

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**EM BUSCA DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SUA
PRÁTICA ASSISTENCIAL ÀS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO
RAQUIMEDULAR.**

ELIANE SANTOS CAVALCANTE

NATAL - RN.
2003

ELIANE SANTIOS CAVALCANTE

**EM BUSCA DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SUA
PRÁTICA ASSISTENCIAL ÀS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO
RAQUIMEDULAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora:

Prof. Dra. Glauceia Maciel de Farias

**NATAL - RN.
2003**

BANCA EXAMINADORA

Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular.

Dissertação aprovada em _____ de _____ de 2003.

Banca examinadora:

Prof^ª Dr^ª Glauceia Maciel de Farias (Orientadora)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^ª Dr^ª Ana Cristina Mancussi e Faro (Titular)
Departamento de Enfermagem da USP-SP

Prof^ª Dr^ª Raimunda Medeiros Germano (Titular)
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^ª Dr^ª Maria das Graças de Paiva Nicolete (Suplente)
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

O Sábio

*Aquele que conhece os outros é sábio
Aquele que conhece a si mesmo é iluminado
Aquele que vence o outro é forte
Aquele que vence a si mesmo é poderoso
Aquele que conhece a alegria é rico
Aquele que conserva o seu caminho tem
vontade
Seja humilde, e permanecerás íntegro
Curva-te, e permanecerás ereto
Esvazia-te, e permanecerás repleto,
Gasta-te, e permanecerás novo.
O sábio não se exhibe, e por isso brilha,
O sábio não se faz notar, e por isso é
notado.
O sábio não se elogia, e por isso tem
mérito.
E, porque não está competindo, ninguém no
mundo pode competir com ele.*

Lao Tse

Às **Pessoas**, o grande sopro do
universo, alvo maior de nossas
interações.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Doralice** Alves dos Santos (minha mãe), pelo estímulo e confiança constantes a mim dedicados.

Aos meus seis **irmãos** e sete sobrinhos, pela compreensão e fiel torcida nesta trajetória.

A **Pedro** (Badeko), inesquecível irmão e amigo que, apesar de sua partida precoce, me transmitiu o legado da força de vontade († 1982).

A **Luiz Cavalcante** (meu pai), com amor, pelo exemplo de vida († 1971).

Os grandes ensinam a Rota, mas é preciso percorrê-la.

Buda

À Professora Dra. Glaucea
Maciel de Farias, amiga,
sempre motivando a conquista
de um pouco mais com seu
incansável estímulo e
dedicação à realização deste
estudo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, energia de todos os momentos, por ter me facultado o uso da razão e as necessárias condições para que os meus objetivos fossem alcançados.

À Direção Médica e de Enfermagem dos Hospitais Monsenhor Walfredo Gurgel e Memorial, pelo consentimento e oportunidade que me foi concebida em realizar a coleta de dados que possibilitou a realização deste estudo.

À Diretora de Enfermagem do HUOL, Maria Cleia Viana pela compreensão e ajuda ao dispensar-me das atividades profissionais ao término deste estudo.

À professora Raimunda Medeiros Germano, pela consideração, atenção e carinho a todos os alunos e profissionais de enfermagem, pela sua honestidade e ética em busca da transformação social.

À Prof^a Dr^a. Rosineide Santana de Brito, por todas as vezes que me disse: "você vai conseguir".

À Prof^a Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolete, pela simplicidade, consideração e amizade.

Ao Prof. Dr. Ricardo Lins, pelo convívio harmonioso e troca de conhecimento quando da participação no Programa de Reabilitação do Lesado Medular no HUOL.

Ao Prof. Dr. João Rabelo Caldas, pela oportunidade de acesso ao material bibliográfico e estímulo constante.

Ao Dr. Kleber Farias Junior, pela orientação estatística.

Aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e Memorial, pela colaboração e solicitude ao ser entrevistados.

Às acadêmicas de Enfermagem Cristiane da Silva Ramos, Cristiane Ribeiro de Melo e Pollyanna Dantas de Lima que contribuíram na coleta de dados.

A Hélio Takashi Maciel de Farias, pela valiosa colaboração na realização do Abstract.

Ao Dr. Jean Válber Rodrigues e sua assistente Anne Patrícia, por terem partilhado, em muitos momentos, com ajuda, amizade e estímulo.

Aos funcionários da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, pelo apoio prestado durante o curso.

Aos colegas do Curso de Mestrado da UFRN, pela oportunidade valiosa do convívio e pelo enriquecimento pessoal conquistado.

Ao querido e inesquecível amigo Plácido Medeiros de Souza, pelos primeiros passos em pesquisa e ajuda contínua, particularmente nos primeiros meses de estudo.

Aos amigos Katiane Xavier da Silva e Manuel de Medeiros Dantas, pelo precioso suporte e estímulo, particularmente nestes últimos meses.

Aos amigos Joatão, Aleide, Gercina, e Luzimar (HUOL), Leonor, Aldemar e Fátima Costa (HMWG), pela disponibilidade e amizade, quando se fez necessário, durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Às vítimas de traumatismo raquimedular e familiares que foram motivação maior à realização da pesquisa que concretiza este trabalho.

A todos que, apesar de sua importância, não foram aqui mencionados.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	09
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1. Composição Anatômica da Coluna Vertebral e Medula Espinhal.....	10
3.1.1.Mecanismo da Lesão Medular Traumática.....	13
3.1.2.Principais Complicações da Lesão Medular.....	16
3.2. Assistência de Enfermagem ao Paciente Lesado medular no Pré-hospitalar e Reabilitação.....	20
3.2.1Assistência de Enfermagem no Pré-hospitalar.....	21
3.2.2Assistência de Enfermagem no Hospital.....	25
3.2.3.Reabilitação como um Processo.....	33
4. METODOLOGIA.....	36
4.1.Tipo de Estudo.....	36
4.2. Local de Estudo.....	36
4.3. População e Amostra.....	37
4.4. Seleção da Amostra.....	38
4.5.Variáveis do Estudo.....	40
4.6. Instrumento de Coleta de Dados.....	41
4.7. Procedimento de Coleta de Dados.....	42
4.8. Processamento de Coleta de Dados.....	44
4.9. Tratamento Estatístico.....	44
5. RESULTADO E DISCUSSÕES.....	46
5.1. Caracterização da População.....	46
5.2. Estatística.....	Hipótese 59
5.3. Teste Paramétrico.....	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
7. CONCLUSÕES.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
GLOSSÁRIO.....	74
ANEXOS.....	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AO	–	Abertura Ocular
AP	–	Avaliação Primária
AS	–	Avaliação Secundária
ECG	–	Escala de Coma de Glasgow
HMGW	–	Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
HUOL	–	Hospital Universitário Onofre Lopes
MAST	–	Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma
MRM	–	Melhor Resposta Motora
MRV	–	Melhor Resposta Verbal
PROFAE	–	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
SSVV	–	Sinais Vitais
SUS	–	Sistema Único da Saúde
TRM	–	Traumatismo Raquimedular
TVP	–	Trombose Venosa Profunda
UFRN	–	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- GRÁFICO 01** **Distribuição dos sujeitos, quanto à formação profissional. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 02** **Distribuição dos sujeitos, quanto ao tempo de serviço na enfermagem. HMWG e Memorial, Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 03** **Distribuição dos sujeitos, quanto ao setor de trabalho. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 04** **Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e empecilhos que dificultam a assistência às vítimas TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 05** **Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e onde adquiriu informações sobre o TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 06** **Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e sentir-se e 07** **preparados e estarem realmente preparados para assistirem as vítimas de TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- GRÁFICO 08** **Distribuição dos sujeitos, quanto se julgar preparados para assistir as vítimas de TRM e o local de trabalho. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**
- TABELA 01** **Distribuição dos sujeitos, quanto estarem realmente preparados para assistirem as vítimas de TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.**

TABELA 02 **Distribuição dos sujeitos, quanto a se sentir preparado para assistir as vítimas de TRM, e seguir corretamente os passos nas fases pré-hospitalar (AP), hospitalar (AP e AS), e a aplicação do teste de McNemar.**

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO I** **Parecer da comissão de ética.**
- ANEXO II** **Ofício ao diretor médico do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.**
- ANEXO III** **Ofício ao diretor presidente do Hospital Memorial.**
- ANEXO IV** **Ofício à diretora de enfermagem do Hospital Memorial.**
- ANEXO V** **Ofício à diretora de enfermagem do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.**
- ANEXO VI** **Termo de consentimento livre e esclarecido.**
- ANEXO VII** **Formulários para entrevista com profissional de enfermagem.**

CAVALCANTE, Eliane Santos. **Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular.** Dissertação (Mestrado) Natal, 2003. 123p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

A grande demanda de acidentes produtores de vítimas com traumatismo raquimedular (TRM) e a necessidade de identificar como estão sendo assistidas, levaram-nos a fazer esta investigação. Teve como objetivo identificar e analisar o conhecimento dos enfermeiros e os auxiliares de enfermagem acerca da assistência de enfermagem a estes pacientes. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e dados prospectivos. Para a sua realização, foram entrevistados 193 sujeitos sendo 37 enfermeiros e 157 auxiliares de enfermagem de 02 hospitais da grande Natal. Os resultados revelam que os sujeitos não são coerentes quando questionados se estão preparados para assistir às vítimas de TRM e o conteúdo descrito por ordem de prioridade em relação aos passos utilizados na assistência, tanto no atendimento pré-hospitalar como hospitalar. Assim sendo, observamos que apenas 06 enfermeiros e 07 auxiliares descreveram corretamente todos os passos necessários ao atendimento pré-hospitalar e somente 01 enfermeiro e 02 auxiliares registraram todos os passos na seqüência correta, no que se refere ao atendimento hospitalar. Concluimos que diante dos resultados obtidos, faz-se necessário modificar esta realidade, aperfeiçoando a equipe de enfermagem e dando-lhe melhores condições de trabalho.

Palavras chaves: Assistência de enfermagem; Cuidado às vítimas de TRM; Conhecimento do enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

CAVALCANTE, Eliane Santos. **In search of the knowlegde of the nursing staff in their assistential practice towards the victims of rachi-medullar traumatism.** Dissertação (Mestrado) Natal, 2003. 123 p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

The great demand of accidents resulting in victims with rachi-medullar traumatism (RMT) and the need for indetifying how they are being assisted, led us to proceed with this investigation. It had as its goal to identify and analyze the knowledge of nurses and nurse assistents regarding the nursing assistance to these patients. It consists of a descriptive exploratory study, with a quantitative method and prospective data. For its execution, 193 subjects were interviewed, 37 of them nurses and 157 nurse assistents in 02 hospitals of the metropolitan zone of Natal. The results reveal that the subjects are not coherent when questioned whether they are prepared to assist victim of RMT and the content described by order of piority regarding the steps followed in the assistance of these victims, both in the pre-hospital and hospital care. Thus, we observe that only 06 nurses and 07 assistents, described correctly all the steps necessary to pre-hospital care and only 01 nurse and 02 assistents registered all the steps in the correct sequence regarding the hospital care. We conclude that, in face of the obtained results, we can urgently modify this reality, improving the nursing staff and giving them better work conditions.

Keywords: Nursing assistance; Care to RMT victims; Knowledge of the nurse and nurse assistants.

Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absoluto. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma a unidade dialética indivisível.

Lukács

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As causas externas têm sido consideradas um problema de saúde pública no mundo. Dados estatísticos indicam que morrem 3,5 milhões de pessoas devido a traumas acidentais ou intencionais. No Brasil, chegam a morrer 110.000 pessoas por este mesmo motivo, sendo que os acidentes automobilísticos são os maiores responsáveis com cerca de 30.000 mortes⁵⁹.

Porém a incidência do trauma tem se comportado de maneira bastante uniforme nas últimas décadas. Nos EUA, os acidentes de trânsito respondem por 45% dos casos, 35% relacionados a quedas (em atos esportivos, mergulho em águas rasas, quedas de cavalo, outros) e os 20% restantes a atos de violência (arma de fogo, arma branca, agressão física, entre outros)³⁴.

Estes acidentes são, também, os grandes responsáveis por morte e seqüelas e, de acordo com estimativas das Nações Unidas, no Brasil, em 1991, existiam 17 seqüelados para cada mil pessoas, em que o motivo principal era a lesão medular. O Anexo da Portaria 737/GM de 16 de maio de 2001, em 1997, mostra que, nos hospitais do Brasil ligados ao Sistema Único de Saúde, 6.388 pessoas foram internadas por causa de fratura de coluna vertebral, sendo mais de 50% em nível cervical e dorsal, o que implica em seqüelas de maior gravidade⁸.

Em nosso país, estes mesmos eventos respondem pela maioria destes traumas, totalizando 42% dos casos. O trauma da medula espinhal ocorre mais em homens na fase entre os 18 e 40 anos em 65% dos casos³⁴.

Nosso Estado, por se localizar em região litorânea, favorece a busca por praias, o que ocasiona, muitas vezes, acidentes de mergulhos, fato este corroborado por

Rodrigues (2002)⁷¹ quando menciona que o aumento do contingente de pacientes com TRM é resultante de mergulho em águas rasas na época de veraneio.

O sexo masculino apresentou o maior índice de traumatizados, correspondendo a 74% da amostra, enquanto o sexo feminino representou os restantes 26% da amostra^{21,63, 69}.

Carvalho et al (2000)¹⁷, ao realizarem uma pesquisa com pacientes pós-Traumatismo Raquimedular, dizem que este é um dos maiores causadores de morte ou seqüelas, especialmente a paraplegia e tetraplegia. Acrescentam ainda que haverá, como consequência, uma mudança total na qualidade de vida do paciente e de sua família.

Em relação ao agente causal, Pavelqueires (1997)⁶⁵ enfoca que, no Brasil, o número de traumas por acidente de trânsito, atualmente, tem sido superado pelo índice de homicídios. Essa informação é reforçada por Mapa (1999)⁵⁰, quando diz que os índices de acidentes automobilísticos caíram 1,1%, nos últimos dez anos; por outro lado, os casos de agressões interpessoais e homicídios aumentaram por volta de 12%.

O drama desses pacientes já começa no próprio local onde sofreu o acidente. Populares e curiosos, com a nobre intenção de ajudar, o manipulam inadvertidamente, tornando muitas vezes um caso de simples fratura, que teria um prognóstico favorável, numa secção completa de medula, com prognóstico totalmente diferente, inclusive no êxito letal⁷⁸.

Esse problema continua quando ao chegarem à maioria dos hospitais, constatam estarrecidos que estes não oferecem as mínimas condições técnicas e humanas para serem assistidos com qualidade. O paciente então é removido para outros centros, até chegar a um hospital de referência, onde, por falta de sistematização, imperícia ou mesmo negligência, não lhe é dada a devida atenção pela sua gravidade, enquanto o

precioso tempo de intervenção vai se esgotando. Muitas vezes, quando decidem atendê-lo, há pouco para ser feito no sentido de reabilitação física⁷⁸.

Este evento é preocupante quando sabemos que aumenta o contingente de indivíduos incapazes de assegurar por si só a sua subsistência e reintegração social.

É importante ressaltar que a reabilitação destas vítimas é desgastante, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, uma vez que são muito poucos os centros de reabilitação e que a deficiência física altera de forma significativa o aspecto biopsicossocial, dificultando sua reinserção na sociedade, problematizando a vida, independentemente dos planos social ou profissional¹¹.

Reconhecemos os problemas, já citados, como sendo de co-responsabilidade do enfermeiro, pois entendemos que é um dos profissionais dentro da equipe de saúde que exerce um papel fundamental na identificação dos fatores que deverão ser trabalhados, evitando ou minimizando conseqüências nas esferas biopsicossociais que poderão interferir na adaptação do cliente lesado medular à nova condição de vida pós-trauma.

Estamos conscientes que, a partir de uma assistência de qualidade iniciada desde o atendimento pré-hospitalar, a equipe de enfermagem estará evitando a morte ou o agravamento das lesões como também as seqüelas advindas do trauma. Sabemos que, para cada minuto que se abrevia o início do socorro, vidas serão salvas, seqüelas reduzidas e o custo final do atendimento hospitalar e do tratamento do paciente serão menores³².

A assistência preconizada a estas vítimas deve estender-se durante toda a fase hospitalar e de reabilitação e que os familiares e ou amigos precisam ser inseridos neste contexto.

Ao falarmos em seqüelas, ressaltamos uma colocação de Farias (1995)³⁴ que enfatiza a importância de conhecimento prévio das seqüelas pelo enfermeiro e sua equipe. Afirma que este profissional deverá estar preparado para preveni-las ou, quando necessário, classificá-las e codificá-las, lembrando sempre que o paciente não deve ser visto como um seqüelado e sim, de acordo com os seus potenciais remanescentes tanto de ordem física como intelectual, trabalhá-los da melhor maneira possível.

Consideramos que os enfermeiros têm papel fundamental nas ações educativas em saúde, porém, o que observamos, na grande maioria das vezes, é que realizam procedimentos meramente curativos, ficando as ações preventivas e de reabilitação relegadas a um segundo plano. No entanto ressaltamos o interesse em alcançar a recuperação conseqüente do trauma e habilitar o indivíduo a sua volta às atividades sociais, isto é, ao emprego, à escola ou manter atividades domésticas, afetivas, amorosas, entre outras, visto que a recuperação é um processo dinâmico, que reflete uma questão ampla na vida da vítima de TRM com interfaces sócio biológicas e econômicas⁴⁸.

Essa problemática está mais visível na área da assistência de enfermagem em urgência. No entanto, com a nossa experiência profissional, podemos afirmar que ela se estende a todos os demais setores onde esse paciente se insere durante o seu tratamento.

Observamos que é comum chegar aos serviços de saúde do Estado pacientes vítimas de lesão medular das mais variadas etiologias, apresentando complicações do tipo: úlcera de decúbito, infecção urinária, constipação intestinal, deformidades articulares, alterações psicológicas (tristeza, perda de interesse pela vida, medo, entre outras). Estes problemas dificultam sua reabilitação e contribuem para o seu empobrecimento, uma vez que ficarão impossibilitados de trabalhar ou terão que mudar de ocupação, com conseqüente perda de renda familiar.

Embora exista um rol de fatores que poderão influenciar o retorno ao trabalho, é importante estabelecermos parâmetros individuais intrínsecos, tais como motivação, auto-estima, idade, nível de escolaridade e capacidade cognoscitiva; também fatores correlacionados que são: o tipo e gravidade do trauma, função empregatícia, nível salarial no período que antecedeu ao trauma, posição social na estrutura familiar e suporte individual entre familiares e amigos⁸⁰.

Farias (1995)³⁴ e Sousa (1995)⁸⁰ afirmam que outros aspectos relacionados à recuperação pós-traumática são os fatores que influenciam o retorno ao trabalho remunerado dessas vítimas entre eles, o tipo e a gravidade do trauma; o nível de escolaridade; idade; o tipo de emprego ou cargo de ocupação; o nível salarial antes do evento; a posição social na estrutura familiar; e o apoio recebido pelos familiares e amigos.

Corroborando esta afirmativa, estudos realizados por Jennett; Bond (1975)⁴⁴ revelaram que uma classificação de indivíduo apto funcionalmente para as atividades laborativas poderá ocasionar falsas impressões, uma vez que situações sócioeconômicas da comunidade podem dificultar o retorno do paciente à produtividade, mesmo apresentando recuperação total.

Por sua vez, além da inaptidão para o trabalho, é importante lembrar a necessidade de informar aos familiares da vítima, o mais rápido possível, da inabilidade funcional adquirida pós-trauma, especialmente se a sua posição é de chefe de família, pois esta está comprometida.

Acreditamos que a luta para diminuir a incidência do evento, como também das seqüelas, deva estar em sintonia com a qualidade da prática dos profissionais de saúde baseada na busca pelo saber e pela atualização dos conhecimentos.

Supomos que as dificuldades observadas e sentidas quando do manejo destes pacientes, nas ações desenvolvidas pela enfermagem, coordenadas pelo enfermeiro, não estão voltadas para assistir o indivíduo holisticamente, talvez por deficiência de conhecimentos na sua formação básica em nível de graduação, falta de motivação pessoal para atualização dos seus conhecimentos ou mesmo a ausência de oportunidades para uma melhor qualificação dentro desta área.

Por outro lado, sentimos que a carência de recursos tecnológicos existentes na maioria dos hospitais públicos de Natal, atrelada aos fatores acima citados, pode contribuir sobremaneira para o desassistir tão presente nas vítimas de lesão medular.

O interesse em investigar o conhecimento da enfermagem sobre o cuidado com o lesado medular surgiu da preocupação ao longo da minha vida profissional, ao trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva, enfermaria de Neurologia e Unidade de Urgência, junto a estes pacientes. Observava as dificuldades que tinham os profissionais de enfermagem ao tentar realizar determinados procedimentos, especialmente no que se refere ao posicionamento no leito, as mudanças de decúbito, manuseio com aparelhos de tração, aparelhos gessados, educação esfinteriana, exercícios respiratórios e orientações direcionadas para o autocuidado nas atividades da vida diária, entre outros.

Diante destas situações, sentia muita angústia e preocupação, pois observava que não havia preparo suficiente para que uma assistência de qualidade pudesse ser posta em prática. Para compreender o que, como enfermeira, podia fazer, ingressei no início do ano de 1996 em um Programa Multiprofissional e Interdisciplinar de reabilitação ao lesado medular. Este programa teve início neste mesmo ano no Hospital Universitário Onofre Lopes, na cidade de Natal, e tinha como objetivo maior reabilitar o indivíduo para as atividades sociais. Como naquele momento exercia minhas atividades no setor de neurologia, passei a participar do grupo.

O modelo utilizado neste serviço despertou-me o interesse em estudar o cuidado com estes pacientes, por considerar a tecnologia assistencial de extrema importância na prestação de cuidados, no ambiente pré-hospitalar e hospitalar, e assim identificar como a enfermagem está aplicando os seus conhecimentos, se realmente existe este conhecimento, como vem assistindo a esta clientela, quais as ações de cuidar que ela propõe diante das mais diversas situações.

Partimos então do pressuposto de que a qualidade da assistência depende do conhecimento existente, isto é, quanto maior o conhecimento teórico-prático melhor a qualidade da assistência prestada.

Em função disto, é profundo o nosso sentimento em relação à necessidade de buscar o conhecimento dos profissionais, se possuem algum preparo mais específico para assistir a este tipo de população, no sentido de criar e pôr em prática os princípios básicos de um novo assistir com segurança.

A importância em discutir a assistência se deve ao fato de que esse cuidado venha a atender às necessidades tanto no plano físico, emocional e social. Deve conciliar ações terapêuticas e propedêuticas, tornando, dessa forma, o lesado medular o mais independente possível, com qualidade de vida e, principalmente, sujeito ativo de suas próprias ações. Acreditamos também que, assim procedendo, podemos prevenir complicações, diminuindo o tempo de internação hospitalar, reinternações e reduzindo com isso custos desnecessários, tornando-o uma pessoa produtiva e participativa no contexto social.

É oportuno esclarecer que ainda não existe no nosso Estado instituições especializadas para o atendimento ao paciente lesado medular, o que dificulta e limita ainda mais a sua recuperação. É partindo das premissas de que muitas das complicações que ocorrem no paciente com TRM são conseqüências do despreparo do enfermeiro e

da equipe de enfermagem, da ausência de uma orientação sistematizada das ações de enfermagem direcionadas para assistir ao paciente holisticamente, de uma deficiência ou a falta de recursos tecnológicos que elaboramos os seguintes questionamentos:

- ✓ O enfermeiro e sua equipe conhecem e/ou são orientados como prestar cuidados ao paciente com TRM, nas fases pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação?
- ✓ Qual a sua experiência anterior com esse tipo de paciente?
- ✓ Onde o enfermeiro e equipe de enfermagem adquiriram essas informações?
- ✓ O enfermeiro e/ou sua equipe enfrentam dificuldades para cuidar desses pacientes?
- ✓ Se há dificuldades, quais as mais frequentes?

Esperamos que o resultado desta pesquisa possa conduzir a uma conscientização da importância da assistência de enfermagem qualificada prestada no pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, com repercussões nas formas de gerenciar e assistir, criando e oportunizando a aproximação do enfermeiro ao cliente, por meio do exame físico criterioso com levantamento de dados e diagnóstico, com vistas ao planejamento, execução e avaliação da conduta de enfermagem prestada, contando com a participação ativa do indivíduo, família e ou amigos.

Pretendemos também adquirir subsídios para a elaboração de um protocolo de atendimento que possa subsidiar uma assistência sistematizada, baseada na necessidade de cada indivíduo com lesão medular, por trauma ou patologias neurológicas que interfiram na mobilidade física permanente ou temporária, tanto em nível pré-hospitalar como hospitalar.

E eu vos digo que a vida é realmente escuridão,
exceto quando há um impulso.
E todo impulso é cego, exceto quando há saber.
E todo saber é vão, exceto quando há trabalho.
E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor.
E quando trabalhais com amor, vós vos unis a vós
próprios, e uns aos outros, e a Deus.

Gibran Khalil Gibran

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVO

Estudar os sujeitos da pesquisa, com vistas a:

- Identificar e analisar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado prestado ao paciente lesado medular, desde a fase pré-hospitalar até sua alta.

O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar os obstáculos.

André Luiz

3. REVISÃO DE LITERATURA

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, faremos uma revisão de literatura sobre o TRM, o que consideramos fundamental para a compreensão da temática a ser desenvolvida. Iniciaremos pelas considerações sobre o traumatismo raquimedular, incluindo: anatomia e fisiologia da coluna vertebral e da medula espinhal, fisiopatologia da coluna vertebral, lesões medulares traumáticas e seus mecanismos, principais complicações da lesão medular, assistência de enfermagem no pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação, como processo.

Sendo o TRM uma lesão de alto risco, consideramos importante fazer uma abordagem acerca da anatomia e fisiologia da coluna vertebral.

3.1 Composição Anatômica da Coluna Vertebral e Medula Espinhal

Utilizamos como referência Castro (1985)¹⁸ e Réa Neto et al (1999)⁶⁸ para descrever a anatomia da coluna vertebral, também denominada raque, que é o eixo ósseo do corpo, situada no dorso, na linha mediana, capaz de sustentar, amortecer e transmitir o peso corporal. É constituída por 33 ossos, individualizados nas vértebras, em disposição seriada simples, um sobre o outro, estendida pela nuca, tórax, abdome e pelve. As vértebras classificam-se em: 7 vértebras cervicais, 12 vértebras torácicas, 5 vértebras lombares, 5 vértebras sacrais fundidas no sacro e 4 vértebras coccígeas fundidas no cóccix; elas servem também para suprir a flexibilidade necessária à movimentação, protegem a medula espinhal e formam com as costelas e esterno o tórax ósseo, que funciona como “um fole” para os movimentos respiratórios; a sua

mobilidade depende também da ação dos músculos e ligamentos que estão presos a estas estruturas.

Entre cada corpo de vértebra adjacente há uma placa de tecido formada pelos discos intervertebrais – que são constituídos de material fibroso e gelatinoso – e articulações intervertebrais, que têm uma mobilidade limitada, sendo maior na coluna cervical e lombar, e mínima na torácica, estando praticamente ausente nos demais segmentos que são principais meios de união dos corpos das vértebras. Estão presentes desde a superfície inferior do corpo do axis até a junção lombossacral e cada vértebra é unida a outra por vários ligamentos firmes^{18, 68}.

A coluna, no indivíduo anatomicamente normal, só é retilínea no plano frontal, ou seja, se vista por diante (anteriormente) ou por trás (posteriormente). Em perfil (numa vista lateral, no plano sagital), apresenta uma série de curvas. Segundo Castro (1985)¹⁸ e Santana (2001)⁷³, a coluna apresenta-se da seguinte maneira:

- Curvatura cervical ou cifose cervical: apresenta convexidade ventral ou anterior;
- Curvatura torácica ou cifose torácica: apresenta concavidade ventral ou anterior;
- Curvatura lombar ou lordose lombar: apresenta convexidade ventral ou anterior;
- Curvatura pélvica (sacroccígea) ou cifose pélvica: apresenta concavidade ventral ou anterior.

As curvaturas torácicas e pélvicas são consideradas primárias, pois estão presentes desde a vida fetal e persistem na vida adulta. Já as curvaturas cervical e lombar são ditas secundárias ou compensatórias, pois sofrem variações após o nascimento (a curvatura cervical modifica-se quando da manutenção da cabeça na postura ereta pela musculatura do pescoço; e a curvatura lombar modifica-se quando da adaptação das forças de carga e locomoção, desde quando a criança começa a se levantar e andar)^{18, 73}.

No interior da coluna vertebral, no túnel chamado canal vertebral, situa-se a medula espinhal e seus revestimentos. De cada espaço intervertebral sai uma raiz nervosa que dá origem aos nervos espinhais⁶⁸.

A medula espinhal situa-se dentro do estojo ósseo formado pelas vértebras, sendo constituída de uma massa cilíndrica de tecido nervoso, que mede de 6 a 12 mm de largura e chega a 45 cm de comprimento no homem adulto e 42 cm na mulher adulta.

A medula termina no nível da segunda vértebra lombar e logo abaixo deste nível existem apenas raízes nervosas e meninges, denominadas de cauda equina. É constituída de substância cinzenta, localizada centralmente, com uma forma aproximada da letra H, dividida em coluna anterior e coluna posterior²⁸.

A medula espinhal não é uniforme em toda a sua extensão e apresenta duas dilatações, chamadas de intumescência cervical e lombar, sendo revestida por três membranas: a dura-máter, localizada externamente, possui um revestimento protetor externo; a pia-máter, membrana fibrosa interna mais delicada, leva os vasos sanguíneos à medula; e uma estrutura intermediária, semelhante a uma teia, que, juntamente com o líquido, preenche o espaço entre a dura-máter e a aracnóide. Estas membranas têm características peculiares e cada uma exerce uma função específica¹⁸.

É importante ressaltar que a diferença de tamanho entre a medula e a coluna vertebral é de grande importância clínica, uma vez que uma lesão em uma das vértebras não corresponderá necessariamente a uma lesão medular no segmento correspondente a tal vértebra.

As substâncias cinzenta e branca formam o sistema nervoso central (neuroeixo). Na substância cinzenta estão localizados os corpos celulares dos neurônios e fibras nervosas sem mielina, que é uma membrana esbranquiçada que envolve as fibras quando deixam a substância cinzenta. A substância branca apresenta este aspecto por

ser constituída somente por fibras nervosas que são envoltas por membrana de mielina. No cérebro e no cerebelo, a substância cinzenta está por fora deste e a substância branca por dentro, ao passo que a medula espinhal é constituída de substância branca por fora e substância cinzenta por dentro¹⁸.

3.1.1 Mecanismo da Lesão Medular Traumática

O mecanismo da coluna vertebral é parte considerável para que possamos compreender o que ocorre no indivíduo, ao sofrer este tipo de trauma.

Durante o desenvolvimento humano, a coluna sofre algumas modificações que lhe permitem uma maior ou menor resistência. Esta resistência é diretamente proporcional ao número de curvaturas. Quanto maior for a curvatura, maior será a sua mobilidade².

O TRM é um evento cujas causas mais freqüentes são acidentes automobilísticos, por arma de fogo e quedas. O traumatismo raquimedular pode ocasionar destruição mecânica neural e conseqüentemente hemorragia intramedular. A lesão à medula espinhal varia de uma concussão transitória – da qual o paciente se recupera completamente – contusão, laceração e compressão da substância da medula isolada ou em combinação, até uma transecção completa, o que torna o paciente paralisado abaixo do nível da lesão traumática¹⁵.

É uma das síndromes mais devastadoras e incapacitantes que acomete o ser humano. Pode trazer, como conseqüências, paralisia dos segmentos e deficiência sensitiva superficial e profunda abaixo do nível lesionado, disfunções vasomotoras e alterações autonômicas, alterações esfínterianas com dificuldade para esvaziamento vesical e intestinal e disfunção sexual⁸⁸.

Delisa (1998)²⁸ lembra que na fase inicial da lesão medular ocorre diminuição do fluxo sanguíneo com isquemia e edema, que levam ao agravamento da lesão com paralisia flácida, manifestada por atonia muscular e arreflexia tendinosa, causada pelo impedimento da passagem dos impulsos voluntários do cérebro para a musculatura e das sensibilidades cutâneas até o cérebro, anestesia superficial e profunda, associada às alterações vasomotoras e disfunção vesical e intestinal. O controle voluntário da bexiga e intestino estará prejudicado com um quadro de incontinência e posteriormente retenção de urina e fezes⁴⁶.

A função principal do sistema nervoso autônomo é manter o equilíbrio interno dos órgãos dentro do corpo e está ligada a atividade de músculos involuntários (também conhecidos como musculatura lisa). Este sistema controla os aparelhos digestivo, respiratório e cardiovascular⁴¹.

Segundo Ditunno (1992)³¹, sempre que houver uma secção da medula após o impacto, algumas alterações são inevitáveis, ocasionando danos irreversíveis aos tecidos. Em experimentos, evidenciou-se que logo após 4 horas de trauma, simulando uma lesão por contusão, já havia isquemia extensa da substância cinzenta com edema precoce de substância branca; 8 horas após a lesão, já havia infarto global no segmento lesado associado à necrose da substância branca, caracterizando uma paralisia irreversível abaixo do nível comprometido.

Hallen (1978)⁴² afirma que as lesões da coluna vertebral são complexas e podem estar associadas também aos traumatismos cranianos e politraumas. Os mecanismos do trauma variam de acordo com aspectos de cada região da coluna, além das características da força lesional, quando é necessária a divisão em níveis regionais com a finalidade de abordar aspectos relacionados à instabilidade de cada uma. Os achados

radiográficos são instrumentos importantes para evidenciar a existência de instabilidade da coluna vertebral.

Segundo Martuza et al (1992)⁵², após a lesão medular com o bloqueio entre o comando hipotalâmico e o tronco simpático, o organismo perde a capacidade de controlar o fluxo sanguíneo cutâneo e conseqüentemente a sudorese. Esta disfunção acaba por alterar as respostas termorreguladoras internas.

A resposta do organismo à temperatura extrema não é eficaz, visto que o sistema simpático não é mais capaz de promover a vasodilatação, em resposta ao calor, e a vasoconstricção, em resposta ao frio. Essa ausência de sudorese geralmente é compensada por uma diaforese (perspiração, uma transpiração excessiva em toda a superfície cutânea, sem percepção do paciente) acima do nível lesado.

Apesar do desequilíbrio térmico, advindo do TRM, o controle térmico não está abolido, visto que parte da termorregulação corporal é mantida pelo sistema endócrino. Contudo, pacientes com lesões acima da primeira vértebra torácica (T1) tendem a apresentar menor adaptação a mudanças bruscas de temperatura. A sudorese profusa observada nestes pacientes é de natureza reflexa e produzida por impulsos da bexiga ou distensão do reto⁵⁰.

A lesão traumática da medula segundo Greve et al, (2001)⁴¹, classifica-se da seguinte maneira:

- **Choque medular** - É uma perda de todas as funções neurológicas abaixo do nível da lesão medular, o que apresenta interrupção fisiológica, e não autonômica da medula espinhal. Caracteriza-se por paraplegia flácida e ausência de atividade reflexa, cuja duração não costuma ser superior a 48 horas, mas pode algumas vezes persistir por várias semanas.

- **Lesão medular completa** - As funções motora e sensitiva estão ausentes abaixo do nível da lesão. É fundamental que se pesquise atividades medulares mais distais, como a contração de esfíncter anal e sensibilidade perineal a fim de diagnosticar esta lesão.
- **Lesão medular incompleta** - Há alguma função motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão;
- **Síndrome medular anterior** - Caracterizada pela perda dos movimentos voluntários e da sensibilidade dolorosa, com preservação da sensibilidade tátil e vibratória.
- **Síndrome medular posterior** – Este tipo de lesão não é muito comum sendo particularizada pela perda da sensibilidade tátil e vibratória, com preservação da motricidade e sensibilidade dolorosa;
- **Síndrome central da medula** – Costuma surgir na medula cervical, nas lesões por hiperextensão, em pacientes com espondilose preexistente. Caracteriza-se por tetraparesia de predomínio distal de membros superiores e anestesia suspensa, com predomínio nos membros superiores e tórax, podendo estar preservada nos membros inferiores.
- **Síndrome de Brown-Séquard** - É a hemissecção da medula, que tem como principal etiologia os ferimentos penetrantes. Caracteriza-se por alterações da motricidade e sensibilidade profunda no mesmo lado da lesão e da sensibilidade perineal, com perda de controle dos esfíncteres e alteração motora distal dos membros inferiores.

3.1.2 Principais Complicações da Lesão Medular

A lesão medular é responsável por importantes alterações no organismo do indivíduo portador da injúria. Os principais são: **fraturas, ossificação heterotópica com miosite ossificante, úlceras de pressão, trombose venosa profunda (TVP) e disreflexia autonômica ou crise autonômica hipertensiva, bexiga neurogênica, infecção urinária e constipação.**

Como já dissemos anteriormente, o TRM já consiste, por si só, em grave problema de saúde e, dessa forma, pode deixar seqüelas incapacitantes em grande número de pacientes. Esses problemas podem ser agravados ainda mais se não forem adotados cuidados e ações que visem impedir ou minimizar o aparecimento das complicações citadas que são inerentes ao TRM.

A calcificação heterotópica é comum e ocorre em torno de 25% nos pacientes de TRM, variando, na literatura, de 0,5 a 53,3%, podendo levar ao surgimento de deformidades articulares, ocasionando **fraturas**. A osteoporose, por desuso associada à ocorrência de espasticidade e contraturas, torna os ossos longos mais susceptíveis a fraturas, com incidência em torno de 4% em pacientes adultos com paraplegia³.

Outra complicação apresentada é a **ossificação heterotópica e miosite ossificante** que ocorre devido à formação de osso ectópico (fora do local de origem) e as deposições de tecido ósseo em tecidos musculares. É geralmente notada em torno do segundo ou quarto mês seguinte à lesão medular. Wittenberg et al, (1992)⁸⁷, em estudo realizado com 356 pacientes, observaram que 71 (20%) desenvolveram a ossificação heterotópica ao redor de uma ou mais articulações.

As **úlceras de pressão** são uma das complicações mais freqüentes na lesão medular e responsável pela permanência dos pacientes nos hospitais; respondem por grande parte dos retardos no processo de reabilitação e são ativos focos de infecção⁷.

Convém ressaltar que a úlcera de pressão é uma lesão que ocorre quando há em determinada área corpórea (proeminências ósseas) uma pressão superior à pressão capilar que é de 32 mmHg e, quando mantida, por tempo superior a 2 horas, provoca isquemia e necrose tissular. Quando persiste, é um sério obstáculo para a reabilitação, pois constitui uma das mais freqüentes complicações (72,7%) e determina um importante aumento de custo no tratamento global do TRM⁸⁸.

Quanto ao sistema cardiocirculatório as principais complicações possíveis de ocorrer no indivíduo com lesão medular aguda são disreflexia autonômica, hipotensão postural, trombose venosa e embolia pulmonar, o que merece atenção pela gravidade e potencial risco de vida para o paciente⁴¹.

A trombose venosa profunda (TVP) e sua associação com a embolia pulmonar podem levar ao óbito. Frente a essa realidade, faz-se necessário identificar a incidência, os fatores de risco e a necessidade de prevenir tais complicações²³.

Merli et al, (1993)⁵⁶ ressaltam que **a TVP** tem como consequência a embolia pulmonar em 40% dos casos e como fatores desencadeantes as alterações no mecanismo de coagulação sangüínea, no tônus vascular e mudanças no fluxo sangüíneo que, segundo Burns et al, (1993)¹⁶, após um estudo com uso de flebografia, detectaram uma incidência de 55% em pacientes com lesão medular aguda, sem tratamento profilático; a sua maior incidência ocorre nas duas primeiras semanas após a lesão, podendo já ser diagnosticada nas primeiras 72 horas após o trauma, atingindo o pico entre o sétimo e o décimo dia.

Um outro problema detectado neste tipo de paciente é a **disreflexia autonômica ou crise autonômica hipertensiva**, que consiste em uma síndrome de natureza aguda, desencadeada por estímulos propioceptivos e nociceptivos, periféricos e viscerais, que atuam no sistema nervoso autônomo simpático, promovendo a vasoconstrição periférica e visceral, além de taquicardia e conseqüente elevação da pressão arterial comum em pacientes com lesões crônicas da medula acima do nível torácico seis (T6). Observa-se ainda cefaléia, sudorese, dilatação da pupila, piloereção, rubor acima da lesão e palidez cutânea abaixo da lesão¹⁹.

Staas (1988)⁸¹ assim como Casalis (1996)¹⁹ em relação aos sinais e sintomas da disreflexia autonômica e acrescenta que pode ser vista em cerca de 85% dos indivíduos no intervalo de até seis meses pós-trauma, regredindo por volta do terceiro ano.

A hipotensão postural é um fenômeno conseqüente ao represamento de sangue venoso nos membros inferiores, pelo efeito gravitacional quando posicionados na vertical, não havendo a vasoconstrição habitual, uma vez que há perda da conexão simpática vasomotora, levando à queda da pressão arterial sistólica e diastólica⁴¹.

Nessas vítimas são observadas também as alterações da função vesical e suas conseqüências, que são as repetidas infecções urinárias, consideradas as mais freqüentes causas de morte. Ocorrem, especialmente, nas lesões crônicas da medula acima das vértebras sacral dois (S2) e sacral quatro (S4) causando a bexiga neurogênica por uma hiperreflexia detrusora e dissinergismo com possível redução da complacência, com perda da sensibilidade vesical e abolição da micção espontânea⁷⁴.

A **infecção urinária** é comum, especialmente nos pacientes com bexiga neurogênica onde a invasão do trato urinário é facilitada pela presença de cateteres, estase vesical, imobilizações e complicações urológicas freqüentes, como refluxo

vesicouretral, litíase e divertículo vesical, como também nos portadores de cateteres de demora⁷⁰.

O TRM pode desencadear alterações na composição e regulação corporal, causando problemas clínicos significativos, pouco tempo após a lesão, como a perda de peso, resultante de uma diurese hídrica e degradação de partes moles e osso²⁴. Cox (1985)²⁷ faz uma observação pertinente quando diz que, embora haja a perda de peso quase sempre logo depois do TRM, pode haver o inverso mais tarde e o paciente poderá desenvolver obesidade, aumentando, assim, os problemas de mobilidade.

Sabemos que os avanços na área médica, bem como a conscientização da importância na prevenção das complicações, tem proporcionado ao indivíduo chances maiores de sobrevivência³⁵.

Com o autocuidado, como já foi ressaltado, o TRM causa mudanças nos processos de regulação corporal com incidência de **hipercalcemia** que se desenvolve logo de, pois do trauma e pode persistir por meses. Neste período, o cálcio pode ser excretado em taxas três vezes a normal. Estas alterações limitam a absorção de cálcio do trato gastrointestinal, o que implica que a restrição de cálcio na dieta terá pouco efeito sobre a hipercalcúria²⁴.

3.2 Assistência de Enfermagem ao Paciente Lesado Medular no Pré-Hospitalar, Hospitalar e Reabilitação

Historicamente falando, o enfermeiro é o profissional que mantém contato direto e permanente com o paciente, administra e coordena as condutas de enfermagem e a educação continuada da sua equipe, tornando-se elemento de importância fundamental na prevenção e controle das complicações advindas do TRM.

O objetivo primordial da enfermagem deve estar centrado no cuidado junto ao paciente. O enfermeiro também deve atuar como educador e facilitador do processo terapêutico, favorecendo o desenvolvimento do autocuidado junto ao paciente, família e comunidade.

A vítima de trauma medular encontra-se vulnerável devido ao evento e procura um vínculo afetivo e efetivo com algum profissional por necessidade de ter maior autonomia para progredir após o trauma, ou mesmo ter acesso a alguma tecnologia assistencial que possibilite prolongar a vida. É nesse momento que o enfermeiro deverá somar esforços para traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, que são sempre complexas, porém merecem ser captadas em sua expressão individual.

Deste modo, entendendo que cada ser é único, faz-se necessário abordar o paciente e família com bases em valores humanísticos e de sensibilidade, a fim de possibilitar a elaboração de um plano de assistência individualizado.

Esses inúmeros fatores podem interferir no êxito do tratamento e reabilitação do paciente acometido de lesão medular que dependerá do pronto e correto atendimento no local do acidente – que é a fase pré-hospitalar da assistência prestada – e no hospital, pela enfermagem e equipe multidisciplinar.

Entendemos que a assistência prestada a estes pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, dado à maioria apresentar lesões associadas em múltiplos sistemas, evidenciando-se na fase inicial insuficiência respiratória, perda motora e sensorial. Ocorre também hipotensão arterial por perda de resistência periférica e vascular, perda do controle vesical e intestinal, desaparecimento da transpiração e do tônus vasomotor abaixo da lesão⁵.

Para que a recuperação não seja ameaçada pelo desânimo, devemos estimular, desde o início, a prática para o autocuidado. Também se faz necessário um rígido

programa fisioterápico, de acordo com a localização do trauma, exercícios de recuperação, condições de trabalho e um bom suporte terapêutico, com o cuidado de procurar saber a ocupação anterior, e a aquisição de novas habilidades com as adequadas medidas de reabilitação e reintegração social¹.

3.2.1 Assistência de Enfermagem no Pré-Hospitalar

Após abordarmos a problemática gerada pelo TRM e na ausência de protocolos, na nossa realidade, que subsidiem com eficiência e eficácia a assistência a essas vítimas, consideramos fundamentais os dados focalizados na revisão bibliográfica para ajudarem o enfermeiro a delinear a assistência que será prestada a esses pacientes.

Para iniciar o atendimento, é imprescindível garantir a segurança da vítima, do socorrista e dos demais presentes, através de exame da cena do acidente e conhecimento prévio dos mecanismos de lesão. De posse destas informações, o socorrista estará mais bem embasado e seguro para iniciar o atendimento.

As medidas iniciais devem ser tomadas com cautela para evitar o agravamento das lesões, principalmente nos casos de trauma de coluna cervical, quando, no caso de qualquer imprudência, pode causar a morte ou seqüelas irreversíveis. Para tanto, o uso de colar cervical é considerada uma conduta de extrema importância, uma vez que impede a flexão ou extensão do pescoço e conseqüentemente agravamento. Concomitante à imobilização cervical, iniciaremos a avaliação do nível de consciência, identificando-se e informando que pretendemos ajudá-la, procurando sempre tranquilizar a vítima.

Após a abordagem inicial ou **avaliação primária**, onde são verificadas situações de ameaça à vida e a imobilização da coluna cervical com o uso de colar são passos

gerais fundamentais para manter a vida do paciente, evitar ou diminuir seqüelas. Esta abordagem é realizada pelo ABCDE que obedece os seguintes passos:

A fase “A” (Airway) corresponde ao exame de permeabilidade das vias aéreas, realizado através do esboço de voz da vítima, pois só conseguimos falar com a presença de ar nos pulmões. A fase “B” (Breathing) significa a observação da presença de respiração espontânea, e, na sua ausência, inicia-se a respiração artificial através de equipamento específico (ambu) ou boca-boca, caso não disponha desse recurso.

Concluídas as fases “A” e “B” começa a “C” (Circulation), que compreende o controle da hemodinâmica da vítima, com a finalidade de prevenir hemorragias e conferir a presença de pulso. No caso de vítima consciente, verifica-se de início o pulso periférico (radial, ulnar); em vítimas inconscientes, o pulso carotídeo ou femural.

Após controle dos três primeiros níveis, passa-se para a avaliação neurológica “D”, analisando o nível de consciência através dos parâmetros da Escala de Coma de Glasgow (ECG). Detectado rebaixamento de consciência após o exame neurológico, atentar para reavaliação do ABC.

A Escala de Coma de Glasgow analisa o paciente nos parâmetros de abertura ocular, resposta verbal e motora. Para cada item, existe um valor de pontuação, de acordo com o tipo de resposta apresentada. No final da análise é possível obter a soma dessa pontuação que representa, quantitativamente, o nível de consciência⁶⁵.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) baseia-se em três parâmetros, facilmente compreendidos e aplicáveis à beira do leito (inclusive pelo auxiliar de enfermagem), constituído pela *abertura ocular(AO)*, *melhor resposta verbal(MRV)*, *melhor resposta motora(MRM)*. Cada um deles compreende várias alternativas que vão desde a resposta normal, própria de pacientes sem distúrbios de consciência, até a ausência completa de resposta, indicativa das situações mais graves³⁸.

As alternativas de cada parâmetro recebem um valor quantitativo, que vai de 1 a 4, 1 a 5 ou 1 a 6, explicados no quadro 1.

QUADRO 1: ESCALA DE COMA DE GLASGOW*

INDICADORES	RESPOSTA	PONTOS
Abertura ocular (AO)	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma resposta	1
Melhor resposta verbal (MRV)	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma resposta	1
Melhor resposta motora (MRM)	Obedece	6
	Localiza e retira estímulos	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma resposta	1
TOTAL=		AO+MRV+MRM

***Fonte:** FINKELSZTEJN, Alessandro et al. Neurologia. In: STEFANI, Stephen Doral; BARROS, Elvino. (Org.). **Clinica médica:** consulta rápida. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Terminada a avaliação obtém-se um escore que vai de 15 a 3 pontos. Os extremos da escala, ou seja, valores próximos de 15 ou 3 pontos, caracterizam anormalidade ou coma grave, respectivamente. Entretanto, nos dois extremos encontram-se vários graus que representam a transição entre o estado de consciência normal e o grau máximo de seu comprometimento. Em termos práticos, escore abaixo de 8 pontos corresponde ao estado de coma.

Se o paciente estiver intubado, usar avaliação clínica para respostas verbais da seguinte forma: paciente geralmente não responde (1), dúvidas sobre a capacidade de conversar do paciente (3), paciente parece ser capaz de conversar (5). Tentar avaliar o Glasgow na ausência de sedação. Se não for possível: avaliar o Glasgow e anotar que o paciente está sedado³⁸.

Finalmente, na fase “E” da abordagem primária, a vítima será despida para detectar lesões associadas e neurológicas; em ambiente público as vestes só serão removidas para expor lesões sugeridas pelas queixas ou reveladas pelo exame segmentar, a fim de respeitar o natural pudor do paciente e o controle da hipotermia⁶⁵.

Nesta fase pré-hospitalar, a equipe de enfermagem deve reconhecer a importância de manter o alinhamento e imobilização da coluna vertebral do paciente, assim como o transporte até o hospital de referência.

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

A consideração mais importante da anamnese inicial é a do momento em que se instalam os sintomas neurológicos. Se forem imediatos, isto é, ocorridos no momento do acidente, significam que houve lesão irreversível. Na presença de uma perda completa e instantânea de força muscular, sensibilidade e reflexos tendinosos profundos

(paraplegia ou tetraplegia), o prognóstico para a recuperação é mau; o prognóstico torna-se negativo se esta paralisia permanecer total por mais de 24 horas⁷⁸.

Diante desses critérios, a conduta para estes pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, pois a maioria apresenta lesões associadas em múltiplos sistemas, evidenciando-se na fase inicial insuficiência respiratória, perda motora e sensorial²⁸.

3.2.2 Assistência de Enfermagem no Hospital

No hospital, o ideal é que a admissão seja realizada pelo enfermeiro, e os procedimentos sejam executados pela equipe multidisciplinar. Os cuidados principais devem ocorrer simultaneamente, sempre obedecendo à ordem de prioridade.

No caso da vítima receber um atendimento pré-hospitalar adequado, chega ao hospital portando colar cervical e a imobilização deve ser mantida. Caso contrário, a instalação do colar e a imobilização com coxins ou sacos de areia tornam-se prioritárias. O alinhamento da cabeça e corpo deve ser mantido, pois uma posição incorreta da cabeça e/ou corpo prejudicará o retorno venoso cerebral.

A avaliação primária, tomando como base o ABCDE, deve ser conduzida, seguida da avaliação secundária, como já foi descrita no atendimento pré-hospitalar.

Estas condutas, quando usadas adequadamente, podem evitar ou minimizar as seqüelas advindas do trauma, especialmente a morte das vítimas, que é a mais grave das conseqüências.

Segundo Marrota et al (1986)⁵¹, a principal causa de morte durante a fase aguda do TRM é a insuficiência respiratória. Por essa razão, quando o paciente necessitar de suporte ventilatório mecânico, a equipe de enfermagem deve estar atenta à higienização

traqueobrônquica, evitando assim o acúmulo de secreção e conseqüentemente complicações pulmonares como atelectasias e infecções ou mesmo a morte por asfixia.

A aspiração de secreções orotraqueais, quando realizada, não deve exceder os 15 segundos e precisa ser precedida de hiperoxigenação para evitar a hipóxia e hipercapnia, tão lesivas a esses pacientes⁶⁷. Bolton (1993)⁶ alerta quando do procedimento de aspiração traqueal, pois este pode estimular o nervo vago, causando bradicardia, podendo resultar em parada cardíaca.

O controle das vias aéreas deve ser realizado em conjunto com o médico e fisioterapeuta, quando possível, observando-se a presença de alterações de sinais vitais, pneumotórax, broncoespasmos.

Desde a fase pré-hospitalar, o exame neurológico é imprescindível a fim de determinar o nível de consciência e prognóstico avaliado através da Escala de Coma de Glasgow, se o paciente não estiver sedado.

O exame neurológico simplificado é de fundamental importância para que possamos planejar e sistematizar a assistência de acordo com a necessidade de cada paciente.

Segundo Brunner e Suddarth (1993)¹⁴, a avaliação neurológica compreende cinco etapas: função cerebral, nervos cranianos, sistema motor, sistema sensitivo e reflexos.

Na função cerebral avaliamos o aspecto e o comportamento do indivíduo. A observação da postura, dos gestos, da expressão facial e da atividade motora também propicia dados importantes. Os nervos cranianos costumam ser avaliados durante exames detalhados da cabeça e pescoço. Um exame detalhado do sistema motor inclui a avaliação das dimensões, do tônus e da força muscular, assim como da coordenação e do equilíbrio. A avaliação sensitiva envolve testes de sensibilidade tátil, dor superficial,

sensibilidade vibratória e propriocepção. Durante o teste dos reflexos, o examinador avalia arcos-reflexos involuntários, que dependem da presença de receptores aferentes, e uma série de influências moduladoras, provenientes de níveis mais elevados.

Estes dados subsidiarão a avaliação clínica, pois sabemos que logo após a lesão medular ocorrem paralisia flácida, manifestações por atonia muscular e arreflexia tendinosa, anestesia superficial e profunda associada às alterações vasomotoras e disfunção vesical e intestinal²⁸.

É fundamental o controle de drogas prescritas e soros, monitorização de procedimentos invasivos e controle de exames bioquímicos que devem ser colhidos assim que possível. O exame físico no momento da chegada do paciente à urgência deve ser rápido e sucinto para detectar problemas urgentes associados; contudo, deve ser completo.

O apoio emocional é fundamental em todas as etapas da assistência, tanto para o paciente como para os familiares e amigos.

Após a avaliação inicial faz-se necessária a determinação de lesões associadas e em outros sistemas. A presença de hipotensão arterial e bradicardia podem ser indicadores de choque neurogênico. A flacidez e perda de reflexos logo após o trauma sugerem choque espinhal⁶⁵.

Para transportar o paciente, transferir para maca ou mesa de exame e durante o exame físico, o alinhamento do paciente deve ser conduzido de modo eficiente, em bloco. Utilizar ambas as mãos, com gestos firmes, mas suaves, tentando evitar qualquer movimento brusco. Não tentar mover uma vítima cujo peso seja provavelmente maior que aquele que possa ser sustentado; neste caso, pedir ajuda a outros socorristas e/ou a pessoas mais próximas devidamente instruídas sobre o procedimento.

Sempre deve haver um só responsável pela ação, de preferência o mais experiente, a quem caberá a direção da manobra. Sua posição é junto à cabeça do paciente, local mais crítico, que é a coluna cervical. Se a vítima estiver consciente ou não, informá-la dos procedimentos a ser realizados, para que ela possa colaborar e não causar empecilhos. Além disso, se a manobra provocar exacerbação da dor, e esse sintoma indica que algo está errado, o movimento deve ser interrompido. É recomendado, assim, pequeno retorno no movimento de imobilização nessa posição^{75,76,77}.

Após a estabilização hemodinâmica e a realização de exames de imagens que venham a esclarecer o tipo de lesão e a sua gravidade, são estabelecidas as condutas médicas que podem ser clínicas ou cirúrgicas, visando a estabilização e descompressão da medula espinhal.

Marrota (1986)⁵¹ indica a descompressão da medula na fase de choque medular. Ele orienta a estabilização neurológica e hemodinâmica do paciente para, posteriormente, realizar a fixação da coluna.

Esta descompressão pode ser realizada através da tração transcutânea com uso de mentoneira e pesos ou pela tração transesquelética. Segundo Brunner; Suddarth (1990)¹³, a tração transesquelética de Gardner-Wells e a Crutchfield e Vinke são as mais usadas para a redução, estabilização e alinhamento da coluna e conseqüentemente a descompressão.

O tratamento do trauma cervical requer imobilização e redução das fraturas e luxações e estabilização da coluna vertebral. Para tanto, pode ser utilizada a tração transesquelética associada ao colete gessado ou técnica arco-colete ou a fixação cirúrgica denominada artrodese.

Os principais objetivos da utilização de tração são: aliviar a dor e assegurar repouso do músculo contraído; promover separação das superfícies articulares, em um certo grau; prevenir ou corrigir deformidades; manter ou recuperar o alinhamento do segmento ósseo, e manter ou recuperar o comprimento de um membro⁶⁶.

A tração craniana ou halocraniano requer cuidado especial, incluindo o tipo de cama, posicionamento e manutenção. A cama ortopédica deverá ter trave transversal colocada na cabeceira pelo lado externo, com roldana fixa no meio dessa trave; o colchão deve ser firme e menor que o estrado do leito, deixando um espaço para posicionar a cabeça com o halocraniano sem atrito e em posição correta⁸².

Inicialmente coloca-se o halocraniano e, posteriormente, o colete gessado, onde são presas duas hastes que vão desde o halo até a região do ombro. São necessários cuidados com a limpeza dos pinos do halo craniano e a manutenção do aparelho, observando-se a presença de secreções em sua volta. Faz-se necessária a higienização periódica da cabeça, a fim de evitar odores desagradáveis e formação de crostas e seborréias⁸².

O processo ideal de tração cervical é por meio de um aparelho de Vinke, que, depois de ter sido devidamente raspada a cabeça, é colocado com anestesia local. A tração pode ser mantida com o paciente em posição horizontal, oblíqua ou vertical. A intervalos semanais, devem ser repetidas as radiografias da coluna cervical, a fim de ser documentada a redução, isto é, o alinhamento⁷⁸.

Após a instalação da tração, o paciente permanecerá por algum tempo dependente da enfermagem. E estando em uso de tenazes de Crutchfield, a enfermagem deve obter orientações adequadas antes da mobilização. A cabeça nunca deve ser fletida para frente ou lateralmente e deve ser mantida alinhada com o eixo da coluna cervical. O movimento deve ser suave, certificando-se que o ombro gire junto com a cabeça e o

pescoço. Um enfermeiro deve apoiar a cabeça; um segundo, apóia os ombros; e o terceiro, apóia os quadris e pernas¹⁴.

Farias (1995)³⁴ refere que a tração transesquelética, às vezes, leva a uma infecção óssea (osteomielite), que pode contaminar as articulações vizinhas e, em crianças, interferir no desenvolvimento ósseo normal. Também, em certas fraturas, o uso de tração transesquelética, com excesso de peso, pode causar a separação dos fragmentos ósseos, levando a uma pseudoartrose, ao entortamento ou à quebra do fio metálico.

De acordo com a autora acima citada todos os pesos deverão estar pendurados livremente, sem interferência de movimentos do paciente no leito, pois um eventual encostar à cama ou o chão causará interrupção da tração e, apenas por ordem médica, poderemos adicionar ou diminuir peso na tração.

Dessa forma, o enfermeiro e sua equipe precisam ter conhecimento de como se dinamiza o processo do cuidar a partir das ações iniciadas com objetivos estabelecidos. E com a sua implementação, a partir deste conhecimento, terá plena consciência de qualquer fato situacional advindo de situações inusitadas que possam interferir na escolha destas alternativas.

Diante das alterações oriundas do comprometimento neurológico, as situações de paraplegia e tetraplegia se constituem, ainda, num desafio para o enfermeiro, considerando a sua importância na prevenção de seqüelas e reintegração da vítima de TRM no seu contexto social.

Essas situações tornam o paciente lesado medular dependente total ou parcial da assistência de enfermagem, sendo imprescindível à mudança de decúbito a fim de prevenir as úlceras de pressão e complicações pulmonares, tais como atelectasias e acúmulo de secreção pulmonar. Esta mobilização deve, de preferência, ser realizada a

cada duas horas, respeitando o alinhamento corporal apropriado, ou seja, mobilização em bloco e utilização de coxins e órteses para manter os pés elevados e assim para prevenir a queda plantar; para tanto, fazer uso de um suporte adequado ou mesmo o próprio sapato do paciente.

Antes da mudança de decúbito, a enfermagem deve atentar para os níveis de pressão arterial desses pacientes, pois alguns podem apresentar hipotensão por perda do controle simpático da atividade vasoconstrictora periférica.

Segundo Cazarin (1997)²², cerca de 10% das lesões medulares definitivas são causadas por manipulação incorreta dos socorristas ou pessoal hospitalar. A vítima deve ser totalmente imobilizada até se descartar em definitivo a presença de fratura instável, pois um movimento inadequado pode provocar deslocamento dos fragmentos ósseos e lesar a medula, acarretando seqüelas definitivas¹.

Além dos tópicos já discutidos, um dos aspectos fundamentais da abordagem terapêutica direcionada pelo enfermeiro a estes pacientes é a conscientização precoce do paciente e da família sobre a natureza da lesão, o caráter geralmente irreversível do quadro, os objetivos do tratamento, as possíveis complicações e os planos e perspectivas de acompanhamento, após a alta, para minimizar as conseqüências advindas do trauma e das seqüelas. Esses fatores intensificam a confiança no tratamento, por parte do paciente e equipe, o que é essencial em qualquer terapia.

Sobre esta temática, vários autores abordaram as mais diversas dificuldades apresentadas pelo paciente com TRM e apontaram a intervenção de enfermagem orientada e direcionada como estratégia para favorecer o aprendizado e treinamento do paciente e família para o autocuidado nas várias necessidades afetadas.

Das necessidades possíveis de ocorrer Therkes et al (2001)⁸³ apontam como impeditivas de melhores condições de vida, as condições financeiras, falta de exercícios

(65,6%) e atividade física e, entre os que realizam, as modalidades mais procuradas são natação e musculação. A grande maioria (97%) faz uso de cadeira de rodas ou andador/muleta (98,5%) para se locomover; e os demais vivem acamados e totalmente dependentes de cuidados.

Imediatamente após uma lesão medular, a bexiga e o intestino sofrem paralisção neurogênica, sendo indicada cateterização vesical, e para prevenir a distensão por íleo paralítico, deve ser utilizada a sondagem gástrica. O intestino deve voltar à sua atividade normal na primeira semana¹³.

Quando na presença do íleo paralítico o paciente pode apresentar vômitos e aspiração. Todos aqueles com traumas agudos devem submeter-se à descompressão gástrica pela colocação de sonda nasogástrica. Se o íleo paralítico for prolongado, poderá responder a metoclopramida. Emergências abdominais, que se desenvolvem em 24 horas após a lesão, geralmente são devido a trauma e faz-se necessária lavagem peritoneal para estabelecer a presença de sangramento gastrointestinal que é uma complicação precoce e comum⁴⁴.

Greve et al (2001)⁴¹ enfatizaram a importância da reeducação quanto à reabilitação intestinal e vesical como proposta de reorganização e planejamento para essa nova realidade. Portanto, esse aspecto deve ser incorporado pelo lesado medular em forma de estratégias que facilitem o aprendizado e treinamento do paciente através de linguagem acessível que aborde a importância do autocuidado para o favorecimento da eliminação fecal e vesical satisfatória.

A preservação da função renal é o principal objetivo do tratamento urológico desses pacientes, uma vez que a integridade do trato urinário estiver garantida e o paciente inserido num regime de acompanhamento urológico, poderá aprender a fazer o controle da continência urinária e o estabelecimento de um método adequado de

esvaziamento vesical. Neste sentido, avanços importantes foram conquistados com a introdução do autocateterismo intermitente⁴⁵.

O autocateterismo intermitente é uma técnica de esvaziamento vesical através da introdução de um cateter uretral de calibre apropriado, utilizando técnica asséptica, realizada pelo paciente após orientação específica feita pelo enfermeiro. Este método possibilita esvaziamento vesical completo, evitando urina residual e reduzindo a chance de alcançar volume limite para deflagrar contrações vesicais reflexas, bem como a exposição da bexiga e do trato urinário superior, prevenindo, assim, litíase vesical e complicações uretrais⁷⁰.

A autocateterização promove independência, resulta em poucas complicações e reduz a morbidade associada ao uso prolongado de um cateter de demora. O paciente do sexo feminino necessita de um espelho para ajudar a localizar o meato urinário, enquanto que o paciente do sexo masculino é ensinado a lubrificar o cateter e retrair o prepúcio com uma das mãos, enquanto segura o pênis, formando um ângulo reto com o corpo¹³.

Faro (1996)³⁶ ressalta a importância da mensuração do volume urinário drenado, como parâmetro para definir o intervalo das cateterizações. Se o volume residual for maior do que 250 ml fazer cateterismo vesical intermitente a cada 6 horas, e à medida que diminuir o volume drenado o intervalo do cateterismo será aumentado, podendo diminuir o número de cateterismo por dia até torna-lo livre do mesmo.

3.2.3 Reabilitação como um Processo

Segundo a Lei 9/89, de 2 de maio, intitulada Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência, a reabilitação é um processo

global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e, ao mesmo tempo a conservar, desenvolver ou restabelecer as aptidões e a capacidade da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal⁸.

Corroborado por Louzã (1992)⁴⁷, a reabilitação pode ser entendida como um conjunto de programas organizados para fornecer ou restituir ao deficiente ou incapacitado o máximo de potencial, tendo o apoio necessário para que alcance sua independência, dentro dos limites impostos pela deficiência ou incapacidade, primeiro ajustando-se e aceitando-se, e depois integrando-se na sua família e na comunidade.

O planejamento para a alta hospitalar está aqui sendo posto como sub-item da assistência apenas para facilitar a descrição. Sabemos, porém, que a preocupação com a alta e reabilitação permeia todas as etapas do tratamento, isto é, desde a entrada do paciente no sistema de assistência de urgência e durante toda a fase de reabilitação intra-hospitalar e pós-hospitalar. No exame inicial, devem ser determinados o diagnóstico e o prognóstico clínico e funcional minucioso com conhecimento e compreensão do significado funcional do nível de lesão espinhal, para que possam ser feitas estimativas das conseqüências esperadas.

O conhecimento antecipado da estabilidade vertebral e intervenções ortopédicas ou neurocirúrgicas facilita o correto planejamento para um programa de reabilitação e favorece a estimativa de permanência esperada no ambiente hospitalar. O foco deve inserir-se no fornecimento de base educacional e de ajustamento, após a fase de choque, conforme as necessidades do paciente e familiares.

De um modo geral, podemos afirmar que a recuperação funcional do lesado medular é determinada principalmente pelo grau de preservação sensitivo-motora, porém é importante destacar outros fatores, como idade, obesidade, função

cardiorespiratória, deformidades osteoarticulares, problemas emocionais e outros, que podem interferir substancialmente no resultado do tratamento^{19,39}.

Ao longo da permanência do paciente no hospital o enfermeiro deverá orientar sobre profilaxia de pele, para evitar úlceras de pressão, técnicas de curativos, (quando a úlcera já está instalada); cuidados com ostomias, como, traqueostomias, colostomias e outros; uso e posicionamento adequado de sonda vesical e treinamento intestinal e exercícios ativos e passivos, dependendo de cada caso.

Considerando que a reabilitação permeia todo o processo de cuidar do paciente, este deverá continuar a ser atendido pela equipe multidisciplinar, mesmo após sair do hospital, onde o profissional de enfermagem aumentará as atividades desenvolvidas com foco no autocuidado nas diferentes atividades de vida diária, facilitando e promovendo, assim, a reintegração social desse paciente no seu contexto social. É importante ressaltar que as orientações dadas ao paciente e familiares deverão ser realizadas de maneira sistematizada, reavaliada e reajustadas de acordo com as necessidades sentidas pelo paciente e o cuidador.

Este reajuste é atingido através de um processo gradual de reabilitação, que só será possível com a participação de equipe multi e interdisciplinar, auxiliando paciente e familiares a enfrentar e superar as limitações físicas, emocionais, sociais e econômicas decorrentes da lesão medular¹⁹.

Para que o processo de reabilitação se realize com eficácia, enfatizamos a importância de interação contínua dos diversos membros da equipe, paciente e família, com esclarecimentos pertinentes através de contatos individuais ou reunião de grupos terapêuticos para discussão de casos.

Quando pretendemos construir, primeiro examinamos a forma, depois desenhamos o modelo,...

Shakespeare

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa que segundo Trivinos (1994)⁸⁴, permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, como também aprofundar os conhecimentos a partir de uma realidade específica, descrevendo os fenômenos de determinada realidade. Tem como foco essencial o desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, sua gente e seus problemas.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido em duas unidades hospitalares do município de Natal – Rio Grande do Norte, referências no Estado para atendimento de pacientes pós -TRM, que são: Hospital Memorial e Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG).

O HMWG está localizado geograficamente ao leste da cidade de Natal. Diferencia-se pela caracterização da estrutura física do prédio; sua construção, um misto de pavimentos antigos e novos, com quatro andares, incluindo o subsolo; este último comporta o serviço de nutrição e dietética. O necrotério localiza-se em espaço externo das instalações centrais do hospital.

Dispõe de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, exceto obstetria, além dos serviços de diagnóstico e imagem. Tem como principal enfoque o atendimento de urgência. O número de leitos perfaz um total de 240, distribuídos entre os setores de

queimados, cirurgias, pediatria, pronto-atendimento, clínica médica, unidades de terapia intensiva e terapia semi-intensiva.

Além de ser o maior hospital de urgência do Estado, é também um hospital conveniado com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN para estágios práticos de graduação e pós-graduação dos alunos da área de saúde.

O Hospital Memorial, nosocômio particular, está localizada no bairro Tirol, no município de Natal, e mantém convênio com o SUS. A estrutura física do prédio é constituída de sete andares, sendo que no sétimo andar existe um auditório para eventos científico-culturais. Possui pavimentos novos, com setor térreo onde se localiza os serviços de imagem, pronto-atendimento, consultórios e recepção.

Dispõe de todas as especialidades, exceto obstetrícia. O número de leitos perfaz um total de 54, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Classifica-se como um hospital de pequeno porte.

4.3 População e Amostra

A população deste estudo constou da equipe de enfermagem, de ambos os hospitais sendo assim distribuída: No Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, dos 329 profissionais de enfermagem, 67 são enfermeiros e 262 auxiliares de enfermagem.

Em relação ao Hospital Memorial, a população perfaz um total de 57 profissionais de enfermagem, sendo 08 enfermeiros e 49 auxiliares de enfermagem.

Participaram da pesquisa todos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem dos dois hospitais escolhidos para estudo, de ambos os sexos, qualquer idade, de acordo com os setores selecionados pela pesquisadora e que aceitaram participar da pesquisa.

Os setores alvos da pesquisa foram selecionados através de critérios pré-estabelecidos tais como: todos os setores passíveis de receber pacientes acometidos de trauma raquimedular, que foram: Pronto Socorro do Clovis Sarinho (anexo ao HMWG), incluindo neste setor as unidades de Politratado e Urgências neurológicas; Enfermarias de Clínica médica e Cirúrgica, UTI adulto, Setor Intermediário e Centro cirúrgico, já para o Hospital Memorial não foi usado critérios de exclusão de setores, por receber pacientes de TRM em todos os setores.

4.4 Seleção da Amostra

A amostra foi do tipo extratificada que, como informa Soares; Siqueira (1999)⁷⁹, ocorre no caso de população heterogênea em que podemos distinguir subpopulação mais ou menos homogênea, denominada extratos, sendo possível utilizar o processo de amostragem extratificada.

O tamanho da amostra aleatória estratificada para estimar uma proporção de população finita:

$$n = \frac{\left(\frac{\sum_{i=1}^k N_i^2 \cdot p_i \cdot (1 - p_i)}{W_i} \right)}{N^2 \cdot D + \sum_{i=1}^k N_i \cdot p_i \cdot (1 - p_i)}$$

Onde:

Pi = estimativa da verdadeira proporção do extrato i

Wi = $\frac{N_i}{N}$ Ni = população em cada extrato

N N = população total

D = $\frac{d^2}{N}$ sendo: d= erro amostral

Z^2 Z = abscissa da distribuição normal padrão

Cálculo: Dividimos a população em 4 estratos:

N_1 = auxiliares do Walfredo, N_2 = enfermeiros do Walfredo, N_3 = auxiliares do hospital Memorial N_4 = enfermeiros do Hospital Memorial.

Temos então: $N_1 = 262$, $N_2 = 67$, $N_3 = 49$, $N_4 = 8$, com $N = 386$. Calculamos a proporção em cada estrato:

$$W_1 = \frac{262}{386} = 0,68$$

$$W_2 = \frac{12}{386} = 0,17$$

$$W_3 = \frac{54}{386} = 0,13$$

$$W_4 = \frac{66}{386} = 0,02$$

Como não conhecemos estimativa prévia para P_i , admitimos $P_i = 0,50$. $P_1 = P_2 = P_3 = P_4 = P_5 = 0,5$, com um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Temos:

$$D = \frac{(0,05)^2}{(1,96)^2} = 0,00065$$

Substituindo os valores na fórmula:

$$n = \frac{\frac{(262)^2 \cdot (0,5)^2}{0,68} + \frac{(67)^2 \cdot (0,5)^2}{0,17} + \frac{(49)^2 \cdot (0,5)^2}{0,13} + \frac{(8)^2 \cdot (0,5)^2}{0,02}}{(386)^2 \cdot 0,00065 + 262 \cdot (0,5)^2 + 67 \cdot (0,5)^2 + 49 \cdot (0,5)^2 + 8 \cdot (0,5)^2}$$

$$n = \frac{37.255,54299}{192,69} \cong \mathbf{193}$$

Com $n = 193$ obtemos os tamanhos das amostras em casa extrato:

$$n_1 = 193 \cdot 0,68 \cong 131$$

$$n_2 = 193 \cdot 0,17 \cong 33$$

$$n_3 = 193 \cdot 0,13 \cong 25$$

$$n_4 = 193 \cdot 0,02 \cong 04$$

Após haver sido estatisticamente determinado o tamanho e o tipo de amostra, foi realizado um sorteio, tomando como base a escala de trabalho dos auxiliares e enfermeiros para determinar qual seria a população a ser estudada. O seguinte passo foi elaborar uma listagem com dados fornecidos pelo Departamento do Pessoal dos hospitais, contendo nome, setor e horário de trabalho dos participantes, facilitando, assim, tanto o contato com o profissional, como o controle sobre os que já haviam sido entrevistados.

Quando um dos sorteados, por qualquer razão, não podia participar da pesquisa, automaticamente fazíamos um novo sorteio para substituição.

4.5 Variáveis do Estudo

“Variável é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente”⁶⁴.

Nesta pesquisa, temos como variável dependente - A qualidade da assistência de Enfermagem. Este tipo de variável segundo as autoras citadas, é a causa presumível do fenômeno estudado.

É possível vislumbrar essa qualidade da assistência no humanismo, que é toda e qualquer reflexão que reconhece o valor e a dignidade do homem, tornando-o medida de

todas as coisas e considerando na natureza humana, seus limites, interesses e potencialidades⁸⁵.

Para esta pesquisa consideramos a qualidade da assistência de Enfermagem, o cuidado prestado ao paciente na perspectiva da disponibilidade intencional do profissional de tornar-se verdadeiramente apto no sentido amplo permitindo-se às reelaborações que se façam necessárias a fim de atingir mudanças através de atos e atitudes de interação com o outro pelo reconhecimento da necessidade de aprimorar-se adquirindo atributos de competências além da técnica.

Quanto à variável dependente, é conceituada como aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever⁶⁴.

Com base nas autoras citadas, assimilamos como variável independente o conhecimento do profissional de enfermagem na prestação da assistência ao paciente acometido de Traumatismo Raquimedular.

Segundo Nascentes (1981)⁶¹ conhecimento significa ato ou efeito de conhecer; o que se aperfeiçoa, depois de estudo e maduro exame, experiência, discernimento; direito de conhecer e julgar uma causa.

Para este trabalho, consideramos como conhecimento a habilidade teórico-prática que apresentaram os profissionais de enfermagem ao descrever em seqüência lógica, os passos necessários para assistir às vítimas de TRM de acordo com as Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST).

4.6 Instrumento de Coleta de Dados

Neste estudo foi utilizado um instrumento contendo perguntas abertas e fechadas distribuídas em quatro partes distintas. (Anexo III).

O Item I contém dados de Identificação Pessoal, como: Idade, Sexo, Grau de Instrução.

No Item II constam dados sobre a Identificação Profissional, como: Formação Profissional, Tempo de Serviço na Enfermagem, Setor de Trabalho, Instituição de Formação Básica, Curso de Aperfeiçoamento e/ou Especialização.

O Item III contém dados gerais relacionados à Assistência de Enfermagem como: Trabalha ou já trabalhou com este tipo de paciente; sente-se preparado para assistir a estas vítimas; Onde adquiriu estas informações; Existe algum empecilho considerado importante que dificulte assistir a estes pacientes; Quais são e como tenta solucioná-los.

No Item IV, o entrevistado descreveu os passos que considerava pertinente à assistência do paciente com TRM, em nível pré-hospitalar e hospitalar, por ordem de prioridade. De acordo com a bibliografia consultada, foram estabelecidas prioridades no atendimento, tanto pré-hospitalar, quanto hospitalar, e essas prioridades foram usadas como referência para estabelecer as categorias.

4.7 Procedimentos de Coleta de Dados

Após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), encaminhamos uma carta de solicitação de consentimento e autorização para realização da pesquisa aos Diretores médicos dos

hospitais (Anexo I), e às Diretorias de Enfermagem, assim como a utilização formal do nome da instituição no relatório final da investigação (Anexo II).

Assumimos também o compromisso de honrar os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 – MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil, 1997)¹⁰, quando então iniciamos a coleta de dados no período de julho a setembro de 2003.

No primeiro momento, fizemos um pré-teste do instrumento, no HUOL, no mês de maio de 2003, com 10% da população, com o objetivo de testar sua eficácia na obtenção dos dados propostos e responder às questões da pesquisa, quando então começamos propriamente a coleta de dados.

Os dados foram coletados de julho a setembro de 2003. Antes de iniciarmos a entrevista, que foi individual, fazíamos a nossa apresentação, quando abordávamos acerca dos objetivos da pesquisa, pedindo a colaboração do entrevistado para responder às questões formuladas. Escolhemos previamente uma sala para que este momento acontecesse sem interferência de outros e as respostas pudessem ser as mais coerentes possíveis, tendo também a precaução para que as informações contidas na pesquisa não fossem socializadas entre os pares.

Para tanto, tivemos o cuidado em relação as duas últimas questões do instrumento para que fossem abertas e seqüenciadas por ordem de prioridade, após serem respondidas. Com isto, sentimos ter evitado a divulgação das respostas e conseqüentemente um viés na pesquisa.

O preenchimento do formulário foi feito pelos pesquisadores e procuramos deixar claro que, caso ele não quisesse continuar no estudo, poderíamos interromper e sair da pesquisa a qualquer momento, respeitando a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados com a colaboração de 03 alunos de iniciação científica.

Para que houvesse homogeneidade na coleta, antes de iniciarmos a pesquisa, fizemos um treinamento especificando a importância de cada item do instrumento. À medida que os dados eram coletados, procurávamos ver os encaminhamentos e reajustar alguma dificuldade apresentada. O caso mais comum foi em relação à impossibilidade de alguns sujeitos sorteados, que, por razões diferentes, não puderam participar da entrevista, quando então realizávamos um novo sorteio.

A coleta foi desenvolvida nas unidades hospitalares selecionadas, onde os profissionais de enfermagem atuavam, ficando a critério dos mesmos, se a entrevista ocorreria antes, durante ou após o horário de trabalho.

4.8 Processamento de Dados

Os dados foram categorizados e processados eletronicamente, através do programa para base de dados Msoffice-Excel.

4.9 Tratamento Estatístico

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas e gráficos do tipo colunas e setores, para caracterizar os profissionais de enfermagem e o conhecimento destes acerca da assistência às vítimas de TRM. Quanto à análise paramétrica utilizamos o Teste de **Mc Nemar** e os softwares **Statística 6.0** e o **Microsoft-Excel 97**.

O Teste de **Mc Nemar** é particularmente aplicável aos planejamentos do tipo “antes e depois” em que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle, e a mensuração se faz ao nível de uma escala nominal ou ordinal, ou seja, é utilizado para testar mudanças de categorias ocorridas em razão da aplicação de um determinado tratamento aos dados da amostra⁷⁹.

Para comprovar a significância de qualquer mudança observada, por este método, constrói-se uma tabela de freqüências de quatro caselas para representar o conjunto de reações dos indivíduos. Devemos deixá-las bem definidas, principalmente as caselas A e D⁷⁹.

Depois

	+	-
Antes	+ A	B
	- C	D

Os sinais “+” e “-” indicam diferentes reações

A é a mudança de + para –

D é a mudança de – para +

B e C são a ausência de mudanças

Como A+D, representam o número total de indivíduos que acusam mudanças, e a hipótese H_0 admite que o número de elementos que mudam de sinal seja o mesmo nas duas direções, se espera que $\frac{1}{2} \cdot (A+D)$ acusem modificações em um sentido e $\frac{1}{2} \cdot (A+D)$ acusem modificações em outro sentido. Em outras palavras, $\frac{1}{2} \cdot (A+D)$ é a freqüência esperada sob H_0 , tanto em A como em D.

Como H_0 admite que o número de elementos que mudam de classe é o mesmo nas duas direções, então:

$H_0 : P_A = P_D$, ou seja, não existe diferença entre as mudanças

$H_1 : P_A \neq P_D$, existe diferença

Todo porque tem uma causa.

Shakespeare

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização da População

Ao analisarmos a população dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros, estudada quanto à categorização, em relação à idade, constatamos que a maior frequência ficou na faixa etária entre 34 e 41 anos, com 40,93%. Estes dados estão inseridos no intervalo encontrado por alguns autores, que, em estudos anteriores, apresentaram resultados mostrando que a maior parte dos trabalhadores de enfermagem investigados estavam com idade entre 20 e 40 anos. Estes dados também foram encontrados por Rojas (1999)⁷², na Argentina, em relação aos membros de enfermagem que investigou, mostrando que no Brasil e em outros países o pessoal de enfermagem é relativamente jovem, estando a maioria na faixa mais produtiva de suas vidas^{4, 53, 57, 60, 63, 72}.

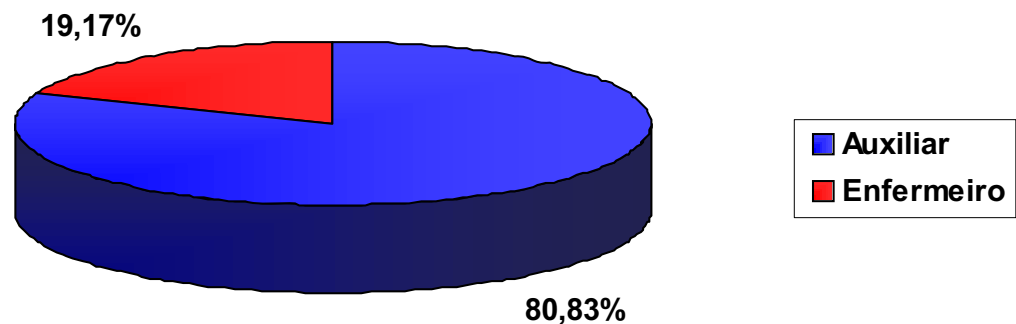
Em relação ao sexo, existe uma predominância do feminino (88,08%), e apenas 11,92% do masculino; esta realidade da enfermagem dos hospitais investigados coincide com a de vários estudos realizados no país^{4, 40, 60, 63, 72}.

O grau de instrução predominante foi o 2º grau completo, com 67,36%, e 19,69% que terminaram o curso superior, enquanto 9,33% não concluíram o 2º grau.

Também estes dados estão de acordo com os achados de Jansen (1997)⁴³ e Monteiro (2001)⁵⁸; o primeiro constatou que 52,6% dos trabalhadores de enfermagem de seu estudo possuíam o segundo grau completo, enquanto que o segundo evidencia 61%.

No presente estudo, acreditamos que possivelmente tal fato pode ser justificado pela exigência crescente de qualificação escolar nos diversos ramos de atividade, em face da necessidade premente de um desempenho eficaz que dependerá, fundamentalmente, de sua formação escolar geral e específica.

Gráfico 01- Distribuição dos sujeitos, quanto à formação profissional. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.

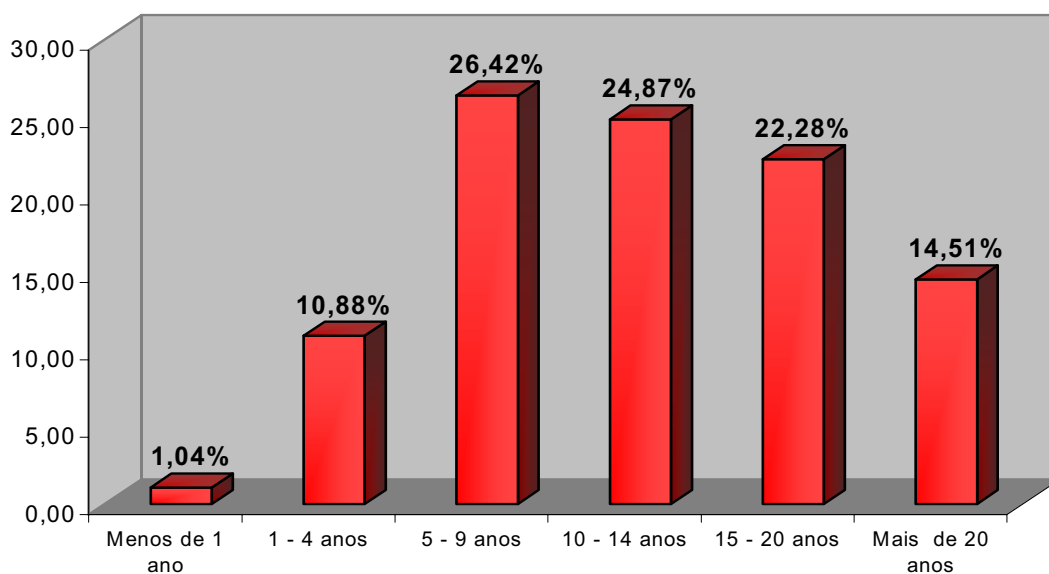


Observamos no gráfico 01 que a grande maioria dos profissionais entrevistados é constituída por auxiliares de enfermagem, com 80,83%, seguidos por 19,17% de enfermeiros. Não evidenciamos falta de formação profissional entre os entrevistados.

Uma das razões que supomos contribuir para o fato acima é a ênfase do governo federal aos cursos profissionalizantes, em particular do PROFAE (Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), que, a partir de estudo

realizado pelo Ministério da Saúde⁹, apontava a existência de 225 mil atendentes de enfermagem no Brasil. Estes atuavam nos serviços de saúde, sem qualificação técnica para tal. Diante desta realidade, o Ministério da Saúde implementou o PROFAE, com o objetivo de elevar o padrão de qualidade no atendimento prestado à população, no âmbito do SUS. Enfatizamos ainda a existência de grande número de escolas formadoras de nível técnico em enfermagem na cidade de Natal.

Gráfico 02- Distribuição dos sujeitos, quanto ao tempo de serviço na enfermagem. HMWG e Memorial, Natal-RN, 2003.



Quanto ao tempo de trabalho, podemos observar no gráfico 02 que mais de 60% possuem, no mínimo, de 10 anos de serviço.

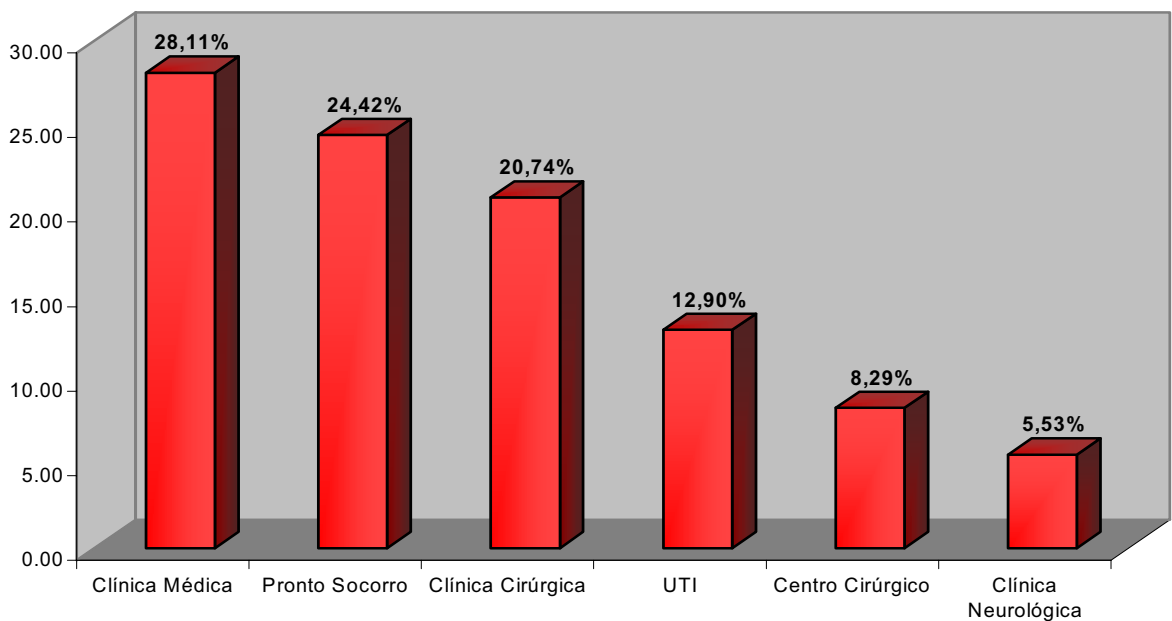
Pressupúnhamos que este resultado poderia servir de subsídio para que o conhecimento, ora pesquisado, se apresentasse de forma mais eficiente. Porém, parece

não haver contribuído para um melhor desempenho dos profissionais, quando responderam às questões relativas ao cuidado no pré-hospitalar e no hospital.

Constatamos, então, que a prática isolada da teoria não consolida o conhecimento, pois acreditamos que a teoria deve estar lado a lado com a prática. As informações quanto ao tempo de serviço na enfermagem, que detectamos na pesquisa, são concordantes com as de Jansen (1997)⁴³, que detectou entre os sujeitos investigados a predominância (73,2%) de profissionais que se encontravam há mais de 10 anos no exercício da profissão, sendo também corroborado por Nicolete (2001)⁶², com 62,5%.

Monteiro (2001)⁵⁸ refere, em sua pesquisa, que a experiência dos profissionais de enfermagem, lotados na clínica médica, tinham tempo médio de 15 anos, enquanto era de 18 anos entre os profissionais das unidades de pediatria e quimioterapia.

Gráfico 03- Distribuição dos sujeitos, quanto ao setor de trabalho. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.

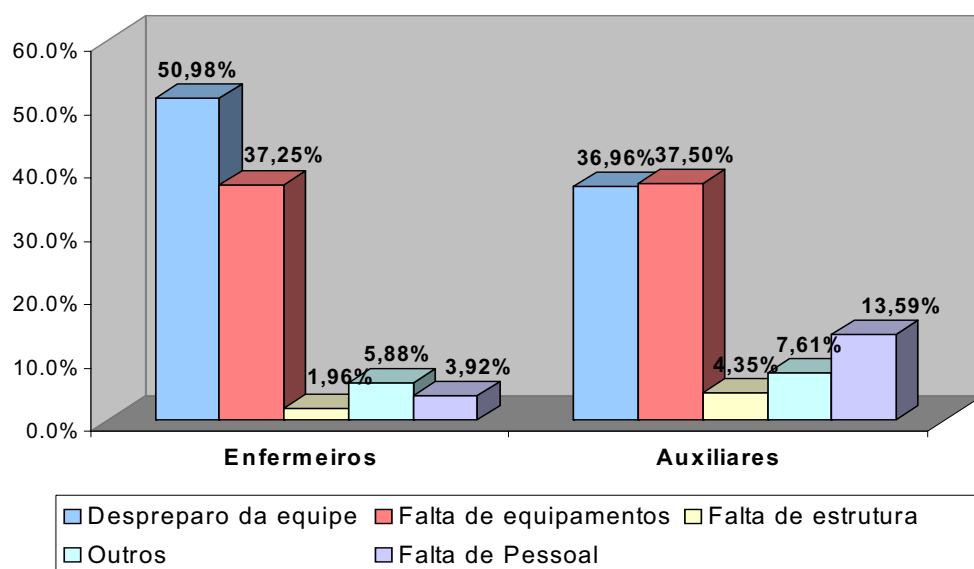


Na análise do Gráfico 03, identificamos que a clínica médica é o local de trabalho mais freqüente, com 28,11%, seguida pelo pronto-socorro, com 24,42%, e a clínica cirúrgica, com 20,74%.

Estudo realizado por Nicolete (2001)⁶² reforça essa realidade ao constatar que a maior parte dos sujeitos de sua pesquisa atuava no setor de clínica médica (37%).

Acreditamos que o fator que reforça a grande demanda do pessoal de enfermagem nos setores, acima citados, deve-se ao grande fluxo de atendimento, internações e permanência, no hospital, e pacientes portadores de doenças crônicas na sua grande maioria, necessitando, portanto, de mais profissionais para assisti-los.

Gráfico 04- Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e empecilhos que dificultam a assistência às vítimas TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.



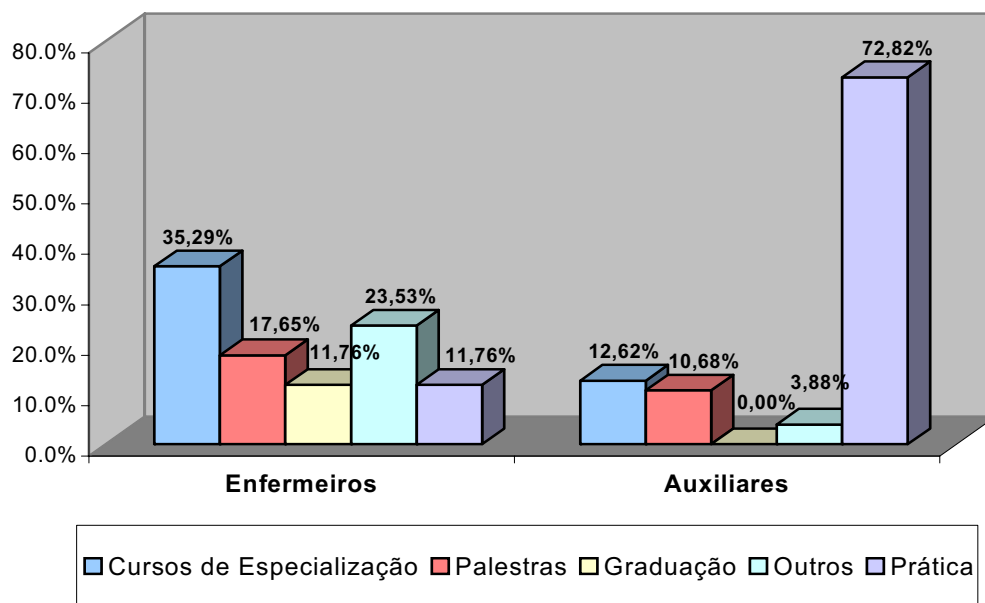
Ao procurarmos identificar a existência de empecilhos que dificultam a assistência às vítimas de TRM, observamos que 81,87% dos entrevistados afirmam

existir empecilhos que dificultam o tratamento de vítimas acometidas de TRM. Este percentual evidencia que a assistência ao paciente de TRM está intrinsecamente comprometida pela existência de empecilhos relatada; no entanto, é importante salientar que o conhecimento prévio sobre o assistir os pacientes, associado à vontade de fazer, ofusca os “empecilhos”.

Como podemos ver no Gráfico 06, o principal empecilho citado pelos enfermeiros é o despreparo da equipe com 50,98%; já entre os auxiliares, é a falta de equipamentos, com 37,50%. Quanto ao despreparo da equipe, mencionado pelos enfermeiros, infere Willians (1994)⁸⁶ que “o despreparo do cuidador pode gerar ansiedade, estresse e maior desgaste físico, ocasionando sérios prejuízos de saúde para o cuidador e para quem recebe os cuidados”. Diante da colocação do autor, acima citado, entendemos que o despreparo da equipe, além de gerar todos os problemas já referidos, compromete a eficácia e gera desemprego, pois segundo Ferreti (1997)³⁷, o trabalhador, para manter-se empregável, necessita de uma contínua atualização.

Quanto ao problema enfatizado pelos auxiliares de enfermagem, isto é, a falta de equipamentos, concordamos que este fator dificulta, porém não inviabiliza o processo de assistir, pois sabemos que o profissional de enfermagem pode utilizar-se da arte a criar e transformar o seu meio como forma de adequar-se à realidade vivenciada. Por outro lado, mesmo de posse de aparatos tecnológicos, se não dispuser de conhecimento para utilizá-los, os equipamentos não terão nenhum valor.

Gráfico 05- Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e onde adquiriu informações sobre o TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.



Durante a entrevista, quando perguntados se tinham algum tipo de aperfeiçoamento, observamos que 52,33% dos auxiliares e enfermeiros responderam que sim. Este dado presumivelmente reforça as relações entre o mundo do conhecimento e o mundo do trabalho que passam a se identificar a partir do avanço tecnológico. E, com a emergência das tecnologias informacionais, o que tem importância é aprender⁴⁹.

Porém, o conhecimento adquirido não diz respeito à assistência às vítimas de TRM, pois os cursos de aperfeiçoamento mais citados pelos auxiliares de enfermagem foram Instrumentação cirúrgica (17,14%), seguida de UTI (14,29%) e Primeiros socorros (08,57%).

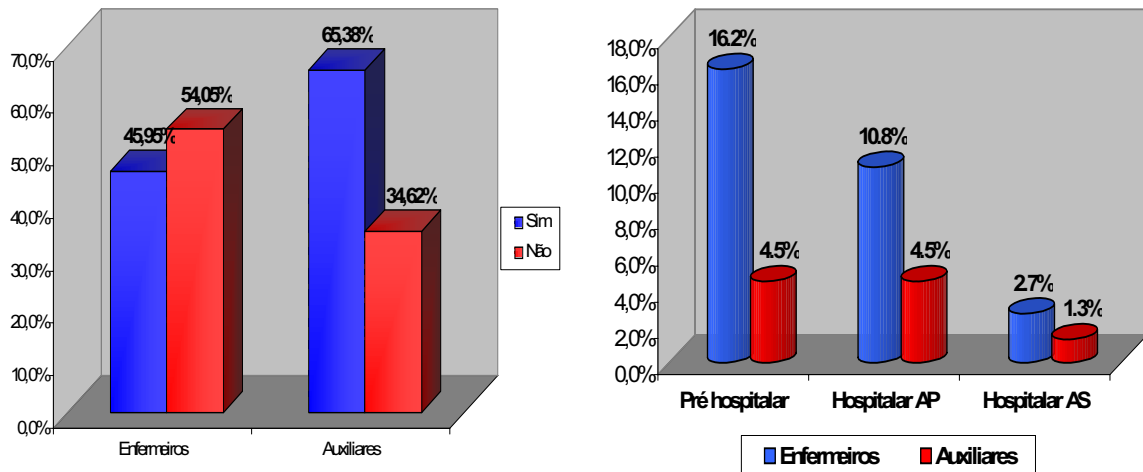
Mendes (1995)⁵⁴ traça uma diretriz profissional em enfermagem, ao afirmar que atualmente é valorizado não apenas o que se sabe, mas, principalmente, o que se faz

com o que se sabe. Assim, tem-se verificado uma ênfase na questão da busca da qualificação constante da equipe de enfermagem, sob pena de perdermos os novos rumos da modernização e progresso técnico-científico.

Analisando o gráfico 06, observamos que, entre os enfermeiros, 35,29% afirmam ter adquirido informações sobre o TRM em cursos de especialização e 17,65% em palestras. Entre os auxiliares de enfermagem, 72,82% confessam obter essas informações na prática (no dia-a-dia) e apenas 12,62% em cursos diversos. Estes dados remetem à dicotomia entre o saber teórico do enfermeiro e a execução manual dos auxiliares de enfermagem, percebendo-se que os enfermeiros adquirem o conhecimento acerca da assistência ao TRM durante estudos científicos, por meio dos cursos de Pós-Graduação, nas especializações.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, a grande maioria busca o conhecimento durante sua prática. Isto só vem confirmar a distância entre a concepção do trabalho intelectual e manual _ que é uma característica da divisão social do trabalho _ marcante na enfermagem. Traz à tona também o grande problema brasileiro, que é o da mão-de-obra não-especializada, pois, mesmo sendo da equipe de enfermagem, não tem qualificação para cuidar desses pacientes. No entanto, as mudanças na natureza do trabalho e as exigências de qualificação requerem dos trabalhadores em geral, especialmente dos profissionais de enfermagem, uma atitude multiquificada e polivalente³⁰.

Gráfico 06 e 07- Distribuição dos sujeitos, quanto ao cargo de ocupação e sentir-se preparados e estarem realmente preparados para assistirem as vítimas de TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.



Na análise do Gráfico 06, podemos observar que a maioria dos enfermeiros (54,04%) afirmam não estar preparados para atender às vítimas de TRM. Já os auxiliares de enfermagem, 65,38%, dizem sentir-se preparados. Supomos que estes dados são uma constatação de que, por possuir um conhecimento técnico-científico mais elaborado, o enfermeiro tem condições de se auto-avaliar apto ou inapto a partir das suas limitações, ao passo que o auxiliar de enfermagem, pela sua rotina prática, julgue-se detentor do conhecimento específico por ser ele que, na grande maioria, atua diretamente com o paciente.

No entanto, quando estes dados foram cruzados com os do gráfico 07, dos 45,95% de enfermeiros, que disseram saber assistir estes pacientes, apenas 16,2% descreveram e seqüenciaram corretamente todos os passos que constituem a avaliação primária no atendimento pré-hospitalar.

Ainda analisando os enfermeiros, agora porém no que diz respeito ao atendimento hospitalar, observamos uma diminuição do número de acertos na descrição

e seqüência lógica dos passos da avaliação primária, com apenas 10,8%, e 2,7% em relação à avaliação secundária.

Quando examinamos o gráfico 06, no que diz respeito às respostas dadas pelos auxiliares de enfermagem, e comparamos com o gráfico 07, constatamos que apenas 4,5% identificaram corretamente os passos a ser seguidos no atendimento pré-hospitalar, isto é, a avaliação primária. Já no tocante à assistência hospitalar, o percentual de acerto foi de 4,5% nos passos da avaliação primária e apenas 1,3% da avaliação secundária.

Nesta mesma tabela, quanto aos dados do instrumento, pertinentes às questões sobre a assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar e no hospital, consideramos parcialmente corretos todos os dados que, numa seqüência lógica, apresentaram conteúdos relevantes, ressaltando-se que os omitidos não implicaram direta ou indiretamente uma ameaça à vida do paciente, como, por exemplo, assistência emocional ou religiosa.

Para que chegássemos a estes resultados, após leituras e releituras do material coletado, fizemos uma categorização embasada, como apoio para análise das respostas, nos trabalhos de Silva (1995)⁷⁶, Paveliqueires (1997)⁶⁵ e Delisa (1998)²⁸.

Segundo estes autores, temos como prioridade inicial a Avaliação Primária que obedece a cinco passos respectivos:

“A”: controle da coluna com uso de colar cervical, posição supina, neutra e com alinhamento dos seguimentos corpóreos, os quais são cabeça, pescoço, tórax, bacia e membros e mobilização em bloco.

“B”: manutenção de vias aéreas que corresponde a permeabilidade das vias aéreas e respiração.

“C”: equilíbrio hemodinâmico, sendo este o controle de SSVV, acesso venoso pérvio e controle hidroeletrólítico, circulação.

“D”: avaliação do estado neurológico, isto é, um exame neurológico para avaliar os déficits motores e sensitivos presentes.

“E”: expor a vítima para diagnóstico de possíveis lesões nos vários segmentos corporais.

A Avaliação Secundária é um exame criterioso de todos os segmentos corporais, seguindo uma ordem normativa céfalocaudal, objetivando a detecção de lesões. Insere-se, nela, a avaliação neurológica com Escala de Coma de Glasgow, monitorização de sinais vitais (SSVV), exames laboratoriais e complementares e, se necessário, lavado peritoneal, diagnóstico e detecção de fraturas e/ou lesões associadas. O apoio emocional deve estar presente em todas as fases do processo, sendo fator de fundamental importância para o restabelecimento e confiança entre vítima e enfermagem’.

A Avaliação Secundária só deverá ser iniciada depois de completada a Avaliação Primária e o restabelecimento dos SSVV. Quanto à reabilitação, por ser um processo, deverá permear todo o tratamento e ser iniciada ainda no pré-hospitalar até a alta ambulatorial.

Vale dizer que o apoio emocional e a reabilitação quase não foram mencionados. Este fato nos deixa bastante preocupados, uma vez que sabemos que a reabilitação é um processo que deve permear todo o cuidado, desde o atendimento pré-hospitalar até a alta ambulatorial, minimizando seqüelas graves ou evitando até a morte destas vítimas.

Quanto ao apoio emocional ao paciente e seus entes queridos, é fundamental que prestemos uma assistência de qualidade. Este apoio requer a intervenção da equipe de enfermagem no sentido de trabalhar as transformações, comumente bruscas, de uma

vida considerada normal para outra com variadas limitações, em que o paciente sofre mudanças físicas e psicológicas, necessitando da ajuda do “outro” para compreender e elaborar o processo vivenciado.

Observamos a necessidade da participação ativa da enfermagem nesse processo de transformações, haja vista que o paciente se encontra assustado e, até desorientado, com falta de perspectivas futuras em função de não reconhecer seu real prognóstico. Cabe à enfermagem fornecer esclarecimentos, ouvir com atenção sem subestimar as queixas, por mais infundadas que pareçam, evitando deter-se na perspectiva de recuperação “total”, que normalmente centraliza a energia psíquica do paciente na área motora, banalizando, assim, o aspecto emocional.

Através da interação efetiva entre enfermagem e paciente, é possível estabelecer o momento oportuno para o início do processo de reabilitação, em que são trabalhados os aspectos individuais, visando à conscientização, por parte do paciente, de seu real potencial até então desconhecido. Facilitar a troca de experiências entre os pacientes é uma boa estratégia, que, naturalmente, proporciona maior conscientização de suas reais limitações e possibilidades⁵⁵.

Achamos oportuno também comentar alguns dados que reforçam pelo menos, o que foi relatado pelos sujeitos da pesquisa, ao se julgar preparados ou não e descreverem a assistência às vítimas de TRM.

Observamos que dos 61,66% (119 sujeitos) que se julgaram preparados, 7,6% descreveram corretamente os passos da avaliação primária no pré-hospitalar; e dos 38,34% (74 sujeitos) que disseram não se julgarem preparados, 5,4% não descreveram corretamente esta fase.

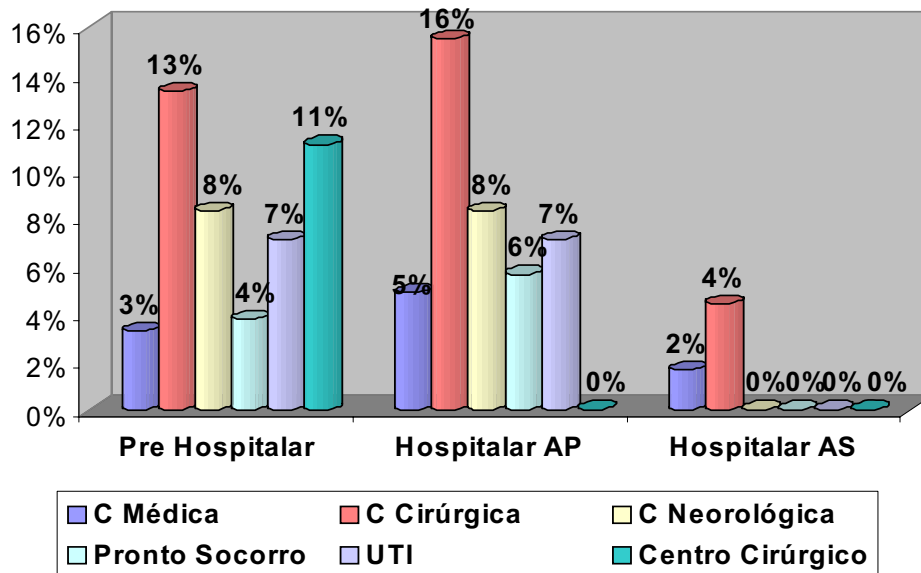
Na assistência hospitalar, dos 61,66% (119 sujeitos) que se julgaram preparados, apenas 5,0% conseguiram seqüenciar os passos da avaliação primária; e os demais, isto

é, 38,34% (74 sujeitos) daqueles que não se consideraram preparados, 6,8% não souberam descrever os passos corretamente. Quanto à avaliação secundária, dos 61,66% (119 sujeitos), apenas 0,8% descreveram em seqüência correta; enquanto que, dos 38,34% (74 sujeitos), somente 2,7% não conseguiram responder corretamente.

Levando em consideração estes dados, constatamos a premência de um treinamento específico que venha suprir a defasagem detectada no conhecimento destes sujeitos acerca da assistência a essas vítimas. Tal fato evidencia a importância de despender recursos materiais e/ou na forma de capacitação de profissionais, para o serviço de atendimento pré-hospitalar⁶⁹.

Verificamos que, apesar de todos os entrevistados trabalharem no ambiente hospitalar, onde condutas diretas ao paciente são prestadas continuamente, poucos parecem atentar para a realização da avaliação secundária, procedimento específico do atendimento hospitalar.

Gráfico 08- Distribuição dos sujeitos, quanto se julgar preparados para assistir as vítimas de TRM e o local de trabalho. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.



No gráfico 08, observamos que o percentual de sujeitos que se julgam preparados para atender às vítimas de TRM é maior na clínica cirúrgica, com 13% na fase pré-hospitalar, 16% na fase hospitalar, em relação à avaliação primária, e 4% na avaliação secundária. No pronto socorro e na clínica médica, verificamos os mais baixos percentuais.

Podemos visualizar ainda que a predominância dos sujeitos entrevistados, que se julgaram preparados e que realmente estão, concentrou-se na clínica cirúrgica, o que nos leva a inferir que esse fato se deve à necessidade da intervenção direta de enfermagem no pré/trans/pós-operatório desses pacientes, o que os obriga a ter um conhecimento mais aprimorado em relação aos demais, a fim de favorecer a recuperação do paciente com traumatismo raquimedular.

Quanto ao preparo para efetivar prestar a avaliação secundária, o percentual de 4% foi muito baixo, até mesmo para aqueles que atuam na clínica cirúrgica, os quais demonstraram algum preparo para a avaliação primária (16%).

Consideramos pertinente esclarecer, que ficamos surpresos ao constatar que os profissionais de pronto socorro e clínica médica não se julgam preparados, e aparentemente não estão, para realizar o atendimento nas fases pré-hospitalar e hospitalar, especialmente no tocante à avaliação secundária.

Tal fato evidencia a necessidade premente de capacitação desses profissionais, sob pena de compactuarmos com a falência da qualidade da assistência prestada nesses serviços ditos especializados.

Percebemos, então, que há muito o que se fazer para mudar esta dura realidade, muitas vezes constatada. Sentimos que todos os profissionais, urgentistas ou não, são co-responsáveis na mudança da triste situação do nosso dia-a-dia.

Tabela 01 - Distribuição dos sujeitos, quanto estarem realmente preparados para assistirem as vítimas de TRM. HMWG e Memorial. Natal-RN, 2003.

Seguiu os procedimentos corretamente		Pré Hospitalar		Hospitalar	
Enfermeiros	Sim	6	3.11%	1	0.52%
	Não	31	16.06%	36	18.65%
Auxiliares	Sim	7	3.63%	2	1.04%
	Não	149	77.20%	154	79.79%
Total		193	100.00%	193	100.00%

Observamos, na tabela 01, que o número de profissionais de enfermagem realmente preparados para assistirem vítimas de TRM, de acordo com as respostas obtidas na entrevista na fase pré-hospitalar, é de apenas 6,74%, isto é, 3,11% dos enfermeiros e 3,63% dos auxiliares de enfermagem, enquanto na fase hospitalar apenas 1,56%, sendo 0,52% enfermeiros e 1,04% auxiliares de enfermagem. Em outras palavras, dos 37 enfermeiros entrevistados, na fase pré-hospitalar, 31 (16,06%) não descreveram corretamente os passos da avaliação primária no pré-hospitalar, e 36 (18,65%) na fase hospitalar.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, 149 (77,20%) não responderam corretamente aos passos da assistência pré-hospitalar, o mesmo acontecendo na fase hospitalar, com 154 (79,79%).

5.2 Hipóteses Estatísticas

H_0 : Não existe diferença entre sentir-se preparado para atender a vítimas de TRM e seguir os procedimentos corretamente para atender a essas vítimas.

H_1 : Existe diferença entre sentir-se preparado para atender a vítimas de TRM e seguir os procedimentos corretamente para atender a essas vítimas.

5.3 – Teste Paramétrico

Tabela 02 – Distribuição dos sujeitos, quanto a se sentir preparado para assistir as vítimas de TRM, e seguir corretamente os passos nas fases pré-hospitalar (AP), hospitalar (AP e AS), e a aplicação do teste de Mc Nemar.

Sente-se preparado para atender vítimas de TRM ?	Seguiu o procedimento correto para atender vítimas de TRM					
	Pré Hospitalar		Hospitalar AP		Hospitalar AS	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sim	110	9	113	6	118	1
Não	70	4	69	5	72	2
Teste de Mc Nemar (p -valor)	0.000		0.000		0.000	

Ao nível de $\alpha = 0,05$, rejeitamos a hipótese H_0 , pois o resultado obtido através do software Estatística foi de p-valor = 0,000 nas fases estudadas, ou seja, não existe coerência nas respostas dos sujeitos quando dizem que estão preparados para assistirem as vítimas de TRM e o conteúdo descrito nas questões D1 e D2, isto é, a descrição, por ordem de prioridade, dos passos da assistência a estas vítimas, tanto no atendimento pré-hospitalar como hospitalar.

O conhecimento existe para ser compartilhado.

Emerson

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, que tratou de identificar o conhecimento da equipe de enfermagem em dois hospitais da grande Natal, foi de grande significado para nós.

Primeiro, por nos haver permitido uma aproximação maior com os profissionais que prestam assistência a uma gama de pacientes tão complexos, como as vítimas de TRM. Depois, por poder conhecer de perto as dificuldades com que trabalham, que compreendem, desde a demanda de pacientes, a falta de infraestrutura de trabalho e até mesmo de oportunidades para atualização dos seus conhecimentos.

Mesmo que tenhamos tido a aprovação tanto da diretoria médica, como da enfermagem, foi um processo de difícil execução. Inicialmente devido à sobrecarga de atividades que têm estes profissionais. Havia também uma grande relutância quanto a participarem das entrevistas, mesmo que tenhamos tido todo o cuidado de garantir o sigilo dos dados e adaptar o horário das entrevistas, de acordo com as suas disponibilidades. Por esta razão, alguns sujeitos precisaram ser substituídos, dificultando o andamento da coleta.

Ainda observamos que a sobrecarga a que estes profissionais são submetidos dificultou a coleta de dados, uma vez que os mesmos não dispunham de tempo suficiente responderem ao formulário de entrevista.

Um outro problema que tivemos foi em relação às bibliografias, pois, por ser uma pesquisa direcionada para o conhecimento específico da assistência de vítimas de TRM, não identificamos dados diretamente relacionados a esta temática.

Porém, após termos os dados coletados e analisados, sentimos ter atingido os objetivos, pois, com estes subsídios identificamos a existência de um déficit de conhecimento, pelo menos na análise feita no conteúdo das entrevistas.

Após a consolidação deste relatório e com os subsídios adquiridos pretendemos divulgar os dados para as duas instituições onde realizamos a pesquisa e, em consonância com as diretorias, tentar elaborar um cronograma de atividades teórico-práticas relacionadas à assistência às vítimas de TRM, incluindo a realização de cursos de extensão para capacitar a equipe de enfermagem na melhoria do seu conhecimento e em seguida, trabalhar no desenvolvimento de protocolos de acordo com a realidade de cada hospital.

Pretendemos também que os resultados cheguem aos cursos de enfermagem, tanto em nível de graduação, como técnico, para tentar sensibilizar os órgãos formadores da importância desta disciplina nos seus currículos.

Assim sendo, acreditamos que esta pesquisa possa trazer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, tanto na prevenção do evento, como nas conseqüências advindas por um descuidar.

Se este é o dia de minha colheita, em que campos
plantei a semente, e em que estações esquecidas?

Gibran Khalil Gibran

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Ao estudarmos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, objetivando identificar e analisar o conhecimento acerca da assistência às vítimas de TRM, no pré-hospitalar e hospitalar, concluímos que:

- Quanto à caracterização pessoal e profissional, a grande maioria é do sexo feminino, na faixa etária entre 34 e 41 anos com o segundo grau completo; predominando aqueles com o cargo de ocupação de auxiliar de enfermagem, com, no mínimo, 10 anos de serviço; a maioria trabalha na clínica médica, seguido do pronto socorro.
- Quanto à existência de empecilhos que dificultam a assistência às vítimas de TRM, grande número alegou que eles existem, sendo que os enfermeiros consideram o despreparo da equipe como o principal, e os auxiliares de enfermagem, a falta de equipamentos.
- Quanto a sua atualização profissional, isto é, se tem algum tipo de aperfeiçoamento, mais da metade respondeu sim, sendo, para os auxiliares de enfermagem, a instrumentação cirúrgica; os enfermeiros relataram ter adquirido conhecimento sobre a assistência, a essas vítimas, em cursos de especialização, enquanto os auxiliares de enfermagem aprenderam na prática.
- Quanto à afirmativa de saberem ou não assistir as vítimas de TRM, mais da metade disseram não estar preparados; no entanto, um percentual bastante elevado dos auxiliares de enfermagem afirmaram estar preparados.
- Quanto à afirmativa dos enfermeiros e auxiliares de **estar**, e **realmente estar preparado**, para assistir estas vítimas, de acordo com os passos descritos na entrevista, detectamos que daqueles enfermeiros (quase a metade) que disseram

estar preparados, o percentual cai para menos de um quarto no que se refere ao atendimento pré-hospitalar (AP). No atendimento hospitalar (AP) e (AS), o percentual cai vertiginosamente. Já na análise das respostas dos auxiliares de enfermagem, o percentual de acerto é insignificante quando comparado à primeira alternativa.

- Quanto ao local de trabalho e se julgar preparado para assistir as vítimas, os profissionais de enfermagem lotados na clínica cirúrgica, tiveram maior número de acertos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Também na clínica cirúrgica, onde os sujeitos responderam saber assistir e descreveram com maior número de acertos os passos da assistência pré-hospitalar e hospitalar.
- Quanto ao cargo de ocupação e a descrição de todos os passos utilizados para assistir as vítimas no pré-hospitalar, apenas 06 enfermeiros e 07 auxiliares de enfermagem têm conhecimento adequado; no atendimento hospitalar, este número é ainda mais insignificante, quando apenas 01 enfermeiro e 02 auxiliares acertaram a descrição de todos os passos.

Se o homem persistisse em sua loucura, tornar-se-ia sábio.

Willian Beake

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. ALVES, D. **Lesão medular: processo de cuidar:** Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001, p. 173-180.
2. ANDERSON, I.D. e MONTESANO, P.X. **Morphology and treatment of occipital condyle fractures.** Spine, n. 13, p. 731-736, 1988.
3. BARROS, F, et al. Cervical vertebral fracture: orthopaedic issues. **Spinal Cord.** p. 358-360, 1997, 35. v.
4. BEHRING, L. P. et al. Visão crítica da assistência de enfermagem ao indivíduo portador de acidente vascular cerebral. In: **ARQ BRAS CARDIOL.** Rio de Janeiro, 1999, p. 04.
5. BEYERS, M; DUDAS, S. **Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994, 5. v.
6. BOLTON, C.F. Neuromuscular complications of sepsis. **Intensive Care Med.** p. 558-563, 1993, 19. v.
7. BOVET, J.L et al. **The vastus lateralis musculocutaneous flap en the repair of trochanteric pressure soeres:** technique and indications. **Plast. Reconstr. Surg.** 69, 830-834, 1982.
8. BRASIL, Decreto-lei 9/89, de 2 de maio. Lei de Bases de Prevenção e da Reabilitação e integração das Pessoas com Deficiência Adquirida. Disponível em: <http://www.google.com.br.htm>. Acesso em: 28 out. 2003
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. Mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFABE – **Programa de formação de trabalhadores na área de enfermagem.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
10. _____. Ministério da **Saúde.** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resp. CNS 196/97 e outras). Brasília: 2000. (Séries Cadernos técnicos).

11. _____. Anexo da Portaria 737/GM de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Disponível em: <http://www.com.br/portaria-737.htm>. Acesso em: 31 ago. 2001.
12. BRESTED, J.H. **The Edwin Smith surgical papyrus published infac-simile and hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes**. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1.596 p.
13. BRUNNER, LS; SUDDARTH, DS et al. Assistência a pacientes com distúrbios neurológicos. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1318-1323, 1990.
14. _____. **Tratamento de pacientes com doenças neurológicas: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, p. 1441-1498, 1993.
15. _____. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2000. p. 1534.
16. BURNS, GA et al. Prospective ultrasound evaluation of venous thrombosis in high-risk trauma patients. **J. Trauma**, 35 (3): 405-408, 1993.
17. CARVALHO, Z.M. et al. O cliente com trauma raquimedular: subsídios para o estabelecimento de prioridades no planejamento do cuidar/cuidado. - Congresso brasileiro de enfermagem, 52, **Resumos...Recife**, 2000. p. 690.
18. CASTRO, S. V. **Anatomia Fundamental**. 3. São Paulo: McGraawn-Hill do Brasil, p. 290-298, 1985.
19. CASALIS, M.E.P. Organização da equipe multidisciplinar. In: **Reabilitação – Paraplegia e Tetraplegia**. São Paulo: AACD, 1996. (apostila).
20. _____. Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal: **Reabilitação funcional**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2001, p. 83.
21. CAVALCANTE, E. S; FARIAS, G. M. Caracterização da clientela atendida com lesão medular ocasionado por trauma em um hospital conveniado ao SUS no município de Natal/RN em 2001. Congresso pan-americano de saúde, 8., 2002, Natal, **Resumo...Natal: UFRN**, 2002.

22. CAZARIN, JLB, et al. **Trauma pré-hospitalar e hospitalar-adulto e criança**. Rio de Janeiro: ed. Médisi, 1997. p. 389.
23. CHEN, Y.T.,. Lower extremity hemorrhage in spinal cord injured patients receiving therapeutic anticoagulation. **Arch Phys Med Rehabil.** n. 65, p. 236-266, 1984.
24. CLAUS, W J. et al. Bone metabolismo in quadriplegia; dislocation between calciuria and hydroxy prolinemia. **Arch Psys Med Rehabil.** 56: 327-332, 1982.
25. _____. Metabolic and endocrine changes in spinal cord injury; Compounded neurologic dysfunctions. **Arch Phys Med Rehabil,** 63: 632-638 1982.
26. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO NORTE. **Informativo COREN-RN 12/02**. Natal, 2002.
27. COX, SAR, et al. Energy expenditure after Spinal Cord Injuri: **An Evolution of Stable Rehabilitating Patients Trauma**. cap. .25, p. 419-423, 1985.
28. DELISA, J.A. et al. **Rehabilitation Medicine: Principles and practice**. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1998.
29. _____. Medicina de Reabilitação. **Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular**. cap.32, p.735 – 759, Brasília. 2001.
30. DELUIZ, N. Formação do trabalhador em contexto de mudança tecnológica. **Boletim Técnico do Senac**, v. 20, n. 1, jan./abr., 1994.
31. DITUNNO, J.F.; et al. Motor recovery of the upper extremities in traumatic quadriplegia: a multicenter study. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.** N. 73, p. 431-436, 1992.
32. EID, C. A. G. Tempo de resposta no APH. [artigo científico]. Disponível em: <http://www.aph.com.br/tempo-resposta/main.htm>. Acesso em: 2 ago. 2001.
33. FARIAS. Glauceia Maciel de. **Paciente com tração transesquelética – sistematização das ações de enfermagem**. São Paulo, 1986, 115p. (Tese de mestrado). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.

34. _____. **Deficiências e incapacidades e desvantagens decorrentes de causas externas.** São Paulo, 1995, 108p. (Tese de doutorado). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo.
35. FARO, Ana Cristina Mancussi e. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular.** São Paulo, 1995. 207p. Tese (doutorado em Enfermagem) Escola de enfermagem. Universidade de São Paulo.
36. _____. **O ensino da reabilitação: expectativas de estudantes de enfermagem.** Rev. Esc Enferm USP 1996; 30 (2): 32-9.
37. FERRETI, C. J. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. In: **Educação & Sociedade.** Campinas, XVIII, n. 59, p. 225-269, agosto/1997.
38. FINKELSZTEJN, Alessandro et al. Neurologia. In: STEFANI, Stephen Doral; BARROS, Elvino. (Org.). **Clinica médica: consulta rápida.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
39. FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de. **(RE) Socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras.** João Pessoa, 1998, 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de enfermagem, Universidade Federal da Paraíba.
40. GERMANO Raimunda. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.
41. GREVE, Julia M. D'Andréa; CASTRO, A.W. Avaliação clínica e funcional da lesão medular-índices motores e sensitivos e funcionais utilizados. In: _____. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal** São Paulo; Roca, 2001 p.65-73.
42. HALLEN, O. **Neurologia Prática.** São Paulo: EPU, 1978, p.43-88.
43. JANSEN, A.C. **Um novo olhar para o acidente de trabalho na enfermagem: a questão do ensino.** Ribeirão Preto, 1997. 170p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

44. JENNETT, B; BOND, M. Assessment of outcome after severe brain damage. **Lancet**, v.1, n. 7905, p. 480- 491, 1975.
45. LAPIDES, J. et al. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. **J. Urol.** N. 107, p.458, 1972.
46. LIANZA, S. e KUHN, P. Órteses de propulsão recíproca: **metodologia de avaliação, prescrição e treinamento de reeducação da locomoção em lesão medular.** Medicina de reabilitação, p. 19-26, 1996.
47. LOUZÃ. M. O que é reabilitação? Disponível em: . <http://www.google.com.br.htm>. Acesso em 07 Novembro 2003.
48. MACKENZIE, E. J. et al. Factors influencing return to work following hospitalization of traumatic injuri. **Am. J. Public Health**, v. 77, n. 3, p. 281-297, 1988
49. MAGALHÃES, L.M.T; IDE, C.A.C. **O ensino superior em Enfermagem e o desafio da mudança: Os referenciais de um novo processo de formação.** São Paulo: Atheneu, p.84. 2001.
50. MAPA, C. O trauma no Brasil. **Prática Hospitalar**, ano1, n.3, mai-jun, 1999.
51. MARROTA, J.T. **Traumatismo da medula.** In: Merritt. Tratado de neurologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 308-314, 1986.
52. MARTUZA, Robert L; Steichen, Jonh D. **Traumatismos.** In: Samuels, Martin. Manual de neurologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992, p.319-353.
53. MARZIALE. M.H.P; ROZESTRATEN, R.J.A. Turnos alternantes: fadiga mental de Enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.3, n.1, p.59-78, Jan.1995.
54. MENDES, IAC. Criação, divulgação e ação: o saber em movimento. **Rev latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.1-2, Abr. 1995
55. MENDONÇA, M. Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal: **Aspectos psicológicos.** São Paulo; Roca, 2001 p.167-178.

56. MERLI, et al. Etiology incidence and prevention of deep vein thrombosis, in: acute spinal cord injuri. Arch, Phys. **Méd. Rehabil.** N. 74, p. 1199-1205, 1993.
57. MIRANDA, A.A.F; ROBAZZI, M.L.C.C. Estresse entre enfermeiros de UTI. In: Colóquio Pan-Americano de Investigação em Enfermagem, 6, Ribeirão Preto,1998. **Resumos.** Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998, p.406.
58. MONTEIRO, A.B.C. **Biossegurança no preparo, administração e descarte de agente antineoplásico injetáveis pela equipe de enfermagem**, 2001, p.67 e 86. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
59. MONTOVANI, M. O. que é trauma? Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/trauma/sobre.htm>. Acesso em: 03 dez. 2000.
60. NAPOLEÃO, A.A. **Causas de subnotificação de acidentes de trabalho: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista.** Ribeirão Preto, 1999, 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
61. NASCENTES, A. **Dicionário ilustrado da língua portuguesa**, Rio de Janeiro: Bloch editores, 1981.
62. NICOLETE, Maria Graça de P. **Acidentes de trabalho: um estudo do conhecimento e ocorrência acidentária entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral de Natal.** Ribeirão Preto, 2001, 169 p. Tese (doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
63. NOGUEIRA, AS. et al. Aspectos epidemiológicos dos traumas faciais em um serviço de emergência hospitalar. **Revista Cearense de Odontologia.** Ceará v. 1, n. 1, p.11-14, Jul/Dez.. 2000.
64. POLIT, D. F, HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 6, p. 107-140. Delineamento de pesquisa.
65. PAVELQUEIRES, Shirlene. et al. Trauma raquimedular. In: **Manobras avançadas de suporte ao trauma.** São Paulo: Legis Summa, 1997, p.29-34.

66. POWELL, M. Limb traction: some aspects of nursing management. **Nursing Mirror**, Sussex, 187 (4): 26-32, 27 July 1973.
67. PROGH, D.S.N.O. **Assistência neurológica intensiva**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1988.
68. RÉA NETO, Álvaro et al. **Atendimento Pré-hospitalar no trauma e suporte básico de vida**. 2 ed. Curitiba: Imprensa Oficial, 1999, 305 p.
69. REZENDE, M. S. et al. O perfil das vítimas de trauma atendidas na esfera hospitalar no município de Santa Cruz do Sul / Rio Grande do Sul. **Revista Nursing**. n. 55, p. 18-22, dez. 2001.
70. ROCHA, F. E.T. et al. **Disfunção vésico-esfincteriana**: Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinal. São Paulo: Roca, 2001, p.269-291.
71. RODRIGUES, Jean Válber. Riscos dos mergulhos em águas rasas e turvas. **Diário de Natal o potí**, Natal, p.3, 20 jan. 2002.
72. ROJAS, A.V. **A situação do trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital regional argentino**: um estudo sob a óptica da ergonomia. Ribeirão Preto, 1999. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
73. SANTANA, Isaias. **Revisão bibliográfica sobre lesão medular**. Rede Sarah de hospitais do aparelho locomotor. Programa lesado medular, Brasília, Abr. 2001.
74. SAMUELS, M. Manual de neurologia: **Traumatismos cranioencefálicos severos**. Rio de Janeiro; MEDSI, 1992, p.319-364.
75. SILVA, D.M.P.P. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo – doença em um hospital universitário**. Ribeirão Preto, 1999, 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
76. SILVA, V. L. et al. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. SIATE, Curitiba, Imprensa Oficial do Estado do Paraná, 1995.

77. _____. **O Atendimento pré-hospitalar no trauma e suporte básico de vida: formação de socorristas.** 2 ed. Curitiba: 1998 305 p.
78. SILVEIRA, P. R. **Trauma raquimedular - Diagnóstico e tratamento nas emergências.** J.B.M. Rio de Janeiro: v.78, nº6, p.17, 2000.
79. SOARES, Francisco J; SIQUEIRA, Arminda L. Teste de McNemar. In: **Introdução à estatística médica.** Belo Horizonte, Departamento de Estatística, 1999, p. 190-191.
80. SOUSA, Regina Maria. C. de. **Padrão de recuperação das vítimas de trauma crânio-encefálico aos 6 meses e 1 ano.** Ribeirão Preto, 1995. 106 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
81. STAAS, W.E. et al. Rehabilitation of the spinal cord injured patient. In: DELISA, J.A. **Rehabilitation Medicine-Principles and Practice.** Philadelphia, JB. LIPPINCOTT, 1988. p. 639-642.
82. TASHIRO, MTO. Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia: **Aparelho gessado: processo de cuidar.** Rio de Janeiro; Atheneu, 1991, p121-156.
83. THERKES, M. et al. **Aspectos do cotidiano de indivíduos com lesão medular.** Disponível em: <http: // www.periodicosapes.gov.br>. Acesso em: dez. 2001.
84. TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1994.
85. VIETTA, E.P. **Marco conceitual para a prática da enfermagem social: contribuição para bases de uma teoria de enfermagem.** Ribeirão Preto, 1985,110p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
86. WILLIAMS, A. What bothers caregivers of stroke victims? **Jour. Neurosc. Nurs.** V. 26. n. 3, p. 155-61, 1994.
87. WITTENBERG, R.H.; PESCHKE, U.; BÖTEL, U. - Heterotopic ossification after spinal cord injury – epidemiology and risk factors. **J. Bone Joint. Surg.,** 74B: 215-218 1992.

88. YAMAUTI, A. Y. Cuidados de enfermagem. In: **Reabilitação-Paraplegia e Tetraplegia**. São Paulo: A.A.C.D, 1996 (apostila).

Olhe para mim. Por favor, me veja.
Não minhas roupas ou unhas curtas
Ou minha face descuidada.
Abra seu coração, de modo a ver o meu.
Não estou lhe pedindo para concordar com Ou compreender
tudo que vê,
Pois nem mesmo eu faço isso.
Apenas olhe para o que está realmente aqui
E permita ser.

Peg Hoddinott

GLOSSÁRIO

9. GLOSSÁRIO

ANESTESIA	Ausência da sensação dolorosa com ou sem perda de consciência, durante cirurgias, geralmente fazendo com que o paciente durma.
ARREFLEXIA	Abolição dos reflexos.
ANTI-SEPSIA	Ato de empregar uma substância (anti-séptico) para inibir ou controlar a multiplicação de microorganismos.
ATONIA	Designação de certas formas clínicas de hipersensibilidade humana, de influência hereditária.
CÁLCULO	São pequenas massas de substância composta de colesterol, sais inorgânicos e pigmento biliar.
CATETER	O termo médico para “pedras”. Tubo rígido ou flexível usado para desalojar líquidos de diversas partes do corpo e, atualmente, utilizado em exames mais específicos como os relacionados às doenças do coração.
CEFALÉIA	Dor de cabeça.
CONCUSSÃO	Injúria cerebral provocada por violência dissonante na cabeça, que pode resultar num atordoamento, vômito ou perda da consciência.

CONTUSÃO	Lesão corporal causada por trauma sem solução de continuidade. Provocada por violência, que não rompe a pele, mas fere os tecidos.
CUTÂNEO	Referente à pele.
COXIM	Artefato de espuma revestido por tecido de forma cilíndrica, utilizado para apoiar regiões de proeminências ósseas a fim de prevenir úlceras de decúbito e promover conforto.
DIAFORESE	Eliminação abundante de suor.
DIÁSTOLE	Relaxamento do coração.
DIASTÓLICO	Relativo à diástole.
DIURESE	Excreção da urina, normal ou abundante, natural ou provocada por medicamentos diuréticos.
DIVERTÍCULO	Pequeno fundo de saco ou bolsa, nas paredes do trato intestinal.
ECG	Escala de Coma de Glasgow.
EDEMA	Acumulação de fluido dentro dos tecidos do corpo. Às vezes chamado, arcaicamente, de “hidropsia”.
ENDÓCRINO	Referente à secreção interna, que é lançada diretamente no fígado.
ESFÍNCTER	Músculo circular que contrai orifício de um órgão.
ESPASMO	Contração involuntária e brusca dos músculos lisos.
ESPASTICIDADE	Capacidade de entrar em espasmo.
ESPONDILOSE	Degeneração dos discos intervertebrais com ossificação periférica.

ESTASE	Deficiência de drenagem do sangue de um determinado segmento do corpo.
FLEBOGRAFIA	Radiografia das veias pela injeção por meio de contraste.
FRATURA	É uma quebra da continuidade do osso e é definida de acordo com o tipo de extensão.
HEMORRAGIA	Termo geral para sangramentos
HIPERCALCEMIA	Excesso de cálcio no sangue.
HIPERCALCIÚRIA	Eliminação excessiva de cálcio através da urina.
HIPOTENSÃO	Diminuição anormal da tensão arterial.
INCONTINÊNCIA	Indica a perda de controle sobre a bexiga ou o intestino.
ISQUEMIA	Deficiência de chegada de sangue a um determinado segmento do corpo.
LESÃO	Alterações mórbidas na estrutura de um órgão
LITÍASE	Formação de cálculos.
LÍQUOR	Líquido cérebro-espinhal
LUXAÇÃO ARTICULAR	É uma condição em que as superfícies articulares dos ossos que compõem a articulação são afastadas do contato anatômico. Os ossos são lateralmente deslocados para fora da articulação.
MEDULA	Haste semicilíndrica de 45 cm de comprimento, que ocupa o canal vertebral e de onde nascem 31 pares de raízes (sensitivas e motoras).
MICÇÃO	Expulsão da urina da bexiga pela uretra.
NECROSE	Morte das células por deficiência da circulação sanguínea.
OSTEOPOROSE	Rarefação dos ossos que ocorre com o aumento da idade.

PARATORMÔNIO	Hormônio das paratireóides.
PARAPLEGIA	Paralisia dos membros inferiores que compromete, principalmente, também o tronco;
PILOEREÇÃO	Ereção dos pêlos corporais.
POSTURAL	Referente à postura ou posição.
PSÍQUICO	Relativo às funções mentais.
PROFILÁTICO	Que evita, que previne.
PROGNÓSTICO	Predição sobre a marcha da doença, sua duração e seu fim. Indica qual a chance de tratamento do paciente para uma determinada doença.
SÍSTOLE	Contração do coração.
SISTÓLICO	Relativo à sístole.
SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	Também conhecido como sistema nervoso vegetativo involuntário, controla as funções vegetativas involuntárias do corpo humano, independente da consciência ou da vontade.
SOMÁTICO	Referente ao corpo.
SUDORESE	Eliminação abundante de suor.
TRAUMA	É uma lesão caracterizada por uma alteração estrutural ou fisiológica, resultante de exposição a uma energia (mecânica, térmica elétrica).
TAQUICARDIA	Elevação da frequência cardíaca acima de 120 batimentos por minuto.
VASOCONSTRICÇÃO	Contração dos vasos com estreitamento do seu canal ou luz.

VESICAL

Referente à bexiga

O desejo sincero e profundo do coração é sempre realizado; em minha própria vida tenho sempre verificado a certeza disto.

Gandhi

ANEXOS

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício nº123

Natal, 13 de março de 2003.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN, conta atualmente no seu Programa de Pós Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Dentro desse contexto, a mestrandia Eliane Santos Cavalcante está realizando uma pesquisa intitulada “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular”. Análise do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem no HMWG – RN, em 2003, necessitamos, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto a esta instituição de saúde.

Assim sendo, solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta direção agradecemos antecipadamente.

Pr^{fa} Dr^a. Glaucecia Maciel de Farias
(Orientadora)

ILMO. Sr.
Dr. Domício Arruda Câmara Sobrinho
Diretor Médico do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício nº124

Natal, 18 de março de 2003.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN, conta atualmente no seu Programa de Pós Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Dentro desse contexto, a mestrandia Eliane Santos Cavalcante está realizando uma pesquisa intitulada “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular”. Análise do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem no HMWG – RN, em 2003, necessitamos, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto a esta instituição de saúde.

Assim sendo, solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta direção agradecemos antecipadamente.

Pr^{fa} Dr^a. Glaucecia Maciel de Farias
(Orientadora)

ILMO. Sr.
Dr. Francisco da Silva Gomes
Diretor Presidente do Hospital Memorial

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício nº127

Natal, 18 de março de 2003.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN, conta atualmente no seu Programa de Pós Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Dentro desse contexto, a mestrandia Eliane Santos Cavalcante está realizando uma pesquisa intitulada “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular”. Análise do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem no HMWG – RN, em 2003, necessitamos, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto a esta instituição de saúde.

Assim sendo, solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta direção agradecemos antecipadamente.

Profª Drª. Glauceia Maciel de Farias
(Orientadora)

ILMA. Sra.
Dra. Emília Rosa d Conceição Santana
Diretora de Enfermagem do Hospital Memorial

ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício nº128

Natal, 18 de março de 2003.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN, conta atualmente no seu Programa de Pós Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Dentro desse contexto, a mestrandia Eliane Santos Cavalcante está realizando uma pesquisa intitulada “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular”. Análise do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem no HMWG – RN, em 2003, necessitamos, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto a esta instituição de saúde.

Assim sendo, solicitamos vossa valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta direção agradecemos antecipadamente.

Profª Drª. Glauceia Maciel de Farias
(Orientadora)

ILMA. Sra.
Dra. Walmira Maria de Lima Guedes
Diretora de Enfermagem do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

ANEXO VI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caríssimo (a) colega,

Estou desenvolvendo a minha dissertação de mestrado em enfermagem, intitulada “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular” por entender que o conhecimento prévio da conduta adequada a ser prestada a essas vítimas minimiza substancialmente a incidência de seqüelas e/ou incapacidades. O objetivo da pesquisa é analisar os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem e as dificuldades, por eles encontradas no seu cotidiano profissional junto ao paciente com TRM.

Desta forma, gostaria de contar com sua participação, através de uma entrevista semi-estruturada (anexo-III) com um roteiro de questões fechadas e abertas sobre a seqüência de atuação nas fases pré-hospitalar, hospitalar e pós-alta. Ressaltamos que sua colaboração será muito importante não trazendo prejuízo financeiro a sua pessoa já que a pesquisa será realizada no próprio local de trabalho. Os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso, por parte do pesquisador, da manutenção do sigilo e o anonimato de todos os participantes.

Assim sendo, agradeço a sua atenção e caso aceite participar, solicito sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Eliane Santos Cavalcante

Rua Sílvio Pélico, 268 – Alecrim, Natal – RN.

CEP: 59040-150 Tel: (084) 201-5965 Cel: 8801-9486

Eu, _____, aceito participar das atividades da pesquisa “Em busca do conhecimento da equipe de enfermagem na sua prática assistencial às vítimas de traumatismo raquimedular”. Estou ciente que responderei as perguntas formuladas em instrumento próprio. Os resultados da entrevista serão tratados sigilosamente e anonimamente.
Natal, __/__/__.

Assinatura / COREN

ANEXO VII

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova - Natal/RN – CEP: 59072-9. Fone/fax: (084) 215-3196.
Email: pgenf@pgenf.ufrn.br

FORMULÁRIOS PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL: ()

A1. Idade: _____ ()

A2. Sexo: _____ 1. () masculino 2. () feminino ()

A3- Grau de instrução: ()

2º grau 1- () completo 2- () incompleto ()

3º grau 3- () completo 4- () incompleto ()

B. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

B1. Formação Profissional: ()

1. () Enfermeiro ()

2. () Técnico de enfermagem

3. () Auxiliar de enfermagem

B2. TEMPO DE SERVIÇO NA ENFERMAGEM: ()

1. () menos de 1 ano

2. () de 1 ano a 4 anos e 11 meses ()

3. () de 5 anos a 9 anos e 11 meses

4. () 10 anos a 14 anos e 11 meses

5. () de 15 anos a 20 anos

6. () acima de 20 anos

B3. SETOR DE TRABALHO ()

1. () Clínica médica ()

2. () Clínica cirúrgica

3. () Clínica neurológica

4. () Pronto socorro

5. () UTI

6. () centro cirúrgico

B4. INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO BÁSICA ()

1 () Pública ()

2 () Privada

B5. CURSO DE APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO ()

1 () Sim 2 () Não ()

B6. CASO A RESPOSTA ANTERIOR SEJA AFIRMATIVA QUAL A ÁREA? ()

C. DADOS GERAIS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

C1. TRABALHA OU JÁ TRABALHOU COM PACIENTES ACOMETIDOS DE TRM? ()

1 () Sim

2 () Não

C2. VOCÊ SE SENTE PREPARADA (O) PARA ASSISTIR A ESTAS VÍTIMAS? ()

1 () Sim

2 () Não

C3. SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR POSITIVA, ONDE ADQUIRIU ESTAS INFORMAÇÕES?

1 () Em cursos específicos

2 () Em palestras

3 () No curso de graduação ()

4 () Outros. Especificar _____

C4. EXISTE ALGUM EMPECILHO CONSIDERADO IMPORTANTE, QUE DIFICULTE A ASSISTIR ESTES PACIENTES?

1 () Sim

2 () Não

()

C5. CASO A RESPOSTA ANTERIOR SEJA POSITIVA QUAIS SÃO ELES?

C6. COMO TENTA SOLUCIONÁ-LOS?

D. DADOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM A VÍTIMA DE TRM

Para garantir uma assistência de qualidade a um paciente vítima de TRM se faz necessário uma abordagem que se inicia no atendimento pré-hospitalar, durante a sua permanência no hospital, até a sua alta.

Quais são essas ações? Enumere de acordo com a prioridade.

D1. AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO PRÉ – HOSPITALAR

Ações desenvolvidas no atendimento pré - hospitalar	Seqüência por prioridade

--	--

D2. AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Ações desenvolvidas no atendimento hospitalar	Seqüência por prioridade

