

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

GIULLIA VALESKA AQUINO DE MEDEIROS

**COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM
LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR**

MOSSORÓ

2017

GIULLIA VALESKA AQUINO DE MEDEIROS

**COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM
LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como exigência parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): PROF. ESP. DIEGO HENRIQUE JALES BENEVIDES

MOSSORÓ

2017

GIULLIA VALESKA AQUINO DE MEDEIROS

**COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM
LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia apresentada pela aluna, GIULLIA VALESKA AQUINO DE MEDEIROS do curso de Bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)

ORIENTADOR

Prof. Esp. Livia Helena Morais Freitas (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof. Esp. Jackson Francisco da Silva (FACENE/RN)

MEMBRO

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças e sabedoria para vencer essa batalha e por ter iluminado o meu caminho até alcançar meu objetivo.

Aos meus pais: Medeiros e Rita que não mediram esforços para me ajudar nessa luta, sem vocês não teria chegado até aqui.

A minha irmã: Joyce que me ajudou e contribui diariamente.

Ao meu esposo: José que não mediu esforços para me ajudar, pela sua atenção e paciência, todo o incentivo diariamente.

A todos meus familiares e amigos, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando.

Agradeço a meu orientador Diego pela atenção, paciência e por todo o incentivo.

A todos os meus professores do curso pelos ensinamentos durante a minha vida acadêmica, saibam que levarei cada um no cantinho do meu coração.

RESUMO

A lesão medular é um agravo inesperado na medula espinhal que pode ser causado por acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, quedas e afogamentos. E estão fundamentados em específicos sinais e sintomas, estabelecendo à necessidade de uma assistência de enfermagem qualificada e um plano de cuidados adequado. O estudo objetiva analisar a compreensão do trabalho que o enfermeiro desempenha ao paciente com lesão raquimedular no Hospital Regional do Estado do Rio Grande do Norte-RN. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A população foi formada por enfermeiros de ambos os sexos, sendo representado pela amostra de oito enfermeiros do pronto socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) no Município de Mossoró do Estado do RN. Os dados coletados da pesquisa qualitativa foram analisados e organizados de acordo com teoria de Bardin. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, em todo o processo houve o anonimato e sigilo das informações confidenciais, de acordo com os princípios éticos e legais que constam na Resolução do Conselho Nacional de Saúde. Todas as despesas decorrentes da pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa sob número de protocolo CEP: 205/2017 e CAAE: 79194817.5.0000.5179. Sobre a avaliação do estudo, os entrevistados responderam sobre a recepção que estes realizam junto a seus pacientes, as condutas realizadas por estes quando recebem os pacientes, a presença da sistematização da assistência da enfermagem e os obstáculos e dificuldades da assistência. Ficou evidente na pesquisa que os enfermeiros sentem grandes dificuldades na atuação junto aos pacientes com lesão raquimedular por falta de recursos não apenas materiais como também recursos humanos. Ainda ficou claro que nem todos os enfermeiros que atuam na vertente do pronto socorro possuem cursos atuais, ou seja, alguns dos enfermeiros não tem possibilidades de educação continuada em assuntos específicos da atuação profissional.

Palavras - Chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Lesão raquimedular.

ABSTRACT

Spinal cord injury is an unexpected injury to the spinal cord that can be affected by traffic accidents, gunshot wounds, falls and drownings, are based on specific signs and symptoms, establishing a need for skilled nursing care and a care. This study aims to analyze the understanding of the work that the nurse performs to the patient with spinal cord injury at the Regional Hospital of the State of Rio Grande do Norte-RN. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The population was formed by nurses of both sexes, being represented by the sample of eight nurses of the emergency room of the Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) in the Municipality of Mossoró of the State of RN. The data collected from the qualitative research were analyzed and organized according to Bardin's theory. The participants were clarified about the research, in the whole process there was the anonymity and confidentiality of confidential information, in accordance with the ethical and legal principles contained in the Resolution of the National Health Council. All expenses arising from the research were entirely the responsibility of the researcher. The project was approved by the Ethics and Research Committee under protocol number: 205/2017 and CAAE: 79194817.5.0000.5179. Regarding the evaluation of the study, the respondents answered about the reception they perform with their patients, the behaviors performed by them when they receive the patients, the presence of the systematization of nursing care and the obstacles and difficulties of care. It was evident in the research that nurses feel great difficulties in working with patients with spinal cord injury due to a lack of resources, not only materials but also human resources. It is still clear that not all nurses working in the emergency department have current courses, that is, some of the nurses do not have the possibility of continuing education in specific subjects of professional activity.

Keywords: Nursing. Nursing care. Spinal cord injury.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos (as) enfermeiros (as) participantes.....	29
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização e problematização	10
1.2 Justificativa	11
1.3 Hipótese	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 Lesão Raquimedular	14
3.2 Epidemiologia do TRM	14
3.3 Biomecânica da lesão raquimedular	15
3.4 Anatomia e fisiologia da medula espinhal e coluna vertebral.	16
3.5 Causas relacionadas à lesão raquimedular:	18
3.6 Complicações em lesões raquimedulares:	18
3.6.1 Choque Neurogênico:	18
3.6.2 Choque Medular:	19
3.7 Sinais e sintomas do paciente com lesão raquimedular	19
3.8 Avaliação e atendimento ao paciente lesionado:	20
3.9 Indicações para imobilização da coluna cervical:	20
3.10 Tratamento em pacientes com lesão raquimedular	21
3.11 Sistematização da assistência de enfermagem e intervenções	22
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
4.1 Tipo da pesquisa	24
4.2 Local da pesquisa	24
4.3 População e amostra	25
4.4 Roteiro de entrevista semiestruturada	25

4.5 Procedimento da coleta	26
4.6 Análise de dados	26
4.7 Aspectos éticos	27
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra.....	29
5.2 Análise sobre a temática.....	30
5.2.1 Recepção do paciente no serviço de urgência e suas complicações.....	30
5.2.2 Conduas realizadas	31
5.2.3 Presença da Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	33
5.2.4 Obstáculos e dificuldades da assistência	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	42
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	43
APÊNDICE B -ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	45
ANEXO.....	46
ANEXO A - CERTIDÃO	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e problematização

A lesão medular é advinda de uma síndrome que torna o paciente incapacitado temporariamente ou permanentemente e esta incapacidade pode causar alterações sensitivas, motoras e/ou autônomas. A lesão traumática medular é uma agressão significativa à fisiologia da coluna vertebral e medula espinhal (FREITAS et al, 2006).

Segundo Silva (2010), a lesão raquimedular é uma das mais graves lesões capazes de incapacitar o ser humano. Esta lesão pode ser completa ou parcial e se dá por um evento traumático acometido por acidentes com automóveis, agressão ou lesões através da prática de esportes, entre outros.

Compreende Mancusi-faro (2003) que a lesão medular vem sendo considerado um problema alarmante tanto no exterior como no Brasil e que as evidências só tendem a aumentar com os anos. Assim a OMS (2013) estima que no Brasil que aproximadamente 500 mil pessoas/ano se incapacitam por lesões na medula, sendo que em determinadas regiões os casos são mais alarmantes do que outros como é o caso da região Nordeste que concentra 91 casos/milhão de habitantes (RIEDER, 2014).

O enfermeiro participa substancialmente do cuidado prestado ao doente com lesão raquimedular, sobretudo nos serviços de urgência e emergência. De acordo com Medeiros e Tavares (1997) os primeiros cuidados direcionados pelo enfermeiro eram mais relacionados à intuição, sem tantas técnicas e estudos constantes.

Os enfermeiros ou assistentes da equipe médica atuavam baseados nas causas que ajudavam a solucionar. Já no século XXI a atuação dos mesmos já é baseada em muitas técnicas, em busca de melhorar seu direcionamento e cuidados com os pacientes. A atuação do enfermeiro é considerada primordial para recuperação do indivíduo e utiliza como ferramenta importante a avaliação inicial do atendimento ao traumatizado (MEDEIROS; TAVARES, 1997).

Na abordagem inicial ao paciente com suspeita de lesão raquimedular, o socorrista deve avaliar a cena e verificar a biomecânica do trauma podendo ser apresentado em trauma fechado (acidentes automobilísticos ou queda de altura) ou trauma penetrante (arma de fogo, esfaqueamento), realizando assim a imobilização da coluna vertebral do paciente dando início a avaliação primária seguindo as etapas do ABCDE, após esse procedimento, efetivar a avaliação secundária realizando o exame físico e exame neurológico (PHTLS, 2016).

A lesão raquimedular possui várias causas, entretanto, podemos observar na segunda fase da lesão o choque medular e choque neurogênico que se caracteriza pelo baixo nível de sangue oxigenado, comprometendo a sensibilidade e a função motora do paciente (PHTLS, 2016).

Nos sinais e sintomas podemos destacar dor no pescoço, dormência, formigamento ou até mesmo a paralisia total ou parcial conforme a gravidade da lesão (SOUZA, 2009). Por este motivo, podemos indicar a imobilização da coluna vertebral do paciente e para o tratamento devemos imobilizar o paciente em prancha longa, estabilizar a coluna vertebral com o uso do colar cervical e utilizar os corticosteróides (PHTLS, 2016).

Diante dos altos índices de lesão medular nos últimos anos, os enfermeiros têm se tornado peça fundamental para a recuperação dos indivíduos doentes. Isto ocorre pela demanda de atividades no primeiro atendimento, pelo acompanhamento orientado e recomendado com os procedimentos pré-determinados pelo especialista médico, aqui traumatologista e neurologista. São atividades: administração de medicamentos que auxiliam o indivíduo lesado, tanto no físico quanto no psicológico e ainda acompanhamento das necessidades que os familiares passam no período de adaptação à situação (VENTURINI et al, 2007).

Existe também a necessidade do apoio às famílias no sentido de orientar como tratar o indivíduo com as limitações e fazer com que este se sinta seguro e confortável no ambiente familiar. A segurança que os profissionais de saúde transmitem a família é tão importante quanto à segurança para o indivíduo lesionado, estes precisam aprender a ingressar novamente na sociedade sem que seja preciso achar que se torna especial ou diferente, mas aceitar suas limitações e trabalhar elas dentro do mesmo contexto anterior ao acidente.

Conforme Tannure et al (2009) existe também no processo de enfermagem a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é constituído por cinco etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Seguindo esses parâmetros, a equipe de enfermagem realiza o plano de cuidados específicos e de qualidade para o estado de saúde do paciente com lesão raquimedular.

1.1 Justificativa

O estudo foi desenvolvido a partir da análise da compreensão do trabalho que o enfermeiro desempenha ao paciente com lesão raquimedular no pronto ocorro da instituição pesquisada. O interesse neste tema surgiu durante as práticas em enfermagem da disciplina Enfermagem em Urgência e Emergência, onde foi visualizada a necessidade de uma maior

atenção ao doente por Trauma Raquimedular - TRM e pelo plano de cuidados sistematizado da enfermagem no atendimento ao paciente com lesão raquimedular em seu ambiente de trabalho.

Diante da importância em discutir acerca da compreensão do trabalho que o enfermeiro desempenha ao paciente com lesão raquimedular e a percepção da SAE no serviço, almeja-se com esta pesquisa dispor o conhecimento do enfermeiro diante deste agravo e estabelecer o nível da sistematização da enfermagem nos hospitais com o paciente lesionado, contribuindo assim para o meio acadêmico, incentivando pesquisas sobre o assunto, para continuar com a construção de saberes na enfermagem e incentivar os profissionais de enfermagem a se atualizarem sobre as condutas estabelecidas com o agravo.

1.3 Hipótese

A Lesão Raquimedular massifica as portas de entrada hospitalares com suas diversas causas, fortalecidas pelos elevados índices de doentes traumatizados por causas externas, como por exemplo, acidentes e violência.

Subtende-se que há necessidade de efetivo atendimento no local do trauma, com seguimento da abordagem primária qualificada, remoção e transporte seguro ao hospital. Nota-se ainda que a cobertura em serviço móvel de urgência ainda carece de recursos materiais e humanos em quantidade satisfatória, como também veículos para as demandas. O serviço hospitalar necessita de organização para atendimento em local apropriado, com espaço destinado aos traumáticos em observação hospitalar na urgência.

Percebe-se que os corredores das urgências evidenciam a dificuldade de espaço físico e leitos hospitalares suficientes, prejudicando a avaliação dos pacientes com trauma raquimedular sugestivo e ainda seguimento para espaço próprio de atenção pela equipe de enfermagem.

Presume-se que o enfermeiro deve realizar o acolhimento com classificação de risco ao paciente com lesão medular, voltando a atenção para o paciente, compreendendo que uma lesão irreparável à medula espinhal pode deixar danos prolongados, como a paralisção do doente. O profissional ainda necessita de treinamentos e atualizações permanentes para avaliação inicial e seguimento dos cuidados de enfermagem à proteção da coluna vertebral e medula espinhal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a compreensão do trabalho do enfermeiro ao paciente com Lesão Raquimedular no contexto hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a situação social e profissional dos participantes da pesquisa;
2. Verificar o conhecimento dos entrevistados com relação à lesão raquimedular;
3. Identificar atividades desempenhadas pelo enfermeiro ao paciente com lesão raquimedular;
4. Analisar na opinião dos entrevistados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o paciente com lesão raquimedular.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Lesão Raquimedular

A lesão medular é um traumatismo causado por alguma situação de risco vivenciada por um indivíduo, sejam em situações de acidentes automobilísticos, acidentes com arma de fogo, atos de violência ou até mesmo situações causadas por alguma atividade física (RABEH; CALIRI, 2010).

Diante disso, podemos observar, que o Traumatismo Raquimedular (TRM) complica o controle do corpo e seus sistemas orgânicos relacionados, fazendo com que o mesmo em sua totalidade seja agredido, ou seja, a lesão afeta a coluna vertebral e associa-se tanto a traumas cranioencefálico quanto ao politraumatizado (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007).

Dessa maneira, Sousa et al (2013) afirma que o TRM pode provocar problemas tanto neurológicos, como autônomos ou ainda perda significativa da função motora. O trauma raquimedular apresenta importante repercussão clínica já que pode deixar os pacientes em condições de paralisia total ou parcial.

Ainda Araújo e Kurthy (2012) mencionam que a lesão medular é considerada a perda ou conseqüente diminuição das funções: motora, sensitiva ou autonômica, essa lesão pode ser completa ou não. Compreende-se que a lesão afeta a coluna espinhal, deslocando-a ou lesionando, e dessa forma existe uma ruptura entre os estímulos entre corpo e cérebro.

Dessa forma, Forner (2014) discorre que o TRM envolve as funções reflexa, autonômicas e motora dos indivíduos e afeta não apenas o físico do indivíduo, mas também o psicológico deste, ainda também a sua família como um todo e a sociedade.

3.2 Epidemiologia do TRM

Nos EUA ocorrem 10 mil casos/ano de acidentes que ocasionam o TRM e grande parcela desses cursam com óbito ainda no local do acidente. Os acidentes são causados, pelo menos em 50% por acidente com veículos (COLLUCCI, 2003). A OMS (2013) divulgou que

na África, 70% das lesões ocorrem por causa de acidentes no trânsito, na Oceania 55% e no Sudeste Asiático são 40%.

De acordo com a OMS (2013) no Brasil aproximadamente 500 mil pessoas/ano incapacitam-se por lesões na medula. A lesão raquimedular tem índices elevados devido aos acidentes de trânsito (automóveis, motocicletas) e quedas de altura (NASCIMENTO et al, 2016). A região Nordeste possui mais registros de TRM, concentra 91 casos/milhão de habitantes e esta é seguida pelas regiões Centro-Oeste e Sudeste (RIEDER, 2014).

No Brasil, A idade média dos indivíduos com lesão medular é de 32,6 anos, levando em consideração o gênero na estatística, o sexo masculino tem uma porcentagem de 84,6% de predominância. Grande parte dessa estatística sendo voltada a acidentes de trânsito com uma porcentagem de 29,3% (SILVA et al, 2012).

3.3 Biomecânica da lesão raquimedular

A biomecânica é diretamente ligada à física, portanto é necessário o entendimento dos princípios fundamentais destas, para melhor avaliação da biomecânica do acidente, afinal a avaliação depende se o acidente foi com carro, moto, ciclistas, entre outros. A biomecânica de cada uma se difere (GONÇALVES, 2011).

Os acidentes com veículos ocorrem quando o objeto fixo faz com que a mudança de velocidade seja brusca, ou assim, o objeto atingido pelo carro, o pare rapidamente, fazendo com que o veículo absorva o impacto e que a movimentação do mesmo cesse (GONÇALVES, 2011).

A cinemática do trauma associado ao motociclista é diferente da biomecânica de uma pessoa que se acidenta de carro porque este não usa cinto e fica mais vulnerável. Na derrapada lateral, por exemplo, a vítima pode sofrer graves lesões, que incluem a extração de tecidos (CARVALHO, 2010).

Quanto à biomecânica de um impacto a um ciclista compreende-se que muitos fatores precisam ser levados em consideração, como é o caso do posicionamento do indivíduo na bicicleta, a forma que este executa os movimentos, entre outros, as técnicas do indivíduo que usa esse transporte pode ajudar muito na distribuição da força associada ao impacto; por isso a sua importância (HANSEN et al, 2002).

A cinemática do TRM relacionado ao mergulho causa compressão vertical e uma flexão extensa à coluna cervical, dessa forma o peso do corpo faz com que o indivíduo ao atingir o chão seja lesionado, e o trauma aconteça (SOMARS, 1992).

O evento traumático ocasionado por projéteis de armas de fogo propicia lesões que são proporcionais à energia projetada aos tecidos da vítima, causando assim um grau de lesão bastante penetrante, com geração de cavitação (BOLES et al, 2016).

A cavitação se estabelece quando o corpo humano está em movimento sendo impulsionado por algum objeto parado ou quando o corpo humano é atingido por objeto sólido. Ocorre o deslocamento dos tecidos da sua posição original, criando uma abertura, podendo ser essa abertura temporária ou permanente dependendo da forma do impacto sofrido (PHLTS, 2016).

Portanto, o socorrista precisa compreender sobre a Cinemática do Trauma, pois esta determina algumas situações junto a vítima. Através do entendimento sobre a Biomecânica, o socorrista consegue avaliar melhor as lesões do acidentado e garantir que situações de agravo ou mesmo óbito do paciente não ocorra, ou seja, a evolução da vítima depende, sobretudo, da avaliação feita pelos profissionais que prestam o socorro (PHTLS 2016).

Conforme Pires e Starling (2014) , 80% das lesões raquimedulares são ocasionadas pela colisão do indivíduo em movimento com um objeto parado, obtendo uma hiperextensão ou uma hiperflexão da coluna vertical. Dessa forma, podemos correlacionar o nível da lesão conforme sua localização.

As lesões na região cervical (c1, c2) podem ocasionar a ruptura do ligamento transversal devido a hiperextensão da coluna. Do nível c3 a t1 pode ocorrer o deslocamento de duas vértebras próximas com um ângulo maior que 11°, isso pode desenvolver uma ruptura ligamentar profunda. Finalizando com o nível da região lombar L2 onde possui raízes nervosas lombares e sacrais que são referências para o trauma raquimedular (PIRES; STARLING, 2014).

3.4 Anatomia e fisiologia da medula espinhal e coluna vertebral.

A coluna vertebral é constituída por uma série de ossos individuais denominados de vértebras, que ao serem articulados formam o eixo central esquelético do corpo. Apresenta flexibilidade porque as vértebras são móveis, sua estabilidade depende dos músculos e ligamentos. Apesar de ser uma entidade puramente esquelética, quando falamos de coluna vertebral na verdade estamos falando também de seus conteúdos e seus anexos (músculos, nervos e vasos) (NATOUR, 2004).

O comprimento da coluna vertebral é de aproximadamente dois quintos da altura total do corpo. Sendo a mesma constituída por 24 vértebras móveis pré- sacrais, sendo 07 cervicais,

12 torácicas e 5 lombares. As cinco vértebras abaixo das lombares estão fundidas no adulto para formar o sacro. As quatro inferiores estão fundidas para formar o cóccix. As vértebras se tornam maiores progressivamente na direção inferior até o sacro, tornando-se a partir daí sucessivamente menores (NATOUR, 2004).

Segundo Ribeiro et al (2010) a medula espinal é uma estrutura contínua com o bulbo e não existe uma linha de demarcação, sendo esta nítida entre tais estruturas. A medula fica revestida pelas meninges dura-máter, aracnoíde-máter e pia-máter, localizada no interior do canal vertebral. Seu ponto inferior é caracterizado como o limite, que se dá no segundo nível da segunda vértebra lombar (L2) em forma de um cone medular. Essa porção do SNC é a que menos sofre modificação durante o desenvolvimento.

Segundo Varella (2013) a coluna vertebral é uma pilha de ossos, com vértebras ligadas por articulações e separadas por discos de cartilagem. Essa pilha de vértebras foi organizada pela evolução da espécie para servir de apoio a outros ossos do esqueleto e proteger a medula espinal, que passa por um canal no interior da coluna e de onde saem os nervos responsáveis por todos os nossos movimentos e sensações.

A medula espinal exerce comandos regulatórios significativos no organismo. Depois de perdidas ou alteradas algumas funções medulares, a sua restauração torna-se inviável, ou seja, nula (SANTOS; GUIMARÃES; BOEIRA, 2012). Esta fica situada na coluna vertebral e ligada ao tronco encefálico. Exerce a coordenação do corpo como um todo para o cérebro através da condução dos impulsos nervosos (MANUEL, 2015).

A medula espinal representa o principal centro coordenador dos reflexos motores e a via de condução de informações entre o corpo e o encéfalo, sendo responsável pelas respostas rápidas e automáticas. É uma estrutura cilíndrica, ligeiramente achatada anterior e posteriormente e, no adulto, mede aproximadamente 45 cm (RIBEIRO et al, 2010).

Segundo Costa et al (2009), a coluna vertebral é composta por um importante campo de comunicação entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico, esta comunicação se estabelece por meio da medula espinal contida no canal medular da coluna vertebral.

Um acidente ou um trauma continuado podem romper uma vértebra e pressionar, seccionar ou destruir a circulação interna da medula espinal em alguma altura da coluna vertebral. Como consequência, a parte do corpo que fica abaixo da lesão irá sofrer comprometimento da motricidade e a pessoa perderá muito dos movimentos e sensações. Esse é um problema gravíssimo de saúde (VARELLA, 2013).

3.5 Causas relacionadas à lesão raquimedular:

As causas mais frequentes das lesões são as externas, estas vêm aumentando significativamente nos últimos anos, exemplificado por eventos provenientes de acidentes e violência. As situações que mais são registradas são ferimentos ocasionados por armas de fogo ou quedas. Em outras situações, as causas são relacionadas às doenças degenerativas e tumores (SANTOS; GUIMARÃES; BOEIRA, 2012).

De acordo com Murta e Guimarães (2007) as principais causas da lesão raquimedular são: acidentes de trânsito, armas de fogo, queda de altura e mergulho em água rasa. Relatando também, que quando ocorre o ataque traumático o indivíduo perde suas funções sensitivas, motoras, sexuais, como também adquire complicações respiratórias e intestinais.

As principais causas em pacientes pediátricos são: quedas de bicicletas, triciclos ou lugares altos, como também atropelamento por veículos, todos estes mecânicos pressupõem que a criança terá lesão raquimedular, portanto a estabilização manual da coluna vertebral é primordial no início do atendimento (PHTLS, 2016).

Outras causas associadas a lesão raquimedular são: impactos no capacete do indivíduo acidentado, lesões na cabeça que atinja o estado neurológico desse paciente, lesões profundas na região do tronco e coluna vertebral e fraturas com acometimento da função das pernas e quadris. Todos esses mecanismos devem ser avaliados na abordagem primária para determinar a necessidade de imobilizar a coluna vertebral (PHTLS, 2016).

3.6 Complicações em lesões raquimedulares:

3.6.1 Choque Neurogênico:

O choque neurogênico ocorre quando o paciente acidentalmente lesiona a medula transversalmente, afetando o Sistema Nervoso Central (SNC) ocasionando a paralisação temporária dos reflexos e funções motoras do paciente (JUNIOR, 2012).

Damiani (2016) menciona que o choque neurogênico surge na fase aguda da lesão medular apresentando quadro clínico de hipotermia, bradicardia, hipotensão arterial e vasodilatação periférica.

O choque neurogênico interrompe o funcionamento do sistema nervoso simpático, sendo este o sistema responsável pelo controle da musculatura lisa existente dentro dos vasos

sanguíneos, acometendo no paciente a vasodilatação periférica e a diminuição na resistência do vaso, diagnosticando o quadro clínico de hipovolemia relevante (PHTLS, 2016).

Damiani (2016) cita que se a lesão medular for topograficamente elevada sendo ela cervical ou torácica, pode cursar com comprometimento regulatório, tetraplegia, anestesia e choque neurogênico com Síndrome de Horner ipsilateral associada. Em lesões medulares torácicas mais baixas, comumente, não irá ocorrer um comprometimento respiratório e sinais de choque neurogênico.

3.6.2 Choque Medular:

O choque medular é um evento neurológico, que ocorre espontaneamente após a lesão medular ocorrendo a perda temporária da função total sensitiva, motora e a perda dos reflexos abaixo do acometimento da lesão desse paciente (PHTLS, 2016)

Desse modo, é ocasionado pelo trauma penetrante ou movimentos de fragmentos dos ossos. Contudo, devemos avaliar o grau do sangramento no tecido medular para avaliar a gravidade da lesão, como também se está tendo a falta de suprimento sanguíneo para que não ocorra isquemia no tecido medular (PHTLS, 2016).

3.7 Sinais e sintomas do paciente com lesão raquimedular

Os sintomas de uma lesão medular tornam-se mais severas quando acontece aumento da pressão arterial, congestão nasal, náuseas, tremores, entre outros (ANDRADE et al, 2013). São sinais observados no TRM: dormência ou formigamentos contínuos, tanto nas pernas quanto nos braços ou mesmo paralisia depois do ocorrido acidente (SOUZA et al, 2009). Acrescenta-se que as lesões na região cervical podem ocasionar sudorese, modificação de temperatura, alterações na pressão arterial, além do comprometimento da respiração (BRASIL, 2013).

Dessa forma, caso o paciente, tenha lesão entre c1 e t6 ocorre a perda da função autonômica simpática resultando em um quadro de hipotensão, hipertermia e bradicardia (NASI, 2005).

De acordo com o nível da lesão podemos caracterizar um quadro de tetraplegia quando ocorre o acometimento da região do tronco e membros superiores (c3 – t1), paraplegia, comprometimento do tronco e membros inferiores (t1 – L1) (BRASIL, 2013).

3.8 Avaliação e atendimento ao paciente lesionado:

De acordo com Wilkinson e Skinner (2000) há necessidade de investigar agravos como: obstrução da via aérea, lesões torácicas com dificuldade respiratória, hemorragia severa interna ou externa e lesões abdominais. A avaliação do PHTLS é baseada de acordo com cada ameaça encontrada, busca-se uma medida de controle desta, ou seja, uma intervenção limitada e direcionada, com seguimento sequencial na abordagem primária (NAEMT, 2007).

A avaliação primária tem uma abordagem ordenada de prioridades no momento do atendimento denominada ABCDE, que segue a seguinte sequência: O tratamento da via área e a estabilização da coluna cervical, a ventilação, a circulação e verificação de hemorragia, a disfunção neurológica e a exposição ao ambiente (PHTLS, 2016).

A avaliação em questão também compreende verificação dos sinais vitais e monitorização hemodinâmica do indivíduo, com o intuito de reanimação do local caso seja necessário o entendimento sobre o seu nível de consciência a partir da Escala de Coma de Glasgow e avaliação pupilar (PHTLS, 2016).

Os exames neurológicos devem ser realizados levando em consideração as funções motoras, de sensibilidade e de reflexos. Para que ocorra uma investigação completa devem ser realizadas com radiografia anteroposterior, que serão capazes de determinar os níveis ósseos da lesão (BRASIL, 2013).

O exame físico deve ser realizado ainda no local do acidente, a fim de que este não seja transportado de forma incorreta e venha causar agravamentos em seu quadro clínico. O exame físico busca sinais de choque traumático e/ou hemorrágico, ainda avaliar problemas abdominais e sinais vitais (SILVEIRA, 2009).

O exame neurológico atenta-se prioritariamente para as lesões medulares. O objetivo deste é avaliar paralisia vesical e do reto, paralisia motora, perda da sensibilidade, perda do controle da bexiga e do reto (SILVEIRA, 2009).

A atuação da equipe de enfermagem junto ao paciente com lesão medular tem sido significativa na recuperação destes e na avaliação de seus sintomas e causas. O profissional busca garantir uma qualidade de vida não apenas ao paciente, mas também a seus familiares, que precisam de auxílio tanto quanto o doente. Compreende-se que esse profissional precisa cada dia mais ser interdisciplinar e capaz de atuar nos aspectos teórico/prático das atividades desenvolvidas (SCHOELLER et al, 2012).

3.9 Indicações para imobilização da coluna cervical:

As indicações são direcionadas de acordo com a lesão e onde esta ocorre. De acordo com Teixeira (2014) devem-se observar primeiramente situações como: formigamento, paralisia ou perda de sensibilidade dos membros, dor espontânea, inconsciência pós-trauma e traumatismo grave acima da clavícula. Estas informações devem ser coletadas com a vítima.

A proteção medular precisa ser mantida até mesmo durante o exame radiológico. Ainda, o autor informa que se o paciente estiver acordado, informar que não pode se mover e que permaneça em imobilização (AZEVEDO et al, 2009).

Algumas indicações são dadas na assistência ao tratamento das lesões dentro de suas particularidades, por exemplo, quando o paciente fratura os ossos do nariz é importante que o socorrista avalie por palpação prováveis lesões. Uma situação mais complexa como o trauma fechado é necessário a indicação da imobilização da coluna cervical do paciente. Assim, o socorrista que acompanha o caso, precisa ser criterioso e detalhista para fazer a imobilização e garantir que as lesões maiores, se existentes, não se aprofundem (PHTLS, 2016).

O paciente após a imobilização deve ser reavaliado constantemente, se em algum momento o paciente obter o nível de consciência alterado, lesões que desviam a atenção e barreiras de comunicação, pressupõe que o paciente tem uma lesão na coluna vertebral e deve-se realizar todas as técnicas de imobilização adequada (PHTLS, 2016).

O material utilizado para imobilização é o colar cervical, tem o objetivo de proteger a coluna contra movimentos inesperados. Inicialmente, não deverá ser utilizado o colar cervical isoladamente, pois não imobiliza adequadamente. Atentar-se para o tamanho ideal para cada paciente, deverá ser alinhado na posição neutra para que o mesmo não consiga movê-lo e nem dificultar a respiração, atentando-se para o estado neurológico (PHTLS, 2016)

Outra técnica de imobilização da coluna cervical são as pranchas, que é utilizado para que o tronco não se movimente, o socorrista deverá utilizar todas as faixas que possui na prancha para que a imobilização fique adequada para realizar o transporte (PHTLS, 2016).

A escolha adequada para a imobilização varia de acordo com cada situação, dessa forma podemos indicar como formas de procedimentos iniciais: a imobilização, a redução de luxações, estabilização da coluna e a descompressão medular em pacientes com alteração de nível de consciência, dor ou sensibilidade na coluna, déficit neurológico e deformação anatômica da coluna (NASI, 2005).

3.10 Tratamento em pacientes com lesão raquimedular

O tratamento da lesão vai depender do mecanismo de trauma envolvido. Ressalta-se que as vítimas que estejam inconscientes sejam avaliadas e tratadas como quem tem trauma craniano e passíveis de intubação orotraqueal (NAEMT, 2016). A coluna cervical deve ser protegida até que seja confirmada a lesão neurológica, isso é importante para minimização do agravamento da lesão (RIBEIRO, 2007).

No momento em que o paciente é encontrado, o socorrista deve estabilizar e proteger a coluna cervical imediatamente, a partir deste momento realizar a avaliação primária, a capacidade sensitiva e motora, verificar o pescoço e estabilizar com o colar cervical, colocar o paciente em prancha longa ou em outro dispositivo adequado, imobilizar de forma uniforme na prancha, quando o mesmo estiver seguro e adequado para o transporte, realizar novamente o exame primário e a capacidade motora (PHTLS, 2016).

A estabilização da coluna cervical é realizada com colar cervical, capaz de mobilização do pescoço com 30°. Este tem um desenho assimétrico que fornece uma boa condição para cabeça e o ombro do indivíduo doente e com suspeição diagnóstica de TRM (RIBEIRO, 2007).

Existem lesões que sem o devido tratamento e sem o planejamento adequado, ocorre a evolução dos sintomas e dificuldades na reabilitação dos indivíduos; pode acontecer em dias, mas também pode ocorrer em poucas horas e favorecer o agravamento do quadro clínico e dificultar situações de atendimento (NAEMT, 2016).

Quanto ao tratamento medicamentoso, a conduta inicial é administrar o fármaco (metilprednisolona) em até 8 horas após a lesão medular. Dessa forma, o uso de corticosteroides deverá ser administrado em pacientes que possuem déficit neurológico por trauma contuso, o paciente recebe 30mg/kg de metilprednisolona, seguindo uma infusão de 5,4 mg/kg/h por até 48 horas, dependendo da quantidade administrada inicialmente (PHTLS, 2016).

Aqui, acrescenta-se as indicações cirúrgicas: déficit em progressão, hematomas, fístulas, dor radicular por compressão, projétil de arma de fogo intrarraquidiano abaixo de t12 (PIRES; STARLING, 2014).

3.11 Sistematização da assistência de enfermagem e intervenções

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a organização do enfermeiro para sua atuação, envolve métodos e instrumentos necessários ao exercício das atividades de enfermagem. De acordo com a Resolução COFEN 358/2009 os processos da enfermagem e sua atuação estão relacionados à: Coleta de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação (SILVA, 2016).

Tannure e Pinheiro (2011) descrevem que a primeira etapa da SAE é a investigação, e esta se apoia na coleta de dados relacionada ao indivíduo traumatizado e associado ao apoio familiar. Objetiva ainda a realização do exame físico no indivíduo a partir do exame cefalopodálico e especificando para o exame da coluna vertebral e medula espinhal. Na segunda etapa os autores salientam que é necessário compreender os distúrbios ocasionados no paciente, tanto psicológicos como sociais, o objetivo é avaliar os riscos que esse indivíduo está exposto, compreende aqui os Diagnósticos de Enfermagem.

Os diagnósticos levantados pela equipe de enfermagem estão relacionados com as disfunções sexuais, retenção urinária, ansiedade, déficit aos cuidados consigo mesmo relacionados à sua higiene, mobilidade física prejudicada, entre outros (CAFER ET AL 2005).

Na terceira etapa da SAE, os profissionais de saúde fazem o planejamento do atendimento, levando em consideração as informações coletadas sobre o caso. O planejamento é essencial para garantir um atendimento rápido e efetivo. A quarta etapa está diretamente relacionada com a 3º, pois busca a avaliação desta para começar os procedimentos cabíveis, como medicamentos, cirurgias, entre outros e encerra-se com a avaliação, que é considerada a quinta etapa do processo, que consiste em observar se os passos anteriores foram efetivados com critérios e se esses surtiram efeitos no processo de reabilitação do lesionado atendido (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Como intervenção para os diagnósticos de retenção urinária e ansiedade, as autoras estabelecem os cuidados como boa alimentação, assistência no autocuidado, proteção contra infecções, aconselhamento sexual, terapias, entre outros (CAFER et al, 2005).

O objetivo é garantir que complicações clínicas como: infecções, espasticidade, úlceras por pressão, pneumonias, alterações psicossociais, entre outros não sejam possibilitadas (SOUSA et al, 2013).

Conforme as complicações clínicas, o enfermeiro deverá avaliar os cuidados prescritos para o paciente, orientando sempre a família sobre prevenção e cuidados. Dessa forma, o enfermeiro realiza diariamente o exame físico e as prescrições de enfermagem, verificando se os resultados dessas intervenções estão sendo satisfatórias. Caso contrário, o enfermeiro deve modificar suas estratégias de cuidado e sempre deixar ciente da situação clínica desse para seus familiares (TANNURE et al, 2008).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Uma pesquisa descritiva apresenta as particularidades de determinadas populações, utilizando como coleta de dados o roteiro de entrevista e a observação da sistematização. A pesquisa exploratória explica o problema com maior facilidade, envolvendo entrevistas e levantamento bibliográfico sobre o problema pesquisado. Os estudos descritivos e exploratórios são feitos diariamente quando surgem algum determinado problema que os pesquisadores não conseguem visualizar na prática (GIL, 2007).

Minayo (2010), afirma que a pesquisa qualitativa é um método teórico, que permite relacionar o conhecimento adquirido com a teoria, propiciando novos conceitos e revisão do assunto abordado durante a verificação.

O método qualitativo é caracterizado pela complexidade de determinado problema, compreendendo e classificando os processos feitos em grupos, contribuindo para o entendimento das particularidades dos indivíduos (RICHARDSON, 2010).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM). CNPJ: 08. 241. 754/0104-50, localizado à rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto, CEP: 59607-100; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A escolha do local se deu pelo fato de ser um hospital que presta atendimento de urgência, emergência, cirurgias geral de pequeno e médio porte e internações, chegando a atender a população mossaoroense e mesorregião Oeste potiguar.

Os serviços prestados por essa Unidade de Saúde são: Urgência e Emergência, Clínica médica, Clínica Cirúrgica, Clínica pediátrica, UPI (Unidade de pacientes infectados), serviço social, Nutrição e Dietética, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, conta-se ainda com um centro cirúrgico com 4 salas, e uma Unidade de Terapia Intensiva UTI com 9 leitos, Serviços de Diagnóstico e imagem como, Raio-X, Endoscopia, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada além de um laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia.

4.3 População e amostra

Segundo Gil (2007) população é um conjunto de pessoas que possuem as mesmas características e culturas em um determinado local. Amostra consiste em uma parte da população que são selecionadas, onde consideramos que possuem as mesmas características desta população.

A população deste estudo é composta por enfermeiros do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia de Mossoró/RN, que atuam no setor de Pronto Socorro, este composto pela Unidade de Gerenciamento de Vagas (UGV), Acolhimento com Classificação de Risco, Observação Pediátrica, Observação Masculina, Observação Feminina, Sala de Medicação, Sala de Estabilização e Sala de Pequenas Cirurgias, com 4 enfermeiros escalados diariamente. Os dados foram coletados por meio de roteiro de entrevista, onde os mesmos estarão descritos como serão preenchidos.

A amostra é composta por 08 enfermeiros (a) do referido setor, que corresponde a duas equipes da escala, entrevistados conforme o setor que atua dentro do Pronto Socorro, sendo dois enfermeiros atuantes para cada local: Acolhimento com Classificação de Risco, Observação Masculina, Observação feminina e Observação Pediátrica, onde responderão questionamentos acerca de sua compreensão profissional sobre pacientes com lesão raquimedular.

Os critérios de inclusão no estudo foram: enfermeiros de ambos os sexos e que concordaram em responder ao roteiro de entrevista, que desenvolvam atividades assistenciais no âmbito do Pronto Socorro mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão consistiram em enfermeiros que não concordaram em responder o roteiro de entrevista, enfermeiros aposentados, no período de férias, licença, atestado médico e que se encontrem incapacitados fisicamente e/ou psicologicamente e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

4.4 Roteiro de entrevista semiestruturada

A coleta de dados foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). Segundo Minayo (2010), a entrevista consiste em uma conversa a dois sobre um determinado problema, para construir informações sobre um determinado assunto pesquisado.

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes, a primeira relacionada ao perfil do enfermeiro e a segunda relacionada à compreensão do trabalho do enfermeiro ao paciente com lesão raquimedular no contexto hospitalar.

A pesquisa foi feita por meio do roteiro de entrevista, onde as perguntas foram padronizadas garantindo a uniformidade e o anonimato do entrevistado. Realização da entrevista foi por meio de gravações auxiliadas por gravador portátil em sala reservada, silenciosa e que permitia a realização da entrevista sem incômodo.

4.5 Procedimento da coleta

A partir da aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa da FACENE sob o protocolo 205/2017 e CAAE: 79194817.5.0000.5179, e o encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró/RN ao Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), a entrevista semiestruturada foi aplicada de acordo com a disponibilidade das pacientes, que concordaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Conforme preconizado pela resolução 466/12.

Foi realizada uma abordagem individual aos 08 participantes para coleta dos dados. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composta por duas partes, onde a segunda parte da entrevista foi gravada para que a subjetividade dos enfermeiros fosse extraída através da própria narrativa, passível de interpretações plurais, pelas mediações das análises.

As participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa, mantidos seus anonimatos, de acordo com os princípios éticos e legais que constam na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, N° 466/2012 (BRASIL, 2012). Portanto, para manter o sigilo das informações confidenciais e o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra E de entrevistadas, seguidos do número arábico seqüencial de 1 a 8.

4.6 Análise de dados

Os dados coletados da pesquisa qualitativa foram analisados e organizados de acordo com as modalidades de análise temática de conteúdo apresentadas pela teoria de Bardin.

Para Bardin (2006), a análise de conteúdo, configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Desse modo, utilizamos como técnica a Análise de Conteúdo de Bardin sendo esta organizada em três fases: Pré-análise, a primeira fase, e compreende a organização do material a ser analisado. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. A terceira fase é composta por tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nesta etapa ocorre à condensação e o destaque das informações para a análise (BARDIN, 2006).

4.7 Aspectos éticos

A resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e constitui o primeiro marco regulatório nacional da ética aplicada à pesquisa. Por meio dessa resolução, o sistema brasileiro de revisão ética foi criado, composto pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), também conhecido como Sistema CEP/CONEP (NOVOA, 2014).

Posteriormente é substituída pela Resolução CNS 466, de 12 de outubro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras, a serem observadas a partir de 13 de junho de 2013 – data de sua publicação. A nova resolução divide-se em 13 partes e apresenta-se mais longa e filosófica, levando-se em consideração referenciais básicos da bioética, como o reconhecimento e a afirmação da dignidade, a liberdade, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, dentre outros que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (NOVOA, 2014).

Durante todo percurso da pesquisa foram levados em consideração os aspectos éticos contemplados no capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COREN 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Deontologia dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

A pesquisa foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, respaldado pela resolução 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, para então, ser executada conforme o planejamento.

Os riscos foram informados às participantes tais como: constrangimento e medo em responder, invasão de privacidade, cansaço em responder os questionamentos, porém será

realizada entrevista individual em local reservado, de forma objetiva para que não tome muito tempo da participante, podendo os mesmos abandonar em qualquer fase da pesquisa.

Quanto aos benefícios esperados com este trabalho apresentaram que os profissionais reflitam sobre a assistência prestada aos pacientes com lesão raquimedular, envolvendo o cuidado integral na assistência da enfermagem ao paciente lesionado. Além disso, os resultados serão encaminhados para o meio acadêmico e hospitalar, reforçando a importância do cuidado prestado e contribuindo positivamente para a otimização no processo assistencial.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item, foram apresentadas as informações obtidas a partir da análise da entrevista aplicada aos 8 enfermeiros (as) participantes. O objetivo da pesquisa foi analisar a compreensão do trabalho do enfermeiro ao paciente com lesão raquimedular no contexto hospitalar. Foi aplicado uma entrevista com 06 questionamentos.

5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico da amostra

O estudo considerou uma pesquisa realizada com 08 enfermeiros, sendo que destes, 07 são do sexo feminino e 01 do sexo masculino, sendo que entre os entrevistados com idade entre 30 a 43 anos de idade possuem grau de instrução desde graduação até especialização. A análise direciona para apontamentos sobre o grau de instrução do enfermeiro, seu conhecimento no que concerne a TRM e o tempo que este atua nos atendimentos de urgência e emergência.

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica dos(as) enfermeiros(as) participantes

ENTREVISTADOS	SEXO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO PRONTO SOCORRO	POSSUI CURSO RECENTE NA ÁREA DE TRM?
E I	Feminino	30 anos	Especialização	05 anos	Não
E II	Feminino	32 anos	Superior	01 semana	Sim, curso de socorrista.
E III	Feminino	35 anos	Superior	01 semana	Não
E IV	Feminino	37 anos	Especialização	05 anos	Não.
E V	Feminino	37 anos	Especialização	03 anos	Sim, ATHLS, urgência e emergência
E VI	Masculino	32 anos	Superior	03 anos	Sim, BLS e PHTLS.
E VII	Feminino	40 anos	Especialização	07 anos	Sim, urgência e emergência
E VIII	Feminino	43 anos	Superior	01 ano	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Diante das informações coletadas, ficou evidente que a maioria dos enfermeiros são mulheres, com a faixa etária entre 30 a 43 anos, onde metade possui especialização. É muito relativo o tempo de atuação dos enfermeiros, com variações de 01 semana a 07 anos.

Quanto aos cursos voltados a área do TRM, apenas metade dos entrevistados fizeram recentemente cursos com proximidade ao campo de conhecimento do objeto de estudo, os entrevistados relataram que a instituição não disponibiliza de treinamentos e nem de cursos voltados a essa área de conhecimento, diante da alta demanda de pacientes e falta de recursos humanos. Como também não disponibilizam horários livres para os profissionais se aperfeiçoarem.

Desta forma, podemos notar que o conhecimento dos enfermeiros entrevistados referente a lesão raquimedular é insignificativa, necessitando de realizar cursos de aperfeiçoamento sobre o assunto.

5.2 Análise sobre a temática

5.2.1 Recepção do paciente no serviço de urgência e suas complicações

O direcionamento dos pacientes está relacionado ao acolhimento e é representada em sua concepção pelas diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH). A assistência oferecida na chegada do paciente ao pronto socorro é reconhecida como um atendimento de qualidade e respeito para os indivíduos que buscam o socorro (BRASIL, 2004). Como podemos notar, os entrevistados informam que a sua assistência inicial é realizada de acordo como o paciente é recebido na unidade hospitalar, sendo que às vezes, não conseguem nem fazer o acolhimento adequado deste paciente, por motivo da gravidade do estado de saúde deste paciente, sendo o mesmo direcionado para outro departamento.

Sobre o assunto, os entrevistados responderam da seguinte forma:

“Na maioria das vezes ele chega pra gente, no Tarcísio Maia, ele chega em protocolo: prancha, colar e colchetes” (E IV).

“Normalmente este paciente, ele vem sido trazido pelo SAMU, no protocolo do ATLS” (E V).

“Geralmente, ele vem com relato de algum trauma... Por acidente, ou por queda, e geralmente ele vem com queixa de não sentir nenhum membro... ou inferior, ou superior, ou ambos” (E VIII).

Percebe-se que os pacientes chegam das mais diversas formas nas portas de entrada do serviço de urgência e emergência em busca de atendimento. Para que o enfermeiro reconheça

o problema e saiba qual procedimento deve ser realizado, ele vem acompanhado pelo protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Dessa maneira, a avaliação primária que se desenvolve através da reanimação evita problemas de risco à vida, com estabelecimento da sequência de atendimento denominada “ABCDE” (CHIARA, 2009).

De acordo com o relato dos enfermeiros entrevistados, podemos observar que o paciente, sob protocolo do serviço móvel de urgência – SAMU, adentra no serviço imobilizado conforme o protocolo do ATLS, com suspeita de trauma raquimedular. De acordo com a OMS (2013) no Brasil aproximadamente 500 mil pessoas/ano são incapacitadas devido as lesões na medula.

Assim, é importante destacar a responsabilidade do enfermeiro no que concerne ao gerenciamento do fluxo dessas informações, pois é diante da atuação dos mesmos que se determina o real estado do paciente.

No que concerne aos cuidados com o paciente, os enfermeiros foram questionados sobre complicações relacionadas à lesão raquimedular, e se estas ocorrem com frequência e quais são as mais frequentes. Os questionados da seguinte forma:

“Úlcera de decúbito” (EI)

“Parada cardiorrespiratória” (EII)

“Aqui nas clínicas... seria realmente a úlcera por pressão. Mas no pronto socorro é agitação mesmo, porque é...no pronto socorro é a porta de entrada, não é em relação a demora do paciente, em relação a demora do paciente é aqui na clínica” (EIII)

A pesquisa destaca que a maior complicação é a úlcera. É importante entender que o problema ocorre diante de vários motivos, tais como: o contato prolongado com umidade proveniente da diurese, das fezes, o atrito e as forças de cisalhamento e diminuição da perfusão tissular. Ainda afirma Sousa et al. (2013), que equipamentos como: aparelho gessado, tração e contenção também prejudicam a circulação efetiva.

A úlcera geralmente ocorre em pacientes que passam mais de quinze dias internados. Ainda é importante compreender que a úlcera representa problema não apenas no estado físico, mas também emocional. Situações de depressão com estes indivíduos é comum, sendo que por contrair úlcera eles passam mais tempo internados. Dessa forma é importante conversar com o paciente a respeito do período de internação e os cuidados com o corpo (BLANES, 2004).

5.2.2 Condutas realizadas

No atendimento inicial, o enfermeiro segue com a avaliação primária, sendo essa abordagem ordenada pelas prioridades no momento do atendimento, denominada ABCDE, que possui a seguinte sequência: estabilização da coluna cervical, desobstrução da via aérea, a circulação e verificação de hemorragia, a disfunção neurológica e a exposição ao ambiente. (PHTLS, 2016).

Sobre essa situação, os enfermeiros responderam da seguinte maneira:

“A gente se preocupa muito com a questão da higienização é mais complicada, orientar a equipe porque a mobilização é mais diferente, tem que ser em blocos...dependendo do risco de lesão ainda que ele tenha, as vezes o paciente ainda tem alguma lesão alto risco, lesão alta, agente se preocupa com a mudança de decúbito porque é muito difícil, a mudança de decúbito neste paciente...ele provavelmente vai desenvolver úlcera de decúbito... e a questão psicológica também é muito complexa, geralmente a gente chama a psicóloga para conversar porque eles ficam deprimidos, choram, quando estão conscientes e orientados, porque quando estão entubados (em coma) não, mas...” (E I).

“A gente aqui no pronto socorro, faz a urgência, o paciente estiver precisando de oxigênio terapia né, a gente vai providenciar, se é um paciente que precisa de avaliação imediata, ele já vai direto para o centro cirúrgico, pra ver se precisa fazer cirurgia, ou Não. Se é um paciente que pode aguardar e vai para tomografia, agente conduz para tomografia, providencia os exames, providencia a avaliação especializada, no caso o neuro...e estabilizar o paciente, enquanto providencia a resolução” (E II).

Pode-se afirmar que o cuidado é realmente direcionado aos movimentos iniciais meticulosos com o paciente, auxiliado pelos exames que precisam ser realizados para saber a real situação do paciente e a estabilização desse, a fim de não ter mais complicações. Ainda é importante enfatizar que a equipe precisa manter uma boa comunicação, sobretudo, com aqueles enfermeiros que recentemente se inseriram no contextos do trabalho. A falta de profissionais qualificados envolvidos pode interferir diretamente no cuidado com o paciente.

Os enfermeiros devem direcionar as condutas para sua equipe de acordo com a lesão e onde está ocorrendo. Conforme Azevedo et al. (2009) a proteção medular precisa ser mantida até que seja confirmada a lesão, até mesmo durante os exames realizados.

Como afirma Santos (2012), o trabalho do enfermeiro é realizar o direcionamento das ações que vão de encontro aos pacientes. Ele é usado como instrumento para acesso aos mesmos e para realização dos procedimentos que garantem sua vida.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para prestar uma assistência diferenciada aos pacientes com lesão raquimedular, proporcionando orientações, conforto e cuidado adequado. Principalmente aos pacientes que perdem a sensibilidade e os reflexos motores, já que alguns pacientes se sentem deprimidos após serem comunicados da tetraplegia ou paralisia parcial.

5.2.3 Presença da Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) relaciona-se ao cuidado do enfermeiro em sua atuação aos métodos e instrumentos necessários ao exercício das atividades de enfermagem. Os processos que se inserem neste contexto são: Coleta de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação (SILVA, 2016).

Compreendendo a respeito da SAE os entrevistados foram questionados sobre a SAE em seus ambiente de trabalho, estes afirmam que,

“Ausência de protocolos assistenciais” (E I)

“Aqui se tem SAE...eu vou falar para você a mesma coisa que respondi a menina de ontem né...aqui a gente não tem condição de realizar a SAE porque não temos tempo, você viu? A gente não parar, e a burocracia consomem agente, a gente não tem tempo nem de entrar em contato com o paciente, é só para resolver pepino, bomba de setor, então, não tem a gente não tem como sentar e sobrecarga é muito grande...agente não tem como chegar no paciente, fazer aquela anamnese, fazer aquele diagnostico de enfermagem, não tem... não tem tempo. E na falta de tempo também a gente fica sobrecarregada.... Também por falta de recursos humanos também... aqui no Tarcísio maia é um problema” (E III).

A SAE é uma função exclusiva do enfermeiro onde utiliza métodos e estratégias, fornecendo autonomia e segurança para a restauração da saúde do paciente. Conforme Luiz et al. (2010), a implantação da SAE deve ser realizada em todas as instituições e direcionadas segundo a Lei do Exercício profissional nº 358/2009.

Na pesquisa, observa-se que a maioria dos enfermeiros informaram que não utilizam a SAE, por causa da alta demanda de pacientes, a burocracia e ausência dos protocolos assistenciais. Dessa maneira existe a dificuldade de realizar as etapas da SAE por falta de recursos humanos e recursos materiais. Nascimento et al. (2008) complementa que a “assistência de enfermagem no Brasil continua em fase de construção, procurando caminhos e estratégias que sejam aplicáveis nas diferentes áreas de atuação profissional”.

É de extrema importância a prática do SAE, o enfermeiro consegue fornecer estrutura para determinadas ações, gerenciando o cuidado contínuo. Sempre obedecendo as etapas que a constituem, pois dessa forma se faz possível o planejamento adequado e individualizado.

5.2.4 Obstáculos e dificuldades da assistência

O trabalho realizado na urgência/emergência busca diminuir sequelas e ofertar qualidade de vida na prestação da assistência através de um atendimento rápido e eficaz. Dessa

forma é importante que a equipe disponha de uma estrutura suficiente para garantir bons resultados. Os elementos desse atendimento são: recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais (AZEVEDO et al., 2010), ou seja, disponibilidade dos elementos que garantem o bom atendimento de uma equipe de enfermagem, como: equipamentos diversos e conservados, uma equipe sincronizada nos procedimentos necessários e materiais cabíveis as diversas situações inseridas no contexto emergencial.

É importante salientar que a equipe de saúde encontra muitos entraves na assistência aos familiares dos pacientes. Dessa forma foram questionados sobre os obstáculos/dificuldades no serviço em que atuam. Segue relato dos entrevistados:

“Sim, a principal dela é a quantidade de servidores, de trabalhadores a disposição... Para se imobilizar em bloco a gente precisa de mão de obra, a gente precisa de pessoas qualificadas, que saibam que estão fazendo, muitas vezes você chama/pede auxílio ao maqueiro para levar o paciente desse para fazer um exame, e vem um maqueiro, eles... ou você ajudam que tem a consciência, ou pedem aos familiares para ajudar, os familiares não tem capacitação, o maqueiro também não tem, ele sabe as vezes passar o paciente, mas vezes, na grande maioria das vezes não tem o cuidado de preservar a questão do trauma raquimedular” (E IV)

“Obstáculos são muitos, dificuldades imensas... Porém, aqui mais me deixa preocupada é a questão da demora, a demora porque nós não temos o profissional pra ver o paciente no momento adequado... A demora pra se assistir o paciente, isso tudo, provoca a perda de tempo, e o tempo pra o paciente com a lesão raquimedular é muito importante” (E V).

“Sim, acumulo de muitos pacientes, pacientes de vários tipos, não tem um local só para raquimedular... É paciente com lesão raquimedular, é paciente de cirurgia geral, é paciente com complicações pós-operatórias. Isso dificulta um pouco esse olhar só para um tipo de problema” (E VII)

A grande maioria dos entrevistados afirmam a presença de obstáculos no atendimento ao doente por lesão raquimedular, influenciado pela demanda de trabalho e escassos recursos materiais e humanos para auxílio na assistência, aspecto notável no serviço relacionado ao estudo.

A pesquisa enfatiza a dificuldade no envolvimento também com alguns profissionais da área, pois segundo os pesquisados existe grande parcela de profissionais atuando sem qualificação para emergência, porque o serviço não disponibiliza de atividades educativas específicas e nem treinamentos. Neste sentido é exposto que existem plantões que a falta de profissionais tem relevância significativa a tal ponto que os próprios familiares ajudam no socorro aos pacientes.

Assim, torna-se fundamental que a equipe saiba tomar decisões rápidas. É dessa forma que o atendimento consegue ser sincronizado e com qualidade; por isso a busca constante por qualificações contínuas e específicas para área de atuação (MARIA et al., 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo vigente teve como objetivo analisar a compreensão e o trabalho do enfermeiro ao paciente com lesão Raquimedular no contexto hospitalar.

Para se chegar ao objetivo almejado foi aplicado uma entrevista com 06 questões direcionadas à 08 enfermeiros que responderam situações que desenhavam-se entre a análise da recepção dos pacientes, as condutas realizadas por estes quando recebem os pacientes, a presença da SAE e os obstáculos e dificuldades da assistência.

Constatou-se que os enfermeiros sentem grandes dificuldades na atuação junto aos pacientes com lesão raquimedular por falta de recursos não apenas materiais como também recursos humanos. Ainda ficou claro que nem todos os enfermeiros que atuam na vertente do pronto socorro não possuem cursos atuais, ou seja, alguns dos enfermeiros não tem treinamentos e cursos específicos na área de urgência e emergência, conforme foi evidenciado quando afirmaram que necessitam de maqueiros e familiares para ajudar na imobilização do paciente.

Entretanto, a pesquisa ainda apontou que os enfermeiros com mais tempo de atuação no que concerne ao pronto socorro tem o cuidado de desenvolver uma relação de respeito com os mais novos, garantindo assim uma atuação conjunta ideal para o bom desempenho junto aos pacientes; porém ainda sente dificuldade com relação ao atendimento devido falta de estrutura física e preparo humano.

Compreende-se assim que os objetivos propostos do trabalho foram alcançados, que os dados coletados foram de fundamental importância para a experiência e contribuição no aprendizado acadêmico e perspectiva futura de inserção profissional.

Esperamos que o estudo seja uma importante contribuição para a equipe de enfermagem, no sentido do enfermeiro analisar o seu trabalho no pronto socorro aos pacientes com lesão raquimedular, minimizando assim as complicações destes pacientes e realizando o atendimento qualificado e ordenado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Rachel; KURTHY, Cristina. **Fisioterapia e lesão medular**. 2012. Disponível em:< http://abrafin.org.br/wp-content/uploads/2015/01/LESAO_MEDULAR.pdf>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

ANDRADE et al. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP vol.47 n°.1 São Paulo Feb. 2013**. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100012>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

AZEVEDO, Lídia Pimenta et al. Manejo do trauma de coluna cervical em pacientes politraumatizados. **Rev Med Minas Gerais 2009**. Disponível em:< <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/v19n2s3a29.pdf>>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajioro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010 out/dez; v. 12, n° 4.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**. 2004, n° 50, v. 02.

BRASIL. **OMS: 500 mil pessoas ficam incapacitadas anualmente por lesões na medula**. 2013. Disponível em:< <http://www.ebc.com.br/noticias/internacional/2013/12/oms-500-mil-pessoas-ficam-incapacitadas-anualmente-devido-a-lesoes-na>>. Acesso em 21 Agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 23 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOLES, Ramon et al. **Curso de formação de brigadistas profissionais**. 2016. Disponível em:< <https://cb.es.gov.br/Media/CBMES/PDF's/CEIB/SCE/Material%20Didatico/CFBP%20-%20SOCORROS%20DE%20URG%C3%8ANCIA%20-%202016.pdf>>. Acesso em 29 Agosto de 2017.

CARVALHO, Mauricio Vidal. **Cinemática do trauma**. 2010. Disponível em:< <http://www.uff.br/ph/artigos/cinematica.pdf>>. Acesso em: 29 Agosto de 2017.

CAFER et al. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular**. Acta Paul Enferm, 2005. Disponível em:<

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38471/000634386.pdf?sequence=1>>. Acesso em 21 Agosto de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 12 Agosto de 2017.

COSTA, Emerson Luís da Mata. **Um estudo da coluna vertebral- posicionamento e anatomia.** 2009. Disponível em: < <http://aems.edu.br/iniciacao-cientifica/download/4c261f207f.pdf>>. Acesso em: 27 Agosto de 2017.

COLLUCCI, Cláudia. **Saúde**, 2003. Tiros lideram causa de lesão medular em SP. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2607200301.htm>>. Acesso em: 29 Agosto de 2017.

CUNHA, S.M.B; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. bras. enferm**, 2005, 58 (5), 568-72.

CHIARA, Osvaldo; CIMBANASSI, Stefania. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DAMIANI, Daniel. **Choque neurogênico: manejo clínico e suas particularidades na sala de emergência.** 2016. Disponível em: < <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1584887.pdf>>. Acesso em 21 Agosto de 2017.

FELICE, Cinthia Duarte et. al. **Choque: tratamento e diagnóstico na emergência.** 2011 revista da AMRIGS, Porto Alegre. Disponível em :< http://www.amrigs.com.br/revista/55-02/021-PG_179-196_559_choque%20diagnostico....pdf>. Acesso em: 15 Agosto de 2017.

FORNER, Stefânia. **Lesão medular traumática.** 2014. Disponível em: < <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1907>>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

FREITAS, et al. **Estudo Epidemiológico dos Pacientes com Traumatismo Raquimedular Atendidos na Clínica de Fisioterapia da UNIVAP.** X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

GARCIA, T,R; NOBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery **Rev. Enferm**, 2009, 13(1).

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. 8. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, Brena et al. **A biomecânica dos acidentes de carro**, 2011. Disponível em: < <http://bioblogica.blogspot.com.br/2011/06/biomecanica-dos-acidentes-de-carro.html>>. Acesso em: 27 Agosto de 2017.

HANSEN, E. A. et al. **Muscle fibre type, efficiency, and mechanical optima affect freely chosen pedal rate during cycling.** Acta Physiologica Scandinavica, v. 176, n. 3, p. 185–194, 2002.

JUNIOR, Aderaldo Costa Alves. 2012. **Traumatismo raquimedular e suas implicações: choque medular e choque neurogênico.** Disponível em:< <http://lannufpb.blogspot.com.br/2012/05/traumatismo-raquimedular-e-suas.html>>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

Luiz FF, Mello SMM, Neves ET, Ribeiro AC, Tronco CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** 2010 out/dez;12(4).

MARIA, Monica Antônio et al. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 mar/abr, v. 65, nº2.

MANUEL, Vieira Miguel. **Anatomia e fisiologia do sistema nervoso.** 2015. Disponível em:< <https://vieiramiguelmanuel.blogspot.com.br/2015/06/anatomia-e-fisiologia-do-sistema.html>>. Acesso em: 14 Agosto de 2017.

MANCUSI-FARO, A. C. **A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil.** Enferm Global. 2003

MEDEIROS, Luzia Cecília; TAVARES, Katamara Medeiros. O papel do enfermeiro hoje. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 50, n. 2, p. 275-290, abr.jun 1 997. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a11.pdf>>. Acesso em: 28 Agosto de 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: ed.HUCITEC, 2010.

MURTA, Sheila Giardini; GUIMARÃES, Suely Sales. **Enfrentamento à lesão medular traumática.** Estudos de Psicologia 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a07v12n1.pdf>>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

NASCIMENTO, Tobias Ludwig et al 2016. **Artrodese de coluna toracolombar – epidemiologia e custos.** Disponível em:< http://static.revistacoluna.com/pdf/volume16/coluna_v16n1_p-52-55.pdf>. Acesso em 29 Agosto de 2017.

NATOUR, Jamil. **Coluna vertebral e conhecimentos básicos.** 2004, Editora Etcetera. Disponível em:< <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ColunaVertebral.pdf>>. Acesso em: 29 Agosto de 2017.

NAEMT. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado / NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians),** [tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2007 – 2ª Tiragem

NASI, Luiz Antônio. **Rotinas em pronto socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NOVOA, Patrícia Correia Rodrigues. **O que muda na ética em pesquisa no Brasil: Resolução 466/12 do conselho nacional de saúde.** Einstein. São Paulo, V.12, N°.1, jan/mar, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000100001&script=sci_arttext&tlng=pt, acesso em: 16 Agosto de 2017.

PIRES, M.T.T; STARLING, S.V. M. **Manual de urgências em pronto socorro.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RIEDER, Marcelo de Mello. **Trauma Raquimedular: Aspectos Epidemiológicos, de Recuperação Funcional e de Biologia Molecular.** 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97212/000920246.pdf>> Acesso em: 20 de abr. 2017.

PHTLS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado** - 8ª Ed. 2016. Disponível em:<<https://pt.slideshare.net/andersonalvarez1044/boas-phtls-7a-edio>>. Acesso em: 23 Agosto de 2017.

RABEH, Soraia Assad Nasbine; CALIRI, Maria Helena Larcher. **Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal.** Acta paul. enferm. vol.23 no.3 São Paulo Maio/Junho 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300002>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

RIBEIRO, Miriam Costi. **Núcleo de educação em urgências.** Santa Catarina, 2007. Disponível em:<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/tecnica_de_imobilizacao_de_coluna_cervical.pdf>. Acesso em 15 Agosto de 2017.

RIBEIRO, L C F. **Técido nervoso- Medula espinhal.** 2010. Disponível em :<http://projetos.unioeste.br/projetos/microscopio/index.php?option=com_phocagallery&view=category&id=85:medulaespinhal&Itemid=54>. Acesso em : 29 Agosto de 2017.

SOUSA, Érica Patrícia Dias et.al 2013. **Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal.** Com. Ciências Saúde. 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/principais_complicacoes_traumatismo_raquimedular.pdf>. Acesso em: 12 Agosto de 2017.

SANTOS, Talami Sayole Costa et al. **Epidemiologia do trauma raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro.** Esc. Anna Nery vol.16 nº.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400015>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

SANTOS, Tereza Luiza Ferreira. **O trabalho do enfermeiro de pronto socorro.** São Paulo/SP Julho de 2012. Disponível em:<

http://www.granadeiro.adv.br/arquivos_pdf/enfermeiro_relato_2013.pdf>. Acesso em 30 Nov. 2017.

SILVA, Nathalia Caroline. **O Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**. 2016. Disponível em:< <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/o-processo-de-enfermagem-pe-e-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/>>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

SILVA, Gelson Aguiar et al 2012. Epidemiologia da paraplegia traumática em um Centro de Reabilitação em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, N° 171, Agosto de 2012**. Disponível em:< <http://www.efdeportes.com/efd171/epidemiologia-da-paraplegia-traumatica.htm>>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

SILVA, Eliana. **Lesão medular**. abril 3, 2010. Disponível em:< <https://tocupacional.wordpress.com/2010/04/03/leso-medular/>>. Acesso em: 28 Agosto de 2017.

SILVEIRA, Paulo Roberto. **Trauma Raquimedular Diagnóstico e Tratamento nas Emergências**. Outubro de 2009. Disponível em:< <http://www.semiologiaortopedica.com.br/2016/10/trauma-raquimedular-diagnostico-e.html>>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar**. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a11.pdf>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

SOMMERS, MF. **Spinal Cord Injury- functional rehabilitation**. Appleton e Lange, California, 1992.

SOUZA, Adele Matins et al. **Trauma Raquimedular**. Fortaleza, 2009.

SOUZA, Érica Patrícia Dias et.al. **Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal**. Com. Ciências Saúde. 2013. Disponível em:< http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/principais_complicacoes_traumatismo_raquimedular.pdf>. Acesso em: 14 Agosto de 2017.

TANNURE, Meire Chucre; Gonçalves, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. TETRAPLEGIA. Disponível em: < <http://www.asasepode.org.br/tetraplegia.htm> > Acesso em 11 DE Agosto 2017.

TEIXEIRA, Silvana. **Primeiros Socorros - imobilização da coluna cervical**. 2014. Disponível em:<<https://www.cpt.com.br/cursos-treinamentoprofissional/artigos/primeiros-socorros-imobilizacao-da-coluna-cervical>>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

VARELLA, Drauzio. **Lesões na coluna.** 2013. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/clinica-geral/lesoes-na-coluna/>>. Acesso em: 14 Agosto de 2017.

VENTURINI, Daniele Aparecida et.al. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. esc. enferm. USP vol.41 n°.4 São Paulo Dec. 2007.** Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400008>. Acesso em: 17 Agosto de 2017.

WILKINSON Douglas; SKINNER, Marcus. **Manual de Abordagem Primária ao Trauma.** Edição Standard 2000. Disponível em:< http://www.primarytraumacare.org/wp-content/uploads/2011/09/PTC_PORT.pdf>. Acesso em: 21 Agosto de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Sr (a),

Esta pesquisa tem como título **“COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR”**. Está sendo desenvolvida por Giullia Valeska Aquino de Medeiros (Pesquisadora Associada), aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN sobre orientação do Professor (a) Esp. Diego Henrique Jales Benevides (Pesquisador Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: analisar a compreensão do trabalho do enfermeiro ao paciente com Lesão Raquimedular no contexto hospitalar, e como objetivos específicos: caracterizar a situação social e profissional dos participantes da pesquisa; verificar o conhecimento dos entrevistados com relação à lesão raquimedular; identificar atividades desempenhadas pelo enfermeiro ao paciente com lesão raquimedular; Analisar na opinião dos entrevistados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o paciente com lesão raquimedular.

A realização desse estudo conta com a sua participação, desta forma solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. 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 a qualquer momento, sem dano algum.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada. Posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, periódicos, revistas e outros, tanto a nível nacional e internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que os riscos mínimos que poderão acontecer é o desconforto nos entrevistados por não saber responder as questões norteadoras.

A pesquisa atenderá aos preceitos: a) seguridade da beneficência, respeitando a relação risco-benefício, considerando os riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos; b) a previsão da não-maleficência, garantindo que riscos previstos serão evitados, promovendo o máximo de benefícios e, em situação de ocorrências, oferecendo indenização e/ou compensação; c) respeito à autonomia do sujeito, preservando sua dignidade e considerando sua vulnerabilidade e d) intenção de promover a justiça e a equidade, agregando

força à relevância social da pesquisa e promovendo benefícios salutareos para os sujeitos envolvidos no estudo (REGO; PALÁCIOS, 2012)

Os riscos foram informados às participantes da pesquisa tais como: constrangimento e invasão de privacidade, sendo minimizados pela escolha adequada da situação de abordagem e cumprimento dos preceitos éticos.

Os benefícios esperados com este trabalho apresentarão relevante importância para a sociedade, acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais. Ainda, a intenção de promover a justiça e a equidade, agregando força à relevância social da pesquisa e promovendo benefícios salutareos para os sujeitos envolvidos no estudo.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, a senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. E estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu, _____,

concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletada que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. 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 outro do pesquisador responsável.

Mossoró, / / 2017.

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)
(ORIENTADOR)

Participante da Pesquisa

Endereço Profissional do Pesquisador Responsável: Avenida. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel, Mossoró/RN. CEP: 59.628-800 Tel. (84) 3312-0143. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil. CEP: 58.067-695 – Fone: +55 (83) 2106-4790. E-mail: CEP@facene.com.br

APÊNDICE B -ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A – PERFIL DOS USUÁRIOS:

1. **Sexo:**

() Masculino () Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Escolaridade:** _____

4. **Tempo de Atuação no setor do Pronto Socorro:** _____

5. **Possui algum curso de aperfeiçoamento recente que envolva TRM? Se sim, quais?**

B – QUESTÕES RELACIONADAS A COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR.

1. Como se apresenta geralmente o paciente com Lesão Raquimedular recebido por você no serviço?
2. Quais condutas você realiza ao receber um paciente com Lesão Raquimedular?
3. Quanto aos sinais e sintomas, quais você observa?
4. Quais complicações relacionadas à Lesão Raquimedular ocorrem com mais frequência neste serviço?
5. Há Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o paciente com Lesão Raquimedular? Se sim, de que forma é operacionalizada? Se não, a que você atribui à ausência desta prática?
6. Você percebe obstáculos/dificuldades no serviço em que atua que interferem na sua assistência ao paciente com Lesão Raquimedular? Qual(ais)?

ANEXO

ANEXO A - CERTIDÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Extraordinária realizada em 23 de outubro 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "**COMPREENSÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM LESÃO RAQUIMEDULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR**", Protocolo CEP: 205/2017 e CAAE: 79194817.5.0000.5179. Pesquisador Responsável: DIEGO HENRIQUE JALES BENEVIDES e dos Pesquisadores Associados: GIULLIA VALESKA AQUINO DE MEDEIROS; LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS; e JACKSON FRANCISCO DA SILVA

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para dezembro de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 28 de outubro de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -
 FACENE/FAMENE