



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)



Atena
Editora

Ano 2023



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof^ª Dr^ª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Prof^ª Dr^ª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof^ª Dr^ª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof^ª Dr^ª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Prof^ª Dr^ª Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^ª Dr^ª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^ª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Prof^ª Dr^ª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Prof^ª Dr^ª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^ª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Prof^ª Dr^ª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Prof^ª Dr^ª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^ª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof^ª Dr^ª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^ª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
F254	<p>Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0959-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.595231001</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresentamos a coletânea “Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Estão reunidos aqui trabalhos referentes à diversas temáticas que envolvem e servem de base para a formulação de políticas públicas, atualização e melhor desenvolvimento da gestão em saúde e enfrentamento dos fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem e que são fundamentais para a garantia da autonomia e do processo de cuidar com qualidade.

O volume 1 aborda temas como o manejo da dor em recém-nascidos prematuros; cuidado a pacientes em sepse; amamentação; assistência às mulheres grávidas e puérperas; promoção da saúde na infância e adolescência; violência obstétrica; infecções de transmissão sexual; trabalho da enfermagem na pandemia da Covid-19 e gerenciamento de riscos; prevenção de infecções hospitalares e o processo de acompanhamento e mediação entre supervisionado e supervisor.

O volume dois traz estudos que abordam questões sobre a qualidade do cuidado em saúde; acolhimento em oncologia; atenção à saúde da mulher; bioética na saúde; comunicação em saúde; atendimento pré-hospitalar, de urgência e emergência e tratamento intensivo; assistência a vítimas de queimadura; assistência ao paciente idoso, ao portador de doenças no trato gastrointestinal, a pessoas com transtorno do espectro autista; saúde da população indígena; gestão do trabalho em enfermagem, estresse ocupacional e práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade da prática da enfermagem. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1	1
ACOLHIMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA	
Silvana da Silva Moraes de Macedo Joisy Aparecida Marchi de Miranda	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310011	
CAPÍTULO 2	5
CALIDAD DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL BÁSICO “DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”, SALINAS 2013 – 2014	
Carmen Obdulia Lascano Espinoza Jeffry John Pavajeau Hernández Zully Shirley Diaz Alay Sonia Apolonia Santos Holguin	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310012	
CAPÍTULO 3	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE DA MULHER: NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA BAHIA	
Sara de Jesus Ricardo Débora Cláudia Sarmiento	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310013	
CAPÍTULO 4	31
QUESTÕES Y PROBLEMAS BIOÉTICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM EUTANÁSIA, SEDAÇÃO PALIATIVA E SUICÍDIO ASSISTIDO	
Carlos Manuel Nieves Rodriguez David Gómez Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310014	
CAPÍTULO 5	40
PRESENÇA DE ELEMENTOS ESSENCIAS DA COMUNICAÇÃO EM ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	
Cristina Raquel Batista Costeira Cátia Alexandra Suzano dos Santos Nelson Jacinto Pais Ana Beatriz Costa Duarte Beatriz Gaspar Lucas Joana Filipa Ferreira Sampaio Tatiana Sofia Sousa Ramos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310015	
CAPÍTULO 6	48
O ENFERMEIRO E SEU PROTAGONISMO NO ATENDIMENTO PRÉ-	

HOSPITALAR MÓVEL AO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

Emily Souza Cruz

Robson Vidal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310016>**CAPÍTULO 7 61****CONHECIMENTOS E DESAFIOS SOBRE PARADA E REANIMAÇÃO
CARDIOPULMONAR DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM ATUANTE EM UM
HOSPITAL DO INTERIOR GAÚCHO**

Sandra Maria de Mello Cardoso

Lucimara Sonaglio Rocha

Andressa Peripolli Rodrigues

Gisele Schliotefeldt Siniak

Suzete Maria Liques

Heron da Silva Mousquer

Neiva Claudete Brondani Machado

Marieli Teresinha Krampe Machado

Margot Agathe Seiffert

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310017>**CAPÍTULO 8 73****ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA – REVISÃO DE LITERATURA**

Aline Lorena Oliveira da Cruz

Amanda Monteiro Correa

Bianca de Lima Dias

Carlos Alexandre Carvalho Coelho

Kely Alves da Costa

Manuely de Souza Soeiro

Talita Aparecida Barcelos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310018>**CAPÍTULO 9 81****IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM
QUEIMADURAS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Rosane da Silva Santana

Agrimara Naria Santos Cavalcante

Karine Martins Louriano

Cristiane Barros Galvão

Renata Pinheiro Pedra Fernandes

Roseane Costa Vale

Francisca Maria da Silva Freitas

David Sodré

Francinelia de Araújo Caland

Thalita Costa Ribeiro

Ana Cristina Ferreira Pereira

Adriana de Sousa Brandim

Kassia Rejane dos Santos
 Maria Almira Bulcão Loureiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310019>

CAPÍTULO 10.....92

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Carlos Pires Magalhães
 João Ricardo Miranda da Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100110>

CAPÍTULO 11 106

O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA VISITA DOMICILIAR À PACIENTES IDOSOS ACAMADOS COM LESÃO POR PRESSÃO

Lucimário Santos Belmiro
 Patrícia Honório Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100111>

CAPÍTULO 12.....117

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REPERCUSSÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL EM IDOSOS SOB CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Saulo Igor Santana da Silva
 Patrícia Honório Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100112>

CAPÍTULO 13..... 128

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PACIENTES OSTOMIZADOS COM DOENÇA DE CROHN: REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Uchoa de Andrade
 Maira Rodrigues Nascimento
 Walquiria Lene dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100113>

CAPÍTULO 14..... 148

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Tales Martins Nascimento
 Sara Tannus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100114>

CAPÍTULO 15.....161

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Juliete Trantenmuller de Almeida
 Juliana Menezes Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100115>

CAPÍTULO 16..... 172**A REFORMA TRABALHISTA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA GESTÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM**

Antônio César Ribeiro
 Matheus Ricardo Cruz Souza
 Nivaldo Romko
 Patrícia da Costa Oliveira Vilela

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100116>

CAPÍTULO 17..... 184**O ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SUBMETIDOS AO VÍNCULO PRECÁRIO, SEGUNDO A *JOB STRESS SCALE***

Antônio César Ribeiro
 Roseany Patrícia Silva Rocha
 Matheus Ricardo Cruz Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100117>

CAPÍTULO 18..... 196**O ENFERMEIRO E O CUIDADO AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rosane da Silva Santana
 Wildilene Leite Carvalho
 David Sodré
 Agrimara Naria Santos Cavalcante
 Cristiane Costa Moraes de Oliveira
 Livia Cristina Frias da Silva Menezes
 Andressa Maria de Sousa Moura
 Maria Márcia Pereira Silva
 Beatriz Duailibe Alves
 Paula Belix Tavares
 Jhonny Marlon Campos Sousa
 Rafaela Soares Targino
 Maria Almira Bulcão Loureiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100118>

CAPÍTULO 19.....206**CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE O DESCARTE DE MEDICAMENTOS NÃO UTILIZADOS E VENCIDOS**

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100119>

SOBRE O ORGANIZADOR.....211**ÍNDICE REMISSIVO..... 212**

O ENFERMEIRO E SEU PROTAGONISMO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

Data de aceite: 02/01/2023

Emily Souza Cruz

Discente do curso de enfermagem da
faculdade de Ilhéus

Robson Vidal

Professor

RESUMO: O atendimento pré-hospitalar serve para prevenir lesões traumáticas que possam se agravar devido ao trauma. Em decorrência o traumatismo raquimedular pode deixar sequelas irreversíveis, e assim a importância de um profissional com habilidade técnico-científico para preservar a saúde da vítima, torna-se necessário a imobilização no local do acidente. **Objetivo:** Destacar o papel do enfermeiro na execução do atendimento de forma protocolada no atendimento pré-hospitalar móvel dos pacientes com suspeita de trauma raquimedular. **Materiais e Métodos:** Este artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, que segundo Severino (2013), é realizada a partir de materiais disponíveis. Para a coleta de dados, foi realizada uma busca por artigos e documentos que abordassem o assunto. Para elencar esses dados, foram utilizadas publicações entre os anos de 1999 a 2022,

sendo que os decretos, leis e resoluções eram, em sua maioria, publicações originais, em língua portuguesa. **Resultados:** A energia transmitida por meio do impacto é responsável por lesionar a medula espinhal. O trauma da medula espinhal pode ocorrer devido a vários fatores acidentais. Altas doses de metilprednisolona devem ser administradas para o tratamento medicamentoso, enquanto a segunda demonstrou que a administração de altas doses em bolus após 8 horas pode reduzir as sequelas. A França foi pioneira na criação desse serviço e que o Brasil se inspirou nesse modelo. A estabilização cervical no atendimento pré e intra-hospitalar é uma das principais peças para evitar que o paciente sofra lesões secundárias. Acidentes envolvendo o TRM são bastante comuns, conforme mencionado ao longo do artigo. **Conclusão:** A lesão medular é uma lesão que afeta a coluna vertebral e pode ser parcial ou total. A maioria dos resultados encontrados, mostrou que o enfermeiro é um profissional habilitado a praticar diversas condutas para salvar vidas. A equipe do APH, com o enfermeiro, tem papel fundamental junto à vítima de LM, identificando rapidamente as situações de risco de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Raquimedular, trauma, pré-hospitalar, lesões.

THE NURSE AND ITS PROTAGONISM IN MOBILE PRE-HOSPITAL CARE FOR PATIENTS WITH SPINAL TRAUMA

ABSTRACT: Pre-hospital care serves to prevent traumatic injuries that may worsen due to trauma. As a result of spinal trauma can leave irreversible sequelae, and thus the importance of a professional with technical-scientific ability to preserve the health of the victim, it becomes necessary to immobilize at the scene of the accident. **Objective:** To highlight the role of nurses in the execution of care in a protocolized way in the mobile pre-hospital care of patients with suspected spinal cord trauma. **Materials and Methods:** This article consists of bibliographical research, which according to Severino (2013), is carried out from available materials. For data collection, a search was performed for articles and documents that addressed the subject. To list these data, publications were used between 1999 and 2022, and the decrees, laws and resolutions were mostly original publications in Portuguese. **Results:** The energy transmitted through the impact is responsible for injuring the spinal cord. Spinal cord trauma can occur due to several accidental factors. High doses of methylprednisolone should be administered for drug treatment, while the second has shown that administration of high doses in bolus after 8 hours may reduce sequelae. France was a pioneer in the creation of this service and Brazil was inspired by this model. Cervical stabilization in pre- and in-hospital care is one of the main pieces to prevent the patient from suffering secondary injuries. Accidents involving TRM are quite common, as mentioned throughout the article. **Conclusion:** Spinal cord injury is a lesion that affects the spine and can be partial or total. Most of the results found showed that the nurse is a professional qualified to practice various behaviors to save lives. The APH team, with the nurse, has a fundamental role with the LM victim, quickly identifying life-threatening situations.

KEYWORDS: Raquimedular, trauma, pre-hospital, injuries.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda as questões que envolvem o protagonismo do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel, evidenciando-os na ação de prevenção de sequelas, nas vítimas de trauma raquimedular.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APHM) tem como característica mais importante a abordagem da vítima nos primeiros minutos após a lesão, de forma a proporcionar atendimento adequado e rápido transporte até o serviço de referência. (BATISTA, 2014).

Este estudo é de grande relevância pois o atendimento pré-hospitalar, visa estabilizar as condições de vida e reduzir a morbimortalidade, através de canais apropriados durante as fases de estabilização e transporte, bem como condutas incorretas, que podem resultar em diversas chegadas, desde deficiências físicas temporária ou permanente até a morte. (BATISTA, 2014).

Diante do problema da pesquisa, no que tange saber quais as ações executadas

pelo enfermeiro no APHM. Que favorecem a prevenção de sequelas e diminuição da morbimortalidade nos casos de trauma raquimedular (TRM) ?.

A abordagem a essas vítimas envolve prevenção do atendimento pré-hospitalar móvel e seus protocolos de capacitação/atendimento para prestação de socorro.

Para tentar responder a essa indagação, partimos do objetivo geral; Destacar o protagonismo do enfermeiro no atendimento de APHM aos pacientes com trauma raquimedular, tendo como objetivos norteadores da pesquisa os seguintes objetivos específicos: Discorrer sobre o TRM e suas complicações específicas, enfatizar a importância dos protocolos de atendimento e treinamentos do APHM no cuidar aos pacientes com TRM, descrever as ações do enfermeiro no APHM ao paciente com TRM e nas capacitações à equipe.

O trauma raquimedular é uma lesão que compromete os impulsos nervosos, impedindo que as informações neurais do cérebro sejam enviadas ao nosso corpo para realizar comandos, como consequência a vítima pode perder os movimentos dos membros e funções fisiológicas parciais ou totais, a depender do nível da lesão, dentro essa situação o (APHM) atendimento pré-hospitalar móvel exige que siga um protocolo afim de preservar a integridade física e diminuir possíveis sequelas secundárias, esse atendimento ocorre fora do ambiente hospitalar, por ser um problema corriqueiro é importante frisar a preparação do enfermeiro que deve conduzir a situação com maestria, manejo técnico e reduzindo sequelas traumáticas.

Na abordagem ao paciente vítima de trauma raquimedular (TRM) é valioso que o enfermeiro ao realizar o atendimento seja capacitado, esteja atualizado na abordagem, e disponha de materiais necessários para a prestação de serviço, pois, a lesão medular é uma grave situação de urgência/emergência.

Segundo Siscão et al. (2007), a faixa etária mais acometida é de 18 a 35 anos, ou seja, adulto jovem, do sexo masculino, solteiros, residentes em áreas urbanas, sem distinção de classe social, sem filhos, moram e contam com a ajuda dos pais, podendo estar relacionado ao fato de que os homens correm mais riscos do que as mulheres, principalmente os jovens. Segundo Soares et al. (2013), o predomínio da população jovem, economicamente ativa, implica em um importante impacto socioeconômico.

A intervenção é baseada nos protocolos do APH (Atendimento pré-hospitalar) no manual do Suporte Básico e Avançado de Vida que consiste no atendimento fora do ambiente hospitalar, em geral regime de urgência, servindo como instrução para realização do atendimento a vítima com diminuição ao risco de morte.

A escolha do presente tema como objeto de estudo justifica-se pelo fato da apressiação pessoal em relação a matéria de emergência, na qual tenho me identificado ao decorrer do curso, embora o assunto abordado seja de grande reflexão pelo seu crescente número de vítimas traumáticas, podendo contribuir com informações que possam auxiliar os profissionais a se capacitarem na assistência a vítima com suspeita de trauma raquimedular.

O estudo descritivo do tipo revisão bibliográfica, com caráter descritivo, realizada através de busca eletrônica, a análise dos artigos teve como finalidade a assistência dos enfermeiros que atuam no serviço de APHM, frente aos pacientes que sofreram trauma raquimedular. A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Brazilian Journals com publicações entre 2010 a 2022.

A pesquisa bibliográfica está inserida principalmente no meio acadêmico e tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas. Para Andrade (2010, p. 25).

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Trauma raquimedular e suas complicações específicas

O Trauma Raquimedular (TRM) decorre de um evento traumático muitas vezes ocasionado por acidentes automobilísticos e moto ciclísticos, lesões por armas de fogo e armas brancas, queda de altura, e até mesmo por mergulho em águas rasas. Corresponde a interrupção dos tratos nervosos, sensoriais e motores da medula em quaisquer porções estruturais (ligamentar, medular, discal, óssea, radicular ou vascular) o que resulta na insuficiência parcial ou total das funções (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2017).

Em decorrência desses fatores que causam a lesão, ela pode causar conseqüências que levam a danos transitórios ou permanentes tornando o paciente paralisado abaixo do nível da lesão traumática, geralmente leva a grandes complicações quando as raízes nervosas situadas na medula são acometidas e assim, gerando complicações.

2.2 Fisiopatologia

O TRM é composto por duas fases, a fase de choque medular, que é a fase inicial, na qual ocorre um processo de edema muito importante na medula e é como se todas as funções abaixo da medula fossem cessadas. Isso pode durar meses ou até um ano.

Depois o paciente entra na fase de automatismo medular, é a fase alguns pacientes, depois da recuperação do edema medular, conseguem até recuperar movimentos.

As conseqüências geradas é decorrente de uma lesão na medula espinhal que tem a função de transmitir os impulsos do sistema nervoso central (SNC) para as outras partes do corpo através do sistema nervoso periférico (SNP), e assim realizar funções, seu interior é composto por uma massa acizentada composta por corpos de neuronios com a função de traduzir informações enviadas do corpo para o cérebro e assim realizar impulsos para comandar ações musculares e os reflexos e ao seu redor existe uma parte externa que contém axônios e fica, sendo denominada substância branca por sua maioria

ser revestida por mielina e assim seus estímulos são entregues mais rápidos ao restante do corpo, graças a isso, partes distantes do sistema nervoso podem manter o contato necessário para trabalhar em conjunto. A mesma tem formato de cilindro afunilando-se na base de um agrupamento estreito de fibras, possui intumescência cervical que estende-se dos segmentos C4 até T1 cervical e torácicos, lombosacral T11 até L1 da medula espinhal.

Seus limites estruturais são dois: superior, pelo bulbo após o forame magno e acaba após a segunda vértebra lombar (L2). Localizada dentro da coluna vertebral que é formada por trinta e três (33) a trinta e quatro (34) vértebras (07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas), é responsável por proteção da medula espinhal e sustentação do nosso corpo.

Além da coluna vertebral existe as meninges que servem de proteção separando a medula dos ossos, é formada por três membranas; dura máter, aracnoide e pia-máter.

A energia transmitida pelo impacto, juntamente com possíveis danos às estruturas ósseas do tecido medular, causará dano tecidual ao cordão medular. Esse dano tecidual é caracterizado pela ruptura da barreira hematoencefálica, análoga à barreira hematoencefálica, obliteração de vasos sanguíneos e microvasculatura e ruptura (lise) de células gliais e axônios, células nervosas e/ou mesmo tratos espinhais. (NUNES, 2017).

A ruptura desses elementos causa hemorragias petequiais, liberação de eletrólitos, metabólitos e enzimas, assim como morte neuronal imediata por rompimento das membranas celulares (BOTERO; GÓMEZ; CHAPARRO, 2013).

A avaliação do TRM é composta por primária: Ocorre danos aos axônios responsáveis pelos impulsos nervosos do corpo, gera compressão da medula espinhal como resultado do impacto e pode levar a uma secção parcial ou total da medula espinhal devido a interrupção ou laceração da medula espinhal devido a forte deslocamento ou penetração. É um tipo de lesão que acontece como resultado de fraturas por deslocamento que causam fragmentos ósseos e comprimem a medula espinhal; hiperextensão e/ou transecção da medula espinhal e/ou seu suprimento sanguíneo.

Já secundária ocorre por consequências das lesões primárias. Ela afeta as funções celulares é mediada pela ativação de reações inflamatórias e imunes, com componentes celulares e humorais, causando a morte (apoptose) tornando um lugar impróprio para a regeneração neural.

A lesão medular foi definida pelo Banco de Dados Nacional de Lesão Medular em 2013, como toda injúria às estruturas contidas no canal medular, resultando em perda temporária ou permanente das funções motora, sensorial e/ou autonômicas (ARAÚJO, 2013).

3 | TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado no primeiro contato com o paciente, na abordagem

primária, no ambiente extra-hospitalar, durante essa intervenção deve-se tomar muito cuidado para não agravar o quadro, com um unico objetivo de evitar mais lesões.

A NASCIS I e II (Estudo Nacional da Lesão da Medula Espinhal), apontam que deve ser administrado em altas doses o medicamento metilprednisolona

O Segundo Estudo Nacional de Lesão medular aguda demonstrou que a administração sistêmica de uma injeção de bolus de alta dose (30mg/kg, seguida de uma infusão de 5,4mg/kg/h acima de 23h) do metilprednisolona durante a primeira pós-lesão de 8h pode reduzir os déficits neurológicos humanos após a lesão medular (Young-tae Kim,2009).

A dosagem só servirá após ás primeiras 8 horas do trauma, depois desse período o fármaco não alcançará efeito, podendo levar a efeitos adversos. Esse fármaco é um anti-inflamatório corticosteroide, tem como mecanismo de ação, inibir a destruição lipidica, no caso as camadas que revestem os axônios (bainha de mielina) e assim preservando as células neuronais.

Em geral o objetivo do tratamento é restaurar a função da medula espinhal, restabelecer o alinhamento cervical, prevenir de complicações e assim possibilitar ao paciente sua recuperação, a depender das suas condições.

3.1 Aspectos históricos do APHM

A assistência sistematizada do APH teve suas primeiras iniciativas no período napoleônico, durante a Revolução Francesa por volta de 1700, através do médico e chefe militar Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar” observou que os soldados deviam ser resgatados ainda em batalha e não depois do termino e assim aumentaria suas chances de sobrevivida, pois muitas pessoas perdiam suas vidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato. E então Jean Larrey elaborou veiculos de resgate móvel, que nomeou como “ambulâncias voadoras”, puxadas a cavalos permitiu a retirada rapidamente de homens feridos no campo de guerra. As rodas eram leves e o teto arredondado para evitar o acúmulo de chuva nas madeiras, e com isso se tornavam velozes.

Para conforto do paciente havia ainda duas perfurações laterais para ventilação, acondicionamento de maca, cobertores para aquecimento e guarda de instrumentos. (SILVA EAC et al.,2010).

Em 1947 Em 1947, ele realizou a primeira desfibrilação bem sucedida. Ele estava operando um menino de 14 anos com um distúrbio congênito, no final da cirurgia, o menino entrou em parada cardíaca, Beck reabriu o peito e tentou massagear o coração à mão por aproximadamente 45 minutos, antes de prosseguir para o uso do desfibrilador, que havia sido projetado por Beck, ele então aplicou as pás do dispositivo diretamente no coração do paciente e tirou o coração da fibrilação. O menino se recuperou totalmente (Meyer JA,1988). No ano de 1954 veio o procedimento de ventilação boca-máscara foi proposto

por Elam.

Nove anos depois veio a criação do Dr. Paul Zoll um desfibrilador para tórax fechado em 1955 em 1956 Peter Safar e James Elam repropuseram o uso da ventilação boca-a-boca na RCP. 1960, por Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker foi desenvolvida a técnica de compressão torácica, 1962 Lown desenvolveu o desfibrilador portátil enquanto no mesmo ano a técnica de reanimação cardiopulmonar (RCP) foi desenvolvida.

Todos esses marcos serviram para a trajetória evolutiva da sociedade, o modelo de APH que temos hoje é graças a essas particularidades que foram sendo aprimoradas para garantir as chances de sobrevivência das vítimas.

CRIAÇÃO DO SAMU

Tanto a sigla SAMU *Service d'aide médicale urgente* quanto o serviço já existiam desde 1986 criado pela França e adequado com algumas particularidades pelo Brasil onde adotou a mesma abreviação.

Em Ribeirão Preto, o SAMU entrou em operação em 8 de outubro de 1996, já possuindo o Suporte Avançado à Vida, com seus elementos obrigatórios: médico e enfermeira. Em março de 1998, foi concretizada, ainda que experimentalmente, a Central de Regulação Médica da mesma cidade (RAMOS,2008).

O SAMU no Brasil propõe um modelo padronizado de atenção que funciona ligando para Central de Regulação de Emergências discando telefone gratuito e de fácil acesso (linha 192) é regido no Brasil pela Portaria nº 1010 de 21 de 2012 que segundo a mesma aborda, objetivos e atribuições como:

Garantir a escuta médica, dar uma resposta adequada e adaptar-se às necessidades do cidadão, através da liderança ou do envio de equipes, para efetuar direta ou remotamente a coordenação, regulação e supervisão médica de todos os estabelecimentos pré-hospitalares, realizar o atendimento pré-hospitalar de urgência, como no caso do trauma, assim em situações clínicas, regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), participar de planos organizacionais para primeiros socorros em caso de desastre ou evento de múltiplas vítimas, e participar de educação em saúde e fornecer cursos de primeiros socorros à comunidade.

PROTOCOLO ESPECÍFICO DO TRAUMA RAQUIMEDULAR SEGUNDO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DO SAMU

Parte em que foca diretamente nos procedimentos adotados ao trauma raquimedular, com o objetivo de preservar a integridade das vítimas e reduzir danos.

Protocolo do trauma raquimedular segundo Suporte Avançado de Vida do SAMU:

AT18 - TRM – Trauma raquimedular

Quando suspeitar ou critérios de inclusão Mecanismo de trauma sugestivo e presença de alguns sinais ou sintomas como:

- impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou na pelve por qualquer mecanismo (p. ex. agressões, encarceramento em escombros de desabamento);
- aceleração ou desaceleração repentina, inclinação lateral do pescoço ou tronco (p. ex., colisões de veículos motorizados em velocidade moderada a alta, atropelamento de pedestre, explosão);
- qualquer tipo de queda, especialmente em idosos;
- ejeção ou queda de veículo motorizado ou outro dispositivo de transporte (patinete, skate, bicicleta, moto etc.);
- acidente em águas rasas (p. ex. mergulho ou surfe);
- lesão na cabeça, com qualquer alteração do nível de consciência;
- dano significativo no capacete;
- lesão contusa importante no tronco;
- fratura por impacto ou outro tipo de desaceleração nas pernas ou quadril;
- lesão na área da coluna (p. ex., ferimentos penetrantes);
- presença de dor ou sensibilidade na região da coluna;
- déficit ou sintoma neurológico: paralisias, parestesia, paresia (fraqueza), déficit neurológico abaixo do nível da lesão, priapismo;
- presença de deformação anatômica da coluna; e
- paciente cuja informação não é confiável: embriaguez, presença de lesões mais dolorosas que desviem a atenção (fraturas, queimaduras), barreiras de comunicação (idioma, surdez, pouca idade, etc.), paciente psiquiátrico e portadores de Doença de Alzheimer ou outra doença degenerativa neuromuscular

Conduta:

1. Realizar avaliação primária e condutas indicadas (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Administrar oxigênio em alto fluxo para manter $\text{SatO}_2 \geq 94\%$.
4. Instalar acesso venoso.
5. Considerar a possibilidade de Choque Neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica): seguir protocolo específico (Protocolo AT4).
6. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
7. Realizar imobilizações necessárias:
 - Na suspeita de lesão na coluna, imobilizar na posição supina (decúbito dorsal),

alinhada e neutra, sobre prancha rígida (ou dispositivo similar de mesma finalidade), iniciando pela estabilização e alinhamento manual da cabeça (se não houver contraindicação). Essa estabilização deve ser mantida durante todo o tempo até a colocação do fixador de cabeça;

- O alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor referida, piora do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada; e
- Paciente que se encontra dentro de veículo:
- Realizar a retirada rápida se paciente grave, cena insegura ou necessidade de acesso a outro paciente com lesões mais graves ou em PCR (Protocolo AC5);
- Utilizar equipamento de retirada tipo KED quando indicado; e
- Após a retirada, imobilizar em prancha longa.

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

AÇÕES DO ENFERMEIRO NO APHM AO PACIENTE COM TRM

Atendimento pré-hospitalar a esse trauma deve ser sistematizado com uma abordagem ágil, e com profissionais que detenham conhecimento específico do TRM, conhecendo a sua fisiopatologia, tem a capacidade de reduzir o impacto relacionados a morbimortalidade, evitando ou minimizando as sequelas.

Segundo o manual do PHTLS os erros de imobilização mais comuns: A falha em fornecer adequadamente a restrição do movimento espinhal para que o tronco possa ser movido significativamente para cima ou para baixo no dispositivo de restrição espinhal, ou que a cabeça ainda possa se mover excessivamente. instável.

GARCIA, 2019 elencou e explicou algumas condutas do enfermeiro, é importante imobilizar a pessoa sobre uma superfície firme para estabilizar a coluna, evitar desvio do alinhamento corporal e impedir a lesão da medula espinhal, deve-se dizer ao paciente para não se mover, para evitar hiperflexão podendo lesionar a medula, não pode colocar o colchão caixa de ovo nesse primeiro momento, durante a avaliação, conforto e acalme o paciente. Em muitos casos eles não sentem alguns ou nenhum membro, então é importante acalmá-lo, explicar a situação, que ele ainda está sendo avaliado e ainda não tem nada conclusivo. Por tanto nessa fase deve-se evitar a hiperextensão da cabeça. No trauma só pode ser usada a manobra de Jaw-Thrust, porque não se pode elevar o mento desse paciente; deve-se retirar secreções e corpos estranhos da cavidade oral; avaliar simetria torácica; estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical; colocar o colar cervical assim que possível ou fazer a tração cervical com um sistema de

halo (halo craniano), para imobilizar e reduzir a fratura ou deslocamento.

Outra intervenção que pode ser atribuída ao enfermeiro desde que o mesmo possua habilidade é a intubação orotraqueal no qual é realizada no momento da abertura de vias aéreas (A). Trata-se de um procedimento que somente poderá ser seguido em caso de risco de morte e sem a presença de um médico presente. Segundo o ordenamento jurídico brasileiro, seria uma condição excepcional, denominada estado de necessidade, a qual autorizaria tal intervenção, sem obstar os riscos e implicações legais pertinentes.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DO PACIENTE COM TRM

O estudo de Pereira e Rosa (2020), demonstra que a função do enfermeiro no APH não se isola somente a assistência, devendo ele participar conseqüentemente de cursos de capacitação técnica e educacional, ainda aplica atividades educativas como instrutor, participa da montagem de protocolos de atendimento e cria conteúdos didáticos para a equipe que deve ser qualificada e treinada (LUTZ, 2022).

O enfermeiro necessita conhecer por completo toda a funcionalidade dos serviços de APH e prevenir e identificar possíveis falhas, uma vez que pode ser considerado corresponsável por um erro cometido por um profissional pelo qual ele designou a exercer uma atividade a qual não estava capacitado (BERNARDES et al., 2009)

É muito importante que os profissionais se esforcem para aprimorar seus conhecimentos teóricos e práticos, a fim de garantir um plano de cuidado melhor, individualizado e integral, considerando as necessidades da vítima, o que garantiria uma melhor adaptação às restrições e sua reintegração à sociedade. A falta de capacitação acabará por repercutir negativamente se o mesmo trabalhar com APH, portanto, o enfermeiro deve avaliar cada profissional e estar ciente que atividade será delegada a cada um.

Contudo, o enfermeiro como qualquer outro profissional do APH deverá estar sempre atento aos cursos de aperfeiçoamento. A partir do momento em que o enfermeiro se tornar capacitado poderá cobrar à sua equipe e também auxiliá-los com o repasse de seu conhecimento para a uniformização das rotinas de atendimento (COUTINHO, 2011).

4 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, que segundo Severino (2013), é realizada a partir de materiais disponíveis, já trabalhado por outros pesquisadores, incluindo os artigos científicos e documentos utilizados.

Para o levantamento de dados, foi realizado uma busca por artigos e documentos que abrangessem a temática, que foi realizada entre os meses de fevereiro a novembro de 2022, por meio de revistas acadêmicas e web sites governamentais. Para elencar esses dados foram utilizadas publicações entre os anos 1999 a 2022, sendo que os decretos,

leis e resoluções em sua maior parte foram publicações originais, em língua portuguesa, disponibilizados via web sites.

Após uma pesquisa inicial acerca do tema, realizado uma leitura minuciosa, que serviu como base para escolha de dados, de acordo com o objetivo do artigo, que buscou demonstrar a importância da capacitação direcionada aos profissionais de enfermagem que atuam no APHM, bem como apontar as formas de abordagem para o sucesso no atendimento como critério de estratégia para garantia de sobrevivência da vítima, suprimindo suas necessidades específicas.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A energia transmitida através do impacto são as responsáveis por lesionar a medula espinhal; NUNES, 2017, afirma que essa lesão é caracterizada pela ruptura das membranas, BOTERO, GÓMEZ, CHAPARRO condiz com essa concepção já que através desse choque causa a destruição de elementos que servem para a proteção e funcionamento do cordão medular.

BARRETO, ABR et al., 2014 aborda algumas complicações que os pacientes com TRM podem desenvolver, por consequências das lesões. O trauma raquimedular pode ocorrer devido a vários fatores acidentais, BENNET, 2014 aponta os acidentes automobilísticos os maiores causadores de lesões comparados aos outros, visto que um incidente dessa magnitude pode levar a sequelas permanentes, segundo MUTTI, AMARAL, 2008 complementa, considerado um acontecimento grave e por isso, gera lesões irreversíveis.

O primeiro estudo da NASCIS, aponta que para o tratamento medicamentoso deve-se administrar em altas doses o metilprednisolona, já o segundo demonstrou que administração em bolus de alta dose após 8 horas pode reduzir as sequelas.

SILVA EAC, 2010 e SOUZAJT, 2010 abordam a melhora das unidades móveis após os avanços tecnológicos como serviços telefônicos, velocidade, climatização e uma abundância de ferramentas terapêuticas. MARTINEZ-ALMOYNA,1999 e RAMOS, 2008 mostram quando o SAMU entrou em vigor oficial, em diferentes lugares, iniciando com a França em 1986 e Ribeirão Preto no Brasil em 1996, pode-se dizer que a França foi a pioneira na criação desse serviço e que o Brasil se inspirou nesse modelo.

As regras existem para serem seguidas, permitindo uma eficácia na execução, DOLOR, 2008, traz que o Dr. J. Deke Farrington estimulou o desenvolvimento do APHM por meio de protocolos, elaborou listas de equipamentos, estabeleceu padrões de transportes e criou o primeiro programa para treinar socorristas.

A estabilização cervical no atendimento pré e intra-hospitalar é uma das partes principais para evitar que o paciente não sofra com lesões secundárias GARCIA,2019, afirma essa importância e atribuem a função para o enfermeiro.

Segundo ALMEIDA; ÁLVARES, 2019 e PEREIRA; LIMA,2009 o enfermeiro é responsável por organizar não só as suas funções, mas de toda a equipe, além de realizar seu serviço no atendimento primário, é ele quem assume o papel de coordenador da equipe que deve registrar e relatar os cuidados prestados ao paciente.

Os acidentes envolvendo o TRM é bastante corriqueiro, como foi citado ao decorrer do artigo. Para exercer essa função é necessário preparação específica para enfrentar as diversas situações que venham ocorrer, sejam elas relacionadas ao tempo, espaço ou materiais, BERNARDES, 2009 e COUTINHO, 2011 expõem a importância da sua capacitação para não ocorrerem erros que possam colocar em risco a vida do paciente e a sua profissão.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A maioria dos resultados encontrados, mostrou que o enfermeiro é um profissional habilitado a praticar várias condutas para salvar vidas, ressaltando que no atendimento com uma pessoa vítima do TRM exige suas restrições na abordagem, buscando sempre a sua capacitação.

Entende-se que a lesão medular afeta a coluna vertebral podendo ser parcial ou total, dependendo do caso em que as pessoas afetadas por TRM sofram complicações irreversíveis. Diante disso o incentivo para os profissionais de saúde continuarem se capacitando nessa área é de total importância, visto que a maioria dos agravamentos por trauma na medula é a abordagem incorreta.

Constatou-se que as atribuições do enfermeiro no APH vai muito além do cuidar ao paciente, visto que desempenha um papel na gestão como a responsabilidade de gerenciar situações, treinar a sua equipe, que poderá oferecer a qualidade adequada nos serviços prestados.

A equipe do APH, juntamente ao enfermeiro, exerce papel fundamental à paciente vítimas de TRM, identificando com rapidez situações que ameacem a vida e cumprindo ações que possibilitem a estabilização das funções vitais (ventilatória, circulatória e neurológica), prevenindo, protegendo e recuperando a saúde do paciente vitimizado.

“Os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram de cuidados”, como salientou a enfermeira Marie Françoise Collière, citada por Moreira e Oguisso (2005), que assim continua: “Cuidar é o ato de vida que tem como fim, primeiro e antes de tudo, permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”(DOLOR, 2008).

REFERÊNCIAS

BARRETO ABR et al. Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. 2014. 10 Pg. Disponível em [principais_complicacoes_traumatismo_raquimedular.pdf](#) (saude.gov.br).

BATISTA O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: uma revisão da literatura. 2014. Disponível em [ELTO PERES BATISTA - EMG - TCC.pdf](#) (ufsc.br).

BENETT, M, I the screening tools bouhasshira. d. epidemiology of neurophatic PAIN. 2007 Disponível em [Página PDF] Usando ferramentas de triagem para identificar a dor neuropática (researchgate.net)

CORGOZINHO, M, M Atribuições do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. 2019. Disponível em [Atribuições do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar](#) (nucleodoconhecimento.com.br)

DOLOR, A, L, T Atendimento pré-hospitalar: Histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos-legais. 2008. 118 Pg. Disponível em (Microsoft Word - disserta\347ao. andre dolor.2008.doc) (usp.br).

GARCIA, P, C Trauma Raquimedular. 2019. 5 Pg. Disponível em [Resumo - Trauma Raquimedular](#) (studocu.com)

LUTZ, A, L. Atribuições do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar: Revisão Integrativa. 2022. 20 Pg. Disponível em [Anderson Leonardo Lutz](#) (animaeducacao.com.br).

NUNES D. M et al. Fisiopatologia da lesão medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. 2017. 17 Pg. Disponível em [1030-Texto do Artigo-3842-1-10-20170614 \(1\).pdf](#).

RAMOS, V, O et al. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico perspectivas atuais. 2008. 6 Pg. Disponível em [SciELO - Brasil - A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais](#) A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais.

SILVA, E, A, C, et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar 2010. 7 Pg. [Revista Eletrônica de Enfermagem](#). Disponível em [Vista do Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar](#) (ufg.br).

SISCÃO, Marita P. et al. Trauma Raquimedular: caracterização em um hospital público. [ArqCiênc Saúde](#). 2007. 3 Pg. Disponível em [04 - ID 129](#) (famerp.br).

YOUNG-TAE KIM, JON-MICHAEL CALDWELL, RAVI V. BELLAMKONDA, Nanoparticle-mediated local delivery of methylprednisolone after spinal cord injury, [Biomaterials](#), Volume 30, Issue 13, 2009, Pages 2582-2590, ISSN 0142-9612, Disponível <https://doi.org/10.1016/j.biomaterials.2008.12.077>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0142961209000040>)effectiveness compared to bare MP administered either systemically or locally.

A

Acolhimento 1, 2, 3, 18, 22, 121, 155

Autismo 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

B

Bioética 32, 33

C

Calidad 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14

Câncer do colo do útero 15

Capacitação 28, 50, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 68, 70, 75, 115, 156, 159

Competências de comunicação 41, 42, 47

D

Delirium 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Doença de Crohn 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 144, 145, 146, 147

E

Emergência 50, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 86, 89, 91, 99, 132, 185

Enfermagem 1, 2, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 30, 31, 33, 36, 40, 41, 46, 47, 48, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 101, 103, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 155, 156, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 182, 183, 184, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 211

Enfermeiros 2, 24, 31, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 62, 64, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 89, 93, 101, 111, 114, 115, 116, 119, 121, 122, 130, 133, 139, 140, 143, 146, 156, 163, 168, 170, 190, 197, 199, 200, 201, 202, 203

Equipe de saúde 2, 62, 122, 124

Equipe interdisciplinar de saúde 1

Eutanásia 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

F

Família 2, 17, 18, 19, 29, 30, 32, 35, 37, 47, 87, 109, 110, 112, 113, 115, 116,

124, 137, 148, 149, 150, 151, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 178, 189, 190

Fatores de risco 23, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 152, 154, 197, 198, 202

H

Hospitalización 5, 6, 7, 8, 12

I

Idoso 92, 94, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 151

Idosos 55, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127

L

Lesão por pressão 106, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 116

Lesões 18, 19, 20, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 78, 83, 84, 88, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 141, 142, 198, 199

O

Ostomia 128, 134, 135, 136, 138

P

Paciente 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 78, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 100, 109, 111, 112, 113, 122, 123, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 154, 155, 158, 196, 197, 199, 201, 202, 211

Pandemia 15, 16, 17, 27, 28, 42, 117, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 163

Período pós-operatório 92, 93, 97

Pessoa em situação crítica 41, 42, 43, 46

Pré hospitalar 74

Prevenção 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 29, 49, 50, 63, 89, 92, 94, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 121, 134, 137, 139, 141, 142, 156, 162, 166, 170, 197, 199, 200, 201, 202, 203

Proceso 6, 7, 8, 9, 10, 12

Q

Queimaduras 55, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91

Quimioterapia 1, 2, 3

R

Raquimedular 48, 49, 50, 51, 54, 58, 60, 87

RCP 54, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

S

Saúde da mulher 15, 16, 17, 21, 24, 25

Sedação paliativa 31, 32, 33

Servicio 5, 6, 13

Suicídio assistido 31, 32, 33

T

Transtorno 95, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160

Trauma 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 82, 83, 96, 187

U

Unidade de queimados 82, 90, 91

Urgência 40, 42, 43, 50, 54, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Atena
Editora

Ano 2023



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora

Ano 2023