

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO – ENFERMAGEM E LICENCIATURA

CAMILA GRAMIÃO DE OLIVEIRA CRUZ

**O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO
AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM ESCALA DE
COMA DE GLASGOW ≤ 8**

NITERÓI

2011

CAMILA GRAMIÃO DE OLIVEIRA CRUZ

O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO
AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM ESCALA DE
COMA DE GLASGOW ≤ 8

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem Licenciatura e Bacharelado da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do diploma de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientador: Professora Ms^a Angelina Cupolillo Gentile

NITERÓI

2011

C 957 Cruz, Camila Gramião de Oliveira.

O enfermeiro e as particularidades do cuidado ao cliente com traumatismo cranioencefálico com escala de coma de Glasgow ≤ 8 / Camila Gramião de Oliveira Cruz. – Niterói: [s.n.], 2011.

60 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2011.
Orientador: Prof^a. Angelina Cupolillo Gentile.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Escala de coma de Glasgow. 3. Transmatismos craniocerebrais. 4. Enfermagem.
I. Título.

CDD 610.73

CAMILA GRAMIÃO DE OLIVEIRA CRUZ

O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO
AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM ESCALA DE
COMA DE GLASGOW ≤ 8

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem
Licenciatura e Bacharelado da Universidade
Federal Fluminense, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel e Licenciatura em
Enfermagem.

Aprovada em dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms^a ANGELINA CUPOLILLO GENTILE- Orientadora
UFF

Prof.^a Dr^a ELIANE PEREIRA RAMOS
UFF

Prof.^a Ms^a SIMONE MARTINS REMBOLD
UFF

NITERÓI

2011

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que já foram salvas pela perícia e cuidados de enfermagem baseados no estudo e dedicação árdua.

A minha mãe: Elisete Francisca Gramião Cruz, que me deu força para prestar vestibular para enfermagem, que me levava todos os dias para a escola.

Ao meu pai que nunca esmoreceu apesar das batalhas em me manter nos melhores colégios, que me incentivava a entender as coisas.

Ao meu namorado: Jhonatha Gramião Belini que sempre esteve comigo dando força quando ela parecia esvair.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos e aprendizados, aos meus pais, ao meu namorado, as minhas amigas, que não se incomodaram com minha ausência em vários momentos, Aos professores que me deram oportunidade de participar de projetos de pesquisa, aos clientes nos quais solidifiquei meu aprendizado tanto como acadêmica quanto como pessoa, a Professora Ms^a Angelina Cupolillo Gentile que sempre foi uma pessoa na qual pude contar, que me auxiliou na elaboração dessa monografia.

EPÍGRAFE

“Ama-se mais o que se conquista com esforço.”

Benjamin Disraeli

RESUMO

O traumatismo cranioencefálico é uma denominação que se refere a lesões no crânio, couro cabeludo e encéfalo. Os objetivos do estudo são comparar as particularidades do cuidado de enfermagem ao cliente internado no CTI com lesão cranioencefálico grave com os cuidados considerados prioritários pelo enfermeiro ao lidar com o paciente com TCE grave com escala de coma de Glasgow ≤ 8 ; conhecer como o enfermeiro do CTI adquiriu conhecimentos para lidar com esse tipo de cliente; saber como o enfermeiro lida com a família do cliente vítima de TCE grave. As informações foram coletadas a partir de uma entrevista semiestruturada, com os enfermeiros lotados no CTI do HUAP/UFF, verificando se os mesmos já prestaram cuidados ao cliente acometido por TCE grave com Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 . Em seguida todas as entrevistas foram agrupadas, em quatro categorias básicas de acordo com cada questão elaborada, a fim de utilizando autores que falam sobre a temática proceder à análise e discussão dos dados coletados. Os sujeitos da pesquisa são em maioria do sexo feminino, a faixa etária predominante é maior que 30 anos e o tempo de formação da maior parte está entre um a cinco anos. As ações de enfermagem foram listadas em 23 itens sendo que os dez primeiros foram considerados prioritários de acordo com Smeltzer e Bare (2005, p.2028 a 2035) para que os enfermeiros marcassem suas opções de cuidado. Os resultados apontaram que mais da metade dos enfermeiros entrevistados não marcaram os dez itens prioritários e apenas dois dos enfermeiros marcaram todos os cuidados prioritários. O cuidado marcado por todos foi o de assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Cem por cento dos enfermeiros desenvolveram suas práticas no CTI com o paciente com TCE grave no próprio campo e com enfermeiros mais experientes que já trabalhavam no setor. Os conhecimentos foram adquiridos após a graduação através do estudo na área ou em cursos, apenas um relata que os adquiriu durante a graduação. A participação em eventos na área é pouco valorizada e só um enfermeiro apresentou trabalho sobre a temática em evento científico. Em relação à família nem todos disponibilizam um horário para ouvir a família do cliente; porém cem por cento dos enfermeiros informa que orienta a família com relação ao comportamento com seu parente internado, durante a visita e que informam sobre os cuidados que estão sendo implementados com seu parente. Às estatísticas apontam que os acidentes automobilísticos ocorrem na maioria dos casos com homens, que geralmente são ainda provedores do lar, o cuidado efetivo e humanizado de enfermagem contribuirá para amenizar o sofrimento da família que com essa situação está fragilidade diante da internação do ente querido no CTI com TCE Grave e ainda da possibilidade de ter a renda mensal prejudicada. A qualidade no atendimento ao cliente nesse período crítico contribuirá para garantir uma pronta recuperação e com menos sequelas além de proporcionar o retorno ao convívio social e familiar.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, escala de coma de Glasgow, Enfermagem.

ABSTRACT

Traumatic brain injury is a term that refers to lesions in the skull, scalp and brain. The study objectives compare the particularities of nursing care to the client admitted to the ICU with severe brain injury with priority care by nurses to deal with patients with severe TBI with Glasgow coma scale ≤ 8 ; known as the ICU nurse acquired knowledge to deal with this type of customer, how the nurse deals with the client's family suffered severe TBI. Information was collected from a semi-structured interviews with nurses in the ICU of the crowded HUAP / UFF, verifying that they have provided care to the customer affected by severe TBI with Glasgow Coma Scale ≤ 8 . Then all the interviews were grouped into four basic categories according to each question made in order to use authors who speak on the subject analysis and discussion of the data collected. The subjects are mostly women, the predominant age group is greater than 30 years and the time of formation of the majority is between one to five years. The nursing actions were 23 items listed in the first ten of which were prioritized according to Smeltzer and Bare (2005, p.2028 to 2035) for the nurses mark their care options. The results showed that more than half of nurses have not marked the ten priority items and only two of the nurses scored all care priority . The care was marked by all to ensure a patent airway. One hundred percent of the nurses developed their practices in the ICU with the patient with severe TBI in the same field and with more experienced nurses already working in the sector. The knowledge was acquired after graduation through the study area or courses, only one reports that acquired during the course. Participation in events in the area is undervalued and only one nurse working on the issue presented in scientific events. In relation to the family not all offer a time to listen to the client's family, but one hundred percent of nurses reported that family oriented with respect to the behavior with a relative in hospital, during the visit and inform you about the care they are being implemented with their relative. Statistics show that car accidents occur in most cases with men, which generally are still providers of home care effective and humane nursing help to alleviate the suffering of the family that this situation is fragile in the face of the loved one in hospital ICU with severe TBI and even the possibility of having a monthly income impaired. The quality customer service in this critical period will help ensure a speedy recovery and less sequels as well as providing a return to social life and family.

Keywords: nursing care, Glasgow coma scale, nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1- Tempo de Formação dos Enfermeiros em anos, f.36.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Relação de cuidados necessários para cuidado ao cliente com TCE, f.38.

TABELA 2 - Cuidados prioritários prestados por cada enfermeiro ao cliente com TCE, f.40.

TABELA 3 - Conhecimentos adquiridos, f.41.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
FSC	Fluxo sanguíneo cerebral
PAM	Pressão arterial média
PHTLS	Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado
PIC	Pressão intracraniana
PPC	Pressão de perfusão cerebral
RVC	Resistência vascular cerebral
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Trauma
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo cranioencefálico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO, p.13.

1.1. Questões norteadoras, p.16.

1.2. Objeto de estudo, p.16.

1.3. Objetivos, p.16.

1.4. Justificativa, p.17.

2. REVISÃO DE LITERATURA, p. 18.

2.1. O Traumatismo cranioencefálico e os cuidados, p. 18.

2.2. Dados epidemiológicos de TCE, p.19.

2.3. A enfermagem e o cuidado humanizado ao cliente com trauma cranioencefálico, p.21.

2.4. Particularidades do cuidado de enfermagem ao Cliente com TCE no CTI, p.22.

2.5. Infraestrutura do CTI, p. 27.

3. METODOLOGIA, p.31.

3.1. Abordagem do estudo, p.31.

3.2. O Cenário e Sujeitos do estudo, p.32.

3.3. Aspectos éticos, p.33.

3.4. Coleta de dados, p.33.

3.5. Análise e organização dos dados, p.34.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO, p.35.

5. CONCLUSÃO, p.46.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, p.49.

6.1. Obras citadas, p.49.

7. APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p.53.

8. APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, p.56.

9. ANEXO - PARECER DO PROJETO DE PESQUISA, p.60.

1. INTRODUÇÃO

Particularidade segundo o dicionário Michaelis é qualidade ou circunstância do que é particular. O dicionário Priberam (2011) define particularidade: como estado ou qualidade de particular; singularidade, especialidade, individualidade; a distinção que se faz de alguém no trato ou na amizade; pormenor, minuciosidade. Com relação ao paciente com traumatismo crânio encefálico (TCE) grave verificamos no curso do trabalho que devido as suas particularidades o cliente apresenta instabilidades tornando assim necessária internação no Centro de Tratamento Intensivo para um cuidado diferenciado.

A escala de coma de Glasgow tem como função verificar as melhores respostas de abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora, por esse motivo é um importante parâmetro de classificação do grau de gravidade do TCE, sendo considerado segundo Koizumi e Diccini (200, p: 66 e 67), grave entre 3 e 8.

A partir de 1682, o traumatismo crânio encefálico começou a ser descrito como importante fator de óbito em suas vítimas, tomando proporções cada vez maiores com a evolução da humanidade, até atingir os atuais índices de morbidade e mortalidade, segundo Krauss (1996 p.3-17).

Para Smeltzer e Bare (2006, p.2022) traumatismo cranioencefálico é uma denominação que se refere a lesões no crânio, couro cabeludo e encéfalo.

Já para Junior, Salomone e Pons (2007, p.201) a lesão cerebral traumática pode ser dividida em dois tipos: primária, onde o trauma lesiona diretamente o encéfalo e na secundária, as lesões ocorrem devido a processos ocasionados pelo trauma primário.

Nos Estados Unidos o TCE é o fator que causa mais mortes, aproximadamente 1 milhão, desses, 230 mil são hospitalizados, 80 mil apresentam incapacidades permanentes e 50 mil morrem segundo CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Além

disso, a principal causa das lesões são colisões automobilísticas em pessoas jovens.
anos.

No Estado de São Paulo, segundo Koizume, Lebrão, Mello-Jorge e Primerano (2000, p.1-13) em 1993, considerando a população brasileira de 150 milhões de habitantes, foram constatados 57 mil óbitos decorrentes de traumatismo crânio cerebral. Nos últimos 10 anos, mais de um milhão de pessoas ficaram inválidas devido a traumas mecânicos no Brasil, sendo os acidentes de trânsito os principais responsáveis por essas taxas.

Aproximadamente 100.000 brasileiros, morrem vitimados por trauma a cada ano, e cerca de um milhão e quinhentos são feridos em acidentes (ARRUDA, 2000).

Tal assunto tornou-se de grande relevância para a saúde pública, pois morrem no Mundo cerca de 1,2 milhões de pessoas. Nas regiões Norte e Sudeste, do Brasil, os dados retirados da Cartilha de Trânsito elaborada pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Trauma (SBOT, 2006), informam que:

No Nordeste e Sudeste, a primeira causa de internação são os acidentes por atropelamento (41,6% e 34,1%, respectivamente), seguido dos acidentes de motocicleta (24,6% e 29,6%, respectivamente) e com veículo indeterminado (23% e 12,9%, respectivamente).

A partir dos dados acima citados, podemos verificar a relevância do estudo para a área da saúde, assim como devido a sua grande incidência, causa grandes custos aos cofres públicos.

Observa-se que o custo estimado do tratamento é bastante alto e, somente do ponto de vista de gastos governamentais com assistência médica, foi possível mostrar que é mais elevado para internações por lesões decorrentes de acidentes de trânsito do que para atendimento de doenças provocadas por causas naturais. (Mello Jorge e Koizumi, 2006).

Para SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Trauma, 2006), o gasto total pelo SUS (Sistema Único de Saúde) com as internações por acidentes terrestres no Brasil foi de R\$ 117.947.085,46. O segundo maior custo está relacionado a danos causados em motociclistas que ficou em um valor aproximado de R\$ 38,4 milhões. Tais gastos estão concentrados na região Sudeste, onde ocorre o maior número de acidentes e onde concentra a maioria dos recursos diagnósticos e terapêuticos do país. O gasto é maior com os homens, uma vez que estão mais frequentemente envolvidos nesse tipo de acidente.

Com isso, é possível constatar que o assunto tem relevância em ser explorado para que a enfermagem esteja mais inserida nesse contexto do cuidado ao paciente internado com TCE

e assim, ampliando os conhecimentos específicos desta área proporcione minimizar os danos e diminuir o custo existente.

O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, com isso deve saber lidar com as particularidades desse cliente que tem como principais tipos de lesões decorrentes do trauma neurológico: o tipo mais simples, como lesão de couro cabeludo; fraturas em crânio, a qual pode atingir diversos ossos, a concussão, ou seja, perda de função neurológica temporária, sem comprometimento estrutural aparente; a contusão é uma lesão no cérebro com possível hemorragia; lesão axônica difusa o que causa um comprometimento dos axônios nos hemisférios cerebrais, corpo caloso e tronco cerebral; hemorragia intracraniana que são hematomas dentro do crânio. Os principais sintomas desses tipos de lesões são: hemorragia nasal, de faringe ou ouvidos, podendo aparecer sob a conjuntiva. Quando sai líquido cefalorraquidiano pelos ouvidos ou nariz suspeita-se de fratura em base de crânio. (SMELTZER e BARE, 2006, p.2023-2025).

A enfermagem age monitorando a função neurológica decrescente: nível de consciência, sinais vitais, função motora; outros sinais neurológicos; mantendo a via aérea; monitorando o equilíbrio hidroeletrólítico; promovendo a nutrição adequada; prevenção de lesão; manutenção da temperatura corporal; mantendo a integridade da pele; prevenção de distúrbios no padrão do sono; apoiando o enfrentamento familiar; monitorando e tratando as complicações potenciais; redução da perfusão cerebral, edema e herniação cerebrais, oxigenação e ventilação prejudicadas, equilíbrios hidroeletrólíticos e nutricional prejudicados, convulsões pós-traumáticas; promovendo o cuidado domiciliar e comunitário: ensinando o autocuidado aos pacientes e cuidado contínuo. (SMELTZER e BARE, 2006, p.2023-2025).

O problema da pesquisa é como os enfermeiros do CTI de um Hospital público universitário lidam com as particularidades dos pacientes com trauma cranioencefálico grave?

A equipe de enfermagem por ser o profissional da área da saúde que mais tempo está ao lado do cliente necessita ter bases sólidas e treinamento ao lidar com tal especificidade decorrente do trauma neurológico. Na formação básica da Universidade Federal Fluminense, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, somente uma disciplina obrigatória aborda o conteúdo da área de neurologia especificamente de neurocirurgias e é ministrado em apenas uma aula. Uma disciplina optativa que o aluno escolhe se vai cursar ou não, que trata de atendimento pré-hospitalar de emergência e tem uma de suas aulas vinculadas ao assunto trauma cranioencefálico. Na vivência acadêmica de enfermagem no Hospital Universitário

Antônio Pedro, o qual nossa universidade é vinculada, o setor emergência não está em funcionamento.

A Universidade Federal Fluminense, nos cursos da área da saúde tem como campo prático para os acadêmicos o Hospital Universitário Antônio Pedro, que fica localizado no Centro de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Por ser graduanda da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, vinculada a esse hospital, o assunto sobre o cuidado ao paciente com TCE será abordado no centro de terapia intensiva.

Esse setor atende apenas e prioritariamente o cliente grave que precisa ser monitorizado ininterruptamente e necessita de cuidados permanentes e intensivos, já que geralmente seu quadro é instável.

Para trabalhar nesse setor é indicado que o enfermeiro tenha o curso de especialização em cuidados intensivos, pois principalmente por minha experiência como acadêmica, não há um suporte durante a graduação para que a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem N° 7.498/86, seja cumprida corretamente. A lei diz que o enfermeiro privativamente é o profissional que deve prestar cuidados diretos ao cliente grave com risco de vida, no artigo 11, inciso I.

Porém, nem sempre a especialização é exigida como requisito para atuar no CTI, já que o mesmo privativamente já deveria saber prestar cuidados a clientes graves, somente com a graduação. O curso de especialização nesta área já é oferecido na pós-graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa que a partir da resolução N° 169/2005 regulamentou o Curso de Especialização em Enfermagem em Cuidados Intensivos na Universidade Federal Fluminense.

1.1. Questões norteadoras:

- Como o enfermeiro lida com as particularidades do cliente acometido por trauma cranioencefálico grave?
- Quais ações do cuidado ao cliente com TCE grave são priorizadas pelo enfermeiro?

1.2. Objeto de estudo:

O enfermeiro que presta cuidado ao cliente com trauma cranioencefálico no CTI do Hospital Universitário Antônio Pedro.

1.3. Objetivos:

A partir desses dados, os objetivos desse estudo são:

- comparar as particularidades do cuidado de enfermagem ao cliente internado no CTI com lesão cranioencefálica grave com os cuidados considerados prioritários pelo enfermeiro ao lidar com o paciente com TCE grave com escala de coma de Glasgow ≤ 8 ;
- conhecer como o enfermeiro do CTI adquiriu conhecimentos para lidar com esse tipo de cliente;
- saber como enfermeiro lida com a família desse cliente vítima de TCE grave.

1.4. Justificativa:

Esse estudo justifica-se, pois é uma área importante para desenvolvimento do cuidado da enfermagem devido sua grande demanda de clientes vítimas de TCE, além dos escassos estudos publicados sobre a temática especificamente na área da enfermagem.

Porém, a principal justificativa é o meu interesse na área de neurologia especialmente as particularidades do cliente com TCE. E como é lidar com esse paciente que está fora do comando das suas funções vitais, dependendo de aparato tecnológico, medicações, cuidados intensivos e, portanto dependente de uma equipe de enfermagem e após sua alta, dependente da família, quando o mesmo pode ficar com sequelas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O Traumatismo cranioencefálico e os primeiros cuidados prestados a esse cliente

O conhecimento do conteúdo do compartimento intracraniano e de que ele deve ser mantido constante, sabido o crânio ser uma caixa inextensível, já é observado desde os escritos de Alexander Monro (1783). Aproximadamente 40 anos após, seu discípulo, George Killie, enfatizava a necessidade de se manter constante o volume de sangue e líquido dentro do crânio para manter uma pressão normal, visto demais estruturas não serem compreensíveis. (BARNETT, 1993, p.53-68).

No conjunto de lesões decorrentes das causas externas, o trauma cranioencefálico (TCE) destaca-se em termos de magnitude e, sobretudo, devido às suas consequências. (KOIZUMI & DICCINI, 2006, p.209).

O trauma cranioencefálico é toda e qualquer lesão que atinja do couro cabeludo ao encéfalo, sabendo disso, consideramos que o crânio é dividido em diversos ossos que na criança ainda é formada por diversas cartilagens, porém já no adulto os mesmos já estão bem fixados e sem nenhuma facilidade ao aumento das estruturas internas. Além dos ossos, dentro do crânio estão estruturas, como: nervos; artérias; veias; meninges; líquido cefalorraquidiano; encéfalo; mesencéfalo e ponte; bulbo e cerebelo, Smeltzer e Bare (2006, p.2023).

A fisiopatologia da lesão cerebral traumática ocorre desde a lesão em si que causará um inchaço/sangramento aumentando assim o volume intracraniano, após os ossos que formam o crânio que são estruturas rígidas não permitirão a expansão desse conteúdo aumentando a pressão intracraniana, com isso, a pressão sobre os vasos sanguíneos causam a lentificação do fluxo no local, ocorre por isso, hipóxia e isquemia cerebral, essa pressão começa a aumentar ainda mais e o cérebro pode herniar-se, o fluxo intracraniano cessa. (SMELTZER e BARE, 2006, p.2023).

Segundo Koizumi e Diccini (2006, p.211) as lesões do tipo contusão que são causadas pelo impacto da cabeça em superfície rígida ou pelo deslocamento do encéfalo dentro da caixa craniana, presente no mecanismo de aceleração e desaceleração do trauma podem ser divididas em lesões primárias e secundárias. As primárias ocorrem na hora do evento, estão diretamente relacionadas com o mecanismo do trauma, e a remoção de massa intracraniana ou as correções cirúrgicas são modalidades de intervenções hoje em dia aplicadas. As lesões secundárias, conseqüentes das primárias, atualmente são focos do tratamento após TCE.

Para PHTLS (Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado, 2004, p.205-207) identificar os problemas do paciente com TCE, no atendimento pré-Hospitalar deve-se avaliar a biomecânica do trauma, ou seja, observar a cena, relato de testemunhas, já que o cliente com TCE grave, quase sempre está inconsciente; além de realizar um exame físico primário, que compreende:

- ❖ Vias aéreas, pois clientes inconscientes a língua tende a obstruir a passagem de ar, pode haver algum corpo estranho, vômito, sangramento ou edema;
- ❖ Respiração: observa-se a frequência respiratória, profundidade e eficiência da respiração. A oxigenação adequada do cérebro lesado é parte essencial dos esforços para diminuir a lesão cerebral secundária;
- ❖ Circulação: a manutenção da pressão arterial sistólica deve ficar acima de 90 mmHg, limitando a lesão secundária, com isso o controle de hemorragias e a prevenção de choques é crucial;
- ❖ Avaliação neurológica: a partir da escala de coma de Glasgow determina-se o nível de consciência, o mesmo é dividido em três seções: abertura ocular, melhor resposta verbal, melhor resposta motora. O escore para verificação do grau de coma do cliente vai do valor de 3 a 15, ou seja, um escore abaixo de 10 é indicativo que é necessária atenção, de 7 ou menor é interpretado coma, o valor de 15 é normal.
- ❖ Exposição: observar o cliente como um todo é importante, pois clientes que sofreram TCE geralmente têm outras lesões que podem também arriscar sua vida.

Após, realiza-se o exame secundário, que verifica todos os sistemas do corpo do cliente, exceto os locais onde o trauma já foi cuidado, caso haja tempo.

2.2. Dados epidemiológicos de TCE

O número de casos por ano em 100 mil habitantes em países industrializados oscila entre 100 a 250 casos, porém uma cidade como Cali na Colômbia, que apresenta ao ano 600 de cada 100 mil habitantes. (FUNDACIÓN DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, 2000).

Nos Estados Unidos cada ano morrem 52.000 pessoas e 80.000 padecem de sequelas neurológicas severas como consequência do trauma cerebral, que a mesma causa de morte no grupo de 18 a 44 anos. (FUNDACIÓN DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, 2000).

A partir dos dados Mundiais, considerando que o estudo será realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, na cidade de Niterói, buscou-se dados epidemiológicos que embasassem tal estudo.

Na cidade de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, segundo dados da NITTRANS (NITERÓI TRANSPORTE E TRÂNSITO, 2009) com relação ao número de feridos graves registrados nos acidentes de trânsito ocorridos entre janeiro e setembro do ano de 2009, houve uma redução em relação ao mesmo período de 2008. Em 2008, foram computados 842 feridos graves, enquanto que em 2009 esse número caiu para 694. Também demonstram que os jovens com idades entre 18 e 24 anos e adultos, entre 25 e 31 anos aparecem no topo da lista dos envolvidos em acidentes de trânsito. Oitenta e cinco por cento das vítimas são homens. As mulheres representam 15% do total.

Foram registrados na rede hospitalar do município, 918 feridos graves e fatais provocados por acidentes de trânsito. No ano de 2009, este número caiu para 756, o que representa uma queda de 17,65%. Houve também uma diminuição no número de feridos graves e fatais no período de 30 dias de internação pós-acidente.

Os principais fatores de risco para a ocorrência desses acidentes foram à falta do uso do capacete pelos motociclistas, em segundo lugar, o item velocidade, em terceiro, falta do uso do cinto de segurança, em quarto, o quesito visibilidade, e em quinto lugar, o consumo de álcool. Entre os usuários vulneráveis aparece primeiro, o motociclista (condutor e passageiro), depois o pedestre, em seguida, o motorista de carro de passeio (condutor e passageiro) e por último, o ciclista, segundo NITTrans(2009).

A partir dos resultados do estudo de Sousa, Regis e Koizumi, (1999, p.88) das 156 vítimas participantes, 51,3% constituíram-se de pedestres, 32,0% eram ocupantes de veículos a motor, exceto motocicleta, e 16,7% eram ocupantes de motocicleta. Menores de 43 anos do sexo masculino predominaram nas três qualidades de vítimas, ou seja, de ocupantes de veículo motor (exceto motocicleta), ocupante de moto e pedestre. Entre os pedestres, os homens > 43 anos foram a seguir os mais frequentes, enquanto que nos ocupantes de veículo a motor, exceto motocicleta, destacaram-se as mulheres menores de 43 anos após os homens mais jovens. Além disso, vítimas atropeladas foram proporcionalmente mais frequentes nos

homens maiores de 43 anos quando comparados com ocupantes de veículo a motor, exceto motocicleta. As mulheres mais velhas estiveram presentes de forma similar. As vítimas ocupantes de motocicleta tinham no máximo 38 anos e eram na sua grande maioria (88,5%) do sexo masculino.

Já, Feitoza, Freitas e Silveira (2004, p.226) constataram que o maior número de óbitos ocorreu em pacientes vítimas de TCE, representando um total de 23 (44,2%) dos óbitos.

2.3. A enfermagem e o cuidado humanizado ao cliente com trauma cranioencefálico

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político administrativa dos serviços de saúde.(COFEN,2007)

No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. Em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma.

Ao falarmos em cuidado de enfermagem ao ser humano, seja voltado para a assistência direta ou para as relações de trabalho, implica essencialmente falar de cuidado humanizado. Contudo é importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado. (COLLET & ROZENDO, 2003).

A Portaria n.º 3432/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), estabelece padrões para caracterização da humanização das UTIs e considera como aspectos importantes o ambiente físico, a assistência prestada aos pacientes e familiares e o relacionamento destes com a equipe de saúde.

Segundo Silva (2000):

A humanização em UTI onde se presta cuidados a pacientes críticos, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, necessitam utilizar a tecnologia aliada à empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar

em Unidades Crítica é ato de amor, o qual está vinculado: a motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais.

As representações dos trabalhadores de enfermagem evidenciam que, na UTI, eles também são responsáveis pelos cuidados aos familiares dos pacientes, em geral muito angustiados pela internação e pelo estado grave do parente. Alguns familiares demonstram, durante o espaço restrito das visitas, sentimentos de apreço, gratidão e respeito pelos cuidados prestados ao doente. Esse reconhecimento, quando manifestado, proporciona aos trabalhadores sentimentos de satisfação.

Para poder lidar com o cliente internado o enfermeiro, também tem de estar frente à família do cliente, ou seja, o mesmo tem de criar estratégias para poder conviver com a família dele e lidar com as situações que advém deles.

A internação do paciente em terapia intensiva é um momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que, também, envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Muitos questionamentos emergem por parte da família: “a cura será completa?”, “haverá sequelas?”, “a morte poderá ocorrer?”, “ele consegue nos compreender?”, “sente dor?”.

Sabendo-se que os acidentes de trânsito são considerados problemas de saúde pública no Brasil, o profissional de saúde como membro atuante no cuidado ao cliente que sofre TCE, deve intervir de três formas: rápida e efetiva reanimação da vítima; as cirurgias para remoção de massas intracranianas, tais como hematomas, contusões ou corpos estranhos e a prevenção de lesões secundárias. (KOIZUMI & DICCINI, 2006, p.210).

O atendimento inicial do paciente traumatizado acontece em três etapas sucessivas: na cena do acidente; durante o transporte e no centro hospitalar. (KOIZUMI & DICCINI, 2006, p.210). Na cena do acidente e no transporte são aplicadas as etapas já citadas de exame físico primário e secundário.

2.4. Particularidades do cuidado de enfermagem ao Cliente com TCE no CTI

Como é possível identificar se esse cliente tem TCE grave? Um dos tipos de exames utilizados para a monitorização do cliente com TCE é avaliar sua função neurológica (nível de consciência), a mesma tem bases fisiológicas e classifica o nível de consciência a partir de três indicadores: abertura ocular com pontuação de 4 a 1; melhor resposta verbal que varia de 5 a 1; e melhor resposta motora de 6 a 1. O escore mínimo que pode ser alcançado é 3 e o máximo é 15, o primeiro indica arreatividade e o segundo indica que o paciente está desperto, alerta e totalmente responsivo.

A frequência da realização desse tipo de avaliação ainda não há um consenso, porém na primeira hora de atendimento, a avaliação deve ser realizada a cada 10 ou 15 minutos, modificando assim, com a melhora do quadro.

A gravidade do quadro desse cliente é definida de acordo com as pontuações alcançadas pelo mesmo através da Escala de Coma de Glasgow, no qual é considerado grave aquele que possui pontuação entre 3 e 8, ou seja, menor que 8. (KOIZUMI & DICCINI, 2006, p.66-67)

Um grupo de neurocirurgiões americanos publicou o *Guidelines for the Management of Severe Head Injury*, em 1995, que são as normas para o tratamento do paciente com TCE grave no qual prioriza condutas para prevenir lesões secundárias e oferece diretrizes para monitorização da pressão intracraniana, contraindica o uso de esteroides em pacientes com TCE grave e as manobras de hiperventilação profilática anteriormente muito utilizadas; valoriza a pressão de perfusão cerebral no cuidado das vítimas com esse tipo de lesão, além de oferecer outros elementos para tratamento desses pacientes.

Episódios de pressão arterial sistólica < 90 mm Hg e pressão parcial de oxigênio < 60 mm Hg devem ser evitados e corrigidos imediatamente. A reposição de volume e a terapia com vasopressores são utilizadas para manter a pressão arterial sistêmica e a perfusão cerebral adequada, uma das estratégias do tratamento do paciente com TCE grave é manter a pressão arterial média acima de 90 mm Hg na tentativa de manter a pressão de perfusão cerebral acima de 70 mm Hg.

A monitorização é indicada para o paciente com TCE grave e que também apresentam indicações de alterações na tomografia computadorizada. É também indicada em vítimas de TCE grave com tomografia computadorizada normal, nos casos em que é observada a presença de duas ou três das seguintes condições: idade > 40 anos; presença de descerebração ou decorticação pressão arterial sistólica < 90 mm Hg.

O enfermeiro deve reconhecer os problemas associados com o equipamento de medida da pressão intracraniana, além de identificar prontamente alterações na evolução da vítima que exigem intervenções. (KOIZUMI & DICCINI, 2006, p.221-222)

Nesse estudo iremos tratar prioritariamente do CTI, a Unidade de Terapia Intensiva desempenha, atualmente, um papel decisivo na chance de sobrevivência de pacientes gravemente enfermos, sejam eles vítimas de trauma ou de qualquer outro tipo de ameaça vital. Tal papel tem crescido muito em decorrência da maior quantidade de casos que têm surgido decorrentes da maior violência civil, e a qualidade de suporte de vida tem acompanhado a evolução da tecnologia de ponta. (PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO, DALRI & BASILE-FILHO, 1999, p.419).

A própria melhoria das condições de vida, mesmo em países do terceiro mundo, tem aumentado a longevidade da população e, conseqüentemente, aumentado a quantidade de comorbidades que atingem tais pacientes, expondo-os a um risco maior de serem vítimas de emergências traumáticas ou não traumáticas, aumentando a chance de internação em Unidade de Terapia Intensiva.

A porcentagem de leitos de Terapia Intensiva necessários varia de 7 a 15%, dependendo das características próprias de cada hospital, segundo Pereira, Coletto, Martins, Marson, Pagnano, Dalri & Basile-Filho (1999, p.419)

O objetivo básico do Centro de Terapia Intensiva é recuperar ou manter as funções fisiológicas normais do paciente. Tal objetivo é alcançado através do uso de monitorização contínua dos sinais vitais e suporte medicamentoso ou mesmo mecânico para a recuperação de certas insuficiências orgânicas, como o uso do ventilador mecânico na insuficiência respiratória ou das máquinas de hemodiálise na insuficiência renal aguda. (PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO, DALRI & BASILE-FILHO, 1999, p.419).

Os principais tipos de tratamentos utilizados para lidar com o cliente em Terapia Intensiva, os quais darão conta de suprir as principais particularidades desse cliente são:

-A reposição volêmica, através do adequado restabelecimento dos compartimentos hídricos do organismo, é uma das vigas mestras do tratamento de qualquer tipo de paciente, particularmente dos gravemente enfermos, pois, a função dos vários órgãos dependerá de um fluxo sanguíneo adequado e esta adequação deve ser realizada, em tempo, para que as insuficiências orgânicas, uma vez instaladas, não se tornem irreversíveis (MARSON, PEREIRA, PAZIN FILHO A & BASILE FILHO, 1998, p. 369-379);

-Após a rápida otimização da volemia, se o paciente não recuperar a estabilidade hemodinâmica e normalizar a perfusão tecidual, inferida através da medida do débito urinário, devemos iniciar o uso de aminas vasoativas. Neste momento, certificamo-nos de que o “conteúdo” (volemia) está normalizado, pode estar ocorrendo um problema de “bomba” (função miocárdica) e/ou do “continente” (regulação do tônus vasomotor). (OSTINI FM;

ANTONIAZZI, PAZIN FILHO, BESTETTI, CARDOSO & BASILE-FILHO, 1998, 400-411,);

-A necessidade de suporte ventilatório mecânico pode ser a causa de internação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva ou vir a ser necessária no decorrer do tratamento ou de um estado pós-operatório, quando o paciente desenvolve insuficiência respiratória hipoxêmica ou hipercápnica. (BARBAS, ROTHMAN, AMATO e RODRIGUES, 1997, p. 312-346);

-A dor é um sintoma frequentemente associado ao paciente crítico e o seu tratamento adequado está relacionado não apenas aos processos de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva, mas, também, à modificação do prognóstico e à redução dos gastos hospitalares. O uso de drogas para sedação e analgesia e, às vezes, até o uso de bloqueadores neuromusculares deve ser muito bem orientado e ponderado, tendo em vista as complicações potenciais de cada uma dessas drogas; o prolongamento, muitas vezes desnecessário, do tempo de internação, expondo o paciente a um maior risco de complicações, particularmente as infecciosas; e pelo aumento dos custos hospitalares. (SLULLITEL e SOUSA, 1998, p. 507-516);

-O suporte nutricional é parte fundamental do tratamento das diversas patologias, sendo que a via de administração da dieta e sua composição de nutrientes, que melhor se adaptam a essas condições, devem ser analisadas individualmente. Seu objetivo é preservar a massa corporal ou minimizar a sua perda e produzir um impacto positivo na economia de nitrogênio. (PEREIRA, MARSON, ABEID, OSTINI, SOUZA e BASILE-FILHO, 1998, 349-362);

-O transporte do paciente gravemente enfermo, seja intra-hospitalar ou inter-hospitalar, deve ser uma extensão dos cuidados intensivos dispensados ao paciente dentro do ambiente de Terapia Intensiva. Atualmente, apesar de muitos equipamentos diagnósticos tornarem-se portáteis, como a ultrassonografia, os aparelhos de endoscopia digestiva alta e baixa, o ecocardiograma, os aparelhos de encefalografia e os aparelhos de broncoscopia, tem havido uma grande necessidade de transporte do paciente para áreas fora do ambiente de Terapia Intensiva, necessitando do desenvolvimento e treinamento de um protocolo de transporte para minimizar os riscos para o paciente. Tal protocolo deve ser conhecido por todos os membros da equipe para se evitarem atrasos, uso de equipamentos inadequados ou sem baterias, uso de torpedos de oxigênio vazios, falta de médico no transporte, quando estiver indicada a sua presença. (PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO, DALRI & BASILE-FILHO, 1999, p.424).

As modalidades de monitorização encefálica envolvem aspectos clínicos, variáveis mecânicas e físicas, medidas bioelétricas e metabólicas, além de fatores relacionados à circulação e perfusão cerebral. (RIBAS & FERES, 1999, p. 645 – 652).

Os principais cuidados com o cliente que precisa ser monitorada sua função neurológica, são:

- ❖ O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) é diretamente relacionado à sua pressão de perfusão (PPC) e inversamente proporcional à resistência vascular cerebral (RVC). Define-se pressão de perfusão cerebral (PPC) como a diferença entre pressão arterial média (PAM) e pressão intracraniana (PIC), sendo os valores normais acima de 70 mmHg (MIZUMOTO N, 1996, p. 1-11);
- ❖ O encéfalo reage à agressão cerebral aguda com vasodilatação; hiperemia encefálica. Esse conceito difere de edema cerebral, que também pode ocorrer em diferentes fases após lesão cerebral. Pode haver falência axônica da bomba de sódio e potássio e consequente acúmulo intracelular de líquido – edema citotóxico (RIBAS, FERNANDES e STAVALE, 1999, p. 631 – 643 e MATAMOROS, p. 179-205). Para estes mecanismos de edema cerebral há poucas opções terapêuticas, como, por exemplo, o uso de corticosteroides no edema vasogênico perinfecioso ou peritumoral (RIBAS, FERNANDES e STAVALE, 1999, p. 631 – 643 e MATAMOROS, p. 179-205). Assim, as medidas propedêuticas e terapêuticas visam o controle de volemia intracraniana a fim de evitar os efeitos prejudiciais secundários. As indicações para monitorização da oximetria de bulbo jugular são clínicas e compreende o TCE grave, principalmente Escala de Coma de Glasgow (ECG) menor ou igual a 8;
- ❖ A indicação de monitorização da PIC depende da doença de base em questão e é clínica. Suas indicações têm sido amplamente discutidas, mas tem-se mostrado de maior eficácia, principalmente, no manuseio de TCE, hidrocefalias, hematomas intraparenquimatosos de indicação cirúrgica discutível e em pós-operatório de neurocirurgias de grande porte. (PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO, DALRI e BASILE-FILHO, 1999, p.429);
- ❖ O trauma cranioencefálico (TCE) é a indicação mais comum e, de forma geral, todos os pacientes com ECG entre 3 - 8 com tomografia de crânio (CT) anormal deveriam ser submetidos ao procedimento para o tratamento neurointensivo. (PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO DALRI e BASILE-FILHO, 1999, p.429).

O sucesso da assistência na Terapia Intensiva dependerá das atividades desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com objetivos comuns, devidamente treinada e capacitada para oferecer um suporte avançado de vida a esse paciente dentro de um conjunto de conhecimentos, equipamentos e habilidades técnicas e humanas, que estão em constante aperfeiçoamento e desenvolvimento, necessitando de um processo de educação continuada.

(PEREIRA, COLETTI, MARTINS, MARSON, PAGNANO, DALRI e BASILE-FILHO, 1999, p.433).

O enfermeiro tem um papel importante no planejamento da assistência, dando continuidade ao cuidado através de uma avaliação diária e sistematizada, efetuando intervenções precisas durante o atendimento.

As condutas de enfermagem a serem estabelecidas no atendimento do paciente, no CTI, lidando assim com as particularidades desse paciente que não está consciente de seus atos devido a uma lesão que poderá afetar diversos órgãos e funções do mesmo, devem estar apoiadas em bases clínicas tendo como objetivos, segundo Potter e Perry (2010): assegurar a permeabilidade das vias aéreas; manter a imobilização da coluna cervical; assegurar uma perfusão tissular adequada (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal e periférica) adequada; atender as necessidades de senso e percepção; identificar sinais sugestivos de risco para temperatura corporal alterada; assegurar integridade da pele (Protocolo de Prevenção de Úlcera de Decúbito); atender às necessidades de higiene e mobilização física; atender às necessidades psicossociais e espirituais do paciente e de sua família; garantir um nível de ruído baixo (<60 DB); diminuir, ao máximo, o intervalo dos alarmes dos equipamentos.

2.5. Infraestrutura do CTI:

Na Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, vem definindo como deve ser a infraestrutura das UTIs, os recursos humanos e os requisitos básicos que necessitam.

De acordo com a infraestrutura física no art. 10 devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/ANVISA n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Já na Seção III, vem dispor sobre os recursos Humanos no Art. 12 as atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI, no Art. 13 deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

Nos incisos:

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por

UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

No Art. 14 além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: Médico diarista/rotineiro: 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; Médicos plantonistas: no mínimo 01 para cada 10leitos ou fração, em cada turno; Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 para cada 08 leitos ou fração, em cada turno; Fisioterapeutas: no mínimo 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 para cada 02 leitos em cada turno, além de 1 técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; Auxiliares administrativos: no mínimo 01 exclusivo da unidade; Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

No capítulo III, da RDC os requisitos específicos para unidades de terapia intensiva adulta: cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios; equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto inflável, com reservatório e máscara facial: 01 por leito, com reserva operacional de 01 para cada 02leitos; estetoscópio; conjunto para nebulização; quatro equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 equipamento para cada 03 leitos; fita métrica; equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de: frequência respiratória; oximetria de pulso; frequência cardíaca; radioscopia; temperatura; pressão arterial não-invasiva.

O Art. 58 define que a UTI adulto deve dispor, no mínimo, de: materiais para punção lombar; materiais para drenagem líquórica em sistema fechado; oftalmoscópio; otoscópio; negatoscópio; máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos; materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; aspirador a vácuo portátil; equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro"); ventilômetro portátil; capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez)

leitos; ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos, equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva; materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos; materiais para drenagem torácica em sistema fechado; materiais para traqueostomia; foco cirúrgico portátil; materiais para acesso venoso profundo; materiais para flebotomia; materiais para monitorização de pressão venosa central; materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; materiais para punção pericárdica; monitor de débito cardíaco; eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 para cada 05leitos ou fração; equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01para cada 05leitos; marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 equipamento para cada 10 leitos; equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 para cada 05 leitos; materiais para curativos; materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado; dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente; poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração; maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; cilindro transportável de oxigênio; relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos; refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

No Art. 59 outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela ANVISA.

2.6. Reabilitação

As incapacidades resultantes do traumatismo cranioencefálico podem ser divididas em três categorias físicas, cognitivas e comportamentais ou emocionais. As incapacidades físicas são diversificadas, podendo ser visuais, motoras, auditivas, entre outras; as incapacidades cognitivas frequentemente incluem diminuição da memória e dificuldades de aprendizagem e cognição; e as comportamentais/emocionais são a perda de autoconfiança, comportamento infantil, motivação diminuída, estresse e, mais comumente, irritabilidade e agressão, segundo Hora e Souza (2005, p.93-98).

Altamente vulnerável às alterações comportamentais na fase inicial, entretanto, com o passar do tempo, a pessoa com seqüela de TCE tende a se adaptar aos novos rumos da vida.

3. METODOLOGIA

3.1. Abordagem do estudo

O presente estudo, a partir dos objetivos traçados, tem como tipo de pesquisa a abordagem qualitativa e exploratória. Minayo (1993, p.239-240) diz que “a metodologia qualitativa é abordada procurando enfocar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a ‘fala’ como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais”.

O objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Ao final de uma pesquisa exploratória, você conhecerá mais sobre aquele assunto, e estará apto a construir hipóteses. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do pesquisador. Por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre ela assume a forma de um estudo de caso (GIL, 2008).

Do ponto de vista qualitativo, a abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado.

3.2. O Cenário e Sujeitos do estudo

O cenário utilizado para a pesquisa é o Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Universitário Antônio Pedro. Esse setor do Hospital Universitário Antônio Pedro é um dos mais equipados e onde os profissionais precisam de maior capacitação, pois seus clientes necessitam de cuidado intensivo.

Os sujeitos da pesquisa são os enfermeiros lotados no CTI, diaristas e plantonistas, que atuam nos cuidados aos clientes internados com trauma crânioencefálico grave com

Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 , provocado por acidente de trânsito desde que os mesmos concordem e assinem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os enfermeiros diaristas são aqueles que trabalham todos os dias da semana, exceto final de semana, os plantonistas, no HUAP trabalham 12 horas por dia e folgam 60 horas, ou seja, regime de trabalho de 36 horas semanais.

O critério de inclusão serão todos os enfermeiros do setor que já prestaram cuidado ao cliente acometido por TCE grave com escala de coma de Glasgow ≤ 8 .

O CTI do HUAP possui 14 leitos, sendo 5 da Unidade Coronariana(UCO) e 9 do CTI/geral, que são divididos por especialidades: neurologia, gastrologia, torácica, pneumologia. Porém, somente 06 leitos estão disponibilizados, pois, há alguns meses 3 leitos estão ocupados com pacientes que devido a suas patologias estão impedidos de serem liberados dos cuidados intensivos.

Possui copa, sala de descanso dos médicos da UCO e do CTI, e também duas salas de descanso dos técnicos e enfermeiros, sala de preparo de medicamentos.

O posto de enfermagem fica em posição centralizada em relação a alguns leitos, não a todos, pois existem barreiras físicas, o mesmo não está adequado a RDC nº 50 que preconiza que haja uma visão completa do setor para que a ação com relação aos pacientes seja imediata no momento de urgência.

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2005, p.16), o posto de enfermagem deve ser centralizado, no mínimo um para cada 12 leitos, e situar-se numa área de tamanho suficiente para acomodar todas as funções da equipe de trabalho.

Os sujeitos da amostra são oito enfermeiros mulheres e seis homens, totalizando 14 profissionais enfermeiros que trabalham no CTI do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Dos 14 enfermeiros um é diarista, coordenador da assistência que fica até as 13hs de segunda a sexta, só focado no gerenciamento da unidade e treze são plantonistas inseridos entre plantão diurno e noturno.

A escala de trabalho diurna e noturna é preparada para desenvolver a assistência com dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem

Do total de quatorze enfermeiros apenas sete se disponibilizaram em responder o questionário.

3.3. Aspectos éticos

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos como: Código de Nuremberg (1947) e a Declaração dos Direitos do Homem (1948).

O Conselho Nacional de Saúde (1996) informa que:

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios deste texto, devem cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

Com isso, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de ética do Hospital Universitário Antônio Pedro, com protocolo CEPCMM/HUAP nº 129/11(CAAE – 0134.0.258.000-11) e foi recebido o parecer (ANEXO) com a aprovação na data de 03/06/2011. Os sujeitos após explicação sobre os objetivos da pesquisa foram orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (APÊNDICE 1).

3.4. Coleta de dados

As informações foram coletadas a partir de uma entrevista semiestruturada, com os enfermeiros verificando se os mesmos já prestaram cuidados ao cliente acometido por TCE grave com Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 devido a acidente automobilístico.

Além disso, será aplicada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2) que segundo Mattos (2005):

Na entrevista semiestruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista.

A primeira questão (APÊNDICE 2) tem como base os cuidados que devem ser prestados pelo profissional enfermeiro ao cliente com TCE, segundo Smeltzer e Bare (2005,p.2028 a 2035). Já as demais foram elaboradas com o intuito de responder aos objetivos, sem se basear em nenhum outro instrumento de coleta de dados.

Apesar do número de enfermeiros por plantão e correria do setor, dos 14 enfermeiros, somente 7 se dispuseram a participar da pesquisa. O coordenador da equipe de enfermagem informou que como não participa diretamente da assistência não responderia as questões. Os outros seis enfermeiros não se dispuseram ou não foram encontrados no setor pela pesquisadora.

3.5. Análise e organização dos dados

Após a aprovação do projeto pelo CEP/HUAP, o documento que fornece informações precisas sobre as condições a que serão submetidos denominado Termo de Consentimento Livre esclarecido foi direcionado aos sujeitos do estudo e dado início a coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas foram organizadas de acordo com as questões, de acordo com os objetivos do estudo e suas devidas respostas; as pessoas identificadas através de letras, com o intuito de preservar suas identidades.

Em seguida todas as entrevistas foram agrupadas, em 4 categorias básicas de acordo com cada questão elaborada, a fim de utilizando autores que falam sobre a temática proceder à análise e discussão dos dados coletados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

- *Caracterização dos sujeitos da pesquisa.*

Os indicadores e dados básicos do Brasil de 2004 com a descrição desse perfil de enfermeiros é descrito que aproximadamente 92% do total de enfermeiros são do sexo feminino (DATASUS, 2006). No CTI do HUAP, 57,14% são mulheres e 42,86% são homens.

Quanto à faixa etária dos enfermeiros, três têm idade entre 40 a 45 anos, dois de 35 a 39 anos, um de 24 a 28 anos e um de 46 a 49 anos. Quatro enfermeiros responderam que o tempo de experiência é de 1 a 5 anos, dois mais de 15 anos e um menos de 1 ano.

A Figura 1 ilustra o tempo de formação dos enfermeiros.

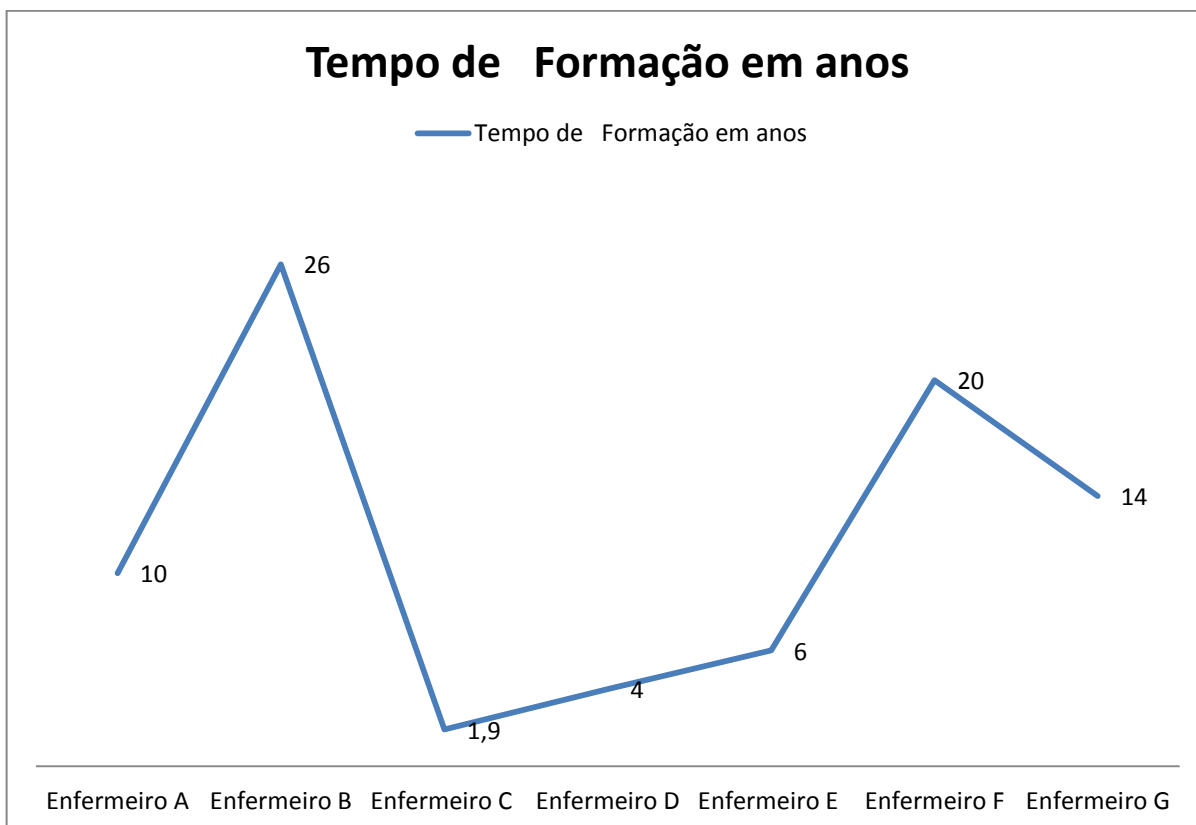


Figura 1- Tempo de Formação dos Enfermeiros em anos.

Com relação à caracterização dos enfermeiros do CTI do HUAP, verificamos que existem mais enfermeiros do sexo feminino, que a idade que predomina é de 40 a 45 anos, que o tempo médio de experiência é de 1 a 5 anos no CTI. O tempo de formação da maioria dos sujeitos entrevistados é de 11,7 anos.

Contrário ao estudo de SPÍNDOLA et al (1994), no qual se verificou que 69,2% da população estava formada há mais de nove anos e que 38,6% atuavam na UTI por mais de dez anos. A faixa etária prevalente (30-34 anos) é diferente do estudo realizado no HUAP, em que a amostra dos enfermeiros é mais velha e o tempo de experiência é menor.

Para análise dos dados, subdividimos em quatro categorias, sendo cada uma delas relacionada a uma questão do instrumento de coleta de dados.

- *Particularidades do cuidado ao cliente com TCE grave provocado por acidente automobilístico.*

Neste item estão descritos vinte e três opções de assistência de enfermagem organizados em ordem de prioridade do cuidado em uma unidade de terapia intensiva, segundo os dados obtidos no Smeltzer e Bare (2005,p.2028 a 2035) que devem ser realizados com o cliente com TCE grave com escala de coma de Glasgow ≤ 8 no CTI de um hospital universitário.

Os dez primeiros cuidados foram considerados como essenciais para o cliente com TCE no CTI, pois representam os cuidados de preservação da vida. (TABELA 1). Os demais itens referem-se a cuidados que podem ser realizados posteriormente.

Esses dez itens básicos, Smeltzer e Bare (2005, p.2028 a 2035) são avaliar nível de consciência através da escala de coma de Glasgow, verificar sinais vitais; avaliar função motora; verificar tamanho e igualdade das pupilas, neurológicos focais, como afasia, déficits de memória, epilepsia ou convulsões pós-traumáticas; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; manter o paciente inconsciente posicionado com o leito a 30° graus; realizar os procedimentos de aspiração efetiva, proteger da broncoaspiração e da insuficiência respiratória, manter os valores de gasometria arterial, monitorar o paciente que está recebendo ventilação mecânica, monitorar as complicações pulmonares; monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico, através dos níveis dos eletrólitos séricos; promover a nutrição adequada, quando receber a nutrição parenteral: elevar a cabeceira do leito e aspirar à sonda enteral, para evidência da alimentação residual antes de administrar alimentações residuais; prevenir lesão, avaliando o paciente para garantir que a oxigenação é adequada.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) que é o item prioritário na ação de enfermagem a tal cliente, é uma escala consagrada mundialmente e amplamente utilizada na avaliação do rebaixamento do nível de consciência (RNC), e nas observações clínicas de vítimas após Traumatismo Cranioencefálico (TCE). (KOIZUMI, 2000, p: 90 a 94).

Na assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios neurológicos, destaca-se avaliação do nível de consciência, segundo D'Arco, Okano e Laselva (1998, p. 1557 a 1563).

A equipe de enfermagem para Cintra, Nishide e Nunes (2005, p. 397) nas primeiras 48 horas, deve estar atenta ao escore de Glasgow, ao padrão respiratório e aos níveis de PIC para intervir rapidamente, evitando complicações. A infecção pulmonar é uma das complicações comuns a esse cliente, por isso é necessário utilizar-se de técnica asséptica na higienização traqueal.

Para melhor visualização, abaixo estão demonstrados os 23 cuidados listados. Após os cuidados que foram selecionados pelos enfermeiros marcados com X.

TABELA 1. Relação de cuidados necessários para cuidado ao cliente com TCE.

Número relacionado à prioridade dos cuidados	Cuidados prestados
1	Avaliar nível de consciência através da escala de coma de Glasgow.
2	Verificar sinais vitais.
3	Avaliar função motora.
4	Verificar tamanho e igualdade das pupilas, anosmia (falta da sensação do olfato), anormalidades do movimento ocular e déficits focais neurológicos focais, como afasia, déficits de memória, epilepsia ou convulsões pós-traumáticas.
5	Assegurar a permeabilidade das vias aéreas,
6	Manter o paciente inconsciente posicionado com o leito a 30° graus,
7	Realizar os procedimentos de aspiração efetiva, proteger da bronco aspiração e da insuficiência respiratória, manter os valores de gasometria arterial, monitorar o paciente que está recebendo ventilação mecânica, monitorar as complicações pulmonares.
8	Monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico, através dos níveis dos eletrólitos séricos.
9	Promover a nutrição adequada, quando receber a nutrição parenteral: elevar a cabeceira do leito e aspirar à sonda enteral, para evidência da alimentação residual antes de administrar alimentações residuais.
10	Prevenir lesão, avaliando o paciente para garantir que a oxigenação é adequada.
11	Verificar se a bexiga não está distendida.
12	Verificar curativos e aparelhos gessados evitando a constrição;
13	Proteger o paciente da autolesão, porém evitar as contenções que podem elevar a PIC, devido ao esforço do mesmo de retirá-la;
14	Minimizar os estímulos ambientais mantendo o ambiente (quarto) calmo;
15	Fornecer iluminação apropriada para evitar alucinações;
16	Minimizar a ruptura de ciclos de sono/vigília;
17	Prevenir distúrbios no padrão de sono, a enfermeira deve agrupar suas

	atividades de cuidado, perturbando o mínimo o paciente.
18	Lubrificar a pele com óleo ou loção emoliente;
19	Preconizar o uso de cateter com preservativo quando houver incontinência, em pacientes do sexo masculino.
20	Manter a temperatura corporal, de 4 em 4 horas.
21	Manter a integridade da pele avaliando todas as superfícies corporais e registrar as condições pelo menos de 8 em 8 horas; virar e reposicionar o paciente a cada 2 horas; realizar o cuidado cutâneo a cada 4 horas.
22	Melhorar a função cognitiva pode ser utilizada a Escala Rancho de Los Amigos.
23	Apoiar o enfrentamento familiar, o enfermeiro pode fazer algumas perguntas a família em busca do enfrentamento efetivo da mesma, como: O que foi perdido? O que é mais difícil para o enfrentamento com essa situação? O enfermeiro deve fornecer as informações exatas e honestas e encorajá-los a manter metas bem definidas, mútuas e em curto prazo.

TABELA 2 – Cuidados prioritários prestados por cada enfermeiro ao cliente com TCE.

Cuidados prestados	Enfermeiros						
	A	B	C	D	E	F	G
1	X	-	X	X	X	X	X
2	X	X	-	X	X	X	X
3	X	-	X	X	X	X	-
4	-	X	-	X	X	-	X
5	X	X	X	X	X	X	X
6	X	-	X	X	X	-	-
7	X	X	-	X	X	X	X
8	-	X	-	X	X	-	-
9	X	-	X	X	X	-	-
10	X	X	X	X	X	-	X
11	X	-	X	X	X	X	X
12	X	X	X	X	X	X	X
13	X	X	X	X	X	-	X
14	-	-	X	X	X	X	-
15	-	-	X	X	-	-	-
16	-	-	-	X	X	X	X
17	-	-	X	X	X	X	-
18	X	-	X	X	X	X	X
19	X	-	-	X	-	-	-
20	X	X	X	X	X	X	-
21	X	X	X	X	-	-	X
22	-	-	-	-	-	-	-
23	-	-	X	X	X	X	-
Total Prioritário	8	6	6	10	10	5	6

Fonte: HUAP/2011.

De acordo com as respostas acima, entre os cuidados prioritários, os mais assinalados pela maioria dos enfermeiros são: avaliação do nível de consciência através da escala de coma de Glasgow, apenas o B, não marcou; verificar sinais vitais, apenas o enfermeiro C, não marcou; avaliar função motora, apenas os enfermeiros B e G, não marcaram.

Para verificar tamanho e igualdade das pupilas, somente B, D, E e G, marcaram; assegurar a permeabilidade das vias aéreas foi o item em que todos selecionaram; manter o paciente inconsciente posicionado com o leito a 30° graus, foi assinalado pelos enfermeiros A, C, D e E,; realizar os procedimentos de aspiração efetiva, proteger da broncoaspiração e da insuficiência respiratória, manter os valores de gasometria arterial, monitorar o paciente que está recebendo ventilação mecânica, monitorar as complicações pulmonares, somente o enfermeiro C, não marcou; monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico, através dos níveis dos eletrólitos séricos, B, D e E, marcaram; promover a nutrição adequada, quando receber a nutrição parenteral: elevar a cabeceira do leito e aspirar à sonda enteral, para evidência da alimentação residual antes de administrar alimentações residuais, A, C, D e E; prevenir lesão, avaliando o paciente para garantir que a oxigenação é adequada, apenas o F, não anotou.

Observamos que há pelo menos uma coerência na relação dos itens dos cuidados ao cliente com TCE internado no CTI apontados pelos enfermeiros.

O item vinte e dois, melhorar a função cognitiva, pode ser utilizada a Escala Rancho de Los Amigos, foi a única em que nenhum dos enfermeiros marcou.

Verificando que Koizumi e Diccini (2006, p.209), Smeltzer e Bare(2005, p.2028 a 2035), Cintra, Nishide e Nunes (2005, p. 397) utilizam como cuidados prioritários ao cliente com TCE grave os já citados e avaliados como os principais a serem realizados imediatamente na chegada ao cliente ao CTI, assim sendo a partir dessa pesquisa com os enfermeiros do HUAP, 71,42% não o realizam completamente.

Considerando a literatura selecionada para o estudo e as respostas obtidas, avalio que é fundamental que 100% dos enfermeiros devem preencher as dez ações prioritárias, porém o ideal de acordo com a bibliografia todos os itens devem ser aplicados.

- *Conhecimento para o desenvolvimento dos cuidados ao cliente com lesão cranioencefálica grave provocada por acidente automobilístico.*

Essa questão conta com três opções, sendo possível a marcação de mais de uma delas.

Na Tabela 2, verificamos que 100% dos enfermeiros desenvolveram suas práticas no CTI com o paciente com TCE grave no próprio campo prático e com enfermeiros mais experientes que já trabalhavam no setor. Quatro disseram que além da prática no campo com os

enfermeiros do setor, também foi através do estudo na área ou em cursos, mas, apenas um relata que o adquiriu prática durante a graduação.

Os cuidados com pacientes neurológicos a cada dia são mais explorados e exigem um grande conhecimento por parte dos profissionais que cuidam deles. Monitorizar pacientes com alterações neurológicas é um grande desafio para toda a equipe, mas é através dela que se obtêm dados confiáveis e necessários para a intervenção.

TABELA 3- Conhecimentos adquiridos.

DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS							
	A	B	C	D	E	F	G
• Durante a graduação.	-	-	X	-	-	-	-
• Através do estudo da área e/ ou em curso após a graduação.	X	X	-	X	-	-	X
• Através da prática no campo e com os enfermeiros do setor.	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: HUAP/2011.

O enfermeiro deve estar atento, pois cuidados inadequados podem agravar o quadro geral do paciente, prejudicando o quadro neurológico, podendo levar a morte, devendo estar capacitado para atender as necessidades do paciente crítico que exige vigilância constante, e aplicando as intervenções necessárias para a sua recuperação.

- *Qualificação profissional sobre a temática TCE grave.*

A qualificação profissional deve estar em conformidade e sintonia com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, destacando que é imprescindível que os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde estejam, constantemente, buscando um saber científico que subsidie a prática assistencial, segundo Lange, Bielemann, Meincke, Thofehn e Schwartz (1999, p.35-43).

Com relação ao terceiro item o mesmo foi dividido em cinco subitens. Primeiro para verificar se o enfermeiro para trabalhar no CTI fez cursos sobre a temática, dentre os pesquisados somente quatro fizeram especialização, não informando a área.

O segundo item verifica se esses profissionais que fizeram especialização, o fizeram após ser admitido no CTI, cinco fizeram após essa admissão, mas um o fez independente de vínculo com o setor.

Verificando a participação como ouvinte em eventos que abordem essa temática de pacientes com TCE na terapia intensiva cinco informam que não. Somente os enfermeiros B e D participam de eventos na área.

Com relação à apresentação de trabalhos sobre a temática em eventos científicos seis nunca apresentaram. Somente o enfermeiro D apresentou trabalho sobre a temática durante evento científico. Não informou qual evento.

Com relação a outros cursos, quatro têm pós-graduações em outras áreas temáticas.

Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem Nº 7.498/86, o enfermeiro privativamente é o profissional que deve prestar cuidados diretos ao cliente grave com risco de vida, no artigo 11, inciso I.

Considerando-se que os enfermeiros devem na faculdade ter um aprendizado em relação à pacientes graves com risco de vida, mas diante da dificuldade na graduação em adquirir conteúdos de maior complexidade faz-se necessário buscar conhecimentos na pós-graduação como a especialização em cuidados intensivos entre outros inclusive.

A apresentação de trabalhos e participação como ouvinte de eventos cuja temática é terapia intensiva também são importantes para obter apoio científico concreto que embasem as ações para um cuidado mais efetivo ao cliente com TCE grave.

- *Cuidado com a família do paciente com TCE grave*

Na quarta pergunta do instrumento de coleta de dados, subdividimos em 5 partes. A primeira refere-se se o enfermeiro disponibiliza um horário no seu plantão para ouvir a família do cliente com opções de sim ou não, somente quatro responderam sim; no segundo, se orienta a família com relação ao comportamento com seu parente internado, durante a visita, sobre falar, tocar etc, 100% dos enfermeiros marcaram essa opção.

O terceiro se fornecem informação sobre os cuidados que estão sendo implementados, também tendo a opção de marcar sim ou não, os sete marcaram, que informam a família. Em seguida, se conforta a família, cinco informam que sim, na questão se alivia, três marcaram essa opção.

Verificamos que apesar de encontrar neste item da pesquisa pontos positivos, os enfermeiros ficaram confusos com relação às respostas a serem dadas.

O processo de hospitalização é um evento estressante, singular para pacientes e familiares. O cuidado de enfermagem é o ponto chave da hospitalização, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no paciente/família e, dessa forma, torna-se possível o aprimoramento de uma relação interpessoal enfermeiro/paciente/família.

Devido ao trauma sofrido o cliente com TCE grave, o mesmo pode sofrer por diversas sequelas que farão com que haja uma dependência, seja total ou parcial e a enfermagem tem o papel realizar cuidados a esse cliente ou auxiliá-lo. Como profissão do cuidado, a enfermagem é importante no resgate da dignidade humana pautada no objetivo de um cuidado efetivo e holístico em qualquer situação.

A hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva traz uma variedade de responsabilidades emocionais e psicológicas para a família que muitas vezes são manifestadas por quadros de choque, ansiedade, raiva, culpa desespero e medo (VERHAEGHE *et al.*, 2005).

A enfermagem não deve somente deixar o familiar entrar na UTI, mas trabalha-la, para potencializar nosso trabalho, é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhes as reações e comportamentos, entender-lhes as emoções. Nossa vida reflete uma luta constante para vencer o abismo entre saber o que fazer e fazê-lo de fato. Humanizar a UTI é voltarmos a

refletir sobre o ser humano, começando pela própria vida, dos nossos parceiros, nossa equipe e, claro conseqüentemente, nossos pacientes. (CINTRA, NISHIDE e NUNES, 2005, p. 10).

A humanização da assistência é um dos aspectos bastante enfatizados no cuidado ao paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE) seja pela enfermagem como por toda a equipe de saúde, de uma forma global. Nesse sentido enfatiza-se que, mesmo o paciente com diminuição do nível de consciência pode perceber o que acontece ao seu redor.

5. CONCLUSÃO

Assim sendo a maioria das pessoas que são acometidas pelo TCE são pessoas em idade produtiva e do sexo masculino e o enfermeiro e a equipe de enfermagem como um todo, dispensa um maior tempo de cuidado a esse cliente.

O enfermeiro tem um papel importante no planejamento da assistência, dando continuidade ao cuidado através de uma avaliação diária e sistematizada, efetuando intervenções precisas durante o atendimento.

A partir da dificuldade encontrada com relação à obtenção das entrevistas com os enfermeiros, considerando que o hospital onde houve a pesquisa é universitário, os mesmos deveriam ter mais disponibilidade e também estímulo em participar das pesquisas realizadas no local.

Os objetivos foram alcançados, pois as particularidades do cuidado de enfermagem ao cliente internado no CTI com lesão cranioencefálico grave com escala de coma de Glasgow \leq 8, foram descritas facilitando o processo para o segundo questionamento do estudo.

A partir desse resultado recomendo a realização de um estudo que venha embasar cientificamente os cuidados prioritários ao cliente com TCE grave do CTI/HUAP e a criação de um protocolo hospitalar para orientar os enfermeiros no desenvolvimento desses cuidados.

Observamos que o enfermeiro deve ser mais capacitado pelas faculdades para que o plano de cuidados a ser aplicado com o cliente grave possa ser realizado desde sua entrada no setor com mais eficácia.

Foi possível através dos resultados, identificar que nos itens marcados pelos enfermeiros em relação aos cuidados prioritários, não há uma integração nas ações. Os itens apontados pelos profissionais considerados mais relevantes foi assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Somente dois enfermeiros realizam os dez cuidados prioritários ao cliente com

TCE. O cuidado melhorar a função cognitiva pode ser utilizado a Escala Rancho de Los Amigos foi à única em que nenhum dos enfermeiros marcou.

Conhecer como o enfermeiro do CTI adquiriu conhecimentos práticos para lidar com esse tipo de cliente, todos relacionam seus aprendizados diretamente a prática no campo ou com enfermeiros do setor.

O estudo serviu para que pudesse ter mais contato com o cliente crítico e perceber o quanto estes pacientes são totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem, por esse motivo, percebo que é imprescindível sua capacitação e qualificação, não só voltada para conhecimentos técnicos, mas para disponibilizar atenção e cuidado a família. Por isso precisa ser revista para possibilitar ações mais integradas entre estes, ressaltando a importância na participação de eventos na área assim como de apresentação de trabalhos resultado de estudos no setor.

Lidar com a família desse cliente vítima de TCE grave, todos responderam que orientam a família com relação ao comportamento com seu parente internado, durante a visita.

A família é um grande vínculo que deve ser criado entre o cliente hospitalizado em estado grave e o enfermeiro, pois com isso será possível que haja um contato mais especializado a esse cliente além de que o profissional enfermeiro que esteja preparado para lidar com o familiar com humanização possa lhe transmitir as informações de forma adequada com clareza e para que sua dor seja amenizada.

A humanização não deve ser algo que só está nos livros, como algo irreal, mas como algo possível de realizar.

Ressaltamos que a seleção de enfermeiros para admissão trabalhar em um setor complexo como o CTI deve ser realizada com rigor, considerar as experiências prévias, além de curso de especialização na área, participação em eventos e apresentação de trabalhos deve ser exigida.

A quantidade de enfermeiros para atuar com pacientes em terapia intensiva também deve seguir as normas estabelecidas.

Salientamos que o aprendizado do cuidado ao paciente grave durante a graduação seja mais eficaz e que a educação continuada do enfermeiro pelas instituições principalmente

aquelas voltadas ao ensino Universitário garanta uma atenção efetiva aos clientes que necessitam de cuidados intensivos para que ocorram menos desacertos nesses setores.

Concluimos que a qualidade das ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro ao cliente vítima de traumatismo cranioencefálico grave com escala de coma de Glasgow ≤ 8 vítima de acidente automobilístico seja uma exigência proporcionando um atendimento dinâmico ao cliente e a seus familiares nesse período crítico garantindo a recuperação e com menos sequelas além do retorno ao convívio social e familiar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

6.1. Obras citadas

ANVISA. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: < http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50_02rdc.pdf.> Acessado em: 12/09/2011.

ARRUDA, A. J. GARCIA, Telma L. R. Diagnóstico de Enfermagem relacionados a oxigenação, atribuídos a vítimas de traumas admitidos em CTI. *Rev. Bras. Enf.*, v 53, n 3. p 368-371. 2000.

BARBAS CSV; ROTHMAN A; AMATO MBP & RODRIGUES JÚNIOR M. Técnicas de assistência ventilatória. In: KNOBEL E. *Condutas no paciente grave*. Atheneu, São Paulo, p. 312-346, 1997.

BARNETT, G.H. Intracranial pressure monitoring devices: Principles, insertion and care. In: ROPPER AH, *Neurological and neurosurgical intensive*. 3th ed. Raven Press, New York, cap.4, p. 53-68, 1993.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10.ed. São Paulo. Ed. Guanabara Koogan, 2005, p.2419.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e dados básicos [texto na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 set. 2]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.3432, de agosto de 1998. Estabelece critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília, Diário Oficial. 13 ago. 1998 (b). seção 1.12., p.109-110.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília.

CINTRA, Eliane Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

COFEN. *Código de ética dos Profissionais de Enfermagem*. Disponível em :< <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>>. Acessado em: 20 de junho de 2011.

COLLET, N; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.56, n.2, p.189-92, 2003.

D'ARCO C, OKANO IR, LASELVA CR. Cuidados de Enfermagem na Assistência Neurológica. In: Knobel E. *Condutas no Paciente Grave*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 1557-63.

DEJOURS C; ABDOUCHELLI E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdouchelli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994(b). p. 33-43.

FEITOZA; Daniela de Souza; FREITAS; Maria Célia de; SILVEIRA; Rita Edna da - Traumatismo crânioencefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, n. 02, p. 223-233, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.

Fundación de Trauma Craneoencefálico. *Guías para el manejo prehospitalario del trauma craneoencefálico*. Nova York: BTF; 2000.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HORA, Edilene Curvelo, Souza, Regina Márcia Cardoso de. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma cranioencefálico para o cuidador familiar. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1): 93-98.

ITO U; NAKAMURA R; SUGANU MAF & STEIN BM. Brain edema during ischemia and after restoration of blood flow. *Measurement of water, sodium, potassium content and plasma protein permeability*. *Stroke* 10:p.542-547, 1979.

JUNIOR., Norman E. McSwain; SALOMONE, Jeffrey; PONS, Peter T. – *PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado*- Ed. Elsevier, 2007.

MARSON F; PEREIRA JÚNIOR GA; PAZIN FILHO A & BASILEFILHO A. *A síndrome do choque circulatório*. *Medicina*, Ribeirão Preto 31:p. 369-379, 1998.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L.: A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Rev. adm. publica*; 39(4):823-847, jul.-ago. 2005.

MATAMOROS MR. Edema cerebral. In: STAVALE M.A, *Bases da terapia intensiva neurológica*. Ed. Santos, São Paulo, cap. 11, p. 179-205.

MICHAELIS. Dicionário Michaelis Online. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=particular>>. Acessado em: 05/ 01/ 2011.

MILET, M.E.; MARCONI, R. *Metodologia participativa na criação de material educativo com adolescentes*. Salvador: Paulo Dourado, 1992.

MINAYO, Maria Cecília S. & SANCHES, Odécio. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3):p. 239-262, jul/sep, 1993.

MIZUMOTO, Nelson. Regulação do fluxo sanguíneo cerebral. In: STÁVALE MA, *Bases da terapia intensiva neurológica*, Ed. Santos, São Paulo, cap. 1, p. 1-11, 1996.

NITTRANS- Niterói Trânsito e Transporte. Disponível em: <<http://www.niteroi.rj.gov.br/novo/index.php/component/content/article/371-nittrans-apresenta-levantamento-tecnico-detalhado-sobre-o-transito-da-cidade>>Acessado em 21 de outubro de 2010.

OSTINI, Fátima Magro; ANTONIAZZI, Paulo; PAZIN FILHO Antonio; BESTETTI, Reinaldo; CARDOSO, Maria Camila M & BASILE-FILHO, Anibal. O uso de drogas vasoativas em terapia intensiva. *Medicina*, Ribeirão Preto 31:p. 400-411, 1998.

PEREIRA JÚNIOR GA; MARSON F; ABEID M; OSTINI FM; SOUZA SH & BASILE-FILHO A. Fisiopatologia da sepse e suas implicações terapêuticas. *Medicina*, Ribeirão Preto 31,p.349- 362, 1998.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves; COLETTI, Francisco Antônio; MARTINS, Maria Auxiliadora; MARSON, Flávio; PAGNANO, Rosana Claudia Lovato; DALRI, Maria Célia Barcellos & BASILE-FILHO, Anibal - O papel da unidade de Terapia intensiva no manejo do trauma- *Medicina*, Ribeirão Preto, 32:p. 419-437, out./dez. 1999

PRIBERAM. Dicionário Priberam. Disponível em: < <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=particular>>. Acessado em: 20/05/2011.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. *Fundamentos de Enfermagem*. Editora Elsevier, São Paulo, 2010.

KOIZUMI, Maria Sumie. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de motocicleta no Município de São Paulo, 1982. São Paulo;1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública USP].

KOIZUMI, Maria Sumie. Avaliação neurológica utilizando a Escala de Coma de Glasgow- origem e abrangência. *Acta Paul Enferm* 2000; 13(1): 90-4.

KOIZUMI, Maria Sumie; DICCINI, Solange. *Enfermagem em Neurociências: Fundamentos para a prática Clínica*, São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p: 209.

KOIZUMI, Maria Sumie; LEBRÃO ML, MELLO-JORGE MHP, PRIMERANO V. Morbimortalidade por traumatismo cranioencefálico no município de São Paulo, 1997. *Arq Neuropsiquiatria* 2000;58:p.1-13.

KOIZUMI, M.S. et al. Seleção de candidatos aos cursos de especialização. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v.19, n.2, p.111-9, 1985.

KOIZUMI, Maria Sumie. Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. São Paulo; 1990. Tese de Livre-Docência -*Escola de Enfermagem da USP*.

KRAUSS JF, MCARTHUR DL. Epidemiology of brain injury. In Evans RW.(ed). *Neurology and trauma*. Houston: Saunders, 1996;p.3-17.

RIBAS GC & FERES JÚNIOR H. Monitorização de parâmetros encefálicos. In: KNOBEL E. *Condutas no paciente grave*, 2ª ed., Ateneu, São Paulo, cap. 47, p. 645 – 652, 1999.

SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. O significado de Humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 370 - 376 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm. Acessado em: 21 de outubro de 2010.

SPÍNDOLA, T.; CASTAÑON, F.F.; LOPES, G.T. O estresse na UTI. *Amb.Hosp.*, v.6, n.5, p.25-41, 1994.

SHIMIZU HE, GUTIERREZ BA. Participação de enfermeiras na implantação e de seu desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. *Rev Esc Enferm USP* 1997; 31(2): 251-8.

SHOEMAKER William& KRAM H. Oxygen transport measurements to evaluate tissue perfusion and titrate therapy: dobutamine and dopamine effects. *Crit Care Med* 16:p. 672-688, 1991.

SLULLITEL, Alexandre; SOUSA, Ângela M. Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em UTI. *Medicina*, Ribeirão Preto 31, p.507-516, 1998.

SOUSA, Regina Marcia Cardoso de; REGIS, Fabiane C.; KOIZUMI, Maria Sumie. Traumatismo crânioencefálico: diferenças das vítimas. *Rev. Saúde Pública*, 33 (1), 1999.

VERHAEGHE, Sofie; DEFLOOR, Tom; VAN ZUUREN, Florence; DUIJNSTEE, Mia; GRYPDONCK, Mieke. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*; 14(4):501-9, Apr. 2005.

7. APÊNDICE 1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: “O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO”

Pesquisador Responsável: Acadêmica de Enfermagem Camila Gramião de Oliveira Cruz, sob orientação da Prof^a Ms^a Enf^a Angelina Cupolillo Gentile.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato: (21) 3297-47581 - (21)869-0424

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G: _____

O(A) Sr. (^a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO”, de responsabilidade do pesquisador Acadêmica de enfermagem Camila Gramião de Oliveira Cruz, sob orientação da Prof^a Ms^a Enf^a Angelina Cupolillo Gentile.

Esse estudo justifica-se, pois é uma área importante para desenvolvimento do cuidado da enfermagem devido sua grande demanda de clientes vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE), além dos escassos estudos publicados sobre a temática especificamente na área da enfermagem.

Já, os objetivos desse estudo são: descrever as particularidades do cuidado de enfermagem ao cliente internado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) com lesão cranioencefálico grave; identificar como o enfermeiro do CTI de um hospital universitário desenvolve os cuidados ao cliente com lesão cranioencefálico grave provocado por acidente automobilístico; conhecer como o enfermeiro do CTI adquiriu conhecimentos para lidar com esse tipo de cliente; como enfermeiro lida com a família desse cliente vítima de TCE.

O método para coleta de dados será composto por 4 questões sendo a entrevista de forma semiestruturada, onde o entrevistador irá assinalar a partir da resposta do entrevistado aquela que mais próximo se adequar as opções do questionário. Não haverá gravação das entrevistas e nem obtenção de imagem dos entrevistados.

Os desconfortos que podem ocorrer são com o término da pesquisa perceber que o seu cuidado prestado não é efetivo suficiente. Não havendo nenhum risco para o entrevistado.

O benefício para os enfermeiros será que os mesmos poderão verificar quais os pontos positivos e negativos de sua prática com relação ao cuidado do cliente com TCE grave no CTI e assim, se qualificarem mais nesta área.

A participação de todos os enfermeiros será voluntária podendo a qualquer momento se recusarem a responder as perguntas ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. É válido ressaltar que este estudo não oferece risco de qualquer natureza biológica ou psicológica.

Todo enfermeiro que participar da pesquisa será identificado a partir de letras do alfabeto conforme a ordem das entrevistas, tendo assim, sua privacidade e confidencialidade garantidas.

Alguns dados de identificação são subjetivos, porém necessários para complementar a pesquisa.

Caso o voluntário necessite sanar alguma dúvida o mesmo entrará em contato com o pesquisador através do telefone fornecido ao mesmo para os devidos esclarecimentos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Camila Gramião de Oliveira Cruz

RG: 118414754

CPF: 05802213779

R: Dr. Celestino, 74-Centro – Niterói - RJ

Tel: (21) 3297-4751/8569-0424

Angelina Cupolillo Gentile

RG: 125371625

CPF: 57232318715

R: Dr. Celestino, 74 – Centro -Niterói-RJ

Tel: (21) 2629-9464/2704-6803

Declaro conhecer que serei entrevistado (a), tendo minha identidade preservada e que o trabalho contribuirá para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência de enfermagem. Além disso, estou sabendo que receberei respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa. Fui informado (a) a respeito da possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; e que as informações relacionadas com a minha privacidade serão mantidas em segredo.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Testemunha

Testemunha

8. APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da entrevista: /..... /.....

Dados de identificação:

Profissional de enfermagem: A () – B () – C () – D () E () F () G () H () I ()

Cargo: ENFERMEIRO: Plantonista () – Diarista () Setor: CTI

Sexo: F () – M ()

Idade: 50 ou mais () - 46 a 49 () – 40 a 45 () – 35 a 39 () – 29 a 34 () – 24 a 28

Tempo de experiência no CTI: menos de 1 ano () – 1 a 5 anos () – 6 a 10 anos () – 11 a 15 anos () – mais de 15anos ()

Tempo de formação: _____

Telefone institucional: _____

1- Quais são os cuidados de enfermagem prestados ao cliente com Traumatismo cranioencefálico grave provocado por acidente automobilístico, com escala de coma de Glasgow (ECGI) ≤ 8 ?

() Avaliar nível de consciência através da escala de coma de Glasgow.

() Verificar sinais vitais.

() Avaliar função motora.

() Verificar tamanho e igualdade das pupilas, anosmia (falta da sensação do olfato), anormalidades do movimento ocular e déficits focais neurológicos focais, como afasia, déficits de memória, epilepsia ou convulsões pós-traumáticas.

() Assegurar a permeabilidade das vias aéreas,

() Manter o paciente inconsciente posicionado com o leito a 30° graus,

- () Realizar os procedimentos de aspiração efetiva, proteger da bronco aspiração e da insuficiência respiratória, manter os valores de gasometria arterial, monitorar o paciente que está recebendo ventilação mecânica, monitorar as complicações pulmonares.
- () Monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico, através dos níveis dos eletrólitos séricos.
- () Promover a nutrição adequada, quando receber a nutrição parenteral: elevar a cabeceira do leito e aspirar à sonda enteral, para evidência da alimentação residual antes de administrar alimentações residuais.
- () Prevenir lesão, avaliando o paciente para garantir que a oxigenação é adequada.
- () Verificar se a bexiga não está distendida.
- () Verificar curativos e aparelhos gessados evitando a constrição;
- () Proteger o paciente da autolesão, porém evitar as contenções que podem elevar a PIC, devido ao esforço do mesmo de retirá-la;
- () Minimizar os estímulos ambientais mantendo o ambiente (quarto) calmo;
- () Fornecer iluminação apropriada para evitar alucinações;
- () Minimizar a ruptura de ciclos de sono/vigília;
- () Prevenir distúrbios no padrão de sono, a enfermeira deve agrupar suas atividades de cuidado, perturbando o mínimo o paciente.
- () Lubrificar a pele com óleo ou loção emoliente;
- () Preconizar o uso de cateter com preservativo quando houver incontinência, em pacientes do sexo masculino.
- () Manter a temperatura corporal, de 4 em 4 horas.
- () Manter a integridade da pele avaliando todas as superfícies corporais e registrar as condições pelo menos de 8 em 8 horas; virar e reposicionar o paciente a cada 2 horas; realizar o cuidado cutâneo a cada 4 horas.
- () Melhorar a função cognitiva, pode ser utilizada a Escala Rancho de Los Amigos.
- () Apoiar o enfrentamento familiar, o enfermeiro pode fazer algumas perguntas a família em busca do enfrentamento efetivo da mesma, como: O que foi perdido? O que é mais difícil para o enfrentamento com essa situação? O enfermeiro deve fornecer as informações exatas e honestas e encorajá-los a manter metas bem definidas, mútuas e em curto prazo.

2- Como você adquiriu conhecimento para prestar cuidados ao cliente com TCE grave no CTI?

- () Durante a graduação.
- () Através do estudo da área e/ou em cursos após a graduação.
- () Através da prática no campo e com os enfermeiros do setor.

3-Trabalhar no CTI X Qualificação profissional na área de CTI sobre a temática TCE grave.

a) Para trabalhar no CTI fez curso de especialização?

Sim () Não ()

b) Após ser admitida para atuar no CTI fez ou está fazendo curso de especialização?

Sim() Não()

c) Participa como ouvinte de eventos que abordem os cuidados com o paciente com TCE grave?

Sim () Não() – Se SIM, quando foi o último _____.

d) Apresenta trabalhos sobre a temática em eventos científicos?

Sim () Não() – Se Sim quando _____.

e) Outros cursos (mestrado p ex.) ()

4-Como lida com a família do cliente com TCE?

a) Disponibiliza um horário no seu plantão para ouvir a família Sim () Não ()

b) Orienta a família sobre como comportar-se com seu familiar internado durante a visita. Sobre falar, sobre tocar etc..()

- c) Informa sobre os cuidados que estão sendo implementados, sobre a evolução. ()
- d) Conforta ()
- e) Alivia ()

9. ANEXO- PARECER DO PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
Representante Comunidade Científica

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Matern. Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio
A.Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

Rosângela Arrabal Thomaz
Faculdade de Medicina

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra
Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia

Abraão Santos / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

CEP CMM/HUAP nº 129/11

CAAE: 0134.0.258.000-11

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

"O ENFERMEIRO E AS PARTICULARIDADES DO CUIDADO AO CLIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO."

Pesquisador Responsável:

Angelina Cupollilo Gentile

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):

Camila Gramião de Oliveira Cruz.

Data: 03/06/11

Parecer: Aprovado

Atenciosamente,

Prof. Herbert Praxedes
Coordenador