

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

CRISCIANA ALVES DE FREITAS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA RAQUIMEDULAR

MOSSORÓ
2011

CRISCIANA ALVES DE FREITAS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA RAQUIMEDULAR

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Profº Esp : Lucídio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ
2011

CRISCIANA ALVES DE FREITAS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA RAQUIMEDULAR

Projeto de Monografia apresentado pela graduanda Crisciana Alves de Freitas, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovada(o) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)

(Orientador)

Prof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva (FACENE/RN)

(Membro)

Prof. Ms. Johny Carlos de Queiroz (FACENE/RN)

(Membro)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

EP – Embolia Pulmonar

FACENE/RN – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

LRM – Lesão Raquimedular

PaCO₂ - Pressão Parcial Arterial de Gás Carbônico

PO₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico

SUS – Sistema único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVP – Trombose Venosa Profunda

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, pelo dom da vida, renovada a cada provação, e que plantou em mim um sonho que hoje se concretiza.

Este trabalho é fruto de um estudo dedicado e persistente, que para a realização do mesmo, contei com o apoio e colaboração de muitas pessoas, as quais dedico os meus agradecimentos especiais.

Aos meus pais, MARIA e FRANCISCO, que foram o instrumento para que me concedesse a vida, os quais são exemplo de caráter.

Em especial, ao meu amado esposo NONATO e minha grandiosa mãe MARIA, pelo incentivo, força, coragem, orações, que de certa forma, participaram da minha graduação e que sem vocês, eu não teria conseguido chegar a esse dia especial.

À minha amada filha ANA RAQUEL, a qual é a razão da minha maior felicidade e que compreendeu minhas ausências e omissões, durante toda essa trajetória.

Ao meu orientador, LUCIDIO CLEBESON, que sempre se disponibilizou a me atender.

Aos membros da banca examinadora, RAQUEL e JOHNY, que tiveram suas participações em forma de sugestões, proporcionando melhor qualidade em meu trabalho.

Obrigado a todos.

RESUMO

O processo de enfermagem é a base para a sistematização da assistência de enfermagem ao portador lesão raquimedular. Dessa forma, ao implementar esse processo, a enfermagem melhora a assistência, otimizando assim o tratamento implementado. O presente estudo objetivou descrever a assistência de enfermagem prestada a um portador de Trauma Raquimedular com a utilização de uma pesquisa realizada de forma de revisão de literatura e uma pesquisa de campo. Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratória, de natureza quanti-qualitativa. O estudo foi realizado com enfermeiros, que prestam assistência aos usuários acometidos de Trauma Raquimedular. A referida pesquisa foi realizada na clínica Vitalis, na cidade de Assu/RN. O instrumento para a coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista, semi-estruturada, contendo dados sobre a caracterização social e profissional dos participantes e questões sobre a assistência de enfermagem relacionada a usuários de trauma raquimedular. Os dados foram analisados de acordo com os modelos propostos, com enfoque do método qualitativo, através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Dessa forma, percebeu-se que os enfermeiros possuem certa limitação em realizar as intervenções de enfermagem nos portadores TRM. A maioria dos profissionais afirmou a falta de educação continuada, que implica em um comprometimento da realização de uma assistência qualificada. Outro aspecto fundamental é o envolvimento da família, no sentido de participar e dão continuidade ao processo de reabilitação do portador e assim otimizar o tratamento. Ao término da pesquisa, observou-se que a enfermagem que se destina a prestar assistência aos portadores de lesão raquimedular deve ter como meta manter-se atualizada, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, através de pesquisas e estudos clínicos, em benefício do paciente e do desenvolvimento da profissão, para que o seu trabalho alcance os níveis de excelência esperados e que a assistência de enfermagem seja qualificada, assim como da importância do envolvimento familiar no tratamento, para que a assistência seja potencializada.

Palavras-chave: Trauma Raquimedular. Assistência. Enfermagem.

ABSTRACT

The nursing process is the basis for the systematization of nursing care of spinal cord injury patient. Thus, to implement this process, to improve nursing care, optimizing the treatment implemented. This study aimed to describe the nursing care provided to a patient with spinal cord injury using a survey form of literature review and field research. This work it is a descriptive, exploratory in nature, both quantitative and qualitative. The study was conducted with nurses who provide assistance to users suffering from Spinal Cord Trauma. This research was performed in the clinic Vitalis, in the city of Assu / RN. The instrument for data collection was conducted through a structured interview, semi-structured, containing data about the social and professional characteristics of participants and questions about nursing care related to users of spinal cord injury. The data were analyzed according to the proposed models, with a focus of the qualitative method, using the technique of content analysis of Bardin. Thus, it was noted that nurses have some limitation in performing nursing interventions for patients with SCI. Most professionals said the lack of continuing education, which implies a commitment to the completion of a qualified medical care. Another key aspect is the involvement of the family to participate and continue the rehabilitation process and thereby optimize patient treatment. At the end of the study, we found that nursing which is intended to assist those with spinal cord injury should aim to keep updated, broadening their technical, scientific and cultural, through research and clinical studies, the benefit of patient and the development of the profession, that his work reach the expected levels of excellence and that is skilled nursing care, as well as the importance of family involvement in treatment so that care is enhanced.

Key words: Spinal Cord Trauma. Assistance. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 HIPÓTESE.....	10
1.3 JUSFICATIVA.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 ASPECTOS CLÍNICO.....	13
2.1.1 Fisiopatologia da Lesão Raquimedular.....	14
2.1.2 Tratamentos de Lesão Raquimedular.....	15
2.1.3 Complicações da Lesão Raquimedular.....	17
2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	22
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	25
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	25
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	26
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ETICOS.....	27
3.8 FINANCIAMENTO DO PROJETO.....	28
4 RESULTADOS E DISCURSSÕES.....	29
4.1 O TEXTO E O CONTEXTO UMA REFLEXÃO SOBRE O QUE TRAZ A LITERATURA E O QUE ENCONTRAMOS NA REALIDADE ESTUDADA.....	29
4.1.1 Caracterização Demográfica e Profissional da Amostra.....	29
4.2 OS PRINCIPAIS CUIDADOS REALIZADOS PARA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO TRAUMA RAQUIMEDULAR.....	30
4.3 AS DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO DE UMA A ASSISTENCIA ADEQUADA DE ENFERMAGEM.....	32
4.4 MEDIDAS REALIZADAS NO INTUITO DE PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICES.....	41
ANEXO.....	47

1 INTRODUÇÃO

Considerando que a alta incidência de TRM que tem aumentado a cada ano tem visto a necessidade da importância, cada vez maior em virtude da alta mortalidade produzida, que vem crescendo, acentuadamente, embora a dimensão total do problema não esteja completamente definida devido o sub – registro.

Os traumas causam bastante desconforto e mal estar no indivíduo, como fator principal á incapacidade temporária, ou mesmo, permanente, causando prejuízo a sua integridade física e psíquica. O trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal, que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma, ocorrendo, predominantemente, nos homens em idade produtiva (18-35 anos) (FARO et al, 2004).

O presente trabalho apresenta os aspetos fisiopatológicos da lesão raquimedular e os aspectos assistenciais realizados pelos profissionais de enfermagem.

A pesquisa trata-se de um estudo com equipe de enfermagem, que trabalha com portadores de trauma raquimedular o qual contempla descrição de assistência e intervenção de enfermagem na reabilitação, na saúde do usuário com lesão medular, bem como descrever as bases assistenciais dos cuidados de enfermagem apreendidos, durante a pesquisa literária e pelo autor, supervisionados pelo orientador do projeto da monografia.

O enfermeiro, por sua formação e atuação profissional, desenvolve papéis nos âmbitos educativo, gerencial, na coordenação e implementação da assistência de Enfermagem ao binômio usuário e familiar. A reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem, onde os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o usuário.

Metade dos traumatismos resultam de acidentes com veículos motorizados, quedas, acidentes de trabalho, esportivos (principalmente aquáticos), e outros decorrentes de ferimento por armas de fogo. A medula pode ser lesada por corpos estranhos ou por processos relacionados a uma vascularização deficiente, levando à isquemia, hipóxia, edema e causando danos à mielina e aos axônios (SMELTZER; BARE, 2005).

Entretanto, muitas vezes, os portadores não estão preparados para essas tarefas desconfortáveis, sendo necessária a educação à reabilitação. Mas o lesado medular nem sempre é orientado adequadamente, quanto ao seu auto cuidado e estado de saúde, desconhecendo o grau de risco. É importante lembrar que a reabilitação depende muito da atitude do portador e dos familiares, no momento em que estes procedem incorretamente ou criam situações para que o ambiente se torne inseguro e não obtenham êxito na reabilitação.

1.1 PROBLEMÁTICA

Dessa forma, a concepção do problema é identificada através do desequilíbrio físico e mental, além do mal estar, sofrimento e constrangimento, diante das pessoas, bem como diante dos problemas, podemos despertar para algumas indagações: Se a equipe de enfermagem é treinada para prestar assistência em pacientes com Trauma raquimedular, quais os desconfortos físicos do lesado medular? Diante dos desconfortos, quais as intervenções de enfermagem?

1.2 HIPÓTESE

O período de maiores dificuldades é o choque medular, que inicia logo após a lesão, sendo caracterizado no momento em que a medula deixa de realizar suas funções, podendo ser durante semanas, meses, podendo chegar a anos. No entanto não podemos deixar de afirmar que o período de reabilitação na sociedade, também, é muito difícil, ocasionando, dessa forma, vários problemas à saúde física e mental do usuário.

Dentre algumas situações de desconforto, podemos destacar: Desconforto físico e psicológico, que o portador da lesão terá que conviver diariamente, assim como a necessidade da ajuda do seu cuidador praticamente em todas as suas ações. É importante, também, salientar as limitações para o trabalho, bem como a aparência física comprometida o que pode causar interpretações inadequadas, diante das pessoas e desconforto para o lesado

medular, podendo haver comprometimento da função sexual podendo ser parcial ou, até mesmo, total.

Para que esses problemas sejam parcialmente resolvidos é necessária uma preparação, primeiramente, psicológica entre portador da lesão e seus familiares, e uma equipe de saúde qualificada. Com a junção desses itens, podemos otimizar uma recuperação satisfatória.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o determinado assunto surgiu com a leitura sobre dados epidemiológicos sobre a temática. O número de casos dessa enfermidade tem aumentado, de maneira considerável, em todo o mundo, tornando-se uma das principais causas de morte e hospitalização no Brasil.

A lesão da medula espinhal varia, desde a concussão transitória (a partir da qual o paciente se recupera por completo) até a contusão, laceração e compressão da substância medular (quer isoladamente ou em combinação), até a transecção completa da medula (que deixa o indivíduo sem os movimentos na região abaixo do nível da lesão).

O interesse desta pesquisa ocorreu, também, pelo fato da pesquisadora possuir experiência com familiares portadores de lesões raquimedulares, tendo, portanto, um cunho pessoal, também pelo fato de assistência de enfermagem ser, muitas vezes, realizada de forma inadequada, conforme foi percebido, durante os estágios do curso de graduação de enfermagem.

1.4 OBJETIVOS

- Caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados;
- Averiguar no atendimento dos profissionais entrevistados sobre as ações de enfermagem aos portadores de Trauma Raquimedular;
- Verificar no entendimento dos profissionais de enfermagem as medidas para a prevenção possíveis complicações decorrentes do Trauma Raquimedular;

- Analisar a expectativa dos profissionais de enfermagem frente às sequelas decorrentes do Trauma Raquimedular.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS

A coluna vertebral é formada por trinta e três (33) a trinta e quatro (34) vértebras (07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas). 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 formam o canal raquídeo, que aloja e protege a medula espinhal. A medula espinhal, 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).

A medula espinhal está dividida em segmentos e as raízes nervosas que emergem da medula no nível de cada segmento são designadas por algarismos que se referem ao nível de sua saída. Trinta e um pares de nervos espinhais originam-se da medula espinhal (08 cervicais, 12 torácicos, 05 lombares, 05 sacrais e 01 coccígeo) (ATENDIMENTO... 2007).

O trauma da medula espinhal varia, desde a concussão transitória (a partir da qual o paciente se recupera por completo) até a contusão, laceração e compressão da substância medular (quer isoladamente ou em combinação), até a transecção completa da medula (que torna a pessoa paralisada abaixo do nível da lesão). As vértebras mais frequentemente afetadas na lesão raquimedular são a 5.^a, 6.^a e 7.^a cervicais (localizadas na região do pescoço), a 12.^a torácica e a 1.^a lombar. Essas vértebras são as mais suscetíveis, porque existe uma maior amplitude de movimento na coluna vertebral nessas áreas (SMELTZER; BARE, 2005).

O trauma raquimedular (TRM) apresenta-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois quase 200.000 pessoas nos Estados Unidos vivem, diariamente com incapacidade decorrente do trauma raquimedular, e estima-se que 11.000 novas traumas ocorram a cada ano. O trauma da medula espinhal (TME) ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral e a incidência desse tipo de lesão apresenta variações nos diferentes países. Estima-se que, na Alemanha, ocorram anualmente dezessete (17) casos novos por milhão de habitantes. Nos EUA,

essa cifra varia de trinta e dois (32) a cinquenta e dois (52) casos novos anuais por milhão de habitantes e, no Brasil, cerca de quarenta (40) casos novos anuais, por milhão de habitantes, perfazendo um total de seis (06) a oito (08) mil casos por ano, cujo custo aproximado é de U\$ 300,000,000,00 por ano (MÜLLER, 1997; GREVE, 1997 apud DEFINO, 1999).

Os afrodescentes têm um risco mais elevado que os brancos, onde a causa mais comum da lesão raquimedular é através de colisões automobilísticas, que contribuem com 35% das lesões. Já as lesões ligadas à violência contribuem com um número quase igual de lesões (30%), com as quedas gerando 19% e as lesões relacionadas com o esporte provocando 8% (SMELTZER; BARE, 2005).

2.1.1 Fisiopatologia da Lesão Raquimedular

As lesões raquimedulares podem ser separadas em duas categorias: lesões primárias e lesões secundárias. As lesões primárias são o resultado da agressão ou trauma inicial e, em geral, são permanentes. As lesões secundárias, comumente, são consequência de uma lesão com contusão ou laceração, em que as fibras nervosas começam a inchar e a desintegrar. A cadeia secundária de eventos produz isquemia, hipóxia, edema e lesões hemorrágicas, que, por sua vez, resultam em destruição da mielina e dos axônios (DEFINO, 1999).

Os tipos de lesão referem-se à extensão da lesão da própria medula espinhal; as lesões raquimedulares incompletas são classificadas de acordo com a área do comprometimento raquimedular: central, lateral, anterior ou periférica. 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 (PORTO, 2000).

O paciente costuma queixar-se de dor aguda nas costas ou no pescoço,

a qual pode irradiar-se, ao longo do nervo afetado. Contudo, a ausência da dor não exclui a lesão espinhal, devendo ser feita uma avaliação cuidadosa da coluna vertebral, diante de qualquer mecanismo de lesão significativa. O paciente fala do medo de que o pescoço ou as costas estejam quebrados. Na lesão raquimedular cervical alta, a insuficiência respiratória aguda é a causa principal da morte (SMELTZER; BARE, 2005).

Como meios diagnósticos são realizados, geralmente, as radiografias laterais da coluna vertebral cervical, Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) que pode ser prescrita como um exame adicional, quando se suspeita de lesão ligamentar, pois o comprometimento raquimedular significativo pode existir mesmo na ausência de lesão óssea; pesquisam-se outras lesões, porque o trauma espinhal é frequentemente acompanhado por lesões concomitantes, em geral, da cabeça e do tórax (DEFINO 1999).

Dessa forma, a Síndrome Medular Central é caracterizada pelos déficits motores (nos membros superiores em comparação com os membros inferiores; Geralmente, causada por Lesão ou edema da porção central da medula espinhal, comumente da área cervical). Já Síndrome Medular Anterior é conhecida pelas perdas de sensibilidade. Ela, também, pode ocorrer em consequência da lesão da artéria espinhal anterior, a qual supre os dois terços anteriores da medula espinhal. Portanto, a Síndrome de Brown-Séquard, conhecida, também, como (Síndrome Medular Lateral), tem como características: Paralisia ou paresia ipsilateral. A lesão é causada por uma hemisseccção transversal da medula (metade da medula é transeccionada de norte a sul), comumente em consequência de uma lesão por faca ou projétil (SMELTZER; BARE, 2005).

2.1.2 Tratamento da Lesão Raquimedular

O tratamento imediato do paciente no local da lesão é fundamental, porque hoje um dos principais problemas enfrentados é o manuseio inadequado, que pode provocar o comprometimento adicional e a perda da função neurológica, qualquer paciente envolvido em lesão por acidente com veículo automotor ou por mergulho, lesão por esporte de contato, queda ou

qualquer trauma direto na cabeça e pescoço deve ser considerado como portador de lesão raquimedular até que este tipo de lesão seja excluído. O cuidado inicial deve incluir o exame rápido, imobilização, liberação, estabilização ou controle das lesões, que geram risco de vida e o transporte para a instituição de saúde mais apropriada (SMELTZER; BARE, 2005).

Durante a prestação de socorro à vítima, esta deve ser imobilizada em uma prancha rígida de coluna (dorsal), com a cabeça e o pescoço na posição neutra, a fim de evitar que a lesão incompleta se torne completa. Para isso, um membro da equipe deve assumir o controle da cabeça do paciente para evitar a flexão, rotação ou extensão desta; isto é feito, colocando-se as mãos em ambos os lados da cabeça do paciente, aproximadamente, na altura do ouvido, para limitar o movimento e manter o alinhamento (RODRIGUES; BRITO; BARROS, 2006).

Quando possíveis, pelo menos, quatro pessoas devem manusear cuidadosamente a vítima, pois qualquer movimento de torção pode lesar, de modo irreversível a medula espinhal ao fazer com que um fragmento ósseo da vértebra corte, esmague ou seccione por completo a medula. O paciente deve ser encaminhado a um centro regional de trauma ou de lesão medular porque são necessários abordagem multi-profissional/disciplinar e serviços de suporte para contrapor-se às alterações destrutivas que acontecem nas primeiras horas depois da lesão (ATENDIMENTO... 2007).

O tratamento da lesão raquimedular exige a imobilização e redução das luxações (restauração da posição normal) e a estabilização da coluna vertebral, as fraturas cervicais são reduzidas e a coluna cervical é alinhada com alguma forma de tração esquelética, ou com o uso do halo (SMELTZER; BARE, 2005).

Essa tração é realizada através das tenazes, as quais envolvem a fixação no crânio. As tenazes de Gardner-Wells não exigem orifícios feitos, antecipadamente, no crânio, já as tenazes de Crutchfield e Vinke são inseridas através de orifícios feitos no crânio com uma broca especial sob anestesia local (SMELTZER; BARE, 2005).

Depois da lesão cervical, quando pinos, tenazes ou compassos estão em posição, o crânio é avaliado para os sinais de infecção, incluindo a drenagem. A parte posterior da cabeça é verificada, periodicamente, para os sinais de pressão, com cuidado empreendido para não mover o pescoço, os

cabelos ao redor das tenazes, geralmente, são tricotomizados. Para facilitar a inspeção, evita-se a sondagem sob as áreas incrustadas (SMELTZER; BARE, 2005).

As áreas ao redor dos sítios dos pinos são limpas, diariamente, e observadas quanto a rubor, drenagem e dor. Se um dos pinos se desprende, a cabeça é estabilizada em uma posição neutra por uma pessoa, enquanto outra notifica o neurocirurgião. Uma chave de parafuso de torque deve estar prontamente disponível se os parafusos na estrutura precisarem de aperto (SMELTZER; BARE, 2005).

A cirurgia está indicada em qualquer um dos seguintes casos: fica evidente a compressão da medula; A lesão resulta em um corpo vertebral fragmentado ou instável; a lesão envolve uma ferida que penetra na medula espinhal, e existem fragmentos ósseos no canal espinhal ou quando o estado neurológico do paciente está se deteriorando (DEFINO,1999).

Em algumas pesquisas, a administração de corticosteróides em dose alta, especificamente, a metilprednisolona mostrou melhoras nos resultados motor e sensorial com 6 semanas, 6 meses e 1 ano, quando administrados dentro de 8 horas da lesão (SMELTZER; BARE, 2005).

Em outros estudos, demonstrou-se pouca melhora, o uso da metilprednisolona, em dose alta, um corticosteróide, é aceito como terapia padrão em muitos países e permanece como uma prática clínica estabelecida em muitas Instituições nos Estados Unidos (SMELTZER; BARE, 2005).

Apresentamos alguns medicamentos, que, geralmente, são utilizados em pacientes com TRM: Lioresal (Bacofleno), o qual indicado para diminuir os movimentos involuntários, conhecido, também, como espasticidades causado devido a lesão medular. O Diazepan (Diazepan) indicado para relaxamento dos músculos e auxílio do sono. Além destes, o Tegretol (Carbamazepina) indicado para alívio da dor em forma de queimação. E também o Oxibutinina (Retemic) indicado para controle da pressão dentro da bexiga e diminuir a perda de urina (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

2.1.3 Complicações da Lesão Raquimedular

As lesões Raquimedulares apresentam inúmeras complicações,

portanto, nós deteremos as que ocorrem com mais frequência, tendo em vista que este não é o tema central da pesquisa.

A insuficiência respiratória é um problema, relacionado com o comprometimento da função do órgão vital, que é o pulmão, cuja gravidade depende do nível da lesão. Existem músculos que são importantes para respiração, porque eles contribuem com a respiração, são os abdominais-intercostais, enervados por vértebras torácicas T1 a T11, e o diafragma enervado pelo nervo frênico do plexo cervical com raízes de C3 a C5. Por isso, no traumatismo da coluna cervical alta, a insuficiência respiratória aguda é a causa mais comum de morte (AZEREDO, 2002).

Na conduta do enfermeiro, não podemos deixar de avaliar o padrão respiratório, a tosse, e a ausculta dos pulmões, pois a paralisia dos músculos acessórios do pescoço, abdominais e da parede torácica e diafragma reduzem o reflexo tussígeno e dificulta a eliminação das secreções brônquicas e faríngeas (principalmente em lesão de T1/T6). A aspiração pode ser indicada, contudo deve ser utilizada com precaução, pois pode estimular o nervo vago, produzindo bradicardia. Em situações que o paciente não consiga tossir, efetivamente, devido à diminuição do volume inspiratório e a incapacidade para desenvolver pressão expiratória suficiente, a fisioterapia torácica e a tosse assistida podem ser indicadas (O'SULLIVAN, 1993).

Vale salientar a importância da umidificação e a hidratação para prevenir que as secreções se tornem espessas e de difícil remoção mesmo com a tosse, assim como o posicionamento adequado no leito, a mudança de decúbito e a tapotagem, todos esses são elementos que melhoram o desconforto respiratório. Já em outras situações como pacientes com afecções crônicas, incapacitantes como a lesão, é necessário a vacina pneumocócica e contra influenza (O'SULLIVAN, 1993).

A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação potencial da imobilidade e é comum nos pacientes com lesão raquimedular. Os pacientes que desenvolvem TVP estão em risco de desenvolver embolia pulmonar (EP), uma complicação com risco de vida. As estimativas de um estudo de metanálise recente sobre a incidência de TVP e EP nos pacientes com lesões raquimedulares, indicam a frequência de 6,3% para EP e de 17,4% para a TVP (ORRA, 2002).

As manifestações da EP incluem a dor torácica pleurítica, ansiedade, falta de ar e valores gasométricos anormais, Pressão Parcial Arterial Gás Carbônico: (PaCO₂) aumentada. E a Pressão Parcial Arterial Oxigênio (PaO₂) diminui. As medições da coxa e da panturrilha são feitas, diariamente, e o paciente é avaliado para a presença da TVP se há um aumento significativo no perímetro de uma extremidade (WAKEFIELD, 1997 apud ORRA, 2002)

Em geral, a terapia de anticoagulação, em dose baixa, é iniciada para evitar a TVP e a EP, juntamente com as meias de compressão elástica até a parte superior da coxa ou dispositivos de compressão pneumática. Em alguns casos, filtros de demora permanentes podem ser colocados na veia cava, para evitar que coágulos deslocados (êmbolos) migrem para os pulmões e provoquem a embolia pulmonar (SMELTZER; BARE, 2005).

A anticoagulação é iniciada quando as lesões da cabeça e de outros sistemas foram excluídas, a heparina não-fracionada ou fracionada em dose baixa pode ser seguida por anticoagulação oral por longo prazo (p. ex., warfarin) ou injeções subcutâneas de heparina fracionada (COMEROTA, 1995 apud ORRA, 2002)

Com relação à mobilidade física esta é prejudicada, tendo em vista que as articulações são fundamentais na realização dos movimentos, pois são elas as responsáveis pelos movimentos mínimo e máximo do corpo. A diferença entre o movimento máximo e movimento mínimo é chamado de amplitude de movimentos, quando o indivíduo sofre uma lesão medular, suas articulações perdem flexibilidade e se tornam tensas. Com isso, a amplitude dos movimentos é reduzida e, conseqüentemente, limitam-se às atividades corporais. Assim sendo, necessária à realização de exercícios, para estirar suas articulações e para manter a flexibilidade dos ligamentos, dos tendões e dos músculos (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

Os pés estão propensos à queda plantar, portanto, diversos tipos de talas são empregados para evitar essa deformidade. Quando usadas, as talas são removidas e reaplicadas a cada 2 horas, os rolos de trocanter, aplicados na crista ilíaca até a metade da coxa de ambas as pernas, ajudam a evitar a rotação externa das articulações do quadril (SMELTZER; BARE, 2005).

A circulação adequada de sangue no corpo é fundamental para a vida da pele, mas quando a circulação é interrompida por tempo prolongado, as

células morrem e surgem feridas e essas feridas são chamadas de escaras ou úlceras de pressão. As causas mais comuns dessas feridas são a pressão do colchão da cama, de um assento de superfície dura sobre a pele. Quando fica muito tempo em uma mesma posição, a pressão sobre sua pele aumenta e o peso do corpo empurra os ossos contra os vasos sanguíneos que alimentam a pele de nutrientes e oxigênio. (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

No entanto, os fatores que influenciam uma formação de úlceras de pressão são: Fricção: A fricção provocada por movimentos constantes de partes de seu corpo sobre superfície pode causar ferimentos. Às vezes, as espasticidades exageradas podem causar isso. Cisalhamento: O cisalhamento ocorre, quando duas camadas de tecidos adjacentes são puxadas em direção opostas. Calor e umidade: A pele fica mais sensível a ferimentos, quando submetida à umidade e ao calor persistentes e, também, os fatores relacionados às condições nutricionais do indivíduo (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002)

Em decorrência do paciente com lesão raquimedular está imobilizado e apresentam perda de sensibilidade, abaixo do nível da lesão, existe um risco de úlceras de pressão com risco de vida. Nas áreas de isquemia tecidual local, onde existe pressão contínua e onde a circulação periférica está inadequada em consequência do choque espinhal e da posição deitada, as úlceras de pressão se desenvolvem dentro de 6 horas. Também, um dos fatores que aumenta o risco de úlcera de pressão é a imobilização prolongada do paciente em uma prancha de transferência. Os sítios mais comuns localizam-se sobre a tuberosidade isquiática, trocanter maior e sacro, Joelho, Maléolo, Occipital, escapula Ombro, cotovelo, ísquio, calcâneo, halux (SMELTZER; BARE, 2005).

Além disso, os pacientes que usam colares cervicais, por períodos prolongados, podem desenvolver ruptura devido à pressão do colar sob o queixo, sobre os ombros e no occipito (SMELTZER; BARE, 2005).

As recomendações são feitas, enfocando as ações necessárias para a prevenção da úlcera de pressão, dentro de alguns aspectos básicos: avaliação do risco do paciente e dos fatores que o colocam em risco; cuidados com a pele e tratamento precoce da úlcera; redução da carga mecânica pelo

reposicionamento e utilização de superfícies especiais de suporte, como almofadas e colchões; como também, a educação de pacientes e familiares.

Assim, podemos enfatizar algumas ações de caráter preventivo das úlceras de pressão: A posição do paciente ser mudada, pelo menos, a cada 2 horas. A mudança de decúbito ajuda não apenas na prevenção das úlceras de pressão, mas também evita o represamento do sangue e do líquido tecidual nas áreas dependentes.

Durante estas mudanças de decúbito, pode ficar de decúbito dorsal, decúbito ventral. Já na cadeira, deve fazer elevações de 15 em 15 minutos e mudança de posições frequente. Isto alivia a pressão e evita escaras na região das nádegas. Lembrando a inspeção cuidadosa da pele é feita a cada vez que o paciente é mudado de decúbito. A pele sobre os pontos de pressão é avaliada para rubor ou rupturas (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002)

Segundo o Manual do Centro de Reabilitação SARA, as úlceras de pressão, também podem ser evitadas, através de medidas simples como: observar a pele, usando um espelho nas áreas propicia as úlceras, Se notarem alguma área hiperemiada e arroxeadas, massageie ou peça para outra pessoa massagear o local e não faça mais pressão sobre as áreas até que desapareça vermelhidão. A pele do paciente deve ser mantida limpa, sendo lavada com um sabão neutro, bem enxaguada e seca com leves compressões. As áreas sensíveis à pressão devem ser mantidas bem lubrificadas e amaciadas com creme ou loção neutra.

Os pacientes e familiares devem ser informados sobre o perigo das úlceras de pressão para encorajar a compreensão do motivo para as medidas de prevenção. Nunca massageie as panturrilhas ou coxas, devido ao perigo de deslocar uma TVP não detectado (REDE SARA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

Um grande problema que alguns lesados medulares enfrentam são as úlceras de pressões não cuidadas, elas ficam profundas, comprometendo músculos, podendo chegar até ossos. E, conseqüentemente, pode trazer sérias complicações como a osteomielite, septicemia e, até mesmo, levar o paciente a óbito.

Geralmente, elas infeccionam e se a infecção chegar até os ossos, a cura será extremamente difícil, cura lenta, podendo chegar a anos. Muitas

vezes, mesmo quando a úlcera original já se fechou, ela volta por causa da infecção dos ossos que não foi curada, e essas infecções nos ossos podem levar a deformidades graves. A manutenção da integridade de pele e tecidos subjacentes têm sido tradicionalmente uma responsabilidade da equipe de enfermagem (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002)

É importante lembrar que a ingestão de vitamina A e B6 são muito importantes para a saúde da pele de pessoas com déficit nutricional, com o peso abaixo ou acima do normal. Além disso, o banho de sol diariamente de 20 a 30 minutos, antes das 10 horas da manhã ou depois das quatro horas da tarde. O sol é um dos componentes desses cuidados, porque seus raios têm efeitos cicatrizantes. Usar sempre roupas de algodão, por serem leves e fazerem menos pressão (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA LESÃO RAQUIMEDULAR

Ensinando o Autocuidado aos Pacientes, este processo é longo e demorado precisa de determinação e força de vontade, tanto dos pacientes como dos familiares.

O processo inicia-se a partir da hospitalização, no momento em que os sintomas agudos diminuem, sendo reforçado durante as visitas domiciliares pela Enfermeira de Reabilitação, portanto, podem ser recomendadas modificações no domicílio para facilitar o acesso e cuidados a serem realizados em casa. Materiais e equipamentos específicos, também, necessitam de prescrição médica e de enfermagem, tanto para a aquisição como para a sua utilização. Os objetivos são o aprendizado das estratégias necessárias para lidar com as alterações que a lesão impõe sobre as atividades da vida diária de paciente e família. O ensino do paciente focaliza a princípio a lesão e seus efeitos sobre a mobilidade, capacidade de se vestir e funções intestinal, vesical e sexual.

À medida em que o paciente e a família reconhecem as consequências da lesão, o foco do ensino pode ampliar-se para abordar as questões necessárias para realizar as tarefas da vida diária. O ensino inicia-se na fase aguda e continua por toda a reabilitação e durante toda a vida do paciente, à

medida em que acontecem as alterações, que o paciente envelhece e que os problemas aparecem (SMELTZER; BARE, 2005).

O cuidado domiciliar do paciente com a lesão raquimedular pode, a princípio, parecer uma tarefa assustadora para os membros da família. Eles precisarão de suporte de enfermagem dedicado para assumir, gradualmente, o cuidado pleno do paciente (BARE apud CRAIG et al;2005).

A meta final do processo de reabilitação é a independência. O papel da enfermeira, neste momento, é de um suporte para o paciente e para a família, auxiliando-os a assumirem a responsabilidade por aspectos crescentes do cuidado e tratamento do paciente. O cuidado do paciente, com lesão raquimedular, envolve todos os membros da equipe de saúde, podendo incluir a enfermagem, medicina, reabilitação, fisioterapia respiratória, fisioterapia motora e terapia ocupacional, gerenciamento do caso, serviços sociais, psicológicos, e, assim, por diante (SMELTZER; BARE, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho trata de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratória, de natureza quanti-qualitativa, por melhor se adaptar às indagações da nossa pesquisa.

Para Gil (2007, p.28), a pesquisa descritiva “é um levantamento das características conhecidas, que compõem um fato/fenômeno/processo. É normalmente feita de levantamentos ou observações sistemáticas do fato/fenômeno/processo escolhido”.

As pesquisas exploratórias têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo como objetivo a formulação de problemas ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, envolvendo levantamentos bibliográficos e documentais (GIL, 2007).

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, trabalhando com o universo dos significados dos motivos das crenças, valores e, principalmente, das atitudes. Assim sendo, um conjunto de fenômeno humano. Com isso trazendo uma corrente de pensamentos que é positivismo.

Já no método quantitativo, como o próprio nome já indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas, por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual até as mais complexas, como coeficiente de correlação. O método quantitativo representa, principalmente, a precisão dos resultados para evitar distorções de análise, possibilitando uma margem de segurança (MINAYO, 2007).

Para um maior embasamento teórico sobre a temática, realizou-se uma busca sistemática com base nos dados, com os descritores trauma, reabilitação e qualidade de vida, respectivamente. Com isso, localizou-se: artigos contidos na base de dados, Scielo e Google acadêmico, tendo em vista a maior confiabilidade destes, bem como buscou-se em periódicos e livros.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A referida pesquisa foi realizada na clínica Vitalis na Rua Alfredo Soares de Macêdo. Neto. Nº 01, Bairro: COHAB, na cidade de Assu/RN, a qual tem a função principal de ofertar atendimento de fisioterapia, abrangendo a população de Assú e cidades adjacentes e, também, outras especialidades como: Cardiologia, Fonoaudióloga, Ginecologia, Gastroenterologia, Geriatria, Nutrição, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Proctologia, Nefrologia, Urologia, Dermatologia, Endrocnologista, Psicanalista, Reabilitação Postural Global (RPG).

A escolha pela referida clínica se deu pelo fato de ser a única Instituição que atende a usuários com trauma raquimedular na cidade de Assú – RN, assim como, pelo fato de a pesquisadora participante possuir uma experiência com um familiar na referida Instituição, facilitando, assim, o acesso aos atores da pesquisa.

A referida clínica é uma Instituição privada, onde são realizados procedimentos de diversas especialidades, e atendidos usuários que possuem planos de saúde, particulares e, também, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

No período estabelecido para a coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa 07 enfermeiros, de uma amostra de 15 profissionais, onde 08 técnicos de enfermagem se negaram a participar da pesquisa.

Como critério de inclusão foi adotado o fato de os enfermeiros e técnicos trabalharem na clínica Vitalis há, pelo menos, um ano e que aceitem, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso contrario, estarão excluídos da pesquisa. Serão excluídos da pesquisa os profissionais que não se adequem aos critérios supracitados.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi feita através de um Roteiro de entrevista semi-estruturada, em duas partes, contendo dados sobre a caracterização social e profissional dos participantes e questões sobre a

assistência de enfermagem relacionados à assistência de enfermagem a usuários com trauma raquimedular.

Segundo Polit; Beck e Hungler (2004), roteiro de entrevista é usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas.

Segundo Marconi e Lakatos (2006, p. 92), a entrevista se caracteriza através de uma reunião entre o entrevistador e o entrevistado, para que se deva “obter informações a respeito de determinado assunto, frente a uma conversa de natureza profissional. É um procedimento usado na investigação para coletas de dados ou para ajudar no diagnóstico de um problema social”.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

É importante ressaltar que a coleta de dados só foi realizada após a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/FAMENE - PB, bem como após a assinatura do termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE), pelos participantes.

Para isso, foi utilizada uma entrevista onde foi realizado a gravação das conversas, através de um aparelho MP4, que foi realizada no mês de Maio de 2011, para possibilitar uma posterior transcrição e manter a fidedignidade das informações colhidas, sendo aplicado mediante a assinatura do consentimento livre e esclarecido dos participantes e, conseqüentemente, o sigilo dos mesmos. Os dados serão armazenados no computador de uso particular do pesquisador por um tempo mínimo de cinco anos e os sujeitos receberão pseudônimos a fim de mantermos o sigilo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de duas maneiras: a primeira parte da entrevista é referente à caracterização social e profissional dos participantes, foi analisada, de forma quantitativa, através de gráficos e porcentagem e discutida à luz da literatura pertinente; a segunda parte da entrevista, questões sobre a Assistência de Enfermagem com o paciente com trauma raquimedular,

foram analisadas com enfoque do método qualitativo, através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 72), uma vez que a autora define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Sendo assim, Bardin (1977) utiliza para essa análise organizar os dados em categorias para um melhor entendimento de seus resultados, pois as categorias procuram reunir os elementos em características comuns, bem como o maior número de informações á custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Enfim, a organização dos dados em categorias a passagem das informações brutas para as informações organizadas.

Para a análise do conteúdo das falas, foram adotados os seguintes passos: leitura do material para entendimento do todo; identificar pontos convergentes nos questionamentos; agrupamentos de idéias semelhantes; identificação de categorias que foram denominadas de acordo com os significados em cada agrupamento (BARDIN, 1977).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Enfatizamos que esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética, por se tratar de uma pesquisa, que envolve seres humanos, possibilitando-nos a permissão para a divulgação dos resultados obtidos.

Os aspectos éticos e legais, que embasam essa pesquisa, estão de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, sendo esta, respaldada na Resolução CNS 196/96. Esta Resolução, embasa sob a ótica do indivíduo e das coletividades. Os quatro referenciais básicos da bioética são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Bem como, a Resolução COFEN 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (COFEN, 2007).

3.8 FINANCIAMENTO DO PROJETO

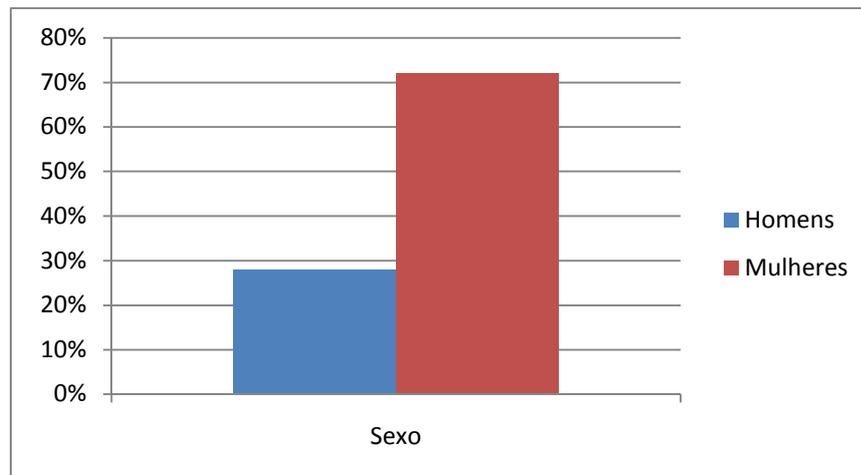
As despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizará em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O TEXTO E O CONTEXTO: UMA REFLEXÃO SOBRE O QUE TRAZ A LITERATURA E O QUE ENCONTRAMOS NA REALIDADE ESTUDADA

4.1.1 Caracterização demográfica e profissional da amostra

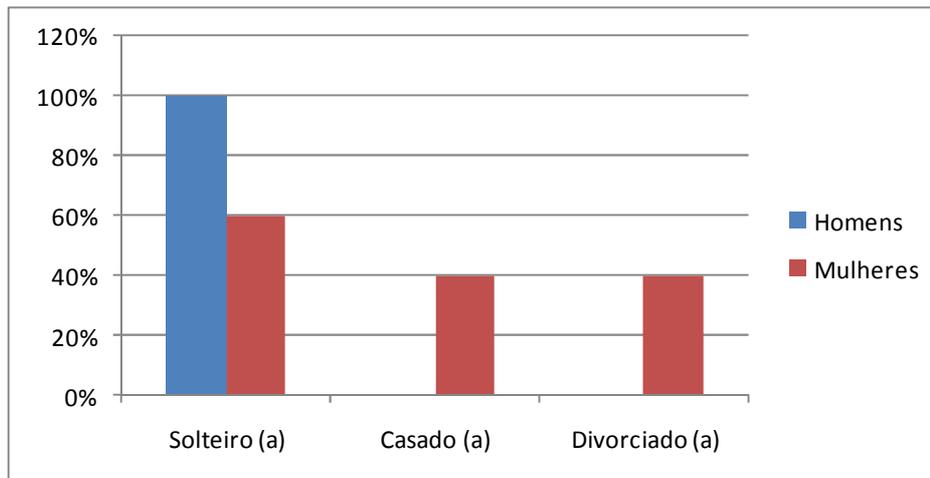
Gráfico 1 – Quanto ao sexo da amostra



Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 1: Foram entrevistados sete profissionais onde todos têm nível superior, possuindo graduação em enfermagem, onde cinco deles são mulheres (72%) e dois homens (28%).

Gráfico 2: Distribuição da amostra do estado civil dos profissionais participantes. Solteiros : 60% são mulheres e 100% homens. Casados : 40% mulheres. Divorciado: 40% mulheres.



Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto à idade, observou-se uma variação entre 26 e 40 anos. Com relação ao tempo de trabalho na especialidade reabilitação do aparelho locomotor, os enfermeiros informaram trabalhar, no mínimo, há 18 meses e, no máximo, há 05 anos, sendo que a maioria deles possuem experiências profissionais em outras áreas.

A amostra era composta por 15 profissionais, sendo que após os critérios de inclusão e exclusão foram entrevistados apenas 7 enfermeiros, tendo em vista que os demais profissionais se recusaram a participar da pesquisa.

Para facilitar a compreensão, os fatores estudados foram divididos em categorias, para garantir o anonimato dos participantes, não foram utilizados seus nomes ou mesmo qualquer informação que pudesse identificá-los, onde os nomes escolhidos são fictícios.

Os aspectos estudados foram divididos nas seguintes categorias: Os Principais cuidados realizados para a prevenção das complicações do trauma raquimedular; as dificuldades para realização de uma assistência adequada de enfermagem; medidas realizadas no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, a promoção da saúde.

4.2 OS PRINCIPAIS CUIDADOS REALIZADOS PARA A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO TRAUMA RAQUIMEDULAR

Diante das inúmeras complicações que o portador de TRM pode ser acometido, realizam-se algumas intervenções de enfermagem com o propósito de minimizar ou evitar essas complicações. Em situações de mobilidade física prejudicada, destacamos algumas intervenções, consideradas essenciais para o tratamento das complicações.

As intervenções adequadas são: Incentivar a terapia com exercícios prescritos, imobilização, monitorização neurológica, cuidados circulatórios, cuidados com próteses, controle do peso, contenção física.

Dessa forma, a intervenção de enfermagem no cuidado com o paciente em repouso no leito é considerada pelo objetivo de evitar as complicações dos músculos esqueléticas, decorrentes da incapacidade como a perda de massa muscular, enrijecimento articular, o que poderia prejudicar ainda mais o processo de reabilitação do lesado medular (POTTER; PERRY, 2005).

Essas intervenções de enfermagem contribuem para o equilíbrio corporal, necessário para manter uma posição estática como estar sentado, para mover-se livremente na comunidade (POTTER; PERRY, 2005).

Vale salientar que a prevenção de riscos de acidentes e conforto para o portador de LRM, além dos cuidados com o posicionamento em cadeira de rodas, o posicionamento corporal tem como meta manter o alinhamento corporal do paciente, reduzindo o esforço sobre as estruturas músculo-esqueléticas e o risco de lesões na pele, ajudando, dessa forma, a manter o tônus muscular adequado e contribuindo para o equilíbrio e a conservação de energia.

As respostas para as intervenções de enfermagem demonstraram que os enfermeiros ficaram, de certa forma, limitados em identificar as intervenções de enfermagem, diante das complicações dos usuários com TRM. Eles citam apenas algumas intervenções e as executam com frequência para prevenção de complicações como úlceras, por pressão.

Para realizar uma assistência de enfermagem é necessário, orientar mudança de decúbito para evitar escaras; Ingestão de líquido para ajudar nas evacuações, Utilizar tapotagem favorecendo a expectoração. (Ana)

È necessário uma alimentação adequada, para facilitar a digestão e esvaziamento vesical. (Maria)

Vale salientar que ficaram diversas intervenções esquecidas por partes da enfermagem como: cuidado com o repouso no leito, posicionamento na cadeira de rodas, assistência no autocuidado, posicionamento adequado, prevenção de quedas, supervisão da pele, controle da dor, promoção da mecânica corporal, facilitação de licença, controle da sensibilidade periférica, controle de medicamentos, supervisão: segurança, cuidados circulatórios: insuficiência venosa, precauções circulatórias, cuidado com os pés, comprometendo, dessa forma, a qualidade da assistência de enfermagem.

Eu realizo mudança de decúbito, para prevenções de escaras, orientando os familiares para prevenções de escaras, orientando o próprio paciente para lembrar a seus familiares a mudança de decúbito. Já em situações de dificuldade respiratória coloco em posição de Fowler, para melhorar a respiração. E para evitar a trombose venosa elevações dos MMII. E para facilitar nas eliminações intestinais oriento a ingestão de líquidos e alimentos laxantes, evitando alimentos ricos em massa e constipante. E na eliminação vesical podemos realizar esvaziamento vesical através da sonda evitando um bexigoma. (Talis)

Mudança de decúbito para evitar úlceras de pressão; Uso de colchão adequado; Uso de acolchoados nas proeminências ósseas; posição favoreça a respiração como a posição de Fowler ou semi-Fowler. (Daniel)

Com relação à prevenção das complicações, embora eles poderiam ter explicitados os intervalos e horários em que eles realizam essa assistência cima citado. No entanto, não é suficiente dizer o que faz, mas também os intervalos de tempo para realização de cada assistência.

4.3 AS DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO DE UMA A ASSISTÊNCIA ADEQUADA DE ENFERMAGEM

Uma sequela irreversível, certamente, traz à vida de um portador de paraplegia ou tetraplegia, profundas modificações que atingem a si próprio, a sua família e à sociedade onde vive. Diante desta situação, gostaríamos de registrar que vários enfermeiros têm se empenhado no desenvolvimento do assistir, ensinar e pesquisar nesta área e, dentre eles, podemos citar os

profissionais de enfermagem da rede sara (REDE SARA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

O indivíduo que apresenta sequelas advindas do TRM, gerando deficiência e incapacidades, apresenta, desde a fase aguda do trauma, níveis variados de dificuldades em realizar atividades como vestir/despir, alimentar-se, sentar, bem como para higiene, eliminação urinária e fecal. Assim, tentando compreender o processo de adaptação a uma nova situação de vida, o lesado medular não é o único nesta busca, há familiares envolvidos neste processo e que merecem serem assistidos nas suas dúvidas, medos, ansiedade, enfim na retomada de vida (FARO, 1996).

No centro de referência de reabilitação obtido como modelo que é a Rede Sarah, é importante ressaltar que é realizada a intervenção de enfermagem terapia com exercícios, sendo que a responsabilidade de prescrever e ensinar é dos fisioterapeutas, que orientam o paciente e/ou cuidadores os exercícios a serem realizados, ficando a cargo da enfermagem observar se os exercícios são realizados corretamente. Em caso de dúvidas sobre algum exercício, os pacientes e/ou cuidadores são encaminhados para as orientações subsequentes com os fisioterapeutas(REDE SARA DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [2009?]).

Falta de qualificação do profissional, para cuidar do cadeirante, falta de animo do paciente e dos familiares; A discriminação ao cadeirante; muitas vezes a cama do cadeirante não é adaptada, para facilitar o cuidado do cuidador. (Anita)

Uma das maiores dificuldades são as questões psicológicas, a falta de interesse e desanimo dos do próprio paciente, quando não quer colaborar com o tratamento. O estresse dos portadores por serem totalmente dependentes das ações de outras pessoas o constrangimento de suas necessidades fisiológicas sempre são compartilhadas dos seus cuidadores. (Raquel)

Falta de capacitação dos próprios; A falta de uma locomoção adequada na prestação do socorro a vitima e também a falta de locais para referencias.

É a partir desse momento, que se destaca o papel relevante e fundamental da família para assegurar a continuidade dos cuidados

planejados. Dessa forma, acredita-se que o período de tempo entre a hospitalização e o programa de reabilitação, com todas as dificuldades advindas do TRM, proporcione ao indivíduo uma reflexão sobre os acontecimentos que vêm vivenciando.

A maioria dos profissionais afirmam a falta de educação continuada dos próprios profissionais, o que implica em uma assistência qualificada. Este fato se reflete a todo o momento no desânimo dos portadores e familiares. A equipe de enfermagem, que se destina a prestar assistência aos portadores de lesão raquimedular, é necessária ter como meta manter-se atualizada, ampliar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, através de pesquisas e estudos clínicos, em benefício do paciente e do desenvolvimento da profissão, para que o seu trabalho alcance os níveis de excelência esperados e que a assistência de enfermagem seja qualificada.

Os pacientes, com lesão medular, muitas vezes, são internados em hospitais gerais e apenas alguns poucos conseguem vaga em centros especializados e ficam em casa esperando ser chamado para os centros de reabilitação. Essa prática é preocupante e faz-se necessário discutir como tem sido desenvolvido e aplicado a assistência da enfermagem, até o paciente encontrar vaga em um centro de referência.

Outro aspecto relevante e fundamental na reabilitação de uma pessoa, é o envolvimento da família, como elemento integrante da equipe assistencial, no sentido de participar e dar continuidade ao processo que está sendo implementado. Reforçamos que o envolvimento da família como elemento integrante da equipe assistencial, é imprescindível no processo de reabilitação.

4.4 MEDIDAS REALIZADAS NO INTUITO DE PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E CONSEQUENTEMENTE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O processo de reabilitação do TRM é baseado num conceito holístico do tratamento de pacientes portadores dessa síndrome e esse processo utiliza uma combinação de especialidades de vários profissionais da saúde. Dessa forma, a pessoa quando sofre uma LM apresenta alterações significativas de motricidade e sensibilidade, dentre tantas outras alterações. Entretanto, muitas vezes, o indivíduo fica dependente de terceiros, para as rotinas cotidianas.

Portanto, os lesados medulares são caracterizados como pacientes altamente dependentes dos cuidados de enfermagem e/ou de terceiros para o cotidiano como alimentar-se, higienizar-se, vestir-se a arrumar-se (DELISA, 2004).

Já Faro (2005), Pennington e Bury (1990) e Smeltzer e Bare (2002) sugerem uma definição mais holística. Para eles, reabilitação inclui promoção da saúde, a prevenção da deficiência secundária, além de prevenir e reduzir a deficiência e a incapacidade, restaurando as potencialidades pré-existentes no paciente, proporcionando uma oportunidade para uma melhor qualidade de vida, o retorno da auto-estima e da sua independência.

A OMS, em 1993, declarou que o processo de reabilitação da pessoa com deficiência não deve ser feito de modo isolado, mas, sim, de forma integrada com o tratamento do paciente, diminuindo as morbidades que atingem essa determinada população (LOW, 2003).

Eu ensino aos pacientes e cuidadores a cuidar do portador da lesão para evitar complicações; Levar o portador ao banheiro para incentivar as necessidades fisiológicas. Apoio psicológicos porque é uma mudança radical tanto na vida familiares como para o portador da lesão. (Neide)

Eu vou Instruindo os pacientes e familiares, as medidas de prevenção e tratamento. As mudanças de aprendizado de estratégias necessárias para lidar com as alterações que as lesões impõem sobre as atividades da vida diária. O ensino começa na fase aguda e continua por toda reabilitação do paciente de aprendizados. (Luciana)

Os entrevistados poderiam ter sido mais específicos na promoção à saúde. A seguir, descreveremos as intervenções de enfermagens voltadas à promoção à saúde ao binômio paciente/família.

É imprescindível orientar o paciente e familiar quanto intervenções aos cuidados com almofada d'água nas proeminências ósseas, a manutenção dos lençóis limpos e esticados, providenciar uma cama adequada para que a altura fique compatível entre cama e cadeira de rodas, o tipo de colchão adequado, o tipo de cadeira de rodas adequado para facilitar o autocuidado.

Treinar e inspecionar quanto às intervenções que estão sendo realizadas pelo paciente e o familiar, orientando o paciente e o familiar quanto à observação diária da pele do pênis, quando utilizar dispositivo para

incontinência urinária ou coletor plástico de urina, Incentivar à alimentação rica em proteínas e vitaminas, necessidade de alimentar-se à mesa.

Ensinar a identificar aos primeiros sinais de úlcera de pressão, à observação diária da pele, utilizando espelho, aos cuidados higiênicos, evitando contato e resíduos de fezes e urina na pele, orientar o familiar quanto aos cuidados com úlcera de pressão, quanto ao procedimento de higiene corporal, incontinência urinária, treinar o paciente e o familiar quanto à realização do autocateterismo vesical intermitente, realizar as anotações diárias de eliminação urinária, durante o período de reeducação vesical entre outros.

Podemos perceber que os participantes entrevistados, em relação à assistência de enfermagem, não desenvolvem uma distinta promoção à saúde a qual é de grande importância para a reabilitação dos portadores. A maioria dos profissionais afirmam a falta de educação continuada dos próprios profissionais, que implica em uma assistência qualificada.

Mas, para que isso ocorra, é necessário que a equipe de enfermagem que se destina a prestar assistência aos portadores de lesão raquimedular tenha como meta manter-se atualizada, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, através de pesquisas e estudos clínicos, em benefício do paciente, e do desenvolvimento da profissão, para que o seu trabalho alcance os níveis de excelência esperados e que a assistência de enfermagem seja qualificada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi discutido, percebe-se que a assistência de enfermagem está baseada nos aspectos fisiopatológicos da lesão medular. Embora a assistência de enfermagem aqui apresentada e sugerida não possa reverter as limitações, mas permite a convivência com a incapacidade de maneira digna e assim contribuindo com a melhoria da qualidade de vida.

Atualmente, o maior desafio para a prestação de assistência a essa clientela é a prevenção das complicações e/ou incapacidades secundárias que, se contornadas, melhoram gradativamente o potencial funcional dos pacientes.

Neste interim, concluímos que, em relação à assistência de enfermagem, nos pacientes com TRM, não houve diferenças significativas entre as respostas dos enfermeiros entrevistados, pois as respostas foram bem semelhantes, voltadas principalmente para a prevenção de úlceras de pressão no lesado medular.

No entanto, em relação às medidas preventivas das complicações, baseada na revisão de literatura mostra-se que a assistência contempla muito mais que prevenção de úlceras de pressão, esquecendo, dessa forma, a prevenção das outras complicações.

Seguindo tendências no Brasil, para as funções dos enfermeiros no processo de reabilitação, as intervenções abrangem os níveis de prevenção, promoção, manutenção e reabilitação, com o objetivo de impedir que as morbidades se instalem, proporcionando aos lesados medulares uma melhor qualidade de vida, e um bem estar físico.

Dessa forma, para superar o impacto de uma vida limitante, porém atuante, familiares e/ou cuidadores, deverão ressaltar aspectos positivos da recuperação, incentivando e elogiando os progressos da equipe multiprofissionais. Assim como, respeitando os momentos de desesperança, frustração e hostilidade, uma vez que também pertencem às fases de ajustamento de uma nova condição de vida.

REFERÊNCIAS

ATENDIMENTO Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Básico e Avançado. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

AZEREDO, C. A. C. **Fisioterapia Respiratória Moderna**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Informe epidemiológico do SUS. v.5 nº2, p. 12-14; Abr/jun. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311/2007 Revoga a Resolução COFEN nº. 240/2000 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 jun. 2010.

DEFINO, H. L. A. Trauma raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, p.388-400, out./dez. 1999. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/trauma_raquimedular.pdf> Acesso em: 11 set. 2010

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

FARO, A.C.M. et al. **Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular**. 2004. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/09.pdf> Acesso em: 09 set. 2010

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GREVE J. M. Traumatismos raquimedulares nos acidentes de trânsito e uso de equipamentos de segurança. **Diagn& Trat.**, v.2, p.10-13, 1999. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/trauma_raquimedular>. Acesso em: 11 set. 2010

HEBERT, L. C. **Ortopedia e Taumatologia**: Princípios e prática. 3.ed.Porto Alegre: Artmed, 2003.

KACHHANN, A. R. S.; CANALLI N.; SERAFIM, M. A. P. Comparação de picos de pressão em assento flexível em portadores de lesão medular e indivíduos normais: uma avaliação por interface de pressão. **Acta Fisiatr**, v.11, p.95-100, 2004. Disponível em: <www.interacoes.ismt.com/index.php/revista/article/view/107/111>. Acesso em: 01 nov. 2010.

KUMAGAI, N. Espasticidade: Tratamento. **Fisioterapia em movimento**, v.10, n. 2, out. 1997- mar. 1998.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer. **Acta Fisiatr**, v.13, p.21-26, 2006. Disponível em: <www.interacoes.ismt.com/index.php/revista/article/view/107/111>. Acesso em: 01 nov. 2010.

MINAYO, M. C. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26.ed. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C.B. Fatores de risco e medidas preventivas para ulcera de pressão no lesado medular. experiência da equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, p.14-23, jan./mar. 2002. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

ORRA, Hussein Amin. **Trombose profunda**. 2002. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1287839497trombose.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2010.

O`SULLIVAN, S. B.; SMITH, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

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

POTTER, P. A; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Manual do Lesão Medular**. Brasília: Sarah letras, [2009?].

RODRIGUES, B.G. S.; BRITO, C. S.; BARROS, C. F. **Lesão da Medula Espinhal**. 2006. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/lesao_e_spinal/lesao_espinhal_brena.htm>. Acesso em: 29 out. 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem**

Médico Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.4.

SILVA, L. C.;CHIUMENTO, L. F. **Análise da espasticidade de membro inferiores em pacientes com traumatismo raquimedular, submetidos a relaxamento aquático.**[2008]. Disponível

em:<<http://www.aquabrasil.info/Artigos/PDF%20%20espasticidade.pdf>>.

Acesso em: 26 out. 2010.

TONELLO, A. S. **Aspectos da Reeducação Intestinal em Lesados Medulares.** Dissertação (Mestrado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, São Paulo, 1999. Disponível

em:<www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/09.pdf>. Acesso em: 09 set. 2010.

VALL, J. Processo de reabilitação da pessoa portadora de paraplegia.

Cadernos da escola de saúde enfermagem, n.1, jul. 2008. Disponível

em:<<http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/75/68>>

. Acesso em: 30 out. 2010.

APÊNDICES

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O referido trabalho intitulado ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA RAQUIMEDULAR, objetiva, caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados, assim como averiguar o atendimento dos profissionais entrevistados sobre as ações de enfermagem aos portadores de Trauma Raquimedular, verificando o entendimento dos profissionais de enfermagem as medidas para a prevenção possíveis complicações decorrentes do Trauma Raquimedular, através da análise da expectativa dos profissionais de enfermagem frente às sequelas decorrentes do Trauma Raquimedular.

Desta forma, interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o determinado assunto surgiu com a leitura sobre dados epidemiológicos sobre a temática. O número de casos dessa enfermidade tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, tornando-se uma das principais causas de morte e hospitalização no Brasil.

Neste interim, o interesse desta pesquisa ocorreu, também, pelo fato da pesquisadora possuir experiência com familiares portadores de lesões raquimedulares, tendo, portanto, um cunho pessoal, também pelo fato de assistência de enfermagem ser, muitas vezes, realizada de forma inadequada, conforme foi percebido durante os estágios do curso de graduação de enfermagem.

O estudo se desenvolverá através da entrevista, utilizando-se de um roteiro de entrevista previamente elaborado com os que concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o intuito de debatermos sobre a temática e sua inserção de acordo com a visão dos participantes, no que diz respeito à assistência da enfermagem a usuários com trauma raquimedular.

É imprescindível ressaltar o registro da participação neste estudo será mantido em sigilo absoluto. Guardaremos os registros de cada indivíduo e somente os pesquisadores trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação dos participantes não será revelada.

Dessa forma, não se espera que você tenha problema algum em consequência da realização das atividades de pesquisa, porque estes não oferecem risco ou desconforto, considerando-se que os dados serão obtidos através do preenchimento de roteiro de entrevista sobre a temática em estudo e nenhum exame clínico será realizado.

Portanto, toda participação é espontânea e voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar deste estudo. Ninguém, também, será penalizado, se decidir desistir de participar do estudo em qualquer momento da pesquisa, mesmo já tendo assinado este termo.

No entanto, caso tenha qualquer dúvida ou esclarecimento poderão contactar professor Lucídio Clebeson de Oliveira no telefone: (84) 9623-2943 ou ainda, no e-mail: lucidioclebeson@hotmail.com. Além do endereço do pesquisador responsável, colocar endereço completo, inclusive, com fones, e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa (Av. Frei Galvão,12- Bairro:Gramame-João Pessoa-PB CEP-58067-695. Fone: (83) 3106-4792 / 2106-4790. E-mail do Comitê de ética em pesquisa: cep@facene.com.br

Eu _____ De
claro que, após ter lido e entendido o conteúdo deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas por mim fornecidas. Concedo, também, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente de que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Foram garantidos esclarecimentos que venhamos a solicitar, durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que nossa desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa.

A nossa participação na pesquisa não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à nossa identificação. Concordo em entregar o devido questionário

respondido uma semana após o recebimento do mesmo, para que os pesquisadores possam fazer uma correta e concisa análise das respostas encontradas.

EU,

RG _____ declaro, para os devidos fins, que cedo os direitos das minhas respostas dadas às perguntas de pesquisa autorizadas para a leitura para Lucidio Clebeson de Oliveira, usá-las integralmente ou em partes, ocultando meu nome, desde a presente data. Concordo com a realização do uso dos questionários e autorizo o uso das respostas no referente trabalho.

Assinatura do participante:

Mossoró, ____/____/2001

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões, acima apresentadas, com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

Lucidio Clebeson de Oliveira.
Assinatura do Pesquisador responsável:

Crisciana Alves de Freitas

Assinatura do pesquisador participante:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

1. Sexo: M () F ()
2. Idade:
3. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Separado ()
Viúvo
4. Enfermeiro (a) () Técnico de Enfermagem ()
5. A quanto tempo trabalha na Clínica? _____

PARTE II- QUESTÕES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRAUMA RAQUIMEDULAR

6. Já possuía conhecimento sobre a assistência de enfermagem a usuários com Trauma Raquimedular antes de trabalhar na clínica?

() sim () Não

7. Quais os principais cuidados realizados objetivando a prevenção das complicações do Trauma Raquimedular?

8. Quais as medidas utilizadas no intuito de reduzir/minimizar as incapacidades causadas pelo Trauma Raquimedular?

9. Que medidas são realizadas no intuito de promover a melhoria da qualidade de vida, e conseqüentemente, a promoção da saúde dessa clientela?

10. Quais as maiores dificuldades para a realização de uma assistência adequada?

11- No seu entendimento quais as medidas para a prevenção de possíveis complicações decorrentes do Trauma Raquimedular?

12- Na sua experiência profissional qual a sua expectativa frente as sequelas decorrentes do Trauma Raquimedular?

ANEXO