

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

SHIRLEY CLEIDE DA CRUZ OLIVEIRA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS COM
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO:**

(RE) Discutindo as Práticas Emergenciais

MOSSORÓ/RN

2010

SHIRLEY CLEIDE DA CRUZ OLIVEIRA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS COM
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO:**

(RE) Discutindo as Práticas Emergenciais

Monografia a ser apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti

**MOSSORÓ/RN
2010**

SHIRLEY CLEIDE DA CRUZ OLIVEIRA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS COM
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO:**

(RE) Discutindo as Práticas Emergenciais

Projeto de Pesquisa apresentado pela aluna Shirley Cleide da Cruz Oliveira, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti
Orientador (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró/RN)

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró/RN)

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares
Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró/RN)

“As dificuldades não foram poucas e os desafios foram muitos... Muitas vezes os obstáculos, pareciam intransponíveis. O desânimo quis me derrotar, porém, a garra e a determinação foram mais fortes, fazendo-me seguir a caminhada. Agora, ao olhar para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente. E então pude constatar que as noites de sono perdidas, visitas realizadas; o cansaço dos estágios, os longos tempos de leitura, digitação, discussão; foram consagrados como vitórias. Aqui estou, como sobrevivente de uma longa batalha, porém, muito mais forte e hábil, com coragem suficiente para mudar a minha postura, apesar de todos os percalços encontrados”.

Autor Desconhecido

DEDICATÓRIA

A Deus....

No corre-corre de minha vida diária, esquece tantas vezes de Te agradecer. Obrigada Senhor, pelos meus filhos, esposo, sogra, pais e amigos, por todos aqueles que entraram na minha história de vida e me ensinaram a crescer, a ser mais humana; pelo término desta longa jornada, o mais sincero agradecimento a ti que me confiaste à vida. Através da minha fé, de minhas orações, e do meu amor, te agradecemos por tudo que fui que sou e ainda serei. E te agradeço principalmente, por nunca ter me deixado nos momentos difíceis e por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Shirley Cleide

AGRADECIMENTOS

A Deus : Por tudo o que me foi concedido.

Aos meus queridos filhos: Kettson Victor e Keffson Felipe, pela compreensão e carinho de cada um deles. Vale salientar que em nenhum momento me canso de olhar pra vocês, por isso, tenho vocês sempre comigo no meu coração, nos meus sonhos e em minhas orações. Amo vocês!

Ao meu anjo e querido companheiro/incentivador: Marinaldo de Oliveira, pela sua constante paciência e dedicação, oferecendo sempre conforto, paz e luz para que eu siga meu caminho. O meu muito obrigada, te amo.

A minha sogra e segunda mãe: Maria Dalva, pela paciência e dedicação com os meus filhos. Sem ela, eu não teria chegado onde cheguei.

A minha irmã e amiga: Tércia, que de uma forma simbólica contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto acadêmica, e que acima de tudo eu a amo.

A minha querida mãezinha: Maria Luzia que com a sua simplicidade me contagia e me dar força para lutar e seguir meu caminho, muito obrigada.

A minha amiga e cúmplice de faculdade: Inahra Márcia, que sempre me motivou e que, através de sua simplicidade, pude observar que para conseguir a amizade de uma pessoa digna é preciso desenvolver em nós mesmos as qualidades que naquela admiramos.

As minhas amigas de faculdade: Deborah, Lidia e Mariana Janini que por, mas obstáculos que enfrentamos descobrir que a amizade e a lealdade residem numa identidade de almas raramente encontrada, que são vocês.

Ao meu orientador: José Rodolfo, pessoa pela qual tenho grande admiração, agradeço por sua paciência, seriedade e pela sua competência do qual me guiou nesse processo. A você o meu muito obrigada.

Aos meus professores: Que de uma forma simbólica contribuiu para o meu aprendizado e crescimento profissional, a todos uma grande abraço.

Muito Obrigada!

RESUMO

(Introdução) O Traumatismo Cranioencefálico – TCE é o principal determinante de óbitos e seqüelas motoras, psicológicas, comportamentais e cognitivas na população dos jovens entre os 15 e 29 anos, portanto classificado como um problema de saúde pública. Em face de tal situação, fica evidente a necessidade de se promover um cuidado eficaz, eficiente e efetivo em face de situações que envolvam TCE's no cuidado emergencial extra ou intra-hospitalar, o que implica na adoção de complexas estratégias reabilitacionais. **(Objetivo)** Para isso, o objetivo do trabalho consistiu em discutir o conhecimento, por parte dos enfermeiros do Pronto-Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM, acerca do atendimento às vítimas de Traumatismo Cranioencefálico - TCE. **(Metodologia)** A pesquisa configura-se como descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa, realizada com seis enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisados à luz do discurso do sujeito coletivo. Com relação aos aspectos éticos, todo o transcurso do trabalho se deu respaldado na resolução 196/96-CNS, sendo inclusive aprovado pelo comitê de Ética Institucional com protocolo nº 95/2010. **(Resultados)** Percebeu-se que, em grande parte dos casos, as intervenções de enfermagem restringem-se ao cumprimento das prescrições médicas. Mas, há casos em que o enfermeiro já esboça um adequado dimensionamento da equipe, assim como desempenha procedimentos com relativa autonomia. Além disso, ficou constatado que, em muitos casos, a assistência de enfermagem se organiza a partir da divisão técnica do trabalho onde cada um dos profissionais desempenha seus procedimentos, favorecendo a fragmentação do trabalho. Quanto à efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por unanimidade ficou constatado que esta não é empregada por uma série de motivos que vão desde a baixa qualificação profissional à falta de estrutura que deveria ser garantida pelo hospital. **(Considerações Finais)** Portanto, torna-se desafiador pensar a SAE voltada para o paciente vítima de TCE no âmbito do Pronto-Socorro. Isto porque uma série de circunstâncias favorecem a perpetuação da situação crítica atual. Todavia, é preciso lutar sempre em busca de uma enfermagem mais crítica e que desempenhe suas práticas com maior autonomia.

Palavras-chave: Enfermagem; Assistência; Traumatismo Encefálico.

ABSTRACT

(Introduction) The Traumatic Brain Injury - TBI is the main of death and motor sequela, psychologist, behavioural and cognitive in the population of the young people between 15 and 29 years, therefore, classified as a Public Health Problem. In view of this situation is an evident need to promote an effective care, efficiently and effectively when faced with situations involving the traumatic brain injury care in emergency or extra-hospital, which implies the adoption of complex rehabilitative strategies. **(Objectives)** For this, the main goal was to discuss the knowledge on the part of nurses in the Emergency Room of the Regional Tarcisio Maia Hospital – HRTMH, about the assistance to victims of traumatic brain injury. **(Methodology)**. The research appears as descriptive, exploratory and qualitative approach, conducted with six nurses who had attended, to the above criteria for inclusion. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the collective subject discourse. With regard to ethical matters, the whole course of the work is a 196/96-CNS backed the resolution, including being approved by the Institutional Ethics Committee under protocol No.95/2010. **(Results)** It was notified that in most cases, the nursing interventions are restricted to adherence to medical prescriptions. But there are cases where the nurse already outlines an appropriate determination of team, and performs procedures with relative autonomy moreover, it was found that in many cases, nursing care is organized from the technical division of labor where each professional performs their procedures, encouraging the fragmentation of work. The effectiveness of the Nursing Care System, was unanimously found that this is not used for a variety of reasons ranging from lack of professional qualifications to the lack of infrastructure that should be guaranteed by the hospital. **(Final Thoughts)** Therefore, it is challenging to think NCS facing the patient suffered TBI in the Emergency Room. This is because a number of conditions favor the perpetuation of the current critical situations, However, we must always strive to seek a more critical nursing and performing their practice with greater autonomy.

Keywords: Nursing; Assessment ; Traumatic Brain Injury.

LISTA DE SIGLAS

ATLS - Advanced Trauma Life Suport- ATLS.....	15
AVC - Acidente Vascular Cerebral.....	12
BHE - Barreira ematoencefálica.....	21
CBPR – Corpo de Bombeiros do Paraná.....	36
CNS - Conselho Nacional de Saúde.....	30
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem.....	23
ECGI - Escala de Coma de Glasgow.....	18
FSC - Fluxo Sangüíneo Cerebral.....	16
HRTM - Hospital Regional Tarcísio Maia.....	14
LCR - Líquido Cefalorraquidiano.....	17
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association.....	25
NIC – Nursing Interventions Classification.....	25
NOC - Nuring Outcomes Classification.....	25
OMS - Organização Mundial de Saúde.....	12
PA - Pressão Arterial.....	16
PHTLS - Pré-Hospital Trauma Life Suport.....	20
PIC - Pressão Intracraniana.....	12
PV - Pressão Venosa.....	16
RCP – Reanimação Cardiopulmonar.....	33
RCR – Reanimação Cardiorespiratoria.....	37
RM - Ressonância Magnética.....	22
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	13
SBV - Suporte Básico de Vida.....	20
SIATE – Serviço Integrado ao Trauma Emergencial.....	36
SNC - Sistema Nervoso Central.....	16
SOBET - Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma.....	13
SUS - Sistema Único de Saúde.....	14
TC - Tomografia Computadorizada.....	22
TCE - Traumatismo Cranioencefálico.....	12
TCLE - Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	29
UTI – Unidade de Terapia Intensiva.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente à questão: Como você avalia as incidências de traumatismo cranioencefálico aqui no HRTM?.....31

Quadro II: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC pertinentes à pergunta: Nos casos de atendimento emergencial às vítimas de TCE, como você, enquanto enfermeiro atua nesses casos?.....32

Quadro III: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a pergunta: De que maneira você organiza a assistência de enfermagem neste setor e nesses casos especificamente?.....34

Quadro IV: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a questão: Nesses casos, como você define o objetivo do seu trabalho? Quando ele começa e quando ele termina?.....37

Quadro V: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a questão: No que se refere à assistência direta ao paciente vítima de TCE, você desempenha cuidados diretos? Justifique. De que maneira?.....39

Quadro VI: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a pergunta: Qual sua opinião acerca dos diagnósticos de enfermagem? Eles são úteis nesses casos? E os planos de cuidados? E as evoluções de enfermagem?.....40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	14
2 REVISÕES DE LITERATURA.....	15
2.1 CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS ESSENCIAIS AO ENTENDIMENTO DO TCE.....	15
2.2 FISIOPATOLOGIA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO – TCE.....	18
2.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS E CONVENCIONAIS NA EMERGÊNCIA.....	20
2.4 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL ÀS VÍTIMAS DE TCE.....	23
2.4.1 Diagnósticos de Enfermagem.....	25
2.4.2 Intervenções de enfermagem com base na NIC.....	26
2.4.3 Resultados esperados com base na NOC.....	26
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
3.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	30
4 ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Com a evolução da humanidade e o desenvolvimento tecnológico, evidenciou-se um aumento progressivo e gradual dos índices de mortalidade em vítimas de traumas mecânicos (MELO et al, 2005). Os acidentes automobilísticos, maiores responsáveis pelas ocorrências de trauma, ocorrem principalmente por falha humana, onde se enumeram: imperícia, imprudência, imaturidade, agressividade e o consumo excessivo de álcool (CARDOSO; FRANCO; GUSMÃO, 2006).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), dentre todas as ocorrências de traumas mecânicos, o traumatismo cranioencefálico-TCE é o principal determinante de óbitos e seqüelas na população dos jovens entre os 15 e 29 anos, portanto classificada como um problema de saúde pública (WHO, 2006-2007).

No Brasil, as causas externas/violências correspondem a umas das principais causas de morte na população em geral, sendo o TCE seu maior aliado, perdendo apenas para o Acidente Vascular Cerebral-AVC, as Doenças cardiovasculares de ordem isquêmica (Infarto Agudo do Miocárdio) e as neoplasias malignas (BRASIL, 2008).

Além das altas taxas de mortalidade, os TCE's possuem a capacidade de gerar seqüelas motoras, psicológicas, comportamentais e cognitivas (MALDAUN et al, 2002).

Tais seqüelas quando não são advindas do próprio mecanismo traumático, são decorrentes de diversos fatores que envolvem a evolução do quadro, por exemplo, um trabalho inadequado de atendimento primário e o aumento da Pressão Intracraniana – PIC que ocasiona a queda no fluxo sanguíneo cerebral, hipóxia e morte neuronal (MELO et al. 2005; DANTAS FILHO, 2004; GUSMÃO, 2002).

Assim, a maneira como o caso é conduzido desde os primeiros momentos após o acidente influi, sobretudo, no resultado final (CARDOSO et al, 2006).

No passado, as pessoas do departamento de emergência e os que efetuavam intervenções pré-hospitalares de emergência não tinham nenhum treinamento especializado e viam-se a frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros (WARNER, 2001). Portanto, o

aperfeiçoamento/preparo das equipes nas unidades de urgências, parece ser uma necessidade eminente.

No Brasil, na década de 1980, mais precisamente no ano de 1985 deu-se maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. Surgiu então a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2001; GOMES, 2001).

Assim sendo, fica evidente a necessidade de se promover um cuidado eficaz, eficiente e efetivo em face de situações que envolvam TCE's, seja no cuidado emergencial extra ou intra-hospitalar, o que implica na adoção de complexas estratégias reabilitacionais, seja na tentativa de (re) inserir este indivíduo no espaço de convívio social e/ou familiar (MALDAUN et al, 2002).

Percebe-se, pois, dois momentos relevantes que envolvem o cuidado a uma pessoa com TCE, o primeiro alusivo ao atendimento da manifestação traumática em ato, envolvendo técnicas/terapias cuja importância reside na estabilização do quadro e evitar possíveis complicações/danos. O Segundo refere-se às estratégias, na existência de seqüelas, que envolvem o relacionamento desta vítima com a sociedade/família, assim como àquelas que viabilizem uma maior independência na realização de suas atividades de vida diária (CAVALCANTI, 2009).

A Enfermagem, tendo o “Cuidar” como elemento indispensável na constituição dos seus processos de trabalho e, acima de tudo, por integrar a equipe multiprofissional de saúde em âmbito hospitalar, deve planificar suas propostas assistenciais de modo a fazer valer essas novas discussões (GARCIA; NOBREGA, 2000).

Para isso, a Enfermagem, precisa lançar mão do que se chama Processo de Enfermagem, uma vez que o mesmo indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de práticas dinâmicas para a sua contemplação. Em outras palavras consiste em um determinado modo ou método de se promover o trabalho da Enfermagem (Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE), fundamentado em valores ético-morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Diante da necessidade da Enfermagem organizar a sua assistência, de modo a embasar as suas ações e garantir resolutividade do cuidado, a pesquisa está alicerçada no seguinte questionamento: até que ponto os enfermeiros desempenham uma assistência organizada/fundamentada, isto é, sistematizada aos usuários vítimas de TCE's?

A relevância do estudo reside no fato de se consolidar cada vez mais a prática da pesquisa no âmbito da Enfermagem e, acima de tudo, de se estabelecer estratégias que viabilizem um cuidado bem fundamentado e que rompa com o estigma de que a prática da enfermagem tem sua base, apenas, no senso comum. Por fim, o conhecimento aqui produzido buscará as melhorias do cuidado de Enfermagem às vítimas de TCE's, fazendo valer inclusive as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

1.2 OBJETIVOS

- ✓ Discutir o conhecimento por parte dos enfermeiros do Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM acerca do atendimento às vítimas de Traumatismo Cranioencefálico - TCE.
- ✓ Compreender os elementos fisiopatológicos que envolvem o TCE.
- ✓ Compreender as intervenções terapêuticas multiprofissionais direcionadas ao cuidado emergencial do paciente com TCE.
- ✓ Compreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE ao paciente com TCE, com base em um cuidado emergencial.
- ✓ Averiguar na compreensão dos enfermeiros o conhecimento sobre TCE.
- ✓ Analisar a opinião dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem no atendimento emergencial às vítimas de TCE.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS ESSENCIAIS AO ENTENDIMENTO DO TCE

O crânio forma uma caixa óssea cuja função essencial é abrigar e proteger o encéfalo. No entanto, cumpre também outras funções importantes, pois abriga os órgãos sensitivos referentes à visão, olfato, audição, paladar e equilíbrio. Pode-se dividir o crânio em duas grandes porções: neurocrânio e viscerocrânio. A primeira compreende a porção superior e posterior maior, que abriga o encéfalo. A segunda compreende a porção anterior e inferior menor que são componentes ósseos de dois grandes sistemas fisiológicos, o digestório e respiratório (DANGELO; FATINI, 2006).

De acordo com o ATLS (2004), fazem parte da constituição neurocrânio a calota (calvária) e a base. A calota é delgada nas regiões temporais onde, é acolchoada pelos músculos temporais. A base do crânio é irregular, possibilitando a ocorrência de lesões quando o cérebro se desloca e desliza no interior do crânio, em decorrência de movimentos de aceleração e desaceleração. Seus respectivos ossos estão interligados por meio de articulações fibrosas do tipo sutura e tais ossos são formados por lâminas externas e internas, de substância compacta, e por uma camada média esponjosa chamada díploe (DANGELO; FATTINI, 2006).

Quanto ao revestimento da calota craniana, este é feito pelo couro cabeludo que envolve as seguintes camadas: Pele, tela subcutânea, músculo occipitofrontal, plano de clivagem subaponeurótico e pericrânio ou periósteo. Essas camadas têm espessura particularmente uniforme (ATLS, 2004).

Uma agressão desconhecida em um dos ossos do crânio pode comprometer a lâmina externa, ocorrendo conseqüentemente uma ruptura da lâmina interna lesionando o encéfalo, vasos e os nervos do crânio. Dos 22 ossos que constituem o crânio, 14 constituem o esqueleto facial (viscerocrânio) e oito formam o neurocrânio (abóbada). Os ossos do neurocrânio são mais espessos posteriormente e sobre as órbitas, e mais delgados lateralmente, onde músculos reforçam a proteção. A forma do crânio é esferoidal, o que oferece maior proteção, pois os traumas tendem a desviar-se em sua superfície curva e lisa (DANGELO; FATTINI, 2006).

O fluxo sanguíneo cerebral varia com seu estado funcional. Calcula-se que em um minuto circula pelo encéfalo uma quantidade de sangue aproximadamente igual a seu próprio peso. O fluxo sanguíneo cerebral normal é de 50 a 55 mL/100 g de tecido cerebral/min. O fluxo na substância cinzenta é de 75 mL/100 g/min, enquanto na substância branca é de 45 mL/100 g/min. Esse fluxo é suficiente para manter as necessidades metabólicas cerebrais (NOBRE, 2004).

O fator mais importante para que o fluxo sanguíneo cerebral seja determinado é pressão de perfusão cerebral (obtida pela diferença entre a pressão arterial média e a pressão intracraniana). O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) é diretamente proporcional à diferença entre a pressão arterial (PA) e a pressão venosa (PV) (MACHADO, 2007).

A circulação arterial do cérebro apresenta duas origens que convergem entre si: o sistema carotídeo e o sistema vertebral. As artérias do cérebro provem de quatro grossos troncos arteriais que entram no crânio para se disporem na massa encefálica. Destes troncos arteriais uns são anteriores e outros posteriores, os anteriores são as duas carótidas internas e os posteriores são as duas artérias vertebrais (MACHADO, 2007).

O SNC é uma extensa e complicada organização de estruturas, é constituído por uma porção intracraniana, o encéfalo e pela medula espinhal, pelas quais as reações internas do indivíduo são correlacionadas e integradas ao meio externo (GOSS, 1988).

O Encéfalo encontra-se situado na caixa craniana, por sua vez, compreende o Cérebro (Telencéfalo e Diencefalo), o cerebelo e o tronco encefálico (Ponte, Bulbo e Mesencefalo) que se unem à medula espinhal para formarem o SNC (PORTO, 2005).

O Telencéfalo constitui a parte mais importante do SNC, localiza-se na caixa craniana e ocupa a maior parte de sua cavidade, tem forma ovóide. Consiste em uma divisão de hemisférios direito e esquerdo, unidos pelo corpo caloso, uma massa de fibras nervosas que possibilita a comunicação entre os centros correspondentes nos hemisférios direito e esquerdo. Cada hemisfério é dividido em quatro lobos, esses lobos são nomeados de acordo com os ossos cranianos que os recobrem (frontal, temporal, parietal e occipital). O lobo frontal influencia a personalidade, a expressão da linguagem e os movimentos, o lobo temporal controla a audição e é responsável pela recordação da memória, o lobo parietal interpreta e integra as sensações de dor, temperatura e o tato grosseiro, já o lobo occipital compreende a interpretação dos estímulos visuais (ANDRIS, 2006).

O Diencefalo é uma estrutura ímpar que compreende a porção mais profunda e mediana do cérebro, da origem ao tálamo, hipotálamo, epitálamo e subtálamo: O tálamo compõe 80% do diencefalo, envolvido principalmente na motricidade do indivíduo, no

comportamento emocional e na ativação do córtex cerebral. O hipotálamo está envolvido diretamente na atividade do sistema nervoso autônomo, regulando inúmeras funções vitais e de homeostase (cardiovascular e temperatura corporal). O epitélamo é encarregado do controle ciclo-cicardiano, da reprodução sazonal e comportamento emocional. O subtálamo faz parte do núcleo de base e contém varias funções reguladoras, incluindo o desenvolvimento dos movimentos automáticos (PORTO, 2005; LENT, 2005).

O tronco encefálico encontra-se abaixo do diencéfalo e é dividido em mesencéfalo, ponte e medula oblonga (bulbo). O mesencéfalo é o local de origem dos nervos cranianos III e IV responsável pela principal via motora do cérebro o mesmo medeia os reflexos auditivos e visuais. A ponte conecta o cerebelo ao cérebro e o mesencéfalo a medula através dos nervos cranianos V, VI e VII e é responsável por conter um dos centros respiratórios. A medula oblonga é o local de origem dos nervos VIII a XII regulando também as funções respiratórias, vasomotoras e cardíacas (GOSS, 1988).

É mister destacar, aqui, que a compreensão dos caracteres morfofuncionais desta estrutura é de fundamental importância para o entendimento de algumas manifestações traumáticas na porção craniana, pois na face anterior do bulbo há duas porções simétricas, chamadas pirâmides, que são formadas por feixes nervosos descendentes que se decussam (cruzam). Deste modo, fenômenos traumáticos em um hemisfério cerebral demonstram sinais clínicos na região contralateral, exceto quando o trauma envolve nervos cranianos, pois estes não decussam em nível de pirâmide e as manifestações são ipsilaterais, a menos que se trate de nervo troclear ou nervo óptico (NITRINI, 2005).

Por fim, existem três membranas de tecido conjuntivo chamado meninges que ajudam a proteger o sistema nervoso central (SNC): dura-máter, aracnóide e pia-máter. A dura-máter compreende como a primeira e mais espessa, ela é uma membrana fibrosa na qual proporciona melhor estabilidade ao crânio, localizada na porção intermediária; a aracnóide tem uma camada fibrosa e frágil com moderada vascularização, na porção mais interna encontra-se a pia-máter uma membrana extremamente fina e altamente vascularizada. O líquido cefalorraquidiano – LCR ou líquor encontra-se num espaço denominado subaracnóideo entre a membrana aracnóide e a pia-máter. As células ependimais revestem os quatro ventrículos cerebrais e o plexo coróide, ajudando na produção de LCR (MARTIN, 1998).

O líquido cefalorraquidiano (LCR) tem grande importância para o encéfalo e para a medula espinal, pois as protegem contra traumas e infecções, sustenta-os e amortece-os contra choques e ainda serve para "limpar" resíduos do metabolismo, drogas e outras substâncias que

se difundem no cérebro através do sangue, além de servir como meio de difusão de células de defesa imunológica e de anticorpos (ATLS, 2004).

2.2 FISIOPATOLOGIA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO – TCE

Para os pacientes vítimas de TCE's, existem inúmeras manifestações, implicações e seqüelas, daí a importância de se discutir aspectos relacionados com o mesmo que pode ser conceituado como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo (SOUZA; REGIS; KOIZUMI, 1999).

Portanto, uma injúria ao cérebro, causada por uma força física externa, pode produzir um estado diminuído ou alterado de consciência, que resulta em comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico, podendo inclusive resultar em distúrbio do funcionamento comportamental ou emocional, em caráter temporário ou permanente, e provocar comprometimento funcional, parcial ou total, ou mau ajustamento psicológico (OLIVEIRA; WIBELINGER; DEL LUCA, 2005).

Para fins didáticos e, acima de tudo, para que se promova uma melhor triagem dos quadros de TCE, costuma-se categorizá-los conforme o mecanismo do trauma, a gravidade do quadro e a morfologia/estruturas afetadas/comprometidas (CARVALHO, 2007):

- ✓ Mecanismo: As forças de impacto, quando aplicada ao crânio, geram deformação, aceleração ou desaceleração, com conseqüente compressão, tensão e distração das estruturas intracranianas, tanto vasculares quanto neurais. A força de impacto determina efeitos locais na superfície, como laceração do couro cabeludo, fratura do crânio, hematomas extradural e alguns tipos de contusões (GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO, 2006).
- ✓ Gravidade: Conforme Anexo. O score da Escala de Coma de Glasgow – ECGI é usado como medida clínica objetiva da gravidade do trauma cranioencefálico. A ECGI, descrita na década de 70 pelos professores Bryan Jennett, Grahan Teasdale na Universidade de Glasgow na Escócia, tornou-se mundialmente aceita pela facilidade de sua aplicação, rápida execução e a capacidade de melhor padronização nos registros feita pela equipe de saúde, tornando-se assim capaz de identificar precocemente a deterioração neurológica. É uma excelente ferramenta para detectar, avaliar quantitativa e qualitativamente o doente. Possibilita a identificação e a graduação das respostas dos

indicadores com abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (ATLS, 2004; GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO; 2006; CARVALHO et al., 2000).

A pontuação deve ser dada para a melhor resposta do paciente em cada indicador. O valor total da escala consiste na somatória dos três indicadores citados acima, sendo assim a pontuação total varia de 3 a 15 pontos, podendo estar classificada em leve, moderado e grave. Portanto os pacientes com abertura ocular espontânea que obedecem a comandos verbais e encontra-se orientados, tem escore entre 14 e 15 e são nomeados como “leves”, já os trauma cranioencefálico com escore de 9 a 13 são designados como “moderados”, portanto os pacientes com escore igual ou inferior a 8 é classificado como “graves” (KOIZUMI; ARAUJO, 2005).

Morfologia/estruturas afetadas/comprometidas: dividem-se em lesões extracranianas, fraturas do crânio e lesões intracranianas;

- ✓ Lesões extracranianas: Lesões do couro cabeludo acometido eventualmente por contusões e lacerações. Estas lesões indicam o local de impacto, ou seja, pacientes que apresentem essas lesões devem ser suspeitos de terem sido vítimas de TCE. Geralmente observadas são escoriação, contusão, equimose e laceração (GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO, 2006).
- ✓ Fraturas de crânio: As fraturas de crânio podem ser identificadas na calota ou na base do crânio, podem ser lineares ou estreladas e ou aberta ou fechadas. Existem alguns sinais clínicos que ajudam na sua identificação, a equimose periorbital (olhos de guaxinim), à equimose retroauricular (sinal de Battle), fissura líquórica através do nariz (rinorréia) ou do ouvido (otorréia) e disfunção dos nervos cranianos VII e VIII (paralisia facial e perda de audição) que ocorre imediatamente após o trauma ou poucos dias após a lesão inicial (ATLS, 2004).
- ✓ Lesões intracranianas: Essas lesões podem ser designadas como focais ou difusas, embora as duas formas de lesão freqüentemente coexistam. Focais incluem os hematomas epidurais, os subdurais, contusões e hematomas intracerebrais. As lesões difusas (concussão, lesão axonal difusa ou edema cerebral) variam de concussões leves nas quais a tomografia computadorizada é habitualmente normal. As lesões difusas são mais comuns em crianças com TCE, principalmente pela desproporção entre a cabeça e o tronco, que propicia a movimentação pendular, pela imaturidade encefálica com grande conteúdo de água e com mielinização incompleta e pela expressiva susceptibilidade às lesões secundárias, incluindo lesão axonal difusa ou edema cerebral. Pacientes que apresentem esses tipos de lesões geralmente vem a ter

uma breve perda de consciência, hipoxia, apnéia e podendo desenvolver amnésia retrograda (ATLS, 2004).

Atualmente, enfatiza-se a divisão das lesões cerebrais em primárias e secundárias. Esta abordagem tem como objetivo estabelecer correlações clínico-patológicas e auxiliar na identificação das complicações potencialmente estáveis (PHTLS, 2007).

As lesões cerebrais primárias ocorrem no momento do trauma; é representada pelas contusões, lacerações e pela lesão axonal difusa, normalmente consideradas como irreversíveis. A lesão cerebral secundária refere-se aos processos contínuos de lesão que são desencadeados pela lesão primária, mais que só se evidenciam clinicamente algum tempo depois: As causas mais comuns de lesão secundária estão associadas à hemorragia intracraniana, a tumefação cerebral, a hipertensão intracraniana e a lesão cerebral hipóxica (GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO, 2006).

2.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS CONVENCIONAIS NA EMERGÊNCIA.

O atendimento primário as vítimas de TCE's, nos ambientes extra e intra-hospitalar, iniciam-se pelas Manobras de Suporte Básico de Vida (SBV). Este atendimento é preconizado pelo Pré-Hospital Trauma Life Support – PHTLS e pelo próprio Advanced Trauma Life Support- ATLS, sendo assim utilizado mundialmente com um único propósito de viabilizar uma assistência eficaz, efetiva e eficiente à vítima de TCE (ATLS, 2004).

Independente do atendimento emergencial as vítimas de TCE se processar em âmbito intra ou extra-hospitalar, os mesmos são avaliados e as prioridades de tratamento são estabelecidas de acordo com suas lesões, seus sinais vitais e mecanismo da lesão. Em todos os casos, deve ser estabelecida uma sequência lógica de tratamento de acordo com as prioridades baseada na avaliação geral do doente. Este processo constitui o ABCDE do trauma que consiste na preconização da seguinte sequência:

- A - Vias aéreas com proteção da coluna cervical
- B – Respiração e ventilação
- C - Circulação e controle de hemorragia
- D – Avaliação neurológica
- E – Exposição da vítima e prevenção de hipotermia

Fonte: ATLS, 2004; NAEMT- PHTLS, 2007

O princípio básico preconizado por todos os protocolos de cuidados é prevenir as lesões e evitar seqüelas. Todos os pacientes portadores de traumas devem ter uma assistência emergencial adequada, conforme sua necessidade, portanto o uso de algumas drogas e soluções é de extrema necessidade para o seu tratamento. Progressos consideráveis têm ocorrido no tratamento farmacológico do trauma crânio encefálico, assim como algumas estratégias farmacológicas ainda possuem um efeito duvidoso.

- ✓ Soluções Salinas: Administrada conforme sua necessidade, portanto recomenda-se o uso de soluções salina Isotônica ou de Ringer Lactado para manter a normovolemia e os níveis séricos de sódio (ATLS, 2004).
 - ✓ Hiperventilação: Deve ser usada somente com moderação por período de tempo limitado. É preferível manter a PaCO₂ entre 25 e 30 mmHg. A hiperventilação age reduzindo a PaCO₂ e produzindo vasoconstrição cerebral (ATLS, 2004).
 - ✓ Manitol: É usado para reduzir a pressão intracraniana, habitualmente a solução é a 20% com dose aceitável de 1 g/kg por via endovenosa em bolus. Tem a função de estabelecer um gradiente osmótico entre o plasma e o encéfalo, retirando água intersticial para a circulação através de uma barreira hematoencefálica (BHE) intacta. Alguns estudos indicam que ele pode influenciar a PIC, aumentando transitoriamente o fluxo sanguíneo cerebral (FSC), expandindo o volume plasmático e reduzindo a viscosidade do sangue; desta maneira, induz a vasoconstrição, reduzindo o volume sanguíneo intracraniano (TAWFEEQ et al, 2009).
 - ✓ Furosemida (Lasix): Conhecido como diurético de alça, exercendo seu maior efeito na alça de Henle e sendo o diurético mais potente em seu uso clínico. A sua duração é habitualmente de 2-3 horas com dosagem de 0,3 a 0,5 mg/kg administrada por via endovenosa. Tendo capacidade de potencializar a ação do manitol reduzindo a pressão intracraniana PIC (IVES, 2005).
 - ✓ Barbitúricos: A monitoração dessas drogas deve ser a mais completa possível, devido aos grandes riscos de instabilidade hemodinâmica. A princípio, a droga de escolha dentre os barbitúricos para o tratamento de TCE é o Pentobarbital com dosagem de ataque em 10mg/kg e o Tiopental a 5mg/kg ambas por via endovenosa. A terapia barbitúrica tem a capacidade de proporcionar um controle adequado das crises convulsivas nos quadros de lesões cranioencefálicas (GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO, 2006).
-

¹ PaCO₂ (Pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial). Reflete o equilíbrio entre a produção de gás carbônico e a ventilação alveolar, constituindo assim a melhor forma de avaliação desta. Valores considerados normais: 35 – 45 mmHg (DREYER; ZUNIGÁ, 2008).

- ✓ Metilprednisolona: A utilização de mesma torna-se uma medida profilática importante, visto que esta substância farmacológica reduz significativamente as complicações neurológicas. A administração de altas doses até 8 horas após o trauma é de 30 mg/kg no início, sendo essa dose seguida de infusão de 5,4mg/kg/h, durante 23h, este tratamento constitui uma das terapia-padrão de lesão pós traumática (GUZEN et al, 2009).
- ✓ Hipotermia: Embora muito disseminada nos meios de comunicação, até então a indução da hipotermia demonstra a ausência de qualquer benefício aos pacientes com TCE. Estudos mostram que os pacientes submetidos a esse tipo de tratamento permaneceram hospitalizados por mais tempo, evidenciando-se a não eficácia do prognóstico em vítimas de TCE (GUSMÃO; UIHOA; CARDOSO, 2006).

Com o avanço tecnológico, os exames subsidiários vieram complementar os dados da historia e do exame físico para elucidação diagnóstica. Atualmente, a disponibilidade desses tipos de exames proporciona melhor prognóstico aos pacientes, por exemplo, os exames de imagens que são utilizados como métodos complementares (BAPTISTA, 2001). As imagens são obtidas através de Raios-X simples, Tomografia Computadorizada - TC e Ressonância Magnética - RM, todas com finalidades parcialmente semelhantes, modificando apenas a precisão e alguns critérios que são levados em conta:

RX habitualmente utilizado para avaliar a integridade óssea, O feixe detecta a intensidade e mostra a densidade do osso afetado, freqüentemente utilizado no TCE quando não há disponibilidade de TC. A simplicidade do procedimento, o baixo custo e a rapidez são as grades vantagens do método (ANDRIS, 2006).

TC, esta técnica emprega fontes múltiplas de raios X e utiliza radiação ionizante capazes de produzir feixes muito estreitos e paralelos que percorrem ponto a ponto o plano que se pretende visualizar no encéfalo, medindo então a radiodensidade de cada ponto. É muito indicada em traumas, e demonstra ser largamente utilizada, como recurso diagnostico no TCE (MACHADO, 2007).

RM essa técnica é essencialmente diferente da anterior, pois não emprega raios X e não utiliza radiação ionizante. É essencialmente evidente nos átomos de hidrogênios que compõem as moléculas de água. A técnica apresenta uma resolução maior do que a obtida pela tomografia computadorizada, podendo assim distinguir facilmente, a substância branca da cinzenta. Em casos mais específicos, a RM é mais bem interpretada como método

complementar a TC, é indicado para pacientes com TCE que não apresente melhora clínica (BAPTISTA, 2001; MACHADO, 2007).

A indicação cirúrgica para as vítimas de TCE vai depender do volume e da localização da lesão. Ela será tanto mais precisa e imediata quanto maior e mais próxima a lesão estiver da região temporal. Aqueles pacientes que não preenchem os critérios de indicação operatória devem ser admitidos com base em um protocolo para observação apurada da evolução clínica, enquanto o tratamento clínico é instituído (CARDOSO; FRANCO; GUSMÃO, 2006). Todavia, existem alguns casos que merecem destaques: As lesões do couro cabeludo; Fraturas com Afundamento de Crânio e Lesões Intracranianas intraparenquimatosas. Todos estes necessitam claramente de tratamento cirúrgico.

2.4 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL ÀS VÍTIMAS DE TCE

A cota de cuidados ao paciente requer do enfermeiro multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação. Quanto maior o número de necessidades, maior será a necessidade de se planejar uma boa assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

A resolução do COFEN-272/2004 considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE como uma sendo atividade privativa do enfermeiro. Utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2004).

A SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

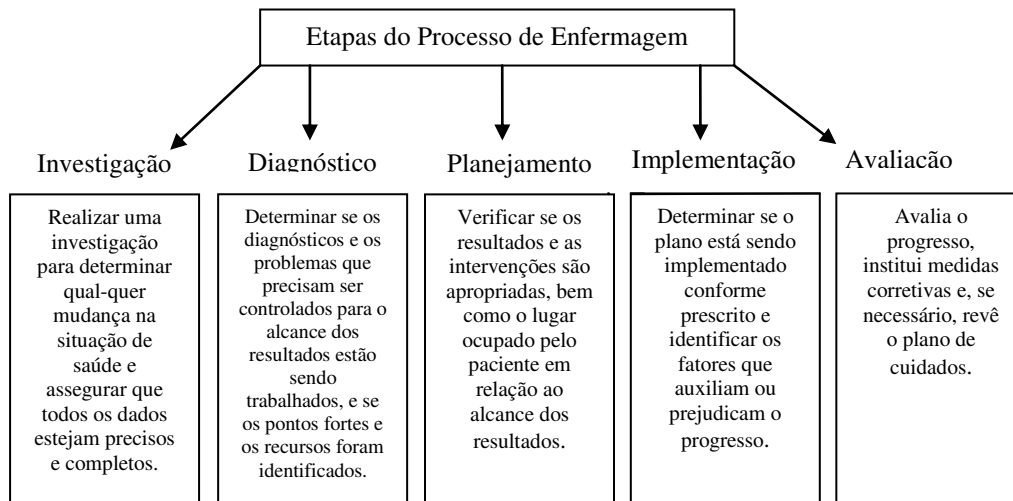
Já segundo Feitoza (2004), o Processo de Enfermagem vem dar suporte e orientar o profissional na elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Assim, o Processo de Enfermagem, enquanto base para a SAE atua como um instrumento metodológico, que guia o enfermeiro sobre o que diagnosticar, intervir e avaliar, tornando-a mais científica e menos intuitiva (JESUS, 2002).

No Brasil, alguns enfermeiros têm utilizado o processo de enfermagem como um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Para Iyer; Taptich; Bernocchi-Losey (1993), o processo de enfermagem, visto na perspectiva de promover a SAE, desenvolveu-se em cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), coerentes com a evolução da profissão.

Enfim, a SAE é a dinâmica das ações organizadas e inter-relacionadas, que visa uma assistência de melhor qualidade ao ser humano, e que se podem resumir em etapas, fases ou componentes conforme esquema abaixo:



Fonte: Modificado de ALFARO-LEFEVRE, 2005.

Com base no esquema anterior, é possível definir cada etapa do processo de enfermagem da seguinte maneira:

- ✓ **Investigação:** Consiste na coleta de informações referentes ao estado de saúde do paciente, com o propósito de identificar as necessidades e os problemas do mesmo. Portanto, torna-se imprescindível que as informações coletadas sejam as mais precisas e fidedignas possíveis (TANNURE; GONÇALVES, 2009).
- ✓ **Diagnóstico:** Baseiam-se tanto nos problemas reais quanto nos problemas potenciais. Durante essa etapa, todos os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente (CARPENITO, 2009).
- ✓ **Planejamento:** Inicia-se pela priorização dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, o enfermeiro e sua equipe analisam e determinam quais problemas ou necessidades do

paciente são urgentes e precisam de atendimento imediato (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

- ✓ Implementação: Consiste na implementação das ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados, definido durante o estágio de planejamento realizado pelo enfermeiro, visando promover melhor estado de saúde e de minimizar riscos (TANNURE; GONÇALVES, 2009).
- ✓ Avaliação: Consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos, essas prescrições deveram estar em locais apropriados, tais como o prontuário. Institui medidas corretivas e, se necessário, revê o plano de cuidados nas prescrições de enfermagem (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

No que se refere aos cuidados de Enfermagem às vítimas de TCE, é importante destacar a maneira como cada fase que compreende a SAE se dispõe. Sendo assim, é preciso apontar elementos que indiquem alguns diagnósticos, intervenções e resultados esperados (com base nas intervenções tomadas), respaldando-se na North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, Nursing Interventions Classification – NIC e Nursing Outcomes Classification – NOC.

2.4.1 Diagnósticos de Enfermagem:

- ✓ Confusão Aguda relacionado à lesão neurológica, evidenciado por agitação aumentada, inquietação e flutuação do nível de consciência. Tal diagnóstico surge em face de um Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, que ocorrem durante um breve período de tempo.
- ✓ Perfusão Tecidual Cerebral Alterada relacionado à interrupção do fluxo sanguíneo por lesões traumáticas, evidenciado por nível de consciência alterado, alterações nas respostas motora/sensorial, agitação e alteração nos sinais vitais. Esse distúrbio se torna prejudicial tanto na quantidade quanto na qualidade de perfusão cerebral de um indivíduo de lesão traumática.
- ✓ Síndrome Pós-trauma relacionado a conflitos fisiológicos por acidentes graves de veículos motores, evidenciado por agressão pós-trauma com déficit de memória/alteração recente, remota e imediata, desorientação quanto a tempo, espaço, pessoa, circunstâncias e eventos traumáticos. Vale destacar que a assistência prestada às vítimas de forma coerente pode reduzir seqüelas e evitar maiores danos neurológicos.

- ✓ Padrão Respiratório Ineficaz relacionado a comprometimento neuromuscular (lesão no centro da respiração), evidenciado por alterações na profundidade respiratória devido à capacidade vital diminuída. Esse déficit se dá pela inspiração ou expiração não proporcionada à ventilação adequada.
- ✓ **2.4.2 Intervenções de Enfermagem com base na NIC:**

Confusão Aguda:

- ✓ Administração de medicamentos conforme prescrição médica;
- ✓ Controle de alucinações e delírio;
- ✓ Melhora do Sono;
- ✓ Monitoração dos Sinais Vitais.

Perfusão Tecidual Cerebral Alterada:

- ✓ Determinar fatores relacionados, tais como causa do coma e aumento da PIC;
- ✓ Monitorar estado neurológico, com auxílio da ECGI;
- ✓ Avaliar melhor resposta ocular, verbal e motora;
- ✓ Observa padrão e ritmo respiratório.

Síndrome Pós-trauma:

- ✓ Avaliar o ciclo de atenção/distração;
- ✓ Observa nível de ansiedade e reduzir quadro de agitação;
- ✓ Rever a necessidade de avaliação neurológica;
- ✓ Fornecer informações sobre o processo de lesão relacionada com os sintomas;
- ✓ Manter estabilidade dos sinais vitais.

Padrão Respiratório Ineficaz:

- ✓ Monitorar frequência, ritmo e profundidade da respiração;
- ✓ Elevar à cabeceira do leito a 30° quando permitido;
- ✓ Realizar aspiração das vias aéreas, por não mais que 15 segundos, observando aspecto, coloração e odor;
- ✓ Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de hipoventilação e a presença de ruídos adventícios;
- ✓ Monitorar o uso de drogas depressoras do sistema respiratório (sedativos);
- ✓ Administrar oxigênio quando necessário.

2.4.3 Resultados Esperados com base na NOC:

✓ **Confusão Aguda:**

Melhor Processamento de Informações, com orientação Cognitiva presente e Estado Neurológico com evolução do nível de consciência.

✓ **Perfusão Tecidual Cerebral Alterada:**

Manter o nível de consciência comum/melhor, a cognição e a função motora/sensorial. Demonstra sinais vitais estáveis e ausência no aumento da PIC.

✓ **Síndrome Pós-trauma:**

Alcançar e manter a atividade mental regular e a orientação da realidade. Pode reconhecer e intervir as alterações do nível de consciência com esquema terapêutico.

✓ **Padrão Respiratório Ineficaz:**

Manter o padrão respiratório normal/eficaz livre de possíveis complicações, com controle de gasometria arterial/oximetria de pulso dentro de uma variação aceitável do paciente.

Por fim, é preciso deixar claro que os diagnósticos de Enfermagem, assim como as Intervenções e os Resultados Esperados, devem funcionar apenas como eixos norteadores da construção/organização das práticas intervencionistas da Enfermagem e não como elementos que engessem o trabalho do enfermeiro. Sendo assim, a SAE pode ser encarada como um elemento que, acima de tudo, faz valer a concepção crítica e reflexiva de cada um dos enfermeiros que atuam na assistência.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa configura-se como descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Quanto ao aspecto descritivo, vale salientar que esse tipo de estudo permite ao investigador buscar o aprofundamento e a abrangência da compreensão de fatos ou fenômenos de determinada realidade (TURATO, 2003).

Como estamos nos referindo a um trabalho típico de uma investigação social, esta deve contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2000).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local escolhido como campo de pesquisa foi o Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM, especificamente o Pronto-Socorro, por se tratar da unidade pública de referência para o interior do estado no atendimento às Urgências.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população escolhida correspondeu aos enfermeiros que atuam no PS do HRTM. Isto posto, para integrar a amostra do estudo, o critério de inclusão fundamental consistiu exatamente no fato de integrar a escala dos enfermeiros plantonistas do serviço de emergência. Com isso, o “N” da pesquisa foi os oito enfermeiros que lá atuam e, para participarem da pesquisa, todos foram informados/sensibilizados acerca da realização da mesma.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, isto é, com questões abertas sobre a sistematização da assistência de enfermagem no atendimento emergencial às vítimas de traumatismo cranioencefálico, que teve como principal intuito investigar o conhecimento prévio dos sujeitos sobre as condutas que envolvem a assistência de enfermagem no TCE.

Vale salientar que este tipo de recurso foi utilizado particularmente por permitir desvendar nuances de determinada vivência. Neste aspecto, o pesquisador detinha conhecimentos da temática em questão e, por isso, formulou alguns pontos que delinearão o transcurso da entrevista (RICHARDSON, 2007).

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nos períodos diurnos e finais de semana, a fim de assegurar um maior número de participantes e uma maior representatividade da amostra da população nos diversos turnos de trabalho.

Os sujeitos da pesquisa foram informados/sensibilizados acerca dos objetivos do trabalho. Aceitando participar, os mesmos assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e as entrevistas foram gravadas por meio de MP3 e, em seguida, transcritas para uma melhor estratificação dos resultados. Para a manutenção da privacidade e sigilo dos sujeitos, foram utilizados pseudônimos. Os mesmos receberam numeração arábica de um a seis.

Os participantes receberam a entrevista semi-estruturada contendo as questões dissertativas pertinentes à temática em questão. Os instrumentos só foram respondidos em presença da pesquisadora, no intuito de prevenir fraudes na qualidade das respostas.

A pesquisadora permaneceu durante todo o tempo no local à disposição dos respondentes para esclarecimento de dúvidas a respeito do preenchimento da entrevista.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS:

Os dados foram analisados por meio da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Sendo assim no que se refere aos passos operacionais até a síntese no discurso do sujeito

coletivo, os mesmos incluem: leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta; análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que foi uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo de cada quadro obtido na etapa anterior (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Este recurso se trata de uma síntese elaborada a partir dos discursos de cada entrevistado, o que conduz a planificação de um discurso coletivo que esboce a ideia consonante de todos esses indivíduos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o transcurso da Pesquisa foi desenvolvido respeitando os princípios Éticos preconizados na Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A carta de anuência escrita e assinada por parte da direção do HRTM também se fez um instrumento necessário para a realização da pesquisa e os dados somente foram coletados após aprovação no Comitê de Ética Institucional (Protocolo nº 95/2010 e CAAE nº 2983.0.000.351-10) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE por parte dos sujeitos da pesquisa.

Com relação aos riscos e benefícios decorrentes dessa pesquisa ao participante, vale destacar que os riscos foram de ordem mínima e centraram-se nos danos de ordem moral, caso os dados fossem tratados de maneira inadequada. Todavia, os pesquisadores envolvidos responsabilizaram-se em trabalhar com as informações obtidas de maneira adequada e sigilosa, inclusive comprometendo-se com ressarcimento e/ou indenização nos casos extremos que as circunstâncias determinem. No que tange aos benefícios, estes se definiram pela possibilidade de gerar melhorias para o atendimento emergencial às vítimas de TCE realizado pelos Enfermeiros do HRTM.

3.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA:

Todas as despesas que envolveram a realização desta pesquisa foram de responsabilidade direta da pesquisadora participante. Toda via, a FACENE/RN disponibilizou computadores, biblioteca e banca examinadora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste item serão analisados os discursos referentes às entrevistas realizadas com os enfermeiros do Pronto-Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia - HRTM. Para melhor compreensão, os dados serão organizados segundo a ordem da entrevista semi-estruturada previamente elaborada no instrumento de coleta de dados, a partir de quadros explicativos. A técnica de análise escolhida o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC.

QUADRO – I: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente à questão: Como você avalia as incidências de traumatismo cranioencefálico aqui no HRTM?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
I – Incidência do TCE	“(…) Bastante alta sabe, principalmente em período de festa, finais de semanas e começo de mês, são períodos em que a população acaba tendo um pouco mais de acesso ao dinheiro e vão com mais frequência a bares a festas (...)” <i>Enfermeiro 3</i>
II – Causas do TCE	“(…) sendo a maioria dos casos devido a acidentes automobilísticos, são quase 100% vinculado a associação de álcool e direção e na grande maioria das vezes esta ligada ao paciente que sofrem acidente principalmente de moto e que não faz uso de capacete (...)” <i>Enfermeiro 3</i>
III - Hospital de Referência	“(…) As incidências são devido ser um hospital de referência ele recebe todos os traumatizado daqui de Mossoró e de toda região oeste e alto oeste (...)” <i>Enfermeiro 1</i>

FONTE: Pesquisa direta (2010).

No Brasil, a incidência do TCE cresce a cada dia, sendo a maior causa de morte entre indivíduos jovens. Em todo país, são mais de 100 mil vítimas fatais, com estimativa de uma morte para cada três sobreviventes que evoluem com seqüelas graves (BRASIL, 1989).

Bastos et al. (2005) relatam que as maiores incidências ocorridas no Brasil estão correlacionadas diretamente as conseqüência do aumento expressivo do número de veículos circulantes e da alta freqüência de comportamentos inadequados, aliados a uma vigilância insuficiente. Os acidentes de trânsito envolvendo veículos a motor passaram, pois, a se constituírem em causa importante de traumatismos na população mundial e, especialmente, na brasileira.

Percebe-se, então, que a magnitude dos altos índices de TCE tem sido definida com classificações numéricas, vinculadas a alta taxa de imprudência na qual a probabilidade de mortalidade e mobilidade é conseqüência das irresponsabilidades dos próprios usuários.

Em se tratando do tipo de TCE verificou-se que a maior incidência envolve moto com o não uso de capacete, sendo a moto o veículo que mais freqüentemente se acidenta. Outra questão freqüentemente mencionada pelos entrevistados é a associação do consumo de álcool à direção. Além disso, devemos considerar que a unidade hospitalar estudada é considerada o hospital de referência para atendimentos emergenciais. Sendo assim, observamos a alta demanda de atendimento envolvendo acidentes automobilísticos.

QUADRO - II: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC pertinentes à pergunta: Nos casos de atendimento emergencial às vítimas de TCE, como você, enquanto enfermeiro atua nesses casos?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
I - Avaliação Seguindo o Protocolo de atendimento de Urgência	“(…) É primeiro logicamente a gente faz a avaliação. Esse ponto é fundamental! E aí a avaliação logicamente seguindo aquele ABCDE da urgência... Aqueles passos que são essenciais: a avaliação das vias aéreas, a avaliação da respiração, da circulação, avaliação do estado neurológico. Só que isso acontece comum com outras atitudes que a equipe vai tomando mais de inicio logicamente é essa

<p>II – Assistência Desempenha com base em Ações Aleatórias.</p>	<p>avaliação que para o paciente é fundamental (...)” <i>Enfermeiro 3</i></p> <p>“(...) O que se procura inicialmente é garantir a estabilização da vítima com uma via aérea pérvia, estancar hemorragias e garantir acesso venoso de qualidade. Tomar cuidado para não lesionar coluna cervical com a movimentação do paciente (...)” <i>Enfermeiro 4</i></p> <p>“(...) mais em 1º lugar é realmente instalar a venóclise, e o oxigênio se ele estiver precisando e observar o nível de consciência que ele chegou (...)” <i>Enfermeiro 1</i></p> <p>“(...) auxiliando na intubação, realizando RCP, fazendo acesso venoso periférico, colhendo sangue para fazer à prova cruzada no hemocentro e outros procedimentos necessários a sobrevivência das vítimas de TCE (...)” <i>Enfermeiro 3</i></p>
--	---

FONTE: Pesquisa direta (2010).

Com a crescente demanda nos Serviços de Urgência e Emergência, torna-se necessária a avaliação seguindo um protocolo no qual pode se diferenciar as vítimas quanto ao grau de complexidade. Assim, a prioridade da assistência médica e de enfermagem será feita categorizando os pacientes conforme sua gravidade, tornando necessária uma avaliação minuciosa de cada usuário acometido por TCE. Portanto, a qualidade do atendimento perpassa pelo uso de protocolos de atendimento de urgência, o que traz grandes benefícios às vítimas.

Concorda-se com Atzingen, Schmidt e Nonino (2008), que o ABCDE do trauma é uma sistematização do atendimento ao paciente vítima de trauma proposta pelo ATLS com o único objetivo de uniformizar as condutas para os pacientes, estando dividido em duas principais etapas: abordagem primária, que visa à estabilização dos sinais vitais e identificação de lesões que comprometem a vida do paciente. E a abordagem secundária, mais completa, na qual se realiza um exame físico céfalo-caudal e se mantêm a monitorização de sinais vitais.

Nesse mesmo processo, Atzingen, Schmidt e Nonino (2008), afirma a necessidade de um instrumento avaliativo seguindo um cronograma lógico, tais como a obstrução das vias aéreas que mata mais rapidamente do que a perda da capacidade de respirar, que mata mais rapidamente do que a redução do volume sanguíneo circulante, vindo a seguir o problema mais letal a presença de uma lesão em massa, expansiva, intracraniana. Portanto, A: Vias aéreas com proteção da coluna cervical; B: Respiração e Ventilação; C: Circulação com controle da hemorragia; D: Incapacidade, estado neurológico; E: Exposição da vítima e prevenção de hipotermia.

Embora vejamos a importância de um atendimento sistematizado, foi possível constatar nas entrevistas de alguns enfermeiros a adoção de medidas extremamente aleatórias e que, certamente, limitam o plano de ação da enfermagem. Prova disso, seria a execução de ações que refletem a submissão exclusiva às prescrições médicas.

QUADRO – III: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a pergunta: De que maneira você organiza a assistência de enfermagem neste setor e nesses casos especificamente?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
I - Prioridades	<p>“(…) A assistência de enfermagem ela é assim: como prioridade os casos que estão mais graves, a gente dar uma assistência maior, fica mais tempo com o paciente e observando o que ele estar precisando naquele momento (…)” <i>Enfermeiro 1</i></p> <p>“(…) A assistência deve ser organizada de forma a permitir uma otimização no atendimento a este tipo de vítima (…)” <i>Enfermeiro 4</i></p>
II - Divisão técnica do	<p>“(…) a avaliação primária deve ser realizada pelo enfermeiro, pois possuímos competência científica para isso. Então eu realizo essa avaliação especial e ao mesmo tempo eu peço para equipe ir providenciando coisas que são necessárias: como acesso venoso, coleta de sangue para exames, comunicar ao cirurgião de plantão a ocorrência e fazer a</p>

Em todo o processo de trabalho está presente um quantum de dominação e controle. A organização dos processos de trabalho, com divisão rígida de tarefas e a valorização dos conhecimentos e das vivências dos trabalhadores tem levado à alienação e à qualificação do atendimento (MARQUES; LIMA, 2008).

Quanto à divisão do trabalho técnico, todos os funcionários estão aptos a desenvolver suas atividades diárias, com o direcionamento do coordenador da equipe que é competência do enfermeiro (a), isso se torna extremamente indispensável quando se trata de agilidade de procedimentos e quando há risco eminente de morte.

Com relação à ideia central II, de acordo com Lócio (2006), o fluxograma representa etapas que compõem um processo completo de trabalho, baseados no raciocínio lógico de execução, portanto o procedimento operacional de estratégias e ações devem ser implementadas por um conjunto de pessoas. Ele explica também que a aplicação de um fluxograma em uma tarefa específica pode representar uma melhor padronização dos métodos e dos procedimentos podendo assim facilitar um melhor grau de análise.

Portanto o HRTM parece seguir um fluxograma rotineiro para pacientes com TCE, visando à melhoria no atendimento emergencial. Neste intuito, percebeu-se nos discursos descritos que o direcionamento do atendimento segue as necessidades particulares de cada paciente.

QUADRO - IV: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente à questão: Nesses casos, como você define o objetivo do seu trabalho? Quando ele começa e quando ele termina?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
I - Melhor Assistência	“(…) Bom, o objetivo do meu trabalho, enquanto enfermeiro é prestar uma assistência de qualidade de modo que venha a reduzir os danos ou seqüelas que por vez possam acometer esses pacientes (…)” <i>Enfermeiro 2</i>
II – Continuidade da Assistência	“(…) O objetivo do trabalho do enfermeiro é levar ao paciente uma assistência de enfermagem de qualidade de forma que o paciente seja estabilizado tanto nos seus sinais vitais quanto no neurológico. A assistência começa quando o paciente chega e dependendo do quadro, (cada caso é um caso) até a

	sua completa estabilização ou transferência para outro setor (...)" <i>Enfermeiro 4</i>
--	---

FONTE: Pesquisa direta (2010).

Acredita-se que a qualidade da assistência de enfermagem é algo a ser almejada todos os dias, ao se realizar todo e qualquer tipo de atividade voltada à recuperação do paciente. Com isso, preocupa-se não somente com o 'fazer', mas sim como estar sendo feito e podendo assim prestar uma assistência de qualidade.

Se faz necessário repensar as práticas diárias, reavaliando como tem sido nosso comportamento diante das inúmeras responsabilidades que aos enfermeiros são confiadas, assim como conjunto de valores e motivações para a execução deste trabalho, buscando sempre prestar uma melhor assistência.

Para Bittar; Pereira e Lemos (2006), é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam ações de saúde com conhecimento, habilidade e competência, objetivando atender às expectativas dos pacientes e alcançar a almejada qualidade assistencial.

Quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada. O mesmo afirma que, para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de uma vítima em estado crítico, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Em época marcada pelo desenfreado avanço tecnológico, torna-se indispensável a busca por novos conhecimentos/estratégias de cuidado. Portanto, a competência da continuidade de uma boa assistência é crucial para o atendimento as vitimas de TCE.

QUADRO – V: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a questão: No que se refere à assistência direta ao paciente vítima de TCE, você desempenha cuidados diretos? Justifique. De que maneira?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
----------------------	------------------------------

I - Processo de Trabalho	“(...) Sim, desempenho por que acho que faz parte do meu processo de trabalho, o assistir/intervir ele faz parte do nosso processo de trabalho e eu acho que o enfermeiro ele não pode de forma alguma fugir disso, ele precisa avaliar o indício. Não dá para receber aquele estigma antigo de enfermeiro de birô que não se mete na assistência! A gente não passa quatro anos numa faculdade à toa, a gente passa adquirindo conhecimento para poder atuar também no cuidado. Eu acho que o cuidado ele é central dentro de todo o trabalho da enfermagem e por conta disso eu atuo sim diretamente na assistência direta (...)” <i>Enfermeiro 3</i>
--------------------------	---

FONTE: Pesquisa direta (2010).

Segundo Feitosa; Freitas e Silveira (2004), o processo de trabalho em enfermagem é um instrumento metodológico, que guia o enfermeiro sobre o que diagnosticar, intervir e avaliar. Ele afirma que esse processo vem dar suporte e orientar o profissional na elaboração dos diagnósticos e nas intervenções de enfermagem.

Para Rocha e Almeida (2000), a enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. É o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades, dentre eles a própria prestação de assistência direta aos pacientes.

Nos discursos presentes nas entrevistas, todos os enfermeiros afirmaram desempenhar cuidados/intervenções diretas. Vale destacar o que um deles afirmou (ver quadro), quando problematiza um grande contraste de práticas que historicamente permeia o cotidiano de trabalho da enfermagem. O mesmo refere-se à bipolaridade existente entre os enfermeiros que se detêm às práticas de caráter burocráticos, em detrimento a realização de práticas de cuidado.

Tal situação só vem a ratificar o que Ribas (1997) critica ao discutir sobre o processo de institucionalização da enfermagem no século XX. Ele observa duas orientações para a prática da enfermagem. Uma que diz respeito à assistência direta que se materializa com a sistematização das técnicas, que é uma prática inerente a todos os trabalhadores da enfermagem, de modo especial auxiliares de enfermagem. A outra orientação refere-se à prática administrativa que ocorreu no sentido de organizar o espaço terapêutico do doente e o

treinamento da força de trabalho por meio de mecanismos disciplinares e da hierarquia no poder hospitalar.

Porém, estes dois processos de trabalho não se constituem em pólos opostos do trabalho de enfermagem, mas fazem parte de um mesmo processo de trabalho. Essa forma de compreender esses processos de trabalho materializa a histórica dicotomia entre pensar e fazer, característica da divisão técnica e social do trabalho da enfermagem. No entanto, essa dicotomia entre o gerenciar e o assistir/intervir não tem origem na prática, mas sim no discurso acadêmico que não encontra legitimidade na realidade do trabalho da enfermagem. (CAVALCANTI, 2006).

QUADRO – VI: Idéias centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC referente a pergunta: Qual sua opinião acerca dos diagnósticos de enfermagem? Eles são úteis nesses casos? E os planos de cuidados? E as evoluções de enfermagem?

<i>Idéia Central</i>	<i>Discurso dos Sujeitos</i>
I - Qualificação Profissional	“(…) a gente não tem uma equipe preparada para atuar nessa forma. Primeiro nem os enfermeiros nem os técnicos conhecem esse tipo de instrumento. O hospital não fornece impressos adequados para isso. Não existe um material adequado para trabalhar nesses casos, além disso, a gente não tem número de profissionais suficiente para isso, e acima de tudo a gente tem uma equipe que não conhece esse trabalho e não é qualificada para trabalhar com isso (…)” <i>Enfermeiro 3.</i>
II - Dificuldades	“(…) Essas etapas da SAE são importantes, mas a realidade deste PS é que o enfermeiro não atua interagindo em todos os casos, devido à rotatividade de pacientes com as mais diversas patologias. Além disso, existe uma grande demanda de atendimento em relação ao nº de enfermeiros que o hospital dispõe (…)” <i>Enfermeiro 6</i>

FONTE: Pesquisa direta (2010).

Nas últimas décadas a busca pela qualidade nos serviços de saúde tem sido crescente, tornando necessário o uso de indicadores que possibilitem avaliações objetivas. A qualidade da assistência de enfermagem vem se desenvolvendo no decorrer dos últimos anos, daí a importância das capacitações profissionais do qual irá fazer a diferença no momento categórico do atendimento ao paciente traumatizado.

O Conselho Federal de Enfermagem afirma que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde do Brasil, sendo elas públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades dos pacientes e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro (COFEN, 2002).

Acerca das dificuldades de implantação SAE, autores como Remizoski; Rocha e Vall (2010), vêm a confirmar que, a grande maioria das instituições de saúde, não aderiu à implantação total e nem parcial da SAE, em virtude das muitas dificuldades advindas da sua implantação. Dentre essas dificuldades, destaca-se a própria falta de interesse do profissional, falta de conhecimentos, carência de efetivo e dificuldade de aceitação da equipe multiprofissional, devido à descrença e rejeição às mudanças.

De modo unânime, os enfermeiros em questão não fazem uso da SAE. Mas, é válido ressaltar que os problemas vão muito mais além do que a própria falta de interesse por parte desses. Como pode ser visto no quadro VI no DSC com a fala do enfermeiro 3, as dificuldades perpassam desde a qualificação profissional, até mesmo a falta de estruturação garantida pela instituição hospitalar materializada na ausência de espaço nos formulários/prontuários para que o enfermeiro possa planificar estratégias de cuidado.

A realidade encontrada no HRTM parece reproduzir o discurso dos autores citados acima. Infelizmente os entraves para a implantação da SAE possuem raízes históricas, o que implica em maiores dificuldades para a superação desses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração as reflexões estabelecidas até o momento, pensar a assistência de enfermagem ao paciente vítima de TCE, no âmbito da emergência, é algo extremamente desafiador, uma vez que é preciso (re)discutir inúmeras circunstâncias que refletem nas atuais dinâmicas dos serviços. A atuação de uma equipe profissional especializada é muito importante, dando ênfase à equipe de enfermagem uma vez que atua constantemente junto com a recuperação do paciente.

Como foi visto as práticas rotineiras até que contribuem para a melhoria do trabalho, haja visto que o paciente é direcionado nos mais diversos setores levando-se em conta uma série de prioridades determinadas pelo seu quadro clínico. Mas, sabe-se que a rotina estabelece arestas nas práticas profissionais e, certamente, isso poderia ser atenuado caso a enfermagem lançasse mão da SAE. A Sistematização da Assistência de enfermagem é um instrumento capaz de aprimorar o embasamento do conhecimento técnico e científico com o conhecimento multidisciplinar dos profissionais de saúde.

Além disso, ficou constatado que a carência de conhecimento se constitui enquanto via de regra na determinação de intervenções hora equivocadas, hora limitadas exclusivamente às prescrições médicas. Portanto a cota de cuidados ao paciente requer da equipe de saúde multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação. Para isso se faz necessário o aperfeiçoamento e a capacitação dos profissionais para melhor execução do trabalho com a SAE, sendo possível utilizá-lo como instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado a vítimas de TCE.

De fato, este trabalho não tinha o intuito de formular protocolos ou rotinas que pudessem respaldar o trabalho da enfermagem ao paciente com TCE, mas o maior intuito aqui reside em permitir que enfermeiros (as) possam refletir sobre o cotidiano das suas práticas em saúde e, acima de tudo, de buscar em seu próprio espaço de atuação estratégias para a superação desses problemas que possuem raízes históricas.

É preciso, pois, lutar sempre em busca de uma enfermagem mais crítica e que desempenhe suas práticas com maior autonomia.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do cuidado Colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS; WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, mar., 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012>. Acesso em: 24 fev. 2010.

ANDRIS, D. A. **Semiologia: bases para a prática assistencial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ATLS. **SAVT: Suporte Avançado de Vida no Trauma**. Chicago: ATLS, 2004.

ATZINGEN, M, D, V.; SCHMIDT, D, R, C.; NONINO, E, A, P, M. Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Support. **Acta Paul Enferm** 2008; 21(4):616-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a13v21n4.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2010.

BAPTISTA, L. Como Indicar (bem) Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM). **Caderno Application do Jornal Interação Diagnóstica**, n. 1, Abr/maio, 2001. Disponível em: <<http://www.imaginologia.com.br/dow/exames/Indicacao-TC-RM-Indicacoes.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

BASTOS, Y. G. L. et al. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do sul do Brasil, 1997/2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mai/junho, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/15.pdf>. Acesso em: 26 out. 2010.

BITTAR, D, B.; PEREIRA, L, V.; LEMOS, R, C, A. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**. Florianópolis, 2006; 15(4): 617-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf> >. Acesso em: 02 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Subsistema de Informações sobre Mortalidade: Estatística de mortalidade**. Brasil, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/institucional/conteudo.asp?iId=108965>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Estatísticas de mortalidade**: Brasil, 1989. Brasília: Centro de Documentação, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Informe Epidemiológico do SUS. v. 5, n. 2, abr/jun. 1996.

CARDOSO, O. B.; FRANCO, M. M.; GUSMÃO, S. N. S. **Traumatismo craniocéfálico no adulto**. In: PIRES, M. T. B. ERAZO-Manual de urgência em pronto-socorro, 2006. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/21418959/Manual-de-Urgencias-em-Pronto-Socorro-Erazo-6%C2%AA-Ed>>. Acesso em: 12 fev.2010.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARVALHO, L. F. A. de. Traumatismo Cranioencefálico Grave em Crianças a Adolescentes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, jan/mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-507x2007000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mar. 2010.

CARVALHO, Z. M de F. et al. A escala de coma de Glasgow em pacientes com traumatismo crânio encefálico. In: GURGEL, A. H; COSTA, L. B.; VIEIRA, M. Di C. (Orgs.). **Cuidado em saúde**. Fortaleza: LCR/ Editora, v. 1, 2000 <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a04v18n2.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

CAVALCANTI, J. R. L. P. **A sistematização da assistência de enfermagem às vítimas de traumatismo cranioencefálico**: uma abordagem sob a égide da Integralidade. 2009. p 27. Projeto de Pesquisa (Curso de Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CAVALCANTI, J. R. L de P. **A dinâmica do processo de trabalho Assistir/Intervir da Enfermagem no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM)**: (Re)pensando Saberes, construindo novos fazeres. Mossoró-RN: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 272/2004, de 27 de agosto de 2004**. v.9, n.1, set, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HGkYpQIFqe8J:virtual.unipar.br/courses/SE>>

MIO2/document/Resolu%25C3%25A7%25C3%25A3o_272_SAE.pdf%3FcidReq%3DSEMI
O2+resolu%C3%A7%C3%A3o+do+cofen+272&hl=pt-
BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEShd6fm3ciQjIFFOrEH0bkSlecob5T6Qfd0m4depVo28L6
e-h8w7u40_kikmR_VZBDhFosaR_KgjX7s8QforqY4xdg3Yn1NA1R-
k3XiaFtoxzK7veJgYWbEaK4ThE5J_JGJAOOe_&sig=AHIEtbS6aB_YxdL7VnlOXjgQRk99
E790hw>. Acesso em: 15 mar. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 272/2002**.
Disponível em: <asp:http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materiais.Asp?ArticleID=7100&se
tionID=39>. Acesso em: 15 out. 2010.

DANGELO, J. G.; FANTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Tegumentar**. 2. ed.
São Paulo: Atheneu, 2006.

DANTAS FILHO, V. P.; FALCAO, A. L. E.; SARDINHA, L. A. C. et al. Fatores que
influenciaram a evolução de 206 pacientes com traumatismo craneioencefálico grave. **Arq.
Neuro-Psiquiatr**, v. 62, n. 2, jun., 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-
282X2004000200022&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2010.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Interações de Enfermagem
(NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOENGES, M. E.; HOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de cuidados de
enfermagem: orientação para o cuidado individualizado do paciente**. Rio de Janeiro:
Guanabara Koogan, 2003.

DREYER, E.; ZUNIGÃ, Q. G. P. Ventilação Mecânica. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V.
M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente Enfermo**. 2.ed.
São Paulo: Atheneu, 2008.

FEITOZA, D. S.; FREITAS, M. C.; SILVEIRA, R. E. **Traumatismo crânioencefálico:**
diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,
v. 6, n. 2, p. 223-233, 2004. Disponível em:
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/814/934>. Acesso em: 04 abr.
2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Recife, Out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.** 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2010.

GOMES, M. A. Y apud WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-am Enfermagem**.v.9,n.2,mar., 2001 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012 >. Acesso em: 25 fev. 2010.

GOSS, C. M. **GRAY** : Anatomia. 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUSMAO, S. S.; PITTELLA, J. E. H. Lesão encefálica hipóxica em vítimas fatais de acidente de trânsito: prevalência, distribuição e associação com tempo de sobrevivência e outras lesões cranioencefálicas e extracranianas. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**v.60,n.3, set., 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v60n3B/a22v603b.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

GUSMÃO, S. N. S; UIHOA, T, H; CARDOSO, O. B. Traumatismo Cranioencefalico no Adulto. In: PIRES, M. T. B; STARLING, S. V. ERAZO. **Manual de Urgência em Pronto Socorro**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GUZEN, F. P. et al. Tratamento Farmacológico e Regeneração do Sistema Nervoso Central em Situações Traumáticas. **Revista Neurociências**, v.17, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/8.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

IVES, H. E. Fármacos Diuréticos. In: KATZUNG, B. G. **Farmacologia: básica e clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JESUS, C. A. C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: evolução histórica e situação atual. Uberlândia: [s.n], 2002.

KOIZUMI, M. S.; ARAUJO, G. L. Escala de Coma de Glasgow –subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a04v18n2.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito Coletivo**: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul: Artmed, 2005.

LENT, R. **Cem Bilhões de Neurônio**: Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo: Atheneu, 2005.

LÓCIO, F; J; M. **Organização em Serviços**. Recife 23 abr. 2006. Disponível em: <http://www.fadepe.com.br/restrito/conteudo/osm1_ap_trab_consultoria_em_servicos.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

MACHADO, A. **Neuroanatomia Funcional**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MALDAUN, M. D. C. et al. Análise de 52 pacientes com traumatismo de crânio atendidos em UTI pediátrica: Considerações sobre o uso da monitorização da pressão intracraniana. **Arquivo de neuropsiquiatria**, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=326170&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

Manual de Atendimento Pré-Hospitalar – **SIATE/CBPR**, 2009. Disponível em: <[HTTP://www.scribd.com/doc/6584384/cap13-TCE-TRM](http://www.scribd.com/doc/6584384/cap13-TCE-TRM)>. Acesso em: 23 out. 2010.

MARTIN, J. H. **Neuroanatomia**: Texto e Atlas. Porto Alegre: Arte Médicas, 1998.

MARQUES, G; Q.; LIMA, M, A, D, S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2008; 42(1):41-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2010.

MELO, J. R. T.; et al. Fatores Preditivos do prognóstico em vítimas de trauma cranioencefálico. **Arquivo de neuropsiquiatria**, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a26v63n4.pdf>>. Acesso em: 02 Abr. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2000.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NANDA Internacional. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda**: Definições e Classificação. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NITRINI, R. et al. **A Neurologia que todo Médico deve saber**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

NOBRE, M. **Vascularização Cerebral**. 2004. Disponível em: <<http://ocupacional.no.sapo.pt/SNC.htm#Vasculariza%C3%A7%C3%A3o%20Cerebral>>. Acesso em: 26 mar. 2010.

OLIVEIRA, S. G.; WIBELINGER, L. M.; DEL LUCA, R. **Traumatismo Cranioencefálico: uma revisão bibliográfica.** 2005. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/traumatismo_tce.htm>. Acesso em: 28 mar. 2010.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PHTLS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

REMIZOSKI, J; ROCHA, M, M; VALL, J. Dificuldades na Implantação da Assistência de Enfermagem - SAE: Uma Revisão Teórica. **Caderno da Escola de Saúde**, Curitiba, 03:1-14, 2010. Disponível em: <<http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/343/272>>. Acesso em: nov. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIBAS GOMES, E. L. **Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem.** In: _____. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-251. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)> . Acesso em 28 de out. de 2010.

ROCHA, S. M. M; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. Enfermagem - Ribeirão Preto** - v. 8 - n. 6 - p. 96, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>>. Acesso em nov.2010.

ROSSI L.A, CARVALHO, E. C. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: **Anais do III Fórum Mineiro de Enfermagem**, 2002 Nov 20-21; Uberlândia, Brasil. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2002.

SOUZA, R. M. C.; REGIS, F. C.; KOIZUMI, M. S. Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.1, fev.,1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n1/0026.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

TANNURE, M. C; GONÇALVES, A. M. P. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAWFEEQ., N. A et al. **Traumatic brain injur**: neuroprotective anaesthetic techniques, an update. *Injury, Int. J. Care Injured* 2009. Disponível em: <<http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383%2809%2900560-9/pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

TEASDALE, G; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired Consciousness: a apractical scale. **Lancet**, 1974.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WARNER, C. G apud WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2): 86-90, 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012>. Acesso em: 22 fev. 2010.

WHITAKER, I.Y; GUTIÉRREZ, M. G. R; KOIZUMI, M. S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Rev Ass Med Brasil**, 44(2): 111-9, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n2/1989.pdf> >. Acesso em: 01 de nov. de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Violence, Injuries and Disability. In: **Biennal Repport**. 2006-2007. 50p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: (re) discutindo o atendimento emergencial.**

Essa pesquisa tem por finalidade enriquecer o trabalho de monografia da acadêmica de enfermagem abaixo citada e levantar discussões sobre a Assistência de Enfermagem as Vítimas com Traumatismo Cranioencefálico - TCE. A pesquisa se justifica por este tema estar sempre em evidência, em face das altas incidências de TCE, e por este setor apresentar especificidades que precisam ser analisadas, com vistas a promover melhorias na assistência prestada aos usuários que procuram esse âmbito. Além disso, a relevância do estudo reside no fato de se consolidar cada vez mais a prática da pesquisa no âmbito da Enfermagem e, acima de tudo, de se estabelecer estratégias que viabilizem um cuidado bem fundamentado e que rompa com o estigma de que a prática da enfermagem tem sua base, apenas, no senso comum. Por fim, o conhecimento aqui produzido buscará as melhorias do cuidado de Enfermagem às vítimas de TCE's, fazendo valer inclusive as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Os objetivos desta pesquisa são discutir o conhecimento por parte dos enfermeiros do Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM, averiguando a compreensão dos mesmos acerca do conhecimento sobre traumatismo cranioencefálico, podendo assim analisar a opinião dos mesmos sobre a sistematização da assistência de enfermagem no atendimento emergencial às vítimas de TCE.

Os procedimentos de coleta de material foram baseados em roteiro de entrevista. Tais entrevistas foram Gravadas por meio de MP3 e, em seguida, transcritas para uma melhor estratificação dos resultados. Todos foram esclarecidos (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes, e a possibilidade de danos é mínima. Para evitar isso, os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que

possa resultar deste estudo, tampouco as informações aqui produzidas irão se voltar contra você com algum caráter punitivo.

Que fique claro que o nosso intuito consiste em melhorar a cada dia o trabalho da equipe de enfermagem do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM e, acima de tudo, a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE-RN está ciente e apóia este estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Enfermagem da FACENE-RN localizada na cidade de Mossoró-RN.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa e dos riscos e benefícios envolvidos acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejo. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Shirley Cleide da Cruz Oliveira e o/ou o professor orientador José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti no telefone (84) 8721-7699. Declaro que concordo em participar deste estudo.

Mossoró/RN, _____ de _____ de 2010

José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti
(Pesquisador Responsável)

Shirley Cleide da Cruz Oliveira¹
(Promotora da Pesquisa)

(Participante da Pesquisa)

¹ Endereço: Rua dos Angicos, Nº 16, Bairro Costa e Silva. CEP: 59.625-450. Telefone: (84) 3312-4086. Email: Shirley.cleide01@gmail.com.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Como VOCÊ avalia as incidências de traumatismo cranioencefálico aqui no HRTM?
- 2) Nos casos de atendimento emergencial às vítimas de Traumatismo Cranioencefálico – TCE, como você, enquanto enfermeiro atua nesses casos?
- 3) De que maneira você organiza a assistência de enfermagem neste setor e nesses casos especificamente?
- 4) Nestes casos, como você define o objetivo do seu trabalho? Quando ele começa e quando ele termina?
- 5) No que se refere à assistência direta ao paciente vítima de TCE, você desempenha cuidados diretos? Justifique. De que maneira? (Caso sim, responder também a questão seis)
 - 5.1 Que elementos são indispensáveis no cuidado da vítima de TCE?
 - 5.2 Existe alguma prioridade clínica? Qual (is)?
 - 5.3 Existe alguma precaução a ser tomada nesses casos? Qual(is)?
- 6) Qual sua opinião acerca dos diagnósticos de enfermagem? Eles são úteis nesses casos? E os planos de cuidados? E as evoluções de enfermagem?

ANEXO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

INDICADORES	RESPOSTA OBSERVADA	SCORES
Abertura Ocular (AO)	Espontânea	4
	Estímulos Verbais	3
	Estímulos Dolorosos	2
	Ausente	1
		0
Melhor Resposta Verbal (MRV)	Orientado	5
	Desorientado	4
	Palavras desconexas	3
	Sons	2
	Incompreensíveis	1
	Ausente	0
Melhor Resposta Motora (MRM)	Obedece aos comandos	6
	Localiza a dor	5
	Foge a dor	4
	Decortificação	3
	Descerebração	2
		1
	Ausente	0

Fonte: Teasdale, Jennett (1974).



**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2ª Reunião Extraordinária realizada em 22/07/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A assistência de enfermagem às vítimas com traumatismo cranioencefálico:(re) discutindo as práticas emergenciais", protocolo número: 95/2010 e CAAE: 2983.0.000.351-10, do orientador: José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcante e da aluna: Shirley Cleide da Cruz Oliveira.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/10, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 31 de Agosto de 2010

Faculdade de Ent. Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777