxo de cálcio para as células, e reações metabólicas, como falha das mitocôndrias e ativação das fosfolipases, proteases e adenosinas trifosfatase ocorrem, e o resultado é a perda de energia e colapso da membrana celular, que também é mediado pela produção de radicais livres e ativação da fosfolipases e lípases. A impossibilidade da célula em converter completamente o oxigênio para dióxido de carbono e água promove a formação de radical livre, que resulta em peroxidação lipídica e subsequente falha da membrana celular (PAIVA; BROCK, 2011).

3.4 TRAUMA RAQUIMEDULAR

Segundo Bruni et al (2004), o TRM é uma agressão à ME que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações das funções motora, sensitiva e autônoma.

Podendo então ter causas variadas, sendo a traumática a mais frequente, incluindo os ferimentos por arma de fogo, acidentes automobilísticos, quedas, mergulhos, atos de violência, lesões esportivas, entre outras, a LM vem acompanhada de déficits funcionais de locomoção; sensibilidade; sexualidade; eliminação urinária e intestinal; e do sistema nervoso autonômico, que agrava ainda mais estas alterações, pois danifica a rede neural, afetando a coordenação motora e sensorial (LENT, 2002).

Considerando que as principais causas de LM são de ordem traumática e a maioria da população atingida tem menos de 40 anos, percebe-se uma grave incapacidade que incide sobre a população hígida, jovem e ativa, de forma abrupta, com todas as repercussões psicobiológicas e psicossociais consequentes (DINIZ et al; 2012).

Os estudos epidemiológicos apontam que nas últimas décadas, o número de pessoas com lesão raquimedular-LR vem aumentando significativamente. Estima-se que de 30 a 40 milhões de indivíduos ao ano sofrem algum tipo de lesão no mundo,

no Brasil isto equivale a aproximadamente 6.000 novos casos por ano (VENTURINI, DECÉSARO, MARCON, 2007).

As fraturas de CV são causas importantes de morbidade e mortalidade na população mundial, com aumento progressivo nos últimos anos em decorrência da crescente violência urbana, não somente pela sua frequência, mas também pela repercussão funcional e custos individuais e sociais associados às deficiências instaladas (ROMERO, 2008).

No Brasil apesar de haver muita subnotificação com relação ao TRM, estima-se que cerca de nove milhões de reais são destinados ao atendimento dessas vítimas por ano, o que corresponde a quase um terço de todo o investimento em saúde pública no país (DINIZ et al; 2012).

A LM é um incapacitante evento que afeta não só o lesado medular mais toda a sua família, já que engloba tudo que diz respeito à perda de saúde e a aquisição de limitações, tudo isso envolve a mudança de hábitos de expectativas de vida, dependência, restrições, reeducação e a implementação no complexo processo de reabilitação (CAMPOS et al, 2008).

3.4.1 Tipos de Trauma Raquimedular

O trauma da ME varia desde a concussão transitória (a partir da qual o paciente se recupera por completo) até a contusão, laceração e compressão da substancia medular (quer isoladamente ou em combinação), até a transecção completa da mesma (que torna a pessoa paralisada abaixo do nível da lesão). As vértebras mais afetadas na LRM é a quinta, sexta e sétima cervical (localizada na região do pescoço). A décima segunda torácica e a primeira lombar (SMELTZER; BARE, 2005).

A lesão primária ocorre no momento do impacto onde uma força grande é dispensada sobre a coluna podendo causar compressão da medula, lesão direta da medula (geralmente por fragmentos ósseos pontiagudos ou instáveis) ou interrupção de sangue para a medula, com isso ocorre à lesão secundária que é responsável pelo inchaço, isquemia ou movimentos de fragmentos ósseos (SMELTZER; BARE, 2005).

Concussão da medula é resultado da interrupção temporária das funções da ME distal à lesão. Contusão é quando ocorrem ferimento e sangramento nos tecidos

da ME, e é via de regra causada por uma lesão penetrante ou movimento de fragmento ósseo, e a gravidade dessa lesão está diretamente ligada à quantidade de sangramento nesse tecido que pode também levar ao choque medular. Esse choque medular é um fenômeno neurológico que ocorre durante um período variável e imprevisível após a lesão da medula, resultando em perda da função sensitiva e motora, flacidez e paralisia e perda dos reflexos abaixo do nível da lesão (AMARAL, 2003).

Já a compressão da medula é a pressão sobre a mesma que pode ser causada por um inchaço podendo resultar em isquemia local, e em alguns casos precisa ser feito a descompressão para prevenção da perda permanente das funções. A laceração da medula ocorre quando um tecido da medula é dilacerado ou cortado, o déficit neurológico pode ser revertido se essa medula sofrer apenas danos leves, porém, pode resultar em danos permanentes se todos os tratos espinais estiverem comprometidos (BRITO et al, 2011).

A transecção da ME é classificada ainda como completa e incompleta, onde a completa todos os tratos espinais estão envolvidos, havendo uma interrupção total das funções da medula distal ao local da lesão. E na incompleta alguns tratos e funções motoras e sensitivas permanecem intactos (ATENDIMENTO... 2007).

E ainda existem todas as síndromes envolvidas nesse trauma, que é a síndrome anterior da medula; resultado de fragmentos ósseos ou pressão nas artérias espinais, onde seus sintomas incluem; perda da função motora e sensação de dor. Síndrome central da medula; geralmente acontece pela hiperextensão da área cervical onde incluem fraqueza ou parestesia nas extremidades inferiores causando ainda graus variáveis de disfunção da bexiga (BRITO et al, 2010).

A síndrome de Brown-Séquard é causada por um ferimento penetrante e envolve hemitransecção da medula seus sintomas incluem lesão completa da medula e perda da função no lado afetado, com perda da sensação de dor e temperatura no lado oposto da lesão sacro (FRISON, et al, 2013).

O choque neurogênico secundário na lesão medular espinal é um achado adicional bastante significativo que tem sua causa por diferentes mecanismos que resultam em déficits neurológicos produzidos pela lesão. Lesão de fibras vasorreguladoras produz perda do tônus simpático dos vasos ou vasodilatação. A pele fica quente e seca, a frequência cardíaca torna-se lenta, e a pressão sanguínea é baixa. Quando há rompimento de medula o mecanismo simpático compensatório

do corpo não pode manter o controle dos músculos nas paredes dos vasos sanguíneos abaixo do ponto da lesão. As artérias e arteríolas dilatam-se, aumentando o tamanho do compartimento vascular e causando hipovolemia relativa à perda parcial da resistência vascular sistêmica. (ATENDIMENTO... 2007).

Os tipos de lesão referem-se à extensão da lesão da própria medula espinhal; as lesões raquimedulares (LR) incompletas são classificadas de acordo com a área de comprometimento raquimedular: central, lateral, anterior ou periférico. O nível neurológico refere-se ao nível mais baixo em que as funções, sensorial e motora, estão normalizadas. Abaixo do nível neurológico, existe paralisia sensorial e motora total, perda do controle vesical e intestinal (comumente com retenção urinária e distensão vesical), perda da sudorese e tônus vasomotor e redução acentuada da pressão arterial, devido à perda da resistência vascular periférica. A lesão raquimedular completa pode resultar em paraplegia (paralisia da parte inferior do corpo) ou tetraplegia paralisia dos quatro membros (CAMPOS et al, 2008).

3.5 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE COM TRM

O atendimento no momento do trauma é de grande importância para sua avaliação inicial, cabendo à equipe de enfermagem o reconhecimento de lesões e prevenção de lesões adicionais durante o resgate e transporte para o local definitivo onde receberá atendimento. Devem-se sempre ser considerada a presença de uma lesão da CV e a manutenção da imobilização do paciente até que seja feito radiografias e outros exames complementares (FRISON, et al 2013).

As lesões instáveis da CV sem lesão neurológica, principalmente em pacientes politraumatizados, possuem grande potencial de lesão adicional das estruturas nervosas durante o resgate, existindo grandes números de relatos nas literaturas de exemplos clínicos de pacientes com quadro neurológico normal apresentarem lesão das estruturas nervosas durante o resgate e transporte (DINIZ et al; 2012).

Com isso percebe-se a importância de uma avaliação do paciente a partir da história, exame físico, exame neurológico e exame radiológicos. A história do trauma e de estado geral do paciente após o trauma é de grande importância para achar as possíveis lesões associadas. A presença de traumatismo cranioencefálico,

intoxicação alcoólica, lesões múltiplas, traumas de face e acima da clavícula aumentam a probabilidade de fratura da CV (DINIZ et al; 2012).

O exame físico geral inicia-se pela avaliação das vias aéreas e imobilização da CV, da sua respiração e ventilação, e da circulação (ABC), pois a prioridade no atendimento inicial deve ser para as funções vitais básicas. Os pacientes com lesão medular sem lesão neurológica percebe-se muita dor relatada pelo paciente que pode irradiar-se para os membros e incapacidade funcional, acompanhada de espasmo da musculatura adjacente. Podendo ainda ser observado respiração diafragmática, perda de resposta ao estímulo doloroso, incapacidade de realizar movimentos voluntários nos membros, priapismos (ereção involuntária do penis) e presença de reflexos patológicos (Babinski, Oppenheim), indicando lesão de neurônio motor superior (FRISON, et al 2013).

Sinal de Babinski; reflexo extensor plantar. É um reflexo que ocorre quando o dedo grande do pé se movimenta em direção à parte superior do pé e os outros dedos do pé abrem para fora após a planta do pé ter sido pousada com firmeza, é um sinal de danos nas vias nervosas que conectam a espinal medula e o cérebro (o trato cortiço espinhal). Este trato percorre os dois lados da espinal medula, portanto, o reflexo de Babinski pode ocorrer em um ou em ambos os lados. Já o reflexo de oppenheim é o atrito sobre a crista da tíbia, em direção descendente (FRISON, et al 2013).

Esses pacientes com lesão podem ainda apresentar queda da pressão arterial, acompanhada de bradicardia caracterizando o choque neurogênico. Nesses casos os pacientes não conseguem elevar sua frequência cardíaca devido à lesão das vias eferentes do sistema nervoso simpático medular e consequente vasodilatação dos vasos viscerais e das extremidades, associadas à perda do tônus simpático cardíaco. Essa situação deve ser diferenciada do choque hipovolêmico, no qual a pressão arterial está diminuída e acompanhada de taquicardia, pois a reposição de líquidos deve ser evitada no choque neurogênico, para não sobrecarregar a volemia (DINIZ et al; 2012).

Já o exame neurológico está na avaliação da sensibilidade, da função motora e dos reflexos para identificar os déficits relacionados com a lesão raquimedular, o enfermeiro então pede para o paciente mover o braço, as mãos e pernas e qualquer deficiência em fazer, deve ser registrado e bem observado, pois pode ser um

indicativo de lesão medular, e avaliação de Escala de Coma de Glasgow também facilita esse diagnóstico (FRISON, et al; 2013).

Outro ponto de foco do socorrista deve ser o reconhecimento das indicações de imobilização da coluna, em vez de tentar definir que não existe lesão de coluna, ou de se imobilizar um paciente sem necessidade, pois se sabe que uma imobilização sem necessidade pode piorar o quadro clínico do paciente aumentando seu esforço respiratório, isquemia cutânea e dor. Por isso, é tão importante o conhecimento específico do socorrista nesse tipo de trauma, realizando assim um tratamento adequado e na hora certa (BORTOLOTTI, 2008).

Como parâmetro é indicado que o socorrista deva presumir que há LM e coluna instável nas situações em que a impacto violento de cabeça, de pescoço, no tronco ou na pelve por qualquer mecanismo, incidentes que apresentem aceleração e desaceleração repentina, qualquer queda principalmente em pacientes idosos, ejeção ou queda de veículo motorizado, vítima de acidentes em água rasas. Nesses casos é necessário um exame bem detalhado e completo para determinar se há ou não indicação para imobilização de coluna (DINIZ et al; 2012).

A imobilização de uma paciente com coluna instável é sempre indicado que use a posição supina sobre uma prancha rígida em posição alinhada neutra. A cabeça e o pescoço, o tronco e a pelve em posição alinhada neutra, serve para impedir qualquer movimento da coluna, minimizando assim, movimentos que possam causar sequelas, imobilizando acima e baixo da lesão, e sempre imobilizando toda a coluna e apoiando-a para que seja obtida uma imobilização eficaz. A posição supina é sempre a mais indicada, pois ela é a posição mais estável para segurar a sustentação continuada durante a manipulação, a condução e o transporte do doente, oferecendo ao socorrista o melhor acesso para exames subsequentes e para reanimação (DINIZ et al; 2012).

De modo geral a equipe deve sempre antes de imobilizar seguir esses padrões: mover a cabeça do paciente para uma posição alinhada e neutra a não ser que seja contraindicado, mantendo o alinhamento e imobilização todo o tempo, realizar os exames primários e proceder à avaliação, avaliar a capacidade motora, resposta sensitiva e a circulação do sangue nas quatro extremidades, examinar o pescoço, medi-lo e colocar um colar cervical eficaz no tamanho e na largura, posicionar o dispositivo (prancha) para colocar o paciente imobilizando o tronco de forma que ele não se mova se forma a prejudicar essa coluna, colocar o paciente em

bloco (de forma que nenhuma parte do corpo se movimente de forma desproporcional a outra). Quando o paciente já estiver na prancha imobilizar as pernas a ponto dele não se mexer no momento do transporte (BORTOLOTTI, 2008).

A equipe deve sempre estar atenta quanto aos colares cervicais rígidos isolados, pois os mesmos não imobilizam adequadamente, apenas ajudam a sustentar o pescoço e a impedir movimentos. Porém é importante para auxiliar a imobilização, mais sempre concomitante com imobilização manual. E sempre se lembrar da importância do colar ser do tamanho ideal pra cada paciente, pois um colar grande demais causará hiperextensão ou total movimentação. Por isso a importância de improvisar por parte do socorrista nesses momentos também é bastante aceito desde que seja benéfico para o paciente, avaliando sempre o benefício e o possível malefício (ATENDIMENTO... 2007).

O socorrista deve sempre imobilizar o tronco de modo que ele não se mova para nenhum lado, o dispositivo rígido é fixado com tiras ao tronco do paciente para que a cabeça e o pescoço fiquem apoiados e imobilizados quando presos a ele e o tronco e a pelve são imobilizados a ponto de os segmentos torácicos, lombar e sacral da coluna não façam qualquer movimentação. O tronco deve ser imobilizado antes da cabeça, assim, qualquer movimento do dispositivo que, eventualmente, ocorra durante a imobilização do tronco não provocará angulação da coluna cervical (BRITO et al; 2011).

Depois de o tronco ser imobilizado no dispositivo rígido e de colocar o acolchoado necessário na cabeça, este deve ser fixado ao dispositivo para poder ser transportado com segurança, e mesmo depois de bem imobilizado se o transporte não for feito com cautela o paciente poder correr risco de movimentação (DINIZ et al; 2012).

3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A VITIMA DE TRAUMA RAQUIMEDULAR NO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR

O drama dos pacientes vítima de TRM já começam no local do acidente. Populares e curiosos, com a nobre intenção de ajudar, o manipulam inadvertidamente, tornado muitas vezes um caso de simples fratura, que teria prognóstico favorável, numa secção completa de medula, com prognóstico totalmente diferente, inclusive no êxito letal (LINS et al; 2013).

Esse problema continua ao chegar aos hospitais, onde pode ser percebido que esses não oferecem as mínimas condições técnicas e humanas para serem assistidos com qualidade. O paciente então é removido para outros centros, até chegar ao hospital de referência, onde, por falta de sistematização, imperícia ou mesmo negligência, não lhe é dada a devida atenção pela sua gravidade, enquanto o precioso tempo de intervenção vai se esgotando. Muitas vezes, quando decidem atendê-lo, muitas sequelas já se instalaram e a reabilitação física se torna muito difícil. É importante resaltar que a reabilitação destas vítimas é desgastante, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, uma vez que são escassos os centros de reabilitação e que a deficiência física altera de forma significativa o aspecto biopsicossocial, dificultando sua reinserção na sociedade, problematizando a vida, independente dos planos social e profissional (BRITO et al; 2011).

Foi observado que a maioria dos problemas, já citados, é quase sempre de corresponsabilidade dos profissionais de enfermagem, pois é um dos profissionais dentro da equipe de saúde que exerce um papel fundamental na identificação dos fatores que deverão ser trabalhados, evitando ou minimizando consequências, que poderão interferir na adaptação do paciente lesado medular à nova condição de vida pós-trauma (COSTA JÚNIOR, 2010).

É percebido que o atendimento APH sendo executado de forma bem feita e padronizada, observando o paciente como um todo, à equipe de enfermagem estará evitando a morte ou o agravamento das lesões como também as sequelas, reduzindo um custo final do atendimento hospitalar (LINS et al; 2013).

Relembrando um pouco as questões da enfermagem que se utiliza até os dias atuais, o enfermeiro é o profissional que mantém contato direto e permanente com o paciente, administra e coordena as condutas de enfermagem e a educação continuada da sua equipe, tornando-se então um elemento fundamental na prevenção e controle das complicações advindas do TRM, facilitando seu processo terapêutico, aumentando e favorecendo o conhecimento da própria vítima em relação ao seu autocuidado junto à família e a comunidade (COSTA JÚNIOR, 2010).

Com isso a equipe de enfermagem tem papel fundamental nas ações educativas em saúde, mas na grande maioria das vezes, essa equipe realiza procedimentos meramente curativos, ficando as ações preventivas e de reabilitação deixadas para segundo plano. No entanto enfatizamos o interesse em alcançar a recuperação após o trauma. Habilitar o indivíduo ao que diz respeito às atividades

sociais, isto é, ao emprego, à escola ou manter atividades domésticas, afetivas, amorosas, entre outras, visto que a recuperação é um processo dinâmico, que reflete uma questão ampla na vida de uma vítima de TRM ao que envolve as questões sócio biológicas e econômicas (DINIZ et al; 2012).

A vítima de TRM encontra-se insegura e bastante vulnerável devido ao evento e procura um vínculo afetivo e efetivo com algum profissional por necessidade de ter maior autonomia para progredir após o trauma, ou mesmo ter acesso a alguma tecnologia assistencial que possibilite prolongar a vida. É nesse momento que a equipe de enfermagem deverá somar esforços para traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, que são complexas a elaboração de um plano de assistência individualizada. Consequentemente, os profissionais de enfermagem tem que ter esse olhar humanizado nesse momento, pois esses fatores podem interferir diretamente no tratamento e reabilitação dessas vitimas (ATENDIMENTO... 2007).

Entende-se que a assistência prestada a estes pacientes requer abordagem multidisciplinar, dado à maioria apresentar lesões associadas em múltiplos sistemas, evidenciando-se na fase inicial insuficiência respiratória, perda motora e sensorial. Ocorre também hipotensão arterial por perda de resistência periférica e vascular, perda de controle vesical e intestinal, desaparecimento da transpiração e do tônus vasomotor abaixo da lesão. Por isso o atendimento inicial a essas vitima é tão importante (ATENDIMENTO... 2007).

Para iniciar o atendimento, é importantíssimo garantir segurança da vítima, do socorrista e dos demais presentes, através de exame da cena do acidente e reconhecimento prévio dos mecanismos de lesão. De posse destas informações, o socorrista estará mais bem embasado e seguro para iniciar o atendimento (BRITO et al , 2011).

As medidas iniciais devem ser tomadas com cautela para evitar o agravamento das lesões, principalmente nos casos de trauma de coluna cervical, quando, pois se houver qualquer imprudência pelos profissionais pode resultar em mortes ou sequelas irreversíveis. Para tanto o uso de colar cervical é considerado uma conduta de extrema importância, uma vez que impede a flexão ou extensão do pescoço e consequentemente agravamento. Juntamente com a imobilização cervical, iniciar a avaliação do nível de consciência, se identificados e informando que pretendemos ajudá-la, procurando sempre tranquilizar a vitima (DINIZ et al; 2012).

Após a abordagem inicial, onde são verificadas situações de ameaças de vida e a imobilização da coluna cervical. A abordagem é feita pelo ABCDE que obedece aos seguintes passos:

A fase A (Airway) corresponde ao exame de permeabilidade das vias aéreas e controle cervical, realizado através do esboço de voz da vítima, pois só conseguimos falar com a presença de ar nos pulmões. A fase B (Breathing) observação de respiração espontânea, e, na sua ausência, inicia-se a respiração artificial através de equipamento específico bolsa válvula máscara (ambu) (LINS et al; 2013).

A fase C(CIRCULATION) que corresponde o controle da hemodinâmica da vítima, com finalidade de prevenir hemorragias e conferir a presença de pulso. No caso da vítima consciente, verifica-se de início o pulso periférico (radial ulnar); em vítimas inconscientes, o pulso carotídeo ou femoral (LINS et al; 2013).

Após os três primeiro passa-se para o D, analisando o nível de consciência através dos parâmetros da Escala de Coma de Glasgow (ECGI). Detectado rebaixamento de nível de consciência após exame neurológico, atentar para reavaliação do ABC (BRITO et al 2011).

A ECGI analisa o paciente nos parâmetros de abertura ocular, resposta verbal e motora. Para cada item, existe um valor de pontuação, de acordo com o tipo de resposta apresentada. No final da análise é possível obter a soma dessa pontuação que a representa, quantitativamente, o nível de consciência. Esses parâmetros são facilmente compreendidos e aplicáveis à beira do paciente (inclusive pelo auxiliar de enfermagem). Cada um deles compreende várias alternativas que vão desde a resposta normal, própria de pacientes sem distúrbios de consciência, até a ausência completa de resposta, indicativo das situações mais graves (BRITO et al 2011).

Terminando essa avaliação obtém um escore que vai de 3 a 15, sendo quinze o melhor e três, o mais grave. Se o paciente estiver intubado, usar avaliação clínica para respostas verbais da seguinte forma: paciente geralmente não responde (1), dúvidas sobre a capacidade de conversar do paciente (3), paciente parecem capazes de conversar (5). Tentar avaliar na ausência de sedação, se não for possível: avaliar e anotar que o paciente está sedado (ATENDIMENTO... 2007).

E por ultimo o E, o paciente será despido para detectar lesões associadas e neurológicas: mantendo o pudor do paciente e prevenindo a hipotermia. Nesta fase pré-hospitalar é de fundamental importância que a equipe de enfermagem

reconheça a importância de manter o alinhamento e imobilização da coluna vertebral do paciente, assim como o transporte até o hospital de referência (ATENDIMENTO... 2007).

É bastante importante que o enfermeiro e a equipe que presta a assistência tenham conhecimento do mecanismo do trauma para o êxito do atendimento inicial. O relato feito pela equipe de enfermagem pré-hospitalar deve esclarecer quanto ao tipo de acidente, como no caso de acidente de carro, relatar posição em que a vítima foi encontrada, se foi ejetada do veículo, se usava cinto de segurança, se quebrou para-brisa com a cabeça e a face, presença ou ausência de paralisias, parestesias ou paresias, diminuição do nível de consciência, deteriorização do nível sensorio motor, se houve casos de morte no acidente e o estado dos demais que estavam no evento (DINIZ et al; 2012).

A consideração mais importante da anamnese inicial é a do momento em que se instalam os sintomas neurológicos. Se forem imediatos, isto é, ocorridos no momento do acidente, significam que houve lesão irreversível. Na presença de uma perda completa e instantânea de força muscular, sensibilidade e reflexos tendinosos profundos (paraplegia ou tetraplegia), o prognóstico é mal; o prognóstico torna-se negativo se esta paralisia permanecer por mais de 24 horas (ATENDIMENTO... 2007).

Silva (2012) refere ainda, ser crucial o atendimento decorrido desde o momento do trauma até o tratamento definitivo, conhecido como o “Período de Ouro”. Ou seja, o profissional atuante deverá realizar toda a avaliação inicial e instituir os cuidados necessários para manter/salvar a vida no menor tempo possível. As principais avaliações nesse momento em ordem de prioridades são: via aérea, ventilação, oxigenação, controle de hemorragia, perfusão e função neurológica.

Os profissionais de enfermagem ainda durante seu atendimento necessitam de procurar o melhor local de acesso venoso para facilitar o atendimento e para infusão de possíveis drogas vasoativas, restaurar vias aéreas, ventilação adequada, controle de hemorragia. Atenção especial para o possível choque medular ou neurogênico, hipotensão, bradicardia, vasodilatação. Todas as vítimas de TRM devem receber oxigenação, pois as lesões cervicais podem causar paralisia de musculatura torácica podendo paralisar a parede torácica e a respiração ser só diafragmática (SILVA, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é tida como um processo formal e sistemático do desenvolvimento científica que tem como objetivo encontrar respostas adequadas para determinados problemas, através de procedimentos científicos. A partir dessa busca surge a metodologia da pesquisa, que é definida como um conjunto de técnicas que possibilitam o conhecimento da realidade e sua construção, somado com o potencial do investigador e as concepções teóricas da abordagem (SEVERINO, 2007).

A pesquisa proposta é do tipo descritivo com abordagem qualitativa, sobre isso Minayo (2010), afirma que a pesquisa qualitativa é aquela que responde a questões muito particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos valores, motivos, universo dos significados e atitudes.

Richardson e Peres (2007) afirmam que pesquisa qualitativa seria uma tentativa de uma detalhada compreensão dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características comportamentais.

Sobre o método qualitativo Marconi e Lakatos (2006) afirmam ainda que a principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos e fenômenos. A pesquisa é caracterizada pela sistematização e compreensão dos indivíduos cuja experiência está sendo estudado.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) na pesquisa qualitativa os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o curso do projeto.

O tipo de pesquisa descritiva busca expor determinadas características e o estabelecimento de relação entre as variáveis. Esse tipo de pesquisa se utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática, visando identificar as características de determinados grupos (GIL, 2002).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na sede do SAMU do Município de Mossoró, sendo esta uma unidade para atender toda a zona urbana da cidade (norte, sul, leste e oeste), como forma de retratar a realidade do município e de enriquecer a pesquisa.

O SAMU de Mossoró possui três Unidades de Suporte Básico e uma de Suporte Avançado. O quadro profissional comporta 18 médicos, 14 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem e 18 socorrista. A vestimenta dos profissionais é composta por um macacão, com tarja refletiva e identificação profissional, batas, e equipamentos de segurança pessoal.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida de início para a pesquisa era composta por 26 técnicos de enfermagem e 13 enfermeiros, que faziam parte do quadro de funcionários do SAMU. Porém o estudo foi realizado somente com 6 enfermeiros e 10 técnicos, pois houve redução de funcionários na unidade onde teve exoneração de 4 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem e mais seis técnicos se recusaram a participar não assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e 3 enfermeiros estavam de férias. Sendo o estudo então composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, nas ambulâncias de suporte básico e avançado de vida do Município de Mossoró, compondo uma amostra de 16 pessoas.

A amostra do presente trabalho se constituiu com os entrevistados que se enquadrarem nos critérios de inclusão a seguir: ser enfermeiro ou técnico plantonista do SAMU- Mossoró-RN a pelo menos seis meses; Ter disponibilidade em participar da pesquisa; aceitar assinar da pesquisa, assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). E os critérios de exclusão: aqueles profissionais que não tenham interesse ou disponibilidade em participar da pesquisa, e os que não aceitarem assinar o termo de cosentimento livre e esclarecido.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista aberta do tipo semiestruturado dividido em duas partes: a primeira foi composta por dados de identificação dos participantes da pesquisa e a segunda parte as perguntas

específicas relacionadas à assistência da equipe de enfermagem em relação à vítima de TRM, permitindo aos profissionais responder livremente as questões usando uma linguagem própria e emitindo suas opiniões.

O roteiro de entrevista é um instrumento de coleta de dados, adequando a base da pesquisa à realidade prática sob a ótica bifocal profissional\social, para a obtenção de informações procedentes, onde ordenados, possibilitará uma melhor condução das entrevistas, sendo esta informal ou estrutura (SEVERINO, 2007).

O roteiro é o norte da entrevista, o mesmo facilita a visão do entrevistador e a relação pessoal estabelecida entre entrevistador e entrevistado. Adapta mais facilmente aos entrevistados e às circunstâncias em que eles se desenvolvem durante a entrevista (GIL, 2009).

Gil (2009) ainda diz que a entrevista é uma forma descontraída de diálogo, propiciando ao informante uma liberdade grande de expressão, sem constrangimento de forma produtiva.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após a aprovação do comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE\FAMENE PB. A princípio, foi realizada uma visita aos sujeitos participantes do estudo para a devida apresentação dos objetivos da pesquisa.

A coleta desses dados foi realizada no mês de Outubro no SAMU no município de Mossoró- RN, sendo gravadas em um aparelho eletrônico (celular pessoal) e as informações obtidas foram transcritas.

O registro foi por meio de anotações, com auxílio do gravador, que é um dos modos mais seguros de se preservar ou de se reproduzir com precisão o conteúdo da entrevista, uma vez que o ser humano não consegue armazenar todas as ideias do participante em sua memória. Sendo então a gravação eletrônica um dos mais eficientes modos de se preservar a entrevista. (GIL, 2009).

A coleta desses dados foi feita de acordo com a disponibilidade dos profissionais e por agendamento prévio de acordo com a disponibilidade de cada um. E os dados coletados foram transcritos e arquivados em computador de uso exclusivo dos pesquisadores, por um período mínimo de 5 anos.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram discutidos através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram apresentados com o DSC que busca como objetivo a expressão sobre a opinião e/ou pensamento coletivo, onde seus depoimentos serão coletados através de questões abertas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Essa técnica de análise do DSC proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), consiste na reunião em um discurso-síntese de expressões-chave que manifestem a mesma ideia central ou ancoragem. Conforme os referidos autores os indivíduos se dissolvem e se incorporam em um ou em vários discursos coletivos que expressem a representação social acerca de um determinado tema da coletivada a qual pertencem.

Lefèvre e Lefèvre (2005) esclarecem ainda que o DSC é um discurso síntese elaborado por pedaços de discursos semelhantes reunidos em um só discurso, extraindo-se de cada relato da ideia principal e suas expressões chave.

O DSC é assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforme um dado imaginário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

No que se referiu aos passos operacionais até a síntese no DSC, estes incluíram: (a) leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; (b) leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas, (c) identificação das ideias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneas; (e) identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; (f) construção dos DSC de cada quadro obtido na etapa anterior; (g) atribuição de um nome ou identificação para cada um dos DSC (LEFÈVRE, LEFÈVRE; TEIXERA, 2000).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si

e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Capítulo IV da Resolução CNS 466/12), sendo, portanto, dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (art. 90 da Resolução do COFEN nº. 311/2007), bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (Art. 98 da Resolução do COFEN nº. 311/2007) (COFEN, 2007) e sob protocolo nº 146/2014 e CAAE nº 35977614.0.0000.5179.

Foi garantido aos participantes o seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, o que foi garantido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos sujeitos da pesquisa, ou seja, o entrevistado poder desistir de participar da pesquisa no momento em que desejasse. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE / FAMENE.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causou constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios (melhora da assistência por parte dos profissionais de enfermagem, diminuição de sequelas nas vítimas de TRM e conseqüentemente diminuição nos gastos públicos) superam os riscos.

4.8 FINANCIAMENTO

Todos os custos foram financiados pela pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró disponibilizou o acervo bibliográfico, bem como o orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir são apresentados os dados qualitativos sendo estes analisados através da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentados sob a forma de Quadros e discutidos a luz da literatura vigente.

Quadro 1- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: O que você entende por Trauma Raquimedular?

IC – I	ECH
Consideram um Trauma na medula	<p>- <i>“... devido o impacto a pessoa sofre trauma na medula” E2</i></p> <p>- <i>“Trauma a nível medular no qual as vítimas ficam incapacitadas de realizar determinados movimentos, podendo ser nos membros inferiores ou superiores...” E4</i></p> <p>- <i>“... uma lesão na cervical e pode trazer um trauma na medula” E7</i></p>
<p><i>DSC: Trauma a nível medular no qual as vítimas ficam incapacitadas de realizar determinados movimentos, podendo ser nos membros inferiores ou superiores, uma lesão na cervical e pode trazer um trauma na medula, devido o impacto a pessoa sofre trauma na medula.</i></p>	
IC – II	ECH
Consideram um Trauma na coluna	<p>- <i>“... é uma lesão na parte da coluna que pode ser completa e incompleta podendo afetar a locomoção dessa vitima.” E6</i></p> <p>- <i>“é uma lesão na coluna que é provocado por algum acidente de qualquer espécie.” E10</i></p>

	<p><i>-“...provocado por um impacto que atinge a coluna e causa uma lesão que vêm a desencadear grandes problemas futuros”.</i> E11</p> <p><i>-“...trauma que vai pegar toda a coluna torácica e lombar e cervical...”</i> E15</p>
<p><i>DSC: É uma lesão na coluna que é provocado por algum acidente de qualquer espécie, provocado por um impacto que atinge a coluna e causa uma lesão que vêm a desencadear grandes problemas futuros, é uma lesão na parte da coluna que pode ser completa e incompleta podendo afetar a locomoção dessa vítima, trauma que vai pegar toda a coluna torácica e lombar e cervical.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

O quadro 1 nos mostra que os entrevistados entendem o TRM, a partir de uma visão fragmentada sobre o real conceito. Na primeira ideia central alguns entrevistados relatam que TRM tá envolvido somente com a coluna, mas não deixam claro o que realmente entende sobre a patologia. E os entrevistados da segunda ideia central discutem o TRM resumindo-o a uma lesão de medula.

Sobre isso o autor mostrar que o TRM é descrito como a lesão de qualquer segmento da coluna vertebral, seja ela óssea, medular, ligamentar, distal, vascular ou radicar (SANTOS, GUIMARÃES, BOEIRA, 2012).

E ainda segundo DELISA, (2004), o TRM é o conjunto de lesões de origem traumática que afetam a coluna vertebral e os elementos ligados à mesma, tais como a medula, meninges, raízes e vasos.

Sobre esse questionamento pode-se perceber que os profissionais entrevistados delimitam o conceito de TRM a uma lesão de coluna ou a medula, e sabe-se que este trauma tem um conceito bem mais amplo. Porém pode-se também observar que existe um conhecimento mesmo que resumido sobre o trauma e que existe um entendimento no tocante a gravidade e possíveis consequências do TRM.

Quadro 2- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: O que você entende por avaliação neurológica?

IC – I	ECH
<p>Entendem que é o nível de resposta verbal.</p>	<p>-“ quando você chega pra ver a responsividade do paciente, se ele responde se ele escuta se ele consegue olhar para você”. E10</p> <p>-“é uma avaliação essencial na vivencia de enfermagem onde nos avaliamos a resposta verbal e podemos dar uma resposta através dessa avaliação do quadro geral do paciente”. E11</p> <p>-“ é a avaliação que ele tá no momento se tá falando se responde aos estímulos seu quadro clinico atual”. E14</p>
<p><i>DSC: É uma avaliação essencial na vivência de enfermagem onde nós avaliamos a resposta verbal e podemos dar uma resposta através dessa avaliação do quadro geral do paciente, quando você chega pra ver a responsividade do paciente, se ele responde se ele escuta se ele consegue olhar pra você é a avaliação que ele tá no momento se tá falando se responde aos estímulos seu quadro clinico atual.</i></p>	
IC – II	ECH
<p>Acreditam que é nível de consciência</p>	<p>- “pra avaliar o nível de consciência, o estado emocional de cada pessoa...”. E3</p> <p>-“ é aquela avaliação que é feita de acordo com o nível de consciência da vítima”. E8</p> <p>-“avaliação que o neurologista faz pra ver o nível de consciência do paciente”... E12</p> <p>-“ são as condições neurológicas do paciente aonde você vai examinar nível de consciência”... E16</p>
<p><i>DSC: são as condições neurológicas do paciente aonde você vai examinar nível de consciência, é aquela avaliação que é feita de acordo com o nível de consciência da vítima pra avaliar o nível de consciência, o estado emocional de cada pessoa e a avaliação que o neurologista faz pra ver o nível de consciência do paciente.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

No quadro 2 tem duas ideias centrais onde alguns dos entrevistados dizem que avaliação neurológica é a resposta verbal da vítima e na segunda ideia central eles acreditam que é o nível de consciência do paciente.

Durante a entrevista os entrevistados se mostraram desconfortáveis. Quando se apresentava as perguntas sentiam-se inseguros para falar do assunto, os mesmos ficavam parados, pensando na pergunta a responder. Dando a entender que eles não estavam seguros para falar nesse assunto.

Segundo Wehbe, Galvão (2001) a avaliação neurológica nada mais é que um exame neurológico detalhado e complexo do estado geral do paciente que compreende cinco etapas, função cerebral, nervos cranianos, sistema motor, sistema sensitivo e reflexos. Porém ele também diz que é um exame difícil de fazer e que é o médico que faz esse tipo de avaliação cabendo a equipe de enfermagem avaliar de forma rápida essa vítima pela escala de coma de glasgow, onde vai ver abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, dando uma pontuação específica para cada vítima.

Porém Almeida, Pires (2007) Consideram que a avaliação neurológica é um procedimento complexo, e que a enfermagem tem total conhecimento técnico científico para realização desse exame de forma satisfatória, mais o que acontece na realidade e que esses profissionais estão ainda trabalhando de forma submissa ao médico.

Conforme a fala de alguns dos entrevistados percebe que eles sabem que é um procedimento importante, mais deixam para médico realizar, minimizando mais uma vez seus próprios conhecimentos e deixando de ganhar autonomia (ALMEIDA, PIRES, 2007).

A autonomia como “um direito, um valor, conquistado e garantido no exercício diário de nossas atitudes, posturas e ações” que está diretamente ligado à Enfermagem, seja na relação interpessoal dos profissionais, seja nas relações estabelecidas com o paciente. O ser humano tem buscado a autonomia para solidificar suas práticas profissionais, no entanto, ela é uma prática complexa, uma vez que envolve relação com o próximo. Para a enfermagem, a autonomia possibilita rever a profissão, a partir de sua tradição histórica e da articulação com outras áreas científicas, em um exercício de interdisciplinaridade (ALMEIDA, PIRES 2007).

Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a assistência de enfermagem a vítima de trauma raquimedular.

C – I	ECH
Realizam controle de coluna cervical	<p>-“...nosso primeiro passo é o controle de coluna cervical, é um dos órgãos que agente tem o maior cuidado”... E1</p> <p>-“é a primeira coisa que agente faz é manter o controle de cervical, fazer o ABC que é a abordagem primaria coloca no protocolo e leva-lo até o hospital”. E2</p> <p>-“...então temos que manter o controle de cervical até ele ser totalmente imobilizado e ser transportado com segurança”. E 11</p>
<p>DSC: Nosso primeiro passo é o controle de coluna cervical, é um dos órgãos que agente tem o maior cuidado, então temos que manter o controle de cervical até ele ser totalmente imobilizado e ser transportado com segurança, é a primeira coisa que agente faz é manter o controle de cervical, fazer o ABC que é a abordagem primaria coloca no protocolo e leva-lo até o hospital.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

No quadro 3 , pode-se ver que na ótica dos entrevistados, a assistência de enfermagem sempre se dá pela abordagem primaria, e que todos os profissionais de enfermagem dão um ênfase maior ao controle de cervical. Conforme DELISA, (2004) ela afirma que está assistência estar correta, porém incompleta e que no caso de suspeita de trauma raquimedular a prioridade é o controle de cervical, mais existem outros fatores que interferem na qualidade dessa assistência. O paciente tem que ser movido o mínimo possível, ser colocado em prancha com movimentos em bloco e ser transportado com cautela. Esses passos não foram citados pelos entrevistados observando então que eles deixam a continuação dessa assistência para segunda opção ou sequer fazem, pois os mesmos não mencionam em nenhum momento.

Sabemos que a partir de uma assistência de qualidade iniciada desde á APH, a equipe de enfermagem estará evitando a morte ou minimizando sequelas. Entendemos que para cada minuto que se abrevia o inicio do socorro, vidas serão

salvas, sequelas reduzidas e o custo final do atendimento hospitalar e do tratamento do paciente serão menores (DELISA, 2004).

De acordo com HEBERT, (2003), a assistência de enfermagem deve iniciar garantindo a segurança da vítima, dos socorristas e dos demais presentes, através do exame da cena do acidente e dos conhecimentos prévio do mecanismo da lesão. De posse disso o socorrista estará mais embasado para iniciar seu atendimento de forma segura. As medidas iniciais devem ser tomadas com cautelas para não agravar o caso do paciente onde qualquer imprudência pode levar a sequelas e morte dessa vítima.

Por isso o colar cervical é um instrumento de extrema importância nesse caso pois impede a extensão e flexão do pescoço e conseqüentemente agravamento, concomitante à imobilização cervical. Inicia-se a avaliação de nível de consciência, identificando e informando que iremos ajuda-lo, procurando sempre tranquilizar a vítima se a mesma estiver consciente (HEBERT, 2003).

Quadro 4 - Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Como é feito o exame físico em pacientes traumatizados?

IC – I	ECH
<p>Realizam a assistência de modo intuitivo</p>	<p>- “... , pois o exame físico é demorado e no SAMU não podemos demorar”. E5</p> <p>- “Através do olho [...], pois no SAMU é agilidade e eficiência”. E6</p> <p>- “... é feito pelo olho mesmo, vemos o tipo de trauma que ele tem e direcionamos o atendimento dando prioridade para a região que tá a fratura”. E8</p>
<p>DSC: <i>É feito pelo olho mesmo, vemos o tipo de trauma que ele tem e direcionamos o atendimento dando prioridade para a região que tá a fratura, Através do olho [...], pois no SAMU é agilidade e eficiência, pois o exame físico é demorado e no SAMU não podemos demorar.</i></p>	
IC – II	ECH
	<p>- <i>“É feita a abordagem primária, controle de cervical, abertura ocular, responsividade, movimento ver se está</i></p>

<p>Realizam a assistência de acordo com a abordagem primária do ABCDE</p>	<p><i>presente...”. E4</i></p> <p>- “A gente chega no local, pergunta o nome dele, o que ele tá sentindo, examina começando primeiro pelas vias aéreas, se as mesmas estiverem permeáveis, a gente se o resto das letras que é a parte neurológica, a parte tórax e abdome e ver a parte dos movimentos superiores e inferiores”. E9</p> <p>- “... faz a imobilização da cabeça, você só solta essa cabeça depois que o paciente estiver pranchado e no colar cervical, você não pode soltar de forma alguma, mesmo que não suspeite de nenhum trauma”. E10</p> <p>- “... faz o ABCD [...] ver vias aéreas, questão circulatória, questão neurológica e questão de respiração e por fim se der tempo a gente faz a exposição do corpo da vítima”. E12</p> <p>- “... a gente segue essa sequência só que o E no APH nem sempre fazemos mais o ABCD dá pra fazer onde o A vemos vias áreas, B respiração, C circulação e controle de hemorragias e a D é onde vamos avaliar a parte neurológica”. E16</p>
<p><i>DSC: A gente chega no local, pergunta o nome dele, o que ele tá sentindo, examina começando primeiro pelas vias aéreas, se as mesmas estiverem permeáveis, a gente ver o resto das letras que é a parte neurológica, a parte tórax e abdome e ver a parte dos movimentos superiores e inferiores. É feita a abordagem primária, controle de cervical, abertura ocular, responsividade, movimento ver se está presente a gente segue essa sequência só que o E no APH nem sempre fazemos mais o ABCD dá pra fazer onde o A vemos vias áreas, B</i></p>	

respiração, C circulação e controle de hemorragias e a D é onde vamos avaliar a parte neurológica, faz o ABCD [...] ver vias aéreas, questão circulatória, questão neurológica e questão de respiração e por fim se der tempo a gente faz a exposição do corpo da vítima, faz a imobilização da cabeça, você só solta essa cabeça depois que o paciente estiver pranchado e no colar cervical, você não pode soltar de forma alguma, mesmo que não suspeite de nenhum trauma.

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quanto ao quadro 4, ele mostra que os entrevistados estão divididos quanto a forma de fazer o exame físico em supostas vítimas de trauma raquimedular, pois os entrevistados da ideia central 1 dizem que fazem o exame de modo intuitivo. Segundo Faro et al (2004) quando realiza a assistência de enfermagem não baseada no conhecimento científico, generalizando todos os pacientes faz voltar no tempo de início da nossa profissão, sendo que esta seria uma das principais características responsáveis pela submissão da enfermagem à medicina, pois nossos cuidados eram subsidiados pelo pensamento médico.

Segundo alguns dos entrevistados eles estão pesando em agilizar o serviço e não na vítima e também vendo a vítima como uma fratura e não como um paciente debilitado que está ali precisando de uma assistência rápida mais bastante eficaz. Estar doente é estar exposto ao risco de ser invadido em nossa privacidade. É sentir-se acuado e preso às limitações impostas pela condição de enfermo, abrindo todas as portas de nossa intimidade física, mental e emocional. É nesse espaço de fragilidade do cliente que reside à importância do cuidado de enfermagem como instrumento para conquistar a confiança e a aproximação do cliente, pelo estabelecimento de uma relação de afeto capaz de despertar e fortalecer nele o instinto de luta pela sobrevivência e recuperação (FARO et al, 2004).

Os entrevistados referente à ideia central 2 eles mostram que fazem o exame físico pelo ABCDE, e sobre isso Wehbe, Galvão (2001) dizem que devemos sempre seguir o protocolo usado pelo SAMU , que é o ABCDE, e ainda diz que em caso de trauma a equipe de enfermagem deverá realizar um rápido exame físico na região posterior e anterior do pescoço e, em seguida, mensurar e aplicar um colar cervical de tamanho apropriado para imobilizar a cabeça e o pescoço da vítima. Nos casos de trauma a manobra para a abertura das vias aéreas deverá ser realizada através da técnica denominada de empurre mandibular (manobra modificada), que consiste

simplesmente no posicionamento dos dedos bilateralmente por detrás dos ângulos da mandíbula do paciente, seguido do deslocamento destes para frente, mantendo a cabeça e o pescoço em uma posição neutra (WEHBE, GALVÃO, 2001).

Depois o profissional de enfermagem juntamente com o médico avalia a necessidade de ofertar oxigênio para o paciente. Examinam o nariz, a boca e a mandíbula e através do emprego de uma máscara facial com reservatório de oxigênio iniciam a oxigenoterapia (ALMEIDA, PIRES, 2007).

A enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo tendo como “foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido” (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com ALMEIDA, PIRES (2007) pela rapidez com que sempre fazem a assistência às vítimas do pronto atendimento deixou-se uma peça de lado muito importante que é o exame físico pelo qual pode ter de forma mais detalhada o quadro geral do paciente. Quando negligenciamos essa assistência corremos o risco de deixarmos de lado fatores que contribuiriam no tratamento dessa vítima.

Já Wehbe, Galvão (2001) afirmam que devemos sempre fazer o exame físico de forma rápida mais eficaz e sempre detalhada, pois são nos detalhes que prestamos uma assistência de forma correta e individualizada para cada pessoa.

É de fundamental importância que o profissional de enfermagem e a equipe que presta a primeira assistência tenham conhecimento do mecanismo de trauma para o êxito no atendimento inicial. O relato feito pela equipe de enfermagem pré-hospitalar deve esclarecer quanto ao tipo de acidente, como no caso de um acidente de carro, por exemplo, a equipe deve relatar a posição em que a vítima foi encontrada, se foi ejetada do veículo, se usava cinto de segurança, se quebrou o para-brisa com a cabeça e a face, presença ou ausência de paralisias, parestesias ou paresias, diminuição do nível de consciência, deteriorização do nível sensorio motor, se houve casos de morte no acidente e o estado dos demais indivíduos que estavam no evento (ALMEIDA, PIRES, 2007).

Diante desses critérios, a conduta para esses pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, pois a maioria apresenta lesões associadas em múltiplos sistemas, evidenciando-se na fase inicial insuficiência respiratória, perda motora e

sensorial, necessitando dos profissionais um abordagem técnica científica e não baseada somente no empirismo (ALMEIDA, PIRES, 2007).

Quadro 5- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a avaliação neurológica usadas nessas vítimas.

IC – I	ECH
<p style="text-align: center;">Avaliam pela Escala de Coma Glasgow</p>	<p>- “A gente geralmente usa a escala de coma de glasgow pra ver se o paciente tem algum trauma...”. E2</p> <p>- "Inspeção, palpação e estímulo a dor, abertura ocular, se responde ai chamado e comando d voz”. E5</p> <p>- “Usamos a escala de coma de glasgow onde podemos dar uma nota e dependendo dessa nota a gente sabe o estado de gravidade dessa vítima”. E6</p> <p>“... se tiver tudo ok 15, quanto menor pior o paciente estar”. E15</p>
<p>DSC: A gente geralmente usa a Escala de Coma de Glasgow pra ver se o paciente tem algum trauma, inspeção, palpação e estímulo à dor, abertura ocular, se responde ai chamado e comando de voz. Usamos a escala de coma de Glasgow onde podemos dar uma nota e dependendo dessa nota a gente sabe o estado de gravidade dessa vítima, se tiver tudo ok 15, quanto menor pior o paciente está.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

O quadro 5 relata que os entrevistados fazem a avaliação neurológica dessa vítima através da ECGI, Sobre isso Lima et al (2003) diz que a escala de coma de glasgow é reconhecida como um instrumento valioso na avaliação do estado neurológico desses pacientes.

Durante a entrevista os profissionais se mostravam inseguros em relação aos questionamentos sobre a ECGI não sabiam ao certo como avaliar a vítima por essa

escala, falavam que era importante e que os pacientes eram avaliados por elas mais relatavam que não se sentiam seguros pra realizar, e que sempre tinham dúvidas.

Segundo Oliveira et al, 2001 um fato importante no atendimento a vítima de TRM é conhecermos não só a ECGI adulto mas outras variações como Escala de Coma de Glasgow pediátrico e a escala preconizada pela National Institute Of Health (NIHSS), sendo que são de parâmetro evolutivo e como índice de prognóstico, devendo ser interpretada com cautela. Os cuidados inadequados podem piorar o quadro geral do paciente, agravando o quadro neurológico, podendo levar à morte, o profissional deve estar capacitado para atender as necessidades desse tipo de paciente que exige vigilância constante, e aplicando as intervenções necessárias para a sua recuperação. O paciente deve ser avaliado de forma rápida e eficiente, numa sequencia lógica de prioridades para manutenção da vida.

A escala de coma de glasgow, desenvolvida em Glasgow, na década de 70, tem sido mundialmente utilizada em trauma e em pacientes críticos com disfunção do sistema nervoso central, choque ou outros fatores que deprimem o nível de consciência (LIMA et al, 2003).

A ECGI consiste na avaliação do nível de consciência dos pacientes com disfunção do sistema nervoso central, choque, principalmente nos casos agudos de trauma. É observado a melhor resposta ocular, verbal e motora do paciente, sendo o valor mínimo 3 e o máximo 15. O somatório 8 é o ponto crítico das alterações do nível de consciência e com a pontuação diminuindo define o individuo em estado de coma. Nessa escala a maior dificuldade está no indicador melhor reposta motora, para diferenciação entre os itens: padrão flexor, retirada inespecifica e localiza estímulos (PIERI, 2008).

Existem outras escalas que podem avaliar os pacientes com déficits neurológicos, uma delas é a NIHSS, um instrumento valioso para quantificar a apresentação de um paciente em risco conjunto com o exame neurológico. Está escala é valida para estimar o tamanho da lesão e pode servir como uma medida da gravidade, avaliando a acuidade visual para determinar o tratamento apropriado e prever a evolução do paciente. As pontuações para cada item são estabelecidas tendo 0 como normal, 3 a 5 graus para o nível de déficit, além de dispor de um subsídio para os itens não-testáveis. Porém é uma escala que leva quase 10 minutos para sua conclusão de avaliação e é indicado que aconteça a beira do leito então se torna inviável para o APH (MASSARO, 2006; HARDING, 2010)

Quadro 6- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Sente alguma dificuldade para realização do exame físico e avaliação neurológica?

IC – I	ECH
<p>Sim, sentem dificuldade com relação à assistência ao traumatizado alcoolizado.</p>	<p>- "... quando é um paciente alcoólatra que desmaia a gente não tem como avaliar o nível de consciência dele porque existe o rebaixamento de nível de consciência devido embriaguez...". E2</p> <p>- "... a gente fica confuso sem saber se a pessoa não tá respondendo, se é por causa da bebida ou por causa do trauma". E3</p> <p>- "Às vezes acontece do paciente tá desorientado devido à bebida, isso dificulta demais nosso trabalho". E15</p>
<p>DSC: Às vezes acontece do paciente tá desorientado devido à bebida, isso dificulta demais nosso trabalho, quando é um paciente alcoólatra que desmaia a gente não tem como avaliar o nível de consciência dele porque existe o rebaixamento de nível de consciência devido embriaguez, a gente fica confuso sem saber se a pessoa não tá respondendo, se é por causa da bebida ou por causa do trauma.</p>	
IC – II	ECH

<p>Sentem dificuldades com relação ao tumulto no local do acidente</p>	<p>-“Sentimos quando têm muita gente no local do acidente, atrapalha a nossa assistência”. E5</p> <p>- “... a sociedade não entende que a gente tem que ter o nosso tempo antes de levar o paciente ai a gente fica recebendo aquela pressão por parte deles, ficam balançando a ambulância, gritando, mandando levar o paciente, uma coisa que só pode ser feita quando o paciente estiver estabilizado”. E13</p> <p>- “No APH nada é fácil é totalmente diferente do ambiente hospitalar onde você tem toda condição de atender ao paciente e na rua você tem uma plateia inteira assistindo e muitas vezes essa plateia atrapalha o atendimento”. E16</p>
<p>DSC: Sentimos quando têm muita gente no local do acidente, atrapalha a nossa assistência, a sociedade não entende que a gente tem que ter o nosso tempo antes de levar o paciente ai a gente fica recebendo aquela pressão por parte deles, ficam balançando a ambulância, gritando, mandando levar o paciente, uma coisa que só pode ser feita quando o paciente estiver estabilizado. No APH nada é fácil é totalmente diferente do ambiente hospitalar onde você tem toda condição de atender ao paciente e na rua você tem uma plateia inteira assistindo e muitas vezes essa plateia atrapalha o atendimento.</p>	
<p>IC-III</p>	<p>ECH</p>

<p><i>Não sentem dificuldade</i></p>	<p><i>-“Sinto dificuldade não, pois trabalho aqui à muito tempo”.E3</i></p> <p><i>- “O tempo de trabalho facilita muito nosso atendimento a vítima”.E4</i></p> <p><i>-“ Já trabalho a muito tempo, então já vimos diversos atendimentos diferenciados, o que nos faz saber abordar as mais diferentes vítimas”. E9</i></p>
<p><i>DSC: Sinto dificuldade não, pois trabalho aqui à muito tempo. O tempo de trabalho facilita muito nosso atendimento a vítima, já trabalho á muito tempo, então já vimos diversos atendimentos diferenciados, o que nos faz saber abordar as mais diferentes vítimas.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

O quadro 6 traz 3 ideias centrais, onde os entrevistados se dividem nas respostas mostrando que na primeira ideia central eles tem dificuldade na assistência quando encontram a vítima alcoolizada, na segunda ideia central mostram que o tumulto no local dificulta essa assistência e os da terceira ideia central dizem que não sentem dificuldade pois já estão a muito tempo no local e isso facilita seu atendimento.

Silva (2012) estudou os aspectos epidemiológicos do trauma raquimedular (TRM) e apontou a necessidade de preparo mais específico dos profissionais de enfermagem para assistir esse tipo de população.

Os profissionais que trabalham neste cenário de urgência e emergência sentem dificuldades diversas na sua assistência, pois são cenários novos e diferentes todos os dias. Quando esses profissionais chegam ao local da assistência muitas pessoas, curiosos já se encontram no local, e isso dificulta demais sua assistência, pois esses profissionais precisam mediante todo o tumulto e barulho e pressão prestar uma assistência rápida e eficaz em cada caso onde uma simples falta de atenção pode levar a óbito dessa vítima e a sequelas pra sempre

impossíveis de resolver como no caso de tetraplegia e paraplegia (VELASCO, 2003).

Outro fator que deixa o profissional confuso quanto ao atendimento à vítima de trauma é quando essas vítimas se encontram alcoolizados, pois eles não sabem se essas vítimas estão confusas devido ao trauma ou devido o alcoolismo. A bebida alcoólica desencadeia alterações comportamentais que variam conforme o grau de ingestão do álcool e a formação psicológica do indivíduo. Este, sob o efeito do álcool, pode apresentar reações variadas que vão da violência ao sono, da euforia à depressão, da desatenção à excessiva autoconfiança, da desinibição ao introvertimento (SILVA, SOARES, ANDRADE, 2008).

A urgência/emergência hospitalar é um setor que exige dos profissionais de enfermagem conhecimento detalhado acerca das diversas situações de saúde e estes devem ter controle sobre as particularidades da assistência, como por exemplo, o raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do paciente e a limitação do fator tempo, ou seja é imprescindível o conhecimento a cerca do que se trata com cada vítima e que o conhecimento é a base de uma boa assistência e que só a experiência não é suficiente pra se prestar uma boa assistência (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Quadro 7- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Descreva a técnica de imobilização usada no suporte à vítima de trauma raquimedular.

IC – I	ECH
--------	-----

<p>Técnica usada imobilização, colar cervical e prancha.</p>	<p>-“O primeiro passo é o controle cervical, você vai por sua mão em forma de V na testa do paciente se apoiar atrás dele e pôr o colar cervical e colocá-lo na prancha”.E1</p> <p>-Geralmente agente usa controle de cervical, colar cervical coloca em prancha coloca os cintos pra movê-lo o mínimo possível”.E2</p> <p>-“Ao chegar ao local o paciente estiver deitado agente controla a cervical dele orienta ele pra não mexer e agente continua com o controle até o socorrista vir com a prancha e o colar, agente coloca o colar não solta o controle, pois é o mais importante na vítima de trauma, após colocar prancha e coxins o paciente estar com total controle ai vamos fazer o resto do procedimento”.E9</p>
<p>DSC: Geralmente agente usa controle de cervical, colar cervical coloca em prancha coloca os cintos pra movê-lo o mínimo possível. O primeiro passo é o controle cervical, você vai por sua mão em forma de V na testa do paciente se apoiar atrás dele e pôr o colar cervical e colocá-lo na prancha. Ao chegar ao local o paciente estiver deitado agente controla a cervical dele orienta ele pra não mexer e agente continua com o controle até o socorrista vir com a prancha e o colar, agente coloca o colar não solta o controle, pois é o mais importante na vítima de trauma, após colocar prancha e coxins o paciente estar com total controle ai vamos fazer o resto do procedimento.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

De acordo com os entrevistados todos foram unânimes em dizer que essa imobilização usada no suporte à vítima de trauma raquimedular sempre se inicia pela colocação do colar cervical, logo após prancha e transporte. Eles não citaram a

ordem correta pra que essa imobilização aconteça de forma satisfatória, somente dizem a importância da imobilização cervical.

Toda vítima de trauma deve ser manuseada com o máximo cuidado para não agravar suas lesões e ferimentos. Isso é extremamente importante em vítimas com suspeita de lesão na coluna vertebral ou confirmadas com traumatismo raquimedular.

Segundo Ferraz, (2001) antes de imobilizar a vítima, é preciso ter em mente o potencial gerador de sequelas dessa ação. Dessa forma deve-se adotar uma sequencia padrão na abordagem com quatro passos distintos: IMOBILIZAÇÃO: a ação deve ser conjunta com toda equipe, a fim de impedir qualquer movimento do corpo da vítima, espontâneo ou provocado. É necessário imobilizar manualmente todo o corpo, com atenção especial na cabeça, cintura escapular, cintura pélvica, nessa ordem respectivamente, seguida dos membros inferiores. E por ultimo uma única pessoa fica responsável pela imobilização cervical.

Logo após inicia-se o alinhamento da vítima. FIXAÇÃO: após ter conseguido o melhor alinhamento possível da vitima, esse deve ser fixado com os equipamentos adequados - colar cervical, tabua de imobilização, colete de imobilização - Deve-se seguir uma ordem de fixação em sequencial: o tronco com fixação da porção superior e inferior; a seguir cabeça e por últimos membros inferiores. REMOÇÃO: a elevação e posterior retirada da vitima do local para seu deslocamento até a ambulância (FERRAZ, 2001).

Quadro 8- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Como é feito o transporte dessas vítimas de trauma raquimedular e que critérios são utilizados?

IC – I	ECH
	<p>- <i>“...O mais rápido possível dentro das seguranças e dentro das técnicas do nosso conhecimento”.E1</i></p> <p>-<i>“O transporte e feito igual a todos os outros de forma rápida já que o paciente tá todo imobilizado a ambulância pode mexer que não tem problema”.E5</i></p>

De maneira rápida e com segurança	<p>-“Essas vítimas são transporte rapidamente e com total segurança”.E6</p> <p>-“ Mas é preciso transportar rápido com critérios de segurança tanto para o paciente quanto para a equipe”.E13</p>
<p>DSC: o mais rápido possível dentro das seguranças e dentro das técnicas do nosso conhecimento, o transporte e feito igual a todos os outros de forma rápida já que o paciente tá todo imobilizado a ambulância pode mexer que não tem problema. Essas vítimas são transportadas rapidamente e com total segurança, mas é preciso transportar rápido com critérios de segurança tanto para o paciente quanto para a equipe.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

O que observamos no relato dos entrevistados, é a preocupação com a rapidez ao levar o paciente, pois eles acreditam que essas vítimas precisam ser levadas o mais rápido possível, dentro dos parâmetros de segurança sendo que os mesmo não foram relatados.

Segundo Oliveira (2001) o tratamento de indivíduos com trauma raquimedular se inicia no local do acidente. A imobilização do pescoço e o transporte do paciente sobre pranchas rígidas devem ser sempre realizados. O agravamento da condição neurológica pode ocorrer se, no local do trauma, as medidas básicas de atendimento forem negligenciadas. Isso é chamado “segundo trauma”. Na verdade, esta lesão foi decorrente da imperícia do tratamento, e poderia ter sido facilmente evitada.

Os profissionais do APH que atuam no atendimento em unidades móveis de urgência e emergência, sejam do sistema de saúde público ou privado, têm papel fundamental, pois deles dependem a prevenção de sequelas em vítimas de trauma raquimedular. Esses profissionais devem estar capacitados e conscientes da importância de imediatamente, avaliar a segurança da cena e a cinemática do trauma, como abordar a vítima no local do evento, determinando o possível trauma e transporta-la para o hospital que confirmará ou não o trauma raquimedular através de imagens diagnósticas (VELASCO, 2003).

Em muitas situações de urgência pré-hospitalar ações de salvamento e resgate precisam ser realizadas antes do atendimento propriamente dito, ou seja, pode ser necessário proteger a vítima de situações normalmente adversas e que por elas mesmas constituem risco de morte, sendo necessário para tanto a utilização de equipamentos específicos e pessoas treinadas e habilitadas para a sua utilização.

Para que esse transporte aconteça com segurança e eficiência e necessário atentar para alguns tópicos: Condições climáticas, rotas e fluxo para o hospital mais próximo, hora e dia da semana. Outras informações a critério do serviço. Para que o SAMU possa funcionar de forma apropriada é importante que você saiba utilizar esse serviço. O tempo e os recursos gastos com isto pode fazer com que atrase o atendimento a um paciente em situação de ameaça imediata à vida (OLIVEIRA, 2001).

No trauma não se pode perder tempo; diagnóstico e tratamentos são aplicados simultaneamente e muitas vezes, os tratamentos antecedem ao diagnóstico definitivo. Porém, pode-se perceber que nem sempre a urgência no transporte pode salvar ou minimizar sequelas que precisam se atentar a outros fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência, pois muitas vezes profissionais levam os paciente sem uma completa estabilização e esse vem a óbito durante o transporte (LIMA, et al, 2003).

Então, percebe-se que nem sempre a melhor escolha é transportar o mais rápido possível, pois a estabilização, a imobilização, a escolha do caminho são fatores que interferem diretamente nessa assistência, pois muitas vezes a pressa no transporte pode fazer com que o quadro do paciente se agrave se o mesmo não estiver imobilizado corretamente em prancha ideal para essa vítima e com colar cervical ideal para esse tipo de vítima.

Quadro 9 - Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Você acha necessária a realização desse suporte por parte da equipe de enfermagem a vítima de trauma raquimedular? Por quê?

IC – I	ECH
	- “... nosso objetivo e salvar vítimas e minimizar sequelas”.E1

<p>Sim</p>	<p>-“<i>Bem necessária, pois é nessas horas que podemos ajudar o paciente minimizando danos posteriores</i>”. E2</p> <p>-“ <i>Dá o nosso melhor no atendimento à vítima então esse atendimento e muito necessário</i>”. E3</p> <p>-“<i>Por se tratar de a enfermagem fazer parte da equipe que salva vidas minimizando o sofrimento deles</i>” .E4</p> <p>-“ <i>Logicamente se você dá um suporte a essa vítima com as técnicas apropriadas com certeza essas lesões vão ser bastante diminuídas e talvez não venham a ficar com sequelas quando não é dado o atendimento de qualidade a probabilidade desse paciente ficar com sequelas é bem maior</i>”. E7</p>
<p>DSC: <i>Logicamente se você dá um suporte a essa vítima com as técnicas apropriadas com certeza essas lesões vão ser bastante diminuídas e talvez não venham a ficar com sequelas, quando não é dado o atendimento de qualidade a probabilidade desse paciente ficar com sequelas é bem maior, por se tratar de a enfermagem fazer parte da equipe que salva vidas minimizando o sofrimento deles, devemos sempre dá o nosso melhor no atendimento à vítima então esse atendimento e muito necessário, pois é nessas horas que podemos ajudar o paciente minimizando danos posteriores . Nosso objetivo e salvar vítimas e minimizar sequelas.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Todos os participantes concordam que é necessária a realização desse suporte por parte da equipe de enfermagem a vítima de trauma raquimedular e que a assistência bem elaborada pela equipe de enfermagem só tende a contribuir com

a prática do cuidado, como também contribui para melhoria e reabilitação do paciente.

A equipe de enfermagem das unidades de emergência aliam á fundamentação teórica (imprescindível) à capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (FIGUEIREDO, 2008).

Por isso, a constante atualização destes profissionais é necessária, pois, desenvolvem com a equipe médica habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos (CÂMARA, et al, 2010).

Frente às características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe torna-se crucial. A equipe de enfermagem deve ser composta pessoas tranquilas, ágeis e de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Estes profissionais devem estar preparados para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (CÂMARA, et al, 2010).

Em síntese, esses profissionais necessitam compreender o processo de assistência à vítima de trauma raquimedular e desenvolver as habilidades necessárias (ANDRADE, CAETANO, SOARES, 2000).

Pode-se perceber que esses profissionais sabem o quão é importante essa assistência por parte deles, e que eles precisam sempre estar abertos à procura de novos conhecimentos a cerca deste assunto para prestar uma assistência cada vez melhor.

Quadro 10- Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: Diante do que foi discutido aqui, você se sente preparado para realizar esse tipo de avaliação e imobilização? Por quê?

IC – I	ECH
--------	-----

<p>Sim, pela experiência profissional.</p>	<p>- <i>“... minha experiência me ajuda e nos seres humanos agente tem aquele dom de solidariedade de poder e querer ajudar as pessoas de qualquer forma”... .E1</i></p> <p>-<i>“Me sinto muito preparada pois nove anos de SAMU, dá um conhecimento muito bom”.E2</i></p> <p>-<i>“...A vivencia é muito importante nesse momento, nos deixando preparados”.E4</i></p> <p>-<i>“ O conhecimento no SAMU só vem com a experiência adquirida na nossa vivencia”.E11</i></p>
<p><i>DSC: O conhecimento no SAMU só vem com a experiência adquirida na nossa vivencia. A vivencia é muito importante nesse momento, nos deixando preparados, me sinto muito preparada, pois nove anos de SAMU, dá um conhecimento muito bom, minha experiência me ajuda e nos seres humanos agente tem aquele dom de solidariedade de poder e querer ajudar as pessoas de qualquer forma.</i></p>	
<p>IC – II</p>	<p>ECH</p>
<p>Sim pela educação continuada.</p>	<p>-<i>“ Temos os curso, sempre estamos sendo reciclados pelo SAMU nacional e cada vez mais agente vai aprendendo a ter mais renovação”... .E3</i></p> <p>-<i>“...Muitos treinamentos e práticas de imobilização”...E4</i></p> <p>-<i>“Olhe sinto-me muito preparado até mesmo por que o SAMU tem um núcleo de educação permanente e sempre fica tendo treinamentos para toda a equipe”.E9</i></p> <p>-<i>“...Temos treinamentos continuado e fizemos muitas simulação antes de ir para</i></p>

	<i>rua fomos para rua preparados”.E10</i>
<p><i>DSC: Olhe sinto-me muito preparado até mesmo por que o SAMU tem um Núcleo de Educação Permanente e sempre ficam tendo treinamentos para toda a equipe, muitos treinamentos e práticas de imobilização, Temos os curso, sempre estamos sendo reciclados pelo SAMU Nacional e cada vez mais agente vai aprendendo a ter mais renovação, temos treinamentos continuado e fizemos muitas simulação antes de ir para rua fomos para rua preparados.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Ao serem perguntados se eles se sentem preparados pra atender a vítima de trauma raquimedular todos os entrevistados foram unânimes em dizer que sim. Na ideia central 1, eles dizem que se sente preparados devido a experiência no atendimento a essas vitimas e na ideia central 2 eles dizem que sim devido a educação continuada que recebem.

Segundo Ferreira (2007) ele diz que para diminuir a incidência do evento, como também das sequelas, esses profissionais precisam estar em completa sintonia com a qualidade da prática desse atendimento e na busca pelo saber e pela atualização dos conhecimentos. Sabemos que o conhecimento é a chave de futuras mudanças de poder, tendo em vista que ele abre novos horizontes e novas possibilidades de crescimento pessoal e construção social (FERREIRA, 2007).

A equipe de enfermagem que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (ANDRADE, CAETANO, 2000).

É valorizado não apenas o que se sabe, mas, principalmente a habilidade prática advinda desse saber. Assim, tem-se verificado uma ênfase na questão da busca da qualificação constante da equipe de enfermagem. No entanto, as mudanças na natureza do trabalho e as exigências de qualificação requerem dos trabalhadores em geral, especialmente da enfermagem, uma atitude multiquificada e polivalente (REZENDE et al, 2001).

Supomos que esses entrevistados por possuírem um conhecimento pouco delimitado, não se auto-avaliaram apto ou inapto a partir das suas limitações, ao passo que pela sua rotina prática, julgue-se detentor do conhecimento específico por ser eles que, na grande maioria, atua diretamente com o paciente e julgam-se assim preparados para tal assistência (REZENDE et al, 2001).

No entanto, quando estes dados foram cruzados aos questionamentos anteriores pode-se perceber que esses entrevistados apenas descreveram e sequenciaram corretamente os passos que constituem a avaliação primária no APH a essa vítima, quanto ao atendimento mais elaborado em relação à avaliação neurológica e técnicas específicas da imobilização e transporte dessas vitima houve diminuição na descrição e sequencia lógica dos passos a serem seguidos (CAMPOS et al, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de qualidade da assistência é algo complexo, e exige o conhecimento específico a cerca das estratégias buscando um aprimoramento, a capacitação e a conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância e benefícios que uma assistência qualificada pode trazer na minimização de sequelas e possíveis óbitos das supostas vítimas de TRM.

Com esse propósito o presente estudo, buscou investigar assistência de enfermagem as vítimas de trauma raquimedular no serviço de atendimento móvel às urgências SAMU no município de Mossoró-RN.

A partir dos resultados foi possível perceber que a compreensão da assistência ainda é bastante limitada por parte dos entrevistados, muitos demonstravam dificuldade em interagir no momento da entrevista. O nervosismo e a vergonha durante os questionamentos eram bastante visíveis, podendo isto estar relacionado com a limitação de conhecimentos que esses demonstraram no momento das respostas dos questionamentos, justificando todas as respostas pelos muitos anos de experiência que eles possuíam, muitas vezes deixando claro no momento das indagações que estavam satisfeitos com a assistência que prestavam a essas vítimas.

O que se percebeu também é uma carência de um nível assistencial atualizado, dinâmico e individualizado pelo profissional a cada vítima. Por esses profissionais já trabalharem a anos nessa assistência, é como se eles já tivessem se acostumado e acham que são detentores do conhecimento só pelos anos de experiência e sabe-se que o processo saúde-doença está em constante mudança e esses profissionais precisam estar abertos para atualização, ainda foi citado por alguns dos entrevistados que o SAMU dispõe de capacitações periodicamente mais que muitos faltam, pois já estão nos plantões cansados e não tem mais o mesmo entusiasmo para aprender e quando estão em casa existem outros motivos que os privam a vim ate a sede do SAMU para as atualizações.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados uma vez que foi possível avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem as vítimas de trauma raquimedular, bem como sua prática, além do que permitiu a pesquisadora aprofundar seus conhecimentos na área da pesquisa.

Diante disso e na busca de contribuir com uma assistência de enfermagem de qualidade este estudo propõe uma reflexão a cerca da responsabilidade que temos enquanto cuidadores. E com isso espera-se realmente da enfermagem: competência, prudência e respeito ao indivíduo que necessita de cuidados. Por isso deve-se sempre buscar conhecer de forma geral todos os assuntos que nos instiga ao conhecimento, para que a aplicação na prática seja realmente realizada com caráter científico, ou seja, sabendo o que, porque, para que e para quem está se fazendo algo.

Acredita-se que os resultados aqui obtidos possam colaborar de forma positiva para o cuidado que prestaremos como profissionais de saúde as supostas vítimas de trauma raquimedular, já que compreendemos as reais necessidades desta assistência .

Esperamos que esta pesquisa venha a somar e embasar outros trabalhos que abordem esta ou alguma temática relacionada à vítima de TRM, como também melhorar o entendimento sobre outras questões envolvendo a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE LM, Caetano JF, Soares E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev RENE**; v.1, n.1, p. 91-7, 2000.
- AMARAL, D. G. Organização Anatômica do Sistema Nervoso Central. In: KANDEL, E.R.; SCHWARTZ J. H.; THOMAS M. **Princípios da Neurociência**. São Paulo: Manole, 2003.
- ATENDIMENTO Pré-Hospitalar ao Traumatizado:(PHTLS) Básico e Avançado. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. de. O Trabalho em Emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 3, set/dez. 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>> Acesso em: 12 nov. 2014.
- BORTOLOTTI, F. **Manual do Socorrista**. 1. ed. Porto Alegre: Expansão, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Espaço Gestor- SAMU**. 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/espacogestor>>. Acesso em: 17 Mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. Resolução 466\12. **Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU-192: O que é SAMU?** 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?.> Acesso em: 14 Abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2657 de 16 de Dezembro de 2004. **Estabelece as Atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das Centrais samu-192**. Brasília, 2004.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 4. Ribeirão Preto, jul/ago. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>. > Acesso em: 05 nov. 2014.
- BRITO, L.M.O. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. **Rev. Col. Bras. Cir**, v.38, n.5, p.304-309, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n5/a04v38n5.pdf>. Acesso em: 14 Abr. 2014.
- BRUNI, D. S.; STRAZZIERI. K. C.; GUMIEIRO, M.N.; GIOVANAZZI,R.; SÁ, V.G.; FARO, A.C.M. Aspecto fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na

realibitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**; São Paulo, v.1, n.8, out.2004.

CÂMARA, S.M.C, et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade Neonatal: relato de experiência. **Revista Tendências da enfermagem profissional**, v.2, n.2, p. 38-41, 2010.

CAMPOS M.F. et al. Epidemiologia da Coluna Vertebral no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Heliópolis. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.35, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc> Acesso em: 28 abr. 2014

CAMPOS, MF. et al. Epidemiologia do trauma da coluna vertebral. **Revista do Colégio Bras. Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35 n.2 mar - abr., p.88-93, 2008.

COSTA JÚNIOR, Fernando. **Atuação da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar**. 2010. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABnUOAF/atuação-enfermagem-no-atendimento-pre-hospitalar>. Acesso em 18 Maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311/2007 Revoga a Resolução COFEN nº240/2000 e aprova o **novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/legislacoes/anexos/resolucao-cofen-311-2007-codigo-etica.pdf>. Acesso em :10 maio 2014.

DANGELO, J.G.; FANTTINI, C.A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 2. ed. São Paulo: Editora Ateneu, 2006.

DEFINO, H.L.A. Trauma raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, p. 388-400, out./dez.1999.

DELISA, J. A. **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2004.

DINIZ, I.V. et al. Caracterização das vítimas de Acidente de trânsito que apresentaram Traumatismo Raquimedular. **Rev. Bras. de Cienc. Saúde**, v.16, n.3, p.317-378, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 02 Abr. 2014.

DINIZ, I.V.; SOARES, R.A.S.; NASCIMENTO, J.A.DO.; SOARES, M.J.G.O. Caracterização das Vítimas de Acidentes de Trânsito que Apresentam Traumatismo Raquimedular. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde PB**, v.16, n.3, p.371-378, 2012.

FARO, A. C. M. et al. **Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa lesado medular**. 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/v38n1/09.pdf Acesso em: 09 Nov. 2014.

FERRAZ, I.L.B. Taxa de Mortalidade por Acidente de Trânsito e Frota de Veículos. **Revista Saúde Pública**, n.35, p.262-8, 2001.

- FERREIRA, P.B.P. O processo de cuidar do enfermeiro em unidade de terapia intensiva adulto: uma análise dos conhecimentos utilizados. 130f .Natal, [RN], 2007.
- FRISON, V.B. et al. Estudo do perfil do trauma raquimedular em Porto Alegre. **Fisioter. Pesq**, v.20, n.2, p. 165-171. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org-10.1590-s1809-20502013000200011>>. Acesso em 15 Mar. 2014.
- FIGUEIREDO, N. M. A (Org). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.
- GREVE JUNIOR, D.; CASALIS, M. E.; TARCÍSIO FILHO, E. P. B. **Diagnóstico e tratamento da Lesão Medular**. Roca, São Paulo. 400p. 2001.
- GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 4. ed.São Paulo: Editora Atlas,2002.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: atlas, 2009.
- HARDING, Andrew. **STROKE SCALES YOU USE**. Washington St, Taunton. 2010.
- HEBERT, L. C. **Ortopedia e Traumatologia**: Princípios e prática. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: UDUCS, 2005.
- LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Uma nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS,2000.
- LENT, R .Os Sentidos do Corpo. In: LENT, R. **Cem Bilhões de Neurônios Conceitos Fundamentais de Neurociência**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- LINS, T.H. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. **Rev. Eletrôn. De Enferm**, v.15, n.1, p.34-43, Jan.-Mar, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>>. Acesso em 14 Abr. 2014.
- LIMA,R.R.A. et al. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**: relatório executivo. Brasília. DF: IPEA, p. 22-29. 2003.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MASSARO, A. R. **Abordagem diagnóstica e terapêutica do acidente vascular cerebral isquêmico agudo**- Proposta de Programa de Atendimento Integrado ao Paciente com AVC Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teóricos método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis,RJ:Vozes, 2010.

MOORE, K.L. DALLEY. A.F. **Anatomia Orientada Para a Clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, B. F. M; PAROLIN. M. K. F.; TEXEIRA JUNIOR, E. V. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, B. F. M. et al. Trauma: **Atendimento pré-hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.153-187.

PAIVA, W.S.; BROCK, R.S. **Traumatismo Raquimedular**. 2011. Disponível em: www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2266/traumatismo_raquimedular.hpn Acesso em: 02 Abr. 2014.

PARREIRA, J. G. et al. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motocicletas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado.**Rev Assoc Med Bras**, v.58,n.1,, p.76-81, 2012.

PIERI. A. **Atualização Terapêutica**. Universidade Federal de Medicina. São Paulo, 2008.

POLI, D. F; BECK, C T.; HUNGLES, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. Ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PORTO, C.C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

REZENDE, MS et al. O perfil das vítimas de trauma atendidas na esfera hospitalar no município de Santa Cruz do Sul / Rio Grande do Sul. **Revista Nursing**, n. 55, p. 18-22, dez. 2001.

REBEH, S.A.; CALIRI, M.H.L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal, 2010. **Acta Paul. de Enferm**, v.23, n.3, p321-327, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a02>. Aceso em 02 Abr. 2014.

RICHARDSON, R.J.; PERES,J.A.S. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROMERO CH. **Análise Ultra-Sonográfica das Vias Urinárias Pré e Pós Auto-Cateterismo Vesical em Pacientes Com Lesão Medular**. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Pontifica Universidade Católica; 2008.50p.

SANTOS, T.S.C.; GUIMARÃES, R.M.; BOEIRA, S.F. Epidemiologia do Trauma Raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.4, p.747-753, out.-dez, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/15.pdf . Acesso em 16 Mar. 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.v.4.

SILVA, D. W.; SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. Atuação profissional de moto boys e fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito em Londrina, PR. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 2, p.1-5, 2008.

SILVA, R.M.P da. **Epidemiologia do Trauma**. 2012. Notas de Aula.

SOUSA, Wanessa Resende. Levantamento Das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU no Município de Cuiabá/MT Baixada Cuibana no ano de 2009. **Emergência clínica**, v.6,n.27, p.183-188, 2010.

VENTURINI da, DECÉSAR, M.N. MARCON, S.S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p. 589-596, 2007.

VELASCO, I.T. **Propedêutica na emergência**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p.406.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. > Acesso em: 11 nov. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada como **Assistência de enfermagem às vítimas de trauma raquimedular no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU** será desenvolvida por Izabela Gama de Lima , aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró sob a orientação do pesquisador responsável Prof. Carlos Augusto da Silva Almeida. A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a assistência de enfermagem às vítimas de trauma raquimedular no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.

Os objetivos específicos: Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do SAMU acerca da avaliação neurológica e imobilização cervical; Identificar na opinião dos profissionais de enfermagem as dificuldades para a realização da assistência às vítimas de trauma raquimedular .

O motivo a realizar essa pesquisa originou-se na observação feita a assistência de enfermagem a vitima de TRM nos estágios e percebido também que nos países em desenvolvimento como o Brasil o número de vitimas de TRM vem aumentando bastante, trazendo diversos tipos de complicações e gastos de modo geral para a sociedade.

Essa pesquisa será importante para contribuir com a assistência prestada pelo enfermeiro a vitima de TRM, facilitando seu trabalho e conseqüentemente melhorando as resposta desses paciente, e evitando possíveis sequelas dessas vitimas.

Diante do exposto questionamos: Como se configura a avaliação neurológica e imobilização cervical por parte dos profissionais de enfermagem às vítimas de TRM no atendimento de urgência no Município de Mossoró-RN? E como se dar a assistência de enfermagem do forma mais detalhada a essa vítima de trauma raquimedular durante o pré atendimento?

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios (melhora da assistência por parte dos profissionais de enfermagem, fonte de estudo para outras pesquisas, diminuição de gastos com sequelas das vítimas de TRM com uma melhor assistência) superam os riscos.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista e gravado em um gravador, para melhor análise dos dados esses dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE¹.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____ / ____ / 2014

Prof^a Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida²
Pesquisador responsável

Participante

¹ **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

² Pesquisador Responsável: Carlos Augusto da Silva Almeida
Endereço profissional do Pesquisador: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000 **E-mail do pesquisador:** carlos_enf@facenemossoro.com.br **Fone de contato profissional:** (84)3312-0143

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista de Pesquisa

Nº do roteiro: _____

Idade: _____ **Tempo de serviço:** _____ **Profissão:** _____

- 1- O que você entende por TRM?
- 2- O que você entende por avaliação neurológica?
- 3- Descreva a assistência de enfermagem a vítima de TRM?
- 4- Como é feita o exame físico em pacientes traumatizados?
- 5- Descreva a avaliação neurológica usada nessas vítimas?
- 6- Sente alguma dificuldade para a realização do exame físico e avaliação neurológica?
- 7- Descreva a técnica de imobilização usada na suposta vítima de TRM ?
- 8- Como é feita a imobilização e transporte das vítimas? Que critérios são utilizados?
- 9- Você acha necessária a realização desse suporte por parte da equipe de enfermagem a vítima de TRM? Por Quê?
- 10- Diante do que foi discutido aqui, você se sente preparado para realizar esse tipo de avaliação e imobilização? Por Quê?

ANEXO