

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO DA COLUNA: O CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE RESGATE RODOVIÁRIO

RESTRICTING SPINAL MOVEMENT: THE KNOWLEDGE OF PROFESSIONALS IN ROAD RESCUE WORK

RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO ESPINAL: EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE SALVAMENTO VIAL

Marlon Pereira de Oliveira¹, Márcio André Gayer Martins², Samanta Bastos Maagh³, Eliana Soares Domingues⁴, Angélica Goulart Xavier⁵, Ana Cristina Beitia Kraemer Moraes⁶

Como citar este artigo: Restrição de movimento da coluna: o conhecimento de profissionais de um serviço de resgate rodoviário. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso: ____]; 14(1): e202568. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.7365>

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Mestrado Profissional em Saúde no Ciclo Vital (UCPel). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências da Saúde do Hospital Moinhos de Vento (FACSMV). Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <http://lattes.cnpq.br/9603678664767955>; <https://orcid.org/0000-0002-2385-2738>; marlon.enferm96@gmail.com

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (Faveni). Universidade Católica de Pelotas. <http://lattes.cnpq.br/3417707811082535>; <https://orcid.org/0000-0001-7430-4902>; marciogayer5@gmail.com

³ Graduação em Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Especialista em Saúde Pública (UFPeL). Mestre em Ciências (UFPeL). Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) nos cursos de Enfermagem e Medicina e Coordenadora do Laboratório de Simulação Realística CCS/UCPel. <http://lattes.cnpq.br/2184829634069185>; <http://orcid.org/0000-0003-4337-8321>; samantamaagh@yahoo.com

⁴ Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências da Saúde do Hospital Moinhos de Vento (FACSMV). Coordenadora da Comissão da Residência Multiprofissional COREMU-UCPel/HUSFP. Professora Auxiliar na Universidade Católica de Pelotas. <https://orcid.org/0000-0003-1749-7781>

⁵ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade Anhanguera. Especialista em Urgência e Emergência pela Uninter. Especialista em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Hospital Sírio Libânês. <https://orcid.org/0009-0001-3426-5483>

⁶ Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Mestrado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Doutorado em Odontologia (UFPeL). <https://orcid.org/0000-0002-3812-2236>

RESUMO

Objetivo: descrever o conhecimento dos profissionais de um serviço de resgate rodoviário sobre restrição de movimento da coluna. **Método:** estudo qualitativo, transversal e descritivo, realizado com 12 profissionais que atuam em um serviço de resgate rodoviário do sul do Brasil. As informações foram coletadas em novembro de 2021 através de instrumento semiestruturado e interpretadas através da análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram as seguintes categorias: o atendimento ao politraumatizado hoje e restrição de movimento da coluna: conceitos e aplicabilidade. **Conclusão:** evidenciou-se que a maioria dos profissionais realizam a imobilização apenas por protocolos institucionais; avaliações somente pelo mecanismo do trauma e procedimentos ritualizados, além de não possuírem conhecimento adequado ou superficial sobre o tema. Com isso, sugere-se a ampliação da educação continuada através de capacitações, cursos, palestras, oficinas, e a reformulação de protocolos locais para aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais.

Descritores: traumatismos da coluna vertebral; manipulação da coluna; trabalho de resgate; socorristas; conhecimento

ABSTRACT

Objective: to describe the knowledge of professionals from a road rescue service about spinal movement restrictions. **Method:** a qualitative, cross-sectional and descriptive study carried out with 12 professionals working in a road rescue service in southern Brazil. The information was collected in november 2021 using a semi-structured instrument and interpreted using content analysis. **Results:** the following categories emerged: care for the polytraumatized today and restriction of movement of the spine: concepts and applicability. **Conclusion:** it was clear that the majority of professionals only perform immobilization according to institutional protocols; they only assess the mechanism of the trauma and ritualized procedures, as well as having inadequate or superficial knowledge on the subject. We therefore suggest expanding continuing education through training, courses, lectures and workshops, and reformulating local protocols to improve professionals' knowledge.

Descriptor: Spinal Injuries; Manipulation, Spinal; Rescue Work; Emergency Responders; Knowledge

RESUMEN

Objetivo: describir el conocimiento de los profesionales de un servicio de rescate vial sobre las restricciones de movimiento de la columna vertebral. **Método:** estudio cualitativo, transversal y descriptivo, realizado con 12 profesionales de un servicio de salvamento vial del sur de Brasil. La información fue recolectada en noviembre de 2021 mediante un instrumento semiestruturado e interpretada mediante análisis de contenido. **Resultados:** surgieron las siguientes categorías: atención al politraumatizado actual y restricciones del movimiento espinal: conceptos y aplicabilidad. **Conclusión:** es claro que la mayoría de los profesionales sólo realizan inmovilizaciones según protocolos institucionales, sólo evalúan el mecanismo del trauma y ritualizan los procedimientos, además de tener conocimientos inadecuados o superficiales sobre el tema. Por ello, sugerimos ampliar la educación permanente a través de capacitaciones, cursos, conferencias y talleres, y reformular los protocolos locales para mejorar el conocimiento de los profesionales.

Descriptores: Traumatismos Vertebrales; Manipulación Espinal; Trabajo de Rescate; Socorristas; Conocimiento

INTRODUÇÃO

O trauma é considerado um grave problema de saúde pública, com grande impacto social e econômico decorrente de eventos com grande desprendimento de energia como acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, quedas, atropelamentos, etc. As altas taxas de morbidade e mortalidade e, principalmente, os altos custos associados às frequentes sequelas permanentes, pressionam os sistemas de saúde para o enfrentamento dessa condição por meio de uma abordagem multidisciplinar, buscando minimizar os danos por meio de múltiplas estratégias.¹

Nesse sentido, os sistemas de saúde devem estar adequadamente organizados para que se atinjam bons resultados no atendimento. As equipes de saúde devem estar capacitadas sempre buscando treinamento e atualização contínuos quanto ao manejo inicial desses casos, uma vez que, de acordo com diversos estudos, as taxas de mortalidade atingem os maiores índices na primeira hora após o evento, e 25% das mortes ocorrem devido a um manejo inadequado.²

Assim, o atendimento ao paciente com múltiplos traumas tem como objetivo principal diminuir e, se possível, abolir as sequelas na avaliação inicial, visando estabelecer o equilíbrio fisiológico da vítima, através da identificação e tratamento das lesões.³ Desta forma, ressalta-se que a

incidência de trauma raquimedular aproximada é de 12 casos a cada 100.000 pessoas, sendo que esta aumenta de acordo com o avanço da idade. Dos pacientes que sofrem trauma raquimedular, cerca de 20% possuem lesão medular, 10% lesões em diversos segmentos da coluna vertebral e 10% lesões importantes em ligamentos.⁴

Apesar disso, as práticas de atendimento às emergências por trauma infelizmente ainda são copiosamente ritualizados e limitados e por vezes atendem preceitos do passado, como no caso das técnicas de imobilização da coluna⁵, onde até 2018 utilizava-se exclusivamente o conceito de imobilização total. Neste mesmo ano, a Associação Nacional de Serviços Médicos de Emergência, o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, e o Colégio Americano de Médicos de Emergência atualizaram as recomendações passando a utilizar “Restrição de Movimento da Coluna - RMC”, introduzindo os termos RMC completa ou minimalista.⁶

Desta forma, o profissional do atendimento pré-hospitalar (APH) terá 3 possíveis escolhas relacionadas com a RMC diante de qualquer vítima de trauma: não restringir, restrição completa ou restrição minimalista de coluna. Considera-se importante trazer esse assunto à luz, pois a temática já está sendo aplicada em alguns lugares do Brasil e introduzida nos

principais guidelines da área: Americano, Britânico, Sul Africano, Norueguês, Dinamarquês, ITLS e PHTLS.⁷

Acredita-se que estudos dessa natureza influenciam positivamente para que se difunda o conhecimento e a vítima receba um atendimento baseado em evidências, com o uso do pensamento crítico, melhorando a qualidade da assistência prestada e assim chegando mais próximo de países desenvolvidos em atendimento padrão ouro. Diante disso, este estudo tem a seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento dos profissionais de um serviço de resgate rodoviário sobre restrição de movimento da coluna?”. Para responder a esta questão o objetivo proposto foi descrever o conhecimento dos profissionais de um serviço de resgate rodoviário sobre restrição de movimento da coluna.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e descritivo desenvolvido em um serviço de resgate rodoviário do Sul do Brasil cujo início das atividades na região teve início em janeiro de 1998. Atualmente este serviço é responsável por 457,3 quilômetros de extensão atendendo a BR 116 entre as cidades gaúchas de Camaquã, Pelotas e Jaguarão (260,5 km) e a BR 392 cortando as cidades de Rio Grande, Pelotas e Santana da Boa Vista (196,8 km). Além disso, conta com cinco ambulâncias para

atendimento pré-hospitalar, sendo uma equipada com UTI móvel, 07 médicos, 04 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem e 29 resgatistas distribuídos em 06 bases estratégicas.⁸ Participaram do presente estudo 12 profissionais atuantes, sendo eles escolhidos de acordo com os critérios estabelecidos.

Constituíram critérios de inclusão: ser profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e resgata; estar desempenhando suas atividades no local há mais de 6 meses; ter disponibilidade em participar do estudo; permitir que as entrevistas fossem gravadas; concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias e, permitir que os dados fossem divulgados em meios científicos.

As entrevistas ocorreram no mês de novembro de 2021. Inicialmente foi realizado contato com a diretoria responsável pelo serviço solicitando permissão para realizar o estudo e, após contatado os profissionais que corresponderam aos critérios pré-estabelecidos para a participação onde foi apresentado a proposta, seguido pela assinatura do TCLE, e posterior leitura do questionário àqueles que consentiram em participar.

Cada entrevista durou aproximadamente 08 minutos e ocorreu nas dependências do serviço de resgate

rodoviário de modo que não prejudicasse o fluxo de trabalho. Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, assim como, responder a questão problema, optou-se por um roteiro de entrevista semiestruturado constituído de questões abertas e fechadas desenvolvida pelos próprios pesquisadores.

Todas as informações foram gravadas através de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. O método utilizado para a análise e interpretação dos dados foi a análise de conteúdo. Nesta, descobriu-se os núcleos de sentido que fizeram parte da comunicação dos entrevistados e cuja frequência de aparição significou alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Por tanto, foram desenvolvidas 3 etapas distintas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação, conforme descrito por Minayo.⁹

Todas as entrevistas foram realizadas conforme o anonimato, preservando a integridade dos participantes do estudo. Nesse sentido, os profissionais foram identificados com as letras M (médico), E (enfermeiro), TE (técnico em enfermagem) e R (resgatista) seguido do número cardinal conforme a ordem da entrevista.

O estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 que trata as diretrizes e normas regulamentadoras no que diz respeito a pesquisa com seres humanos. Em atendimento à legislação vigente, o estudo

foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob o parecer consubstanciado nº 4.950.923, de 2 de setembro de 2021 e protocolo CAAE nº 50778621.3.0000.5339.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo 12 profissionais que atuam no serviço de resgate rodoviário. Destes, 03 eram enfermeiros, 03 médicos, 03 técnicos de enfermagem e 03 resgatistas. Com relação ao sexo, 10 entrevistados eram homens e 02 mulheres. No que se refere à faixa etária, as idades variaram entre 22 e 46 anos. Quanto ao tempo de atuação no serviço, este variou de 07 meses a 11 anos e a maioria possuía outro vínculo empregatício na área.

A seguir, são apresentadas as duas categorias temáticas que emergiram para esse estudo: “O atendimento ao politraumatizado hoje” e “Restrição de movimento da coluna: conceitos e aplicabilidade”.

O atendimento ao politraumatizado hoje

O APH é um atendimento de emergência cujo objetivo principal é manter a vítima com vida preservando a função de órgãos vitais e, com a maior estabilidade possível até que possa ser transferido ao serviço hospitalar mais próximo porém¹⁰,

em se tratando de acidentes em rodovias estes são quase sempre fatais.¹¹

Conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em 2013 a taxa brasileira foi de 21 mortes a cada 100 mil habitantes demonstrando preocupação quando comparado aos padrões mundiais. Em 2016, foram 6.400 mortes em rodovias conforme a Polícia Rodoviária Federal (PRF) sendo registrado somente os óbitos fatais, ou seja, que ocorreram no local do acidente. Dois anos antes, em 2014, os custos públicos diretos e indiretos com saúde devido aos acidentes em rodovias haviam atingido R\$ 12,3 bilhões de reais.¹¹

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 1.863 e 1.864 de 2003 trata sobre o componente pré-hospitalar móvel, os núcleos de educação em urgência e sobre as regulações. Por conseguinte, fica estabelecido através do serviço de atendimento ao usuário que as rodovias que possuam contrato de concessão ofertem cuidados em primeiros socorros com profissionais qualificados incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, motorista/resgatista e ambulância para caso de qualquer problema de saúde no trecho de concessão.¹⁰

No presente estudo, embora a concessionária que administra a rodovia tenha registrado redução de 8% no número de acidentes no primeiro semestre de 2023 quando comparado ao mesmo período do ano passado, ainda foram registrados 185

acidentes e, alguns destes com potencial gravidade.¹² Nesse cenário, os profissionais entrevistados descreveram como prestam o atendimento ao politraumatizado no que se refere a imobilização mencionando ter como base o suporte básico de vida no trauma, ressaltando a importância da avaliação da cinemática como critério para imobilização, conforme as falas a seguir:

[...] primeiro a gente tem que entender a cinemática quando chega na vítima, restringindo o movimento da cervical dela, fazendo uma análise do XABCDE e posterior a isso partir primeiro para a imobilização de fraturas se houver, fazer conforme está no protocolo e imobilizar na prancha com três cintos, e nunca esquecer que o colar cervical vem primeiro. (TE1)

[...] avaliar a cena de onde aconteceu o fato isolando o local, ver como é que está a cinemática do trauma, ver como é que está o veículo, por exemplo, se não tem marcas no para brisa (aranhão) [...]. Depois fazer a avaliação da vítima com o protocolo XABCDE e imobilizar na prancha rígida para ver a situação dela prosseguindo com a remoção para uma avaliação melhor no pronto socorro. (R1)

Eu utilizo como base o Colégio Brasileiro de Cirurgiões que tem o ATLS que é um dos cursos mais difundidos de trauma e serve como base pra muitos outros também. Então, pulando a parte de segurança da cena, a gente avalia primeiramente a cinemática pra ver se é um código vermelho, um código amarelo, ou verde, enfim [...] e vai seguir o XABCDE do trauma. (M1)

Os critérios principais para a imobilização seria a cinemática do trauma e a queixa do paciente. (E1)

A imobilização da vítima realizamos de acordo com o protocolo estabelecido pelo PHTLS onde é aplicado o algoritmo aquele ABCDE, agora mudou entrou o X na frente, que ficou XABCDE [...] mas primeiramente um vai na vítima estabilizando a cervical e fazendo a inspeção da via aérea enquanto o outro realiza a sinalização da cena. (E2)

De acordo com a literatura, o suporte básico de vida no trauma é uma sequência clara e bem definida trazendo atenção as

prioridades que se não resolvidas de nada adiantará ir as demais etapas do cuidado. As iniciais XABCDE correspondem a X (controle de hemorragias exsanguinolenta), A (gerenciamento de vias aéreas e estabilização da coluna cervical), B (ventilação e oxigenação), C (perfusão e outras hemorragias), D (estado neurológico) e, E (exposição da vítima e controle de hipotermia).¹³ Todavia, no que se refere a imobilização, observa-se que os profissionais habituaram-se a tomar decisões somente pelo mecanismo de lesão, normalmente aplicando o colar cervical e prancha rígida longa em todas as vítimas de trauma.

Conforme pesquisa, nos Estados Unidos por exemplo, quase um milhão de pacientes são avaliados para lesões medulares todos os anos e apenas 2 a 3% realmente apresentam essas lesões, no entanto, não realizar todo o processo de imobilização e futuramente o paciente vir a desenvolver alguma deficiência incapacitante está entre os maiores medos dos emergencistas americanos.⁴

Hoje, evidências comprovam que é preciso mudança de conceito e aplicabilidade nas ações e já é possível notar que alguns serviços de emergência estão revisando seus protocolos e retirando o encosto, permitindo apenas o uso do colar cervical e maca acolchoada em algumas situações, ao passo que cada vítima tem suas

particularidades durante o atendimento e, que a imobilização sem necessidade seria compreendida pelos profissionais no tratamento definitivo como a existência de lesões graves o que atrasaria intervenções imediatas.¹⁴

Restrição de movimento da coluna: Conceitos e aplicabilidade

A RMC no trauma tem como objetivo principal manter a coluna cervical em posição neutra evitando o desenvolvimento de lesão ou o agravamento de lesões já existentes, ocorrendo com maior frequência em pacientes inconscientes ou obnubilados. Na última década o tema se tornou alvo de fortes discussões e atualizações, sendo a última a introdução dos termos RMC completa ou minimalista.⁴

Destaca-se a resposta de M2, a mais próxima do que seria o recomendado, enfatizando o fato de ter realizado cursos de atualização recentemente com financiamento próprio:

Financiei recentemente alguns cursos e realizo o atendimento do paciente politraumatizado em conformidade com as diretrizes do programa ATLS, norteadas pelo Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê do Trauma, conforme os critérios dos protocolos internacionais definidos em consenso pelo Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê do Trauma (ACS-COT), Colégio Americano de Médicos Emergencistas (ACEP) e Associação Nacional de Médicos de Pré-Hospitalar (NAEMSP) que definiu 10 pontos que estão em consenso na literatura, os quais foram baseados nos estudos NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study) e o CCR (Canadian C-Spine Rule Study). São eles: Nível de consciência agudamente alterado (por exemplo, ECG <15, evidência de intoxicação), dor e/ou

sensibilidade na linha média cervical ou dorso, sinais neurológicos focais (sintomas sensitivos e motores), deformidade anatômica da coluna, circunstâncias ou lesões que causem distração (fraturas de ossos longos, por exemplo) ou que reduzam a capacidade do paciente colaborar para um exame confiável, entre outros. (M2)

Os protocolos NEXUS e CCR têm sensibilidade de 99,4% e 90,7% e especificidade de 45,1% e 36,8%, respectivamente e, visam nortear os profissionais do APH acerca da RMC, além de qual tipo de restrição aplicar e quais pacientes devem ser submetidos a exames de imagem no intra-hospitalar para assim descartar lesões na coluna.⁵ Estudos recentes reforçam esses achados. Uma revisão retrospectiva demonstrou que o uso da RMC reduziu o uso da prancha rígida de 31,2 para 12,7 a cada 100 atendimentos por trauma sendo esta utilizada somente para pacientes com maior gravidade.¹⁵ Na Califórnia, o uso de tais protocolos aliados a treinamentos periódicos sobre a RMC reduziu em 58% o uso da prancha rígida demonstrando que é possível fazer seu uso somente quando imprescindível.⁵

Nesta pesquisa, quando questionados a respeito do conceito de RMC, seus tipos e aplicabilidade, cerca de metade dos entrevistados, confundiu os conceitos de imobilização e restrição, porém alguns profissionais demonstram conhecimento acerca do tema, com grande destaque novamente para M2:

A restrição de movimento da coluna minimalista é aquela que realizamos medidas e uso mínimo de dispositivos para restrição do movimento com intuito de evitar lesão, porém priorizando o menor tempo para levar o paciente ao interior da ambulância ou local seguro. (M2)

Entendo que a opção pela restrição minimalista e a completa: a minimalista resume sem alteração no nível de consciência com Glasgow 15 e estabilidade hemodinâmica; já a restrição de movimentos de coluna completa se baseia tipo, em dor na coluna ou instabilidade, deficiência ou queixa neurológica do paciente, deformidade anatômica da coluna ou também se tiver suspeitando que esse paciente esteja ou tenha feito uso de álcool ou drogas. Essa pra mim seria a indicação de restrição de movimento completo. (E1)

Completa: usa-se o máximo da equipe para o menor movimento da coluna. Minimalista: é a restrição com o mínimo de dispositivo. (E2)

Eu entendo sobre a RMC, que é protocolo novo na área da saúde, bem pouco usado, mas que traz índice maior de benefícios ao paciente ocasionando a menor lesão a um paciente politraumatizado, e agora eu tenho certeza que preciso me atualizar quando a esses novos conceitos que surgiram em 2018. (T3)

A restrição de movimento da coluna é um conjunto de medidas podendo ou não utilizar dispositivos como por exemplo, um colar cervical, maca, headblock para manter o alinhamento neutro da coluna vertebral durante o transporte do paciente com vistas a evitar lesão na coluna vertebral. A restrição de movimento da coluna completa é aquela que usamos "todos" os dispositivos necessários e medidas auxiliares a fim de restringir o movimento da coluna e consequentemente evitar lesões. (M2)

Avalia o estado geral da vítima, não necessariamente se a vítima está no chão ela precisa de imobilização assim como também a vítima está caminhando não precisa imobilizar [...]. Tudo a gente avalia pra ver se tem indicação, se tem necessidade ou não. (R2)

Realmente são dois temas que geram dúvidas entre os profissionais, mas ambos tem o objetivo de evitar lesão na coluna vertebral do paciente. (M1)

O termo imobilização era utilizado até 2018 e remetia a ideia de restringir por completo o movimento da coluna vertebral. Neste mesmo ano, após a realização de estudos científicos a literatura passou a

nomear RMC por entender que não há como fornecer uma imobilização verdadeira e sim, apenas limitar e/ou reduzir os movimentos da coluna.⁴ Para comprovar a eficácia e segurança dessa mudança, uma pesquisa desenvolvida na Universidade de Cambridge no Reino Unido estudou 1.172 pacientes em um centro de trauma e concluiu que não houve aumento significativo na incidência de lesões incapacitantes com a inserção do protocolo para RMC.¹⁶

Notou-se que alguns entrevistados responderam que por questão de “insegurança” ou déficit de conhecimento optam por manter a “imobilização completa” para todas as vítimas, independentemente dos critérios disponíveis na literatura:

Eu prego pela imobilização da cervical com o colar e prancha rígida e caso for movimentar o paciente movimentação em bloco. Todo paciente com politraumatismo no sentido de acidente de carro, acidente de moto ou queda de uma altura maior que a própria altura eu oriento a equipe em imobilização com um colar e prancha rígida. Sobre o que é restrição de movimento de coluna completa e minimalista, não sei responder. (M3)

Até o momento aqui na região, só ouvimos falar a respeito desse novo protocolo que implementaram em algumas cidades do Brasil, mas aqui para nós não aplicamos ainda. Bom, em algumas situações, se aplica essa restrição de coluna, mas não é nada protocolado porque o protocolo que a gente segue é sempre pecar pelo excesso e nunca pela falta. (E3)

Certos autores elencam como principais efeitos prejudiciais relacionados a imobilização da coluna a dificuldade em manejar as vias aéreas além de comprometer a abertura da boca; aspiração pode resultar

mais facilmente em êmese; o colar cervical pode aumentar a pressão intracraniana (PIC) em média 4.5 mmHg; congestão venosa secundária ao colar cervical pode exacerbar as lesões cerebrais globais; desconforto; dor; lesão por pressão; e maior probabilidade da vítima ser submetida a exames radiológicos atrasando a avaliação.^{3,17}

Nesse contexto, ressalta-se que é necessário abandonar a abordagem universal à vítima de trauma e adotar uma abordagem individualizada, relacionada com o estado clínico e com os mecanismos envolvidos¹⁴, no entanto, é notório que muitas vezes durante o APH o atendimento é centrado somente na figura do médico e, este toma a maior parte das decisões não havendo a participação em equipe dos demais membros em relação as medidas que devem ser adotadas, demonstrando a cultura soberba ainda muito presente nessa categoria profissional. Isso pode ser observado em estudo no Rio Grande do Sul, já citado anteriormente, onde nota-se através das falas dos entrevistados que todos os membros da equipe esperam o aval médico para realizar a restrição ou descartá-la antes de levar o paciente para o atendimento intra-hospitalar.⁵

Visando uma mudança de paradigma e alcançar relações profissionais sadias no trabalho muitos serviços de emergência apostam veementemente em treinamentos contínuos. Estudo internacional realizado na

Austrália demonstrou nível de acordo de 94,3% entre os socorristas durante o atendimento e¹⁸; no Canadá a concordância entre a avaliação médica e de enfermagem foi ainda maior atingindo 95%, sendo que 82% dos enfermeiros se sentiram mais confiantes para aplicar o protocolo CCR na vítima, o que consequentemente reduziu em 25% os casos de imobilização durante acidentes em rodovias do país.¹⁹ Já na Holanda os enfermeiros recebem capacitações de acordo com as últimas atualizações de protocolos prestando um atendimento resolutivo e de alta qualidade tendo como premissa a união da equipe.²⁰

CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, evidenciou-se que a maioria dos profissionais não possuía conhecimento adequado sobre a restrição de movimento da coluna muitas vezes utilizando o conceito restrição, mas realizando a imobilização dos dias de hoje com uso de colar, prancha rígida e cinto para todas as vítimas.

Quando questionados sobre a avaliação da vítima utilizavam o mecanismo de lesão, cinemática e XABCDE do trauma, e na maioria das vezes achavam melhor imobilizar a vítima com colar, prancha rígida e cinto por questões de segurança, e somente retiravam após os exames de imagem e outros exames necessários no hospital de referência. Nota-se também que

não se sentem seguros quando não restringem o movimento da coluna cervical, seja por medo do risco de lesão, falta de conhecimento ou técnicas ultrapassadas, achando que não daria certo.

Sugere-se então, que os serviços de emergência apliquem a restrição no funcionamento de suas equipes, realizando o plano operacional padrão (POP), divulgações, campanhas sobre o assunto e treinamento focado na avaliação clínica do paciente permitindo assim, atendimentos mais seguros e custo-efetivo, levando sempre como norte as melhores evidências e estudos randomizados pautados em RMC.

As limitações deste estudo se referem ao fato de ter sido realizado somente no serviço de resgate rodoviário não contemplando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nem o corpo de bombeiros da cidade local que, por vezes prestam atendimento nas BRs que fizeram parte da pesquisa. Também constatou-se o baixo nível de evidência de grande parte da literatura, demonstrando a necessidade de pesquisas mais robustas para ampliar esta discussão.

REFERÊNCIAS

1. Martiniano EC, Nascimento AMV, Campos JRE, Campos JBR, Barros AB, Luz DCRP. Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. Nursing (Edição Brasileira) [Internet]. 2020 [citado em 15 dez 2023]; 23(270):4861-72. Disponível em:

- <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1023/1184>
2. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta Méd Peru*. [Internet]. 2011 [citado em 5 jan 2023]; 28(2):105-11. Disponível em: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2011_n2/pdf/a07v28n2.pdf
 3. Bezerra YCP, Matos GSS, Costa JS, Medeiros RLMF. Politraumatismo: conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2015 [citado em 16 set 2021]; 9(11):9817-25. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/10773/11912>
 4. Certain L, Ferraz RRN. Restrição do movimento da coluna: um novo paradigma de atendimento às vítimas de trauma. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa - RUEP* [Internet]. 2020 [citado em 21 jan 2021]; 17(48):51-9. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1285/u2020v17n48e1285>
 5. Brigolini G, Ciconet RM. Restricted movement of the spine: an analysis of the knowledge of nursing professionals. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2023 [citado em 20 jan 2024]; 28:e87844. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/bpDQtzdWB3QmsgGKjz5Ff9x/?format=pdf&lang=pt>
 6. Fischer PE, Perina DG, Delbridge TR, Fallat ME, Salomone JP, Dodd J, et al. Spinal motion restriction in the trauma patient - A joint position statement. *Prehosp Emerg Care* [Internet]. 2018 [citado em 10 nov 2020]; 22(6):659-61. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/10903127.2018.1481476?needAccess=true>
 7. Malaquias G, Almeida BD', Fernando E, Lago A, Cardoso H, Clement L. Primeiros socorros em adultos. São Paulo: Ibraph; 2021. 107 p.
 8. Empresa Concessionária de Rodovias do Sul. Ecovias Sul. Institucional [Internet]. Pelotas, RS: Ecovias Sul; 2025 [citado em 21 mar 2025]. Disponível em: <https://www.ecosul.com.br/>
 9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016. 614 p.
 10. Vedovato CA, Boaventura AP, Araujo IEM, Monteiro MI. Logistics in mobile pre-hospital assistance services from highway concessionaires. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2015 [citado em 5 maio 2021]; 9(4):7213-20. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/10481/11330/21631>
 11. Barroso Junior GT, Bertho ACS, Veiga AC. A letalidade dos acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras em 2016. *Rev Bras Estud Popul*. [Internet]. 2019 [citado em 5 mar 2022]; 36:1-22. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1307/997>
 12. Empresa Concessionária de Rodovias do Sul. Segurança no caminho: dados da concessionária apontam redução de acidentes no polo rodoviário Pelotas. *Ecosul Revista* [Internet]. Pelotas, RS: Ecovias Sul; 2023 [citado em 21 mar 2025]; 12(88):1-19. Disponível em: <https://wappstorage.blob.core.windows.net/assets/ecosul/media/magazines/attachments/source/20230728162915788-REVISTA%2088%20DIGITAL%20-%20PC%81GINAS%20DUPLAS.pdf>
 13. Silva RDB, Pereira MGN, Martins EAP. Manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 [citado em 21 jan 2024]; 6(3):10998-11010. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60179/43511>
 14. Monte RRL, Santos NCF, Cardoso BB, Tavares FAF, Oliveira BG, Couto JJV, Oliveira RCL. Necessidade de imobilização em pacientes vítimas de lesão cervical. *Rev Ciênc Estud Acad Med*. [Internet]. 2019 [citado em 25 jan 2024]; (11):10-22. Disponível em:

<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/3382/3307>

15. Mphil NM, Kriellaars D, Pryce RT. Patterns of change in prehospital spinal motion restriction: a retrospective database review. *Acad Emerg Med*. [Internet]. 2023 [citado em 31 jan 2024]; 30(7):698-708. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acem.14678>

16. Clemency BM, Natalzia P, Innes J, Guarino S, Welch JV, Haghdel A, et al. A change from a spinal immobilization to a spinal motion restriction protocol was not associated with an increase in disabling spinal cord injuries. *Prehosp Disaster Med*. [Internet]. 2021 [citado em 10 jan 2024]; 36(6):708-12. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1049023X21001187/type/journal_article

17. Bento AFG, Sousa PP. Estabilização da coluna vertebral na vítima de trauma – revisão integrativa. *Enferm Glob*. [Internet]. 2020 [citado em 9 jan 2024]; 57:576-588.

Disponível em:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/358831/276351>

18. Meek R, McGannon D, Edwards L. The safety of nurse clearance of the cervical spine using the National Emergency X-radiography utilization study low-risk criteria. *Emerg Med Australas*. [Internet]. 2007 [citado em 6 fev 2024]; 19(4):372-6. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1742-6723.2007.00995.x>

19. Miller P, Coffey F, Reid A. Can emergency nurses use the canadian cervical spine rule to reduce unnecessary patient immobilisation?. *Accid Emerg Nurs*. [Internet]. 2006 [citado em 7 fev 2024]; 14(3):133-40. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230206000178?via%3Dihub>

20. Santos MC, Santos AEA, Costa DM, Carregosa FJS, Carvalho FLO, Rezende AA. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência. *Journal of Research and Knowledge*

Spreading [Internet]. 2022 [citado em 12 fev 2024]; 3(1):e14012. Disponível em:

<https://www.seer.ufal.br/index.php/jrks/article/view/14012/10300>

RECEBIDO: 09/02/24

APROVADO: 17/03/24

PUBLICADO: 03/2025