

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VALMIR HENRIQUE**

**CONSTRUÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS  
VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO APÓS ALTA HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VALMIR HENRIQUE**

**CONSTRUÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS  
VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO APÓS ALTA HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Renata Karina Reis**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **CONSTRUÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO APÓS ALTA HOSPITALAR** de autoria do aluno Valmir Henrique foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência

---

**Profa. Dra. Renata Karina Reis**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo dom da vida, pelo o qual lutamos dentro de nossa profissão, e pela a oportunidade e concluir esta jornada.

A minha família pelo carinho, apoio , compreensão e muita paciência.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Renata Karina Reis pelo apoio e orientações .

Ao Programa de Pós Graduação de Profissionais de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina , através do Projeto de Qualificação de Profissionais de Enfermagem para Rede Integrada do SUS, na pessoa da Dr. Vânia Backes, Coordenadora do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem que proporcionou este aprimoramento profissional.

## SUMÁRIO

### RESUMO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                        | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>DIAGNÓSTICO DA REALIDADE .....</b>         | <b>10</b> |
| <b>3</b> | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>                  |           |
| 3.1      | A ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES COM TCE        | 12        |
| 3.2      | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....             | 16        |
| 3.3      | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TCE | 19        |
| 3.4      | A ALTA HOSPITALAR                             | 24        |
| <b>4</b> | <b>MÉTODO .....</b>                           | <b>25</b> |
| <b>5</b> | <b>PLANO DE AÇÃO .....</b>                    | <b>27</b> |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>             | <b>28</b> |

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### APÊNDICE

## RESUMO

O Traumatismo Crânio encefálico (TCE) é uma das lesões mais frequentes decorrentes de causas externas e constitui-se um problema de saúde pública de grande significância, causando forte impacto na morbidade e mortalidade da população brasileira, acometendo principalmente a população jovem, constituindo-se na principal causa de morte e incapacidades em crianças e adolescentes. Estudos mostram que as principais causas desse tipo de trauma são acidentes de trânsito, quedas, violência intrafamiliar e em se tratando de crianças acrescenta-se os acidentes domésticos. O paciente com traumatismo crânio encefálico necessita de atendimento rápido e especializado, com o intuito de prevenir as sequelas neurológicas e a mortalidade, motivo pelo qual o enfermeiro que atua no serviço de urgência e emergência e UTI deva ter um perfil diferenciado. O impacto exercido pelo TCE provoca inúmeras consequências para o paciente e para a família. Muitos pacientes necessitam de bastante suporte para recuperar-se, outros ficam dependentes para toda a vida e há ainda aqueles que se tornam totalmente incapazes. O referido estudo buscou refletir sobre a contribuição do enfermeiro no tratamento de pacientes com traumatismo craniano no setor de urgência e emergência e UTI e teve como objetivo geral analisar como ocorre o preparo para alta hospitalar destes pacientes e como objetivos específicos identificar as necessidades e expectativas do familiar/cuidador, frente ao estado de saúde que se apresenta, contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, colaborar com a reintegração e convívio social do paciente e construir um FOLDER, como instrumento de orientação aos familiares, pois neste caso estamos direcionando ao público infantil, público este atendido no Hospital onde realizou-se o estudo. O plano de ação ocorreu em três etapas: a primeira consistiu na revisão da literatura sobre a temática em estudo contando concomitantemente com a observação participante. A terceira etapa constitui-se na elaboração do Folder. Considerou-se ao fim do estudo realizado que a contribuição do enfermeiro foi demonstrada como primordial para o tratamento de pacientes com traumatismo craniano, evidenciando assim, que, o trabalho realizado por estes profissionais contribui significativamente para a redução das consequências dos diferentes traumas existentes, além de possibilitar o acolhimento e a atenção necessária as famílias que acompanham as vítimas e necessitam ser cuidadas.

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre os estudos realizados no Curso de Especialização em Urgência e Emergência, muitos foram os momentos de estudos acerca de diversas patologias e de ensino clínico. Dentre eles, estudamos os indivíduos vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), que em determinado momento nos provocaram curiosidade no que diz respeito a metodologia de assistência de enfermagem aplicada à estes no período em que permanecem internados e, especificamente no momento da alta hospitalar, visto que muitos precisarão de cuidados de terceiros; alguns por um tempo determinado, outros pela vida toda.

A discussão sobre o tema é relevante se considerarmos que atualmente o TCE é a principal causa de óbitos e sequelas em acidentes com vítimas politraumatizadas. O traumatismo crânio encefálico (TCE) é uma das principais causas de morte, principalmente nas pessoas jovens de sexo masculino. No Brasil anualmente milhões de pessoas politraumatizadas são atendidas nos serviços de emergências. Nestes pacientes a incidência de Traumatismo Crânio Encefálico – TCE - é elevada, sendo a principal causa de morte ou incapacidade física, cognitiva e comportamental em adultos jovens (GONZALVO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2005; MELO et al., 2005).

O TCE causa significativo impacto socioeconômico, seja devido à perda nos anos de vida e de produtividade, ou aos altos custos no trabalho de reabilitação (ROWLAND, 1997). Salientamos que o quadro é o mesmo quando se trata de crianças ou adolescentes. Clientela alvo de nossos estudos.

O TCE é entendido como uma força agressora que age causando uma lesão, alterando a anatomia ou comprometendo funcionalmente o couro cabeludo, a calota craniana, as meninges e encéfalo. Os politraumatizados com TCE têm duas vezes mais chances de evoluir a óbito. As lesões podem ocorrer isoladas ou em conjunto, afetando todas as camadas, chegando ao encéfalo. As consequências do TCE podem ser marcadas por sequelas neurológicas graves em decorrência da maturidade do trauma. A literatura sugere que pacientes com TCE, podem apresentar graus diferentes de alterações e cada um com sequelas neurológicas específicas, com consequências vitais nos aspectos

nutricionais, emocionais e respiratórios desses pacientes. (FURKIN e SANTINI, 1999; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; JACOBI et al., 2004).

De fato, o TCE é uma patologia com incidência de morbi-mortalidade elevadas e com alto custo financeiro para o SUS. A maioria desses traumas pode apresentar uma evolução diferente, considerada positiva, se houvesse uma abordagem correta nos primeiros minutos após a ocorrência, com assistência respiratória, controle da hemorragia, imobilização, entre outros. É consenso na literatura pesquisada, que através de uma assistência adequada podemos muitas vezes minimizar o sofrimento dessas pessoas e manter a sua qualidade de vida, diminuindo os riscos de complicações secundárias e reinternações.

Com os avanços tecnológicos e o melhor preparo da equipe de resgate e atendimento destes pacientes, houve aumento do número de sobreviventes ao trauma. Desta forma, torna-se importante a intensificação dos estudos na avaliação, tratamento e reabilitação da saúde dos mesmos, assim como no preparo para a alta hospitalar, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e reintegração à sociedade (ROWLAND, 1997; TAUB, 2002; MATTOS et al., 2002; ORTIZ, 2005).

A enfermagem é uma das profissões que tem a oportunidade de manter uma relação de aproximação com o sujeito, e tem por isso um papel importante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, ou seja, o cuidado, por isso está sempre atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no desenvolver das doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

Considerando que o paciente que chega ao Pronto Atendimento ou Emergência do hospital, ou ainda internado está exposto aos cuidados da equipe de saúde (em especial a enfermagem), pressupomos que haja diferença entre o cuidado prestado com base em uma metodologia de assistência de enfermagem e o simples “cuidado” visando apenas o tratamento a ser prestado. E é nesta diferença que centramos “nosso olhar” durante este período, percebemos diante de alguns depoimentos de pacientes que o conceito de cuidado relatado por eles acaba sendo comparado com o simples tratar, e sabemos que não é o trabalho da enfermagem simplesmente tratar a patologia, mas sim cuidar do sujeito e de seu problema para que não se torne um agravamento à sua saúde. As vítimas que sobrevivem



ao TCE precisam de um tratamento de suporte avançado e as intervenções de enfermagem são muito importantes para que o tratamento seja eficaz. O enfermeiro tem papel de planejar a assistência de enfermagem buscando utilizar seus conhecimentos, possibilitando à recuperação da vítima. O primeiro passo, segundo Oliveira Edson et al. é a avaliação do traumatizado por uma equipe multidisciplinar ,cuja intervenção se estenderá por três domínios: **pré-hospitalar**, que compreende o atendimento do paciente por ocasião do trauma e o transporte para o hospital, o **hospitalar**, que envolve a equipe que recebe o paciente no serviço de emergência e a **pós-hospitalar** que vai depender do grau de comprometimento do paciente, podendo envolver algumas recomendações para o período pós trauma, as próximas 48 horas ou a necessidade de reabilitação psicomotora , cuidados de familiares num período inicial ou mesmo a presença de um cuidador permanentemente.

Neste sentido pensou-se em traçar alguns estudos no sentido de orientar familiares para atender o paciente no período crítico, para evitar que possa ter seu quadro agravado e necessidade de re internação. Um folder com orientações será a ferramenta construída para atender esta demanda para uso durante a assistência de enfermagem, com as devidas orientações e fornecendo aos familiares no momento da alta facilitando e permitindo aos seus usuários as orientações pós-alta hospitalar, cuja preocupação é otimizar a recuperação e minimizar ao máximo as sequelas pós trauma.

O estudo tem como **objetivo geral** a partir do diagnóstico da realidade por meio da observação de como ocorre o preparo para alta hospitalar dos pacientes com diagnóstico de TCE elaborar de um **folder educativo** de orientação aos familiares durante a alta hospitalar. Espera-se que com a realização deste plano de ação o enfermeiro possa contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, contribuindo para a sua reintegração e convívio social.

## 2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

As pesquisas realizadas nos apontam para a importância do planejamento da alta dos pacientes, uma vez que a falta deste ou um plano inadequado e o não seguimento das orientações dadas são determinantes para a re-hospitalização.

Observa-se que neste serviço os pacientes que obtêm alta hospitalar não detêm o conhecimento necessário para realização do cuidado, o que serve como fonte geradora de estresse e ansiedade, dúvidas essas que poderiam ser sanadas mediante o fornecimento prévio de orientações pelo enfermeiro, minimizando possíveis complicações. O plano de alta hospitalar elaborado, por meio de folderes, foi uma maneira de orientar quanto à importância da continuidade do cuidado em seu domicílio, além de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Esta premissa justifica uma preocupação, levando-se em conta que nossa experiência profissional bastante significativa na Unidade Hospitalar onde se realiza o estudo, somando-se as conversas informais que temos com nossos pares deixa bastante evidente a necessidade de um melhor encaminhamento.

O processo de alta acontece, sob a responsabilidade do médico, cujas orientações se limitam apenas à terapia medicamentosa a ser utilizada pelo paciente, sendo o trabalho do enfermeiro limitado a confirmar as orientações já fornecidas pelo médico e registrar no prontuário o horário e condições físicas em que o paciente está deixando o hospital.

Como fatores que contribuem para esta lacuna atribuímos:

- a falta de um plano de alta,
- os profissionais de enfermagem neste hospital não tem como metodologia de trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo que esta lacuna está a caminho de ser superada pois os profissionais estão no 2º encontro, de uma série de 6(seis) para os quais foram convocados com objetivo de formação a respeito.
- rotina da escala de trabalho, que principalmente em se tratando de UTI e Emergência Interna, fazem com que, muitas vezes, o enfermeiro veja poucas vezes o paciente, por vezes, uma só vez;
- Muitas vezes e elevado número de pacientes

- nem sempre ficam sabendo sobre a alta; algumas vezes tomam conhecimento da mesma no momento em que o paciente está saindo ou depois que já deixou o hospital.
- Tempo insuficiente para planejamento e aplicação da alta hospitalar individualizada
- indisponibilidade de material educativo

Tais constatações alertam para a necessidade de uma revisão no processo de trabalho e gerenciamento da assistência de enfermagem sobre o planejamento da alta do paciente como uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem. Como a SAE ainda não se constitui como estratégia de assistência, podemos qualificar esta assistência com a elaboração do FOLDER .

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO**

O homem não sobrevive sozinho; ele é, por natureza, um ser gregário e necessita de cuidado desde o seu nascimento até a hora da sua morte. Por isso, desde os primórdios o homem procurou viver em grupos, pois percebeu que, sozinho, era mais vulnerável às ameaças impostas pelo ambiente hostil daqueles tempos. Além do mais às injúrias às quais o ser humano está exposto tornam muitas vezes, dependente de cuidados ainda mais específicos.

O cuidado está presente na vida do homem como uma forma de sobrevivência, de proteger a vida e afastar a morte, sendo peculiar à condição humana e essencial à sua existência.

O cuidar/cuidado é formado por abordagem indispensável na atenção ao ser cuidado, principalmente quando é desenvolvido com o objetivo de buscar na cultura do ser humano outras formas para recuperar e manter a saúde, sem esquecer dos aspectos humanísticos para essa assistência, e considerando ainda, questões éticas, as quais nos remetem à idéia de respeito às verdades que outros trazem de si, a um cuidar sem rótulo, sem pré-conceitos. Há, também, as questões educativas que se referem à visão de ser como um campo de possibilidades, aberto à aprendizagem de novos valores em qualquer circunstância e etapas de vida

Nas instituições de saúde, quer sejam em ambulatórios e hospitais, quer em domicílio, encontra-se com frequência familiares e pacientes ansiosos pela alta hospitalar. Por outro lado, é possível deparar com paciente aguardando alta e a família solicitando a permanência no hospital. Encontra-se também a situação em que a família já está toda organizada para receber o paciente, mas este se mostra inseguro em voltar para casa. Há, também, o caso em que as duas partes solicitam a permanência do paciente no hospital. Ocorre que pacientes e/ou familiares sentem-se inseguros, com temores e dúvidas sobre quando, como e quais deverão ser os cuidados a serem realizados em domicílio. Embora o cuidado domiciliar venha crescendo e tomando seu espaço no atendimento à saúde da pessoa desospitalizada, deve-se levar em conta a

preparação do ambiente físico, da família e da pessoa cuidadora para obter bons resultados. Porém, na maioria das vezes, as informações que a família recebe de como, quando, onde e de que forma devem cuidar de seu familiar no retorno ao lar são insuficientes e, muitas vezes, quando tais orientações são dadas, não são levadas em consideração as condições do domicílio .

Além disso é necessário considerar que o cuidador geralmente é uma pessoa da família ou alguém com fortes laços afetivos que oferece atenção à pessoa com sequela, tendo como objetivo um cuidar a médio e longo prazo, envolvendo, inclusive, aspectos emocionais e afetivos.

Para assegurar a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as re-internações, que contribuem significativamente para elevar as despesas do cuidado em saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior, tanto para o paciente como para a família. Na prática clínica, observa-se que a orientação da alta hospitalar é dada no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação.

Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros. Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Isto contradiz a literatura que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar, a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação.

Acredita-se que o plano de alta é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização. O ensino no plano de alta é parte integrante do processo educativo, incluindo orientações ao paciente e à família acerca do que necessitam saber e compreender, considerando-se os aspectos biopsicosocioespirituais.

A enfermagem, como uma profissão do cuidado do ser humano, assume importante posição em relação á sua condição no processo de saúde, agora, em uma situação crítica. Um olhar crítico construtivo, direcionado para o cuidado do paciente com um trauma cerebral, exige que tal cuidado seja compartilhado e comprometido com a sociedade. Então, a construção de um saber, fazer e sentir em enfermagem torna-se um ponto significativo no atendimento aos pacientes acometidos por um trauma crânio-encefálico.

Neste contexto, considera-se o tema ainda um grande desafio para os enfermeiros, pois entende-se que uma assistência de qualidade deve estar pautada em competências técnico-científicas e ser isenta de riscos aos pacientes, familiares, profissionais e instituições.

Alguns autores destacam que o enfermeiro tem um papel fundamental no processo de alta, pois é considerado o profissional mais próximo ao paciente e o elo de ligação entre os outros membros da equipe Multiprofissional

No momento da alta o paciente necessita deixar o hospital seguros para dar sequência ao seu tratamento. As orientações para a alta hospitalar não podem limitar-se simplesmente da entrega da receita médica, das informações verbais orais fornecidas pelo médico sobre os medicamentos, encaminhamentos para os cuidados específicos, e, por fim, retorno ambulatorial. Torna-se necessário considerar as particularidades de cada um, as suas dificuldades de compreensão, seu estilo de vida, experiências vividas, crenças, mitos, ansiedade e medo.

Como a expectativa é de que o paciente que foi vítima de Traumatismo Crânio Encefálico volte para o convívio de seus familiares há a necessidade de preparo para alta hospitalar. Desta forma é fundamental que se identifique as necessidades e expectativas do familiar/cuidador, frente ao estado de saúde que se apresenta para então poder contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, colaborando com sua reintegração e convívio social.

Assim, pretendemos com este estudo, um conhecimento ampliado sobre os cuidados e necessidades que devem ser observadas no preparo da alta hospitalar para os pacientes pós-traumatismo crânio encefálico – TCE e quais as questões biopsicossociais desses e de seus familiares, pois o trauma geralmente atinge crianças e indivíduos jovens, em idade produtiva e que estavam previamente sadios. Como ele está se desenvolvendo no local onde atuo por mais de 30 anos, observo na prática diária a necessidade de proporcionar tranquilidade e segurança tanto aos pacientes como aos seus familiares neste importante momento de transição, ou seja, no retorno ao convívio familiar e social e pensamos que além de todas as orientações durante o convívio com pacientes/familiares, a construção de um instrumento de orientação também daria um bom suporte.

A gravidade das lesões está relacionada com a intensidade do trauma. O TCE tem uma incidência de 500 mil casos/ano. Cerca de 10% desses doentes morrem antes

de chegar ao hospital. Entre as principais causas estão: “Acidentes automobilísticos 50%, assaltos e agressões 12%, quedas 21% e esportes 10%”

As vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar ausência e incapacidade que são temporárias ou permanentes, interferindo na capacidade do indivíduo de desempenhar suas funções, é considerado como um processo patológico que pode progredir com o passar do tempo. (HORA; SOUZA, 2005).

Dentro desse contexto, a preocupação em relação aos pacientes com sintomas de traumatismo craniano, se faz em decorrência das sequelas que podem surgir mediante a identificação do trauma, uma vez que, é preciso haver o diagnóstico preciso das condições de saúde do paciente para que se possam ser realizados os procedimentos necessários visando à recuperação o paciente. Os principais sintomas do traumatismo craniano são apresentadas por Veiga et al (2011, p.01) como sendo: **Sistêmicas**: hipertensão, hipóxia, hiper ou hipocapnia, anemia, febre, hiperglicemia, hiponatremia, sepse e coagulopatia. **Intracranianas**: hematomas, edema cerebral, hipertensão intracraniana, herniação cerebral, vasoespasma, hidrocefalia, infecções, convulsões, lesões vasculares cerebrais. Para tanto, faz-se necessário identificar os tipos de traumas cranianos existentes, para que dessa maneira, se possa compreender a importância do conhecimento dos sintomas referentes aos diferentes tipos de lesões. Os traumatismos cranianos podem ser classificados em três categorias, sendo elas, de acordo com a natureza do ferimento do crânio: traumatismo craniano fechado; fratura com afundamento do crânio; e, fratura exposta do crânio

A classificação do trauma craniocéfálico, é de extrema importância para o seu entendimento, pois a equipe multiprofissional envolvida em seu entendimento tem de ter ações coerentes e dinâmicas para que o trauma evidenciado seja executado de forma rápida e satisfatória.

### **3.2- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

“As unidades de terapia intensiva tiveram sua origem na década de 1960, durante a guerra do Vietnã, quando os soldados feridos e em estado crítico precisavam de um atendimento rápido e eficiente para que não tivessem a saúde mais prejudicada e corressem risco de morte. Ainda hoje têm grande repercussão dentro das instituições hospitalares e vêm desde então acompanhando as evoluções técnico - científicas que ocorreram nesse período” (HUDAK, 1998).

Surgem então, da necessidade de prestar assistência a pacientes em estado crítico porém recuperáveis. É composta de recursos humanos e tecnológicos, altamente especializados, que geralmente não são encontrados em outras áreas hospitalares, sendo assim considerada como das mais complexas e sofisticadas do sistema de saúde.

Os profissionais que nela atuam necessitam de um conhecimento técnico-científico específico e atualizado (GOMES 1988), tendo sido necessário a identificação de um espaço, para a instalação de equipamentos específicos, que são usados em situação de crise aguda, bem como reunir no mesmo ambiente seres humanos com habilidade para cuidar de pacientes com graves alterações, retirando-os de unidades gerais, cirúrgicas ou clínicas, enquanto estão nessas condições de saúde.

De um modo geral, de acordo com o Ministério da Saúde (1998), Portaria 466 de 4 de junho, os Serviços de Tratamento Intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além de equipamentos e recursos especializados. Assim sendo, toda unidade de tratamento intensivo deve funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente direito à sobrevida, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; direito a uma assistência humanizada; exposição mínima de riscos, decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos; monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus efeitos adversos, entre outros.

A UTI é considerada um setor do hospital que mobiliza no paciente e seus familiares sentimentos que angustiam e amedrontam. Tais manifestações emocionais acompanham a concepção de UTI desde seu surgimento com a proposta de atendimento aos pacientes gravemente enfermos. E a morte, por ser uma presença constante nestas



unidades em decorrência da gravidade do estado de saúde dos pacientes ali internados, contribui para a concepção que grande parte da sociedade ainda possui em relação a essas unidades, pois historicamente se posicionaram como unidades fechadas, com acesso restrito, gerando uma visão estigmatizante perante o imaginário social. No entanto, tais concepções apresentam-se como contraditórias diante da necessidade de internação nessas unidades, pois ao mesmo tempo em que gera sentimentos como medo e insegurança, também desperta a esperança, por representar a chance de recuperação.

As UTIs são locais de grande especialização e tecnologia, considerado por muitos como amedrontador, solitário e desumanizante. Os pacientes ali internados necessitam de atendimento de excelência; em decorrência disso, os profissionais médicos e de enfermagem que atuam nessas unidades apresentam conhecimento diferenciado, habilidades e destreza para realizar procedimentos que, embora considerados desumanizantes, em muitos momentos, representam o diferencial entre a vida e a morte.

Sabe-se que os pacientes, vítimas de TCE, são extremamente vulneráveis a qualquer alteração fisiológica e, por ser o Sistema Nervoso Central um órgão de mais alta complexidade, sua recuperação é limitada. Cabe salientar que alguns estudos evidenciam que muitas lesões podem ser evitadas ou tratadas, quando, no serviço de atendimento, a equipe que presta os cuidados está preparada para prestar uma assistência adequada. Há uma crescente preocupação com a qualidade dessa assistência por parte dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, os quais demonstram interesse em melhorar o cuidado em relação ao paciente, somando-se a isso a existência de poucas estratégias para o tratamento de alterações neurológicas graves.

Durante muitos anos a enfermagem foi vista como uma profissão meramente tecnicista, aspecto este fortalecido por muito tempo pelas próprias escolas de enfermagem, que procuravam atender as necessidades de um mercado em contínuo crescimento e carente em mão de obra estritamente especializada.

Aos poucos, com o avanço da ciência, as próprias escolas de enfermagem sentem a necessidade de se mudar esse paradigma, inicia-se então investimentos no processo de valorização do raciocínio clínico dessa categoria. Nesse contexto surge o processo de enfermagem trazendo novas possibilidades de se organizar a prática e contribuindo para uma maior autonomia do profissional e qualidade da assistência.

O atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico.

A complexidade deste atendimento, exige do profissional uma assistência imediata e eficiente, habilidade e conhecimento técnico profundo. O enfermeiro deve ser ágil na realização de uma sistematização personalizada para cada cliente, tendo em vista as alterações que ocorrem devido a instabilidade hemodinâmica tendem a apresentar que os pacientes politraumatizados. Neste sentido a necessidade da formação do enfermeiro em atuação nas unidades móveis apresenta a importância dos procedimentos teóricos que aprendemos como enfermeiros que o socorro nos momentos após um acidente, principalmente as duas primeiras horas são os mais importantes para se garantir a recuperação ou a sobrevivência das pessoas feridas.

A capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem em setores de emergência que lidam com pacientes/clientes em iminente risco de vida. Wehbe e Galvão (2003, p. 05), traz os Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência da Associação Americana de Enfermagem (AAE), desde 1983, sendo definidos em três níveis de competência: o primeiro requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo o profissional necessita formação específica em enfermagem em emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar.

### **3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO**

Como o trauma craniano não se apresenta de fácil constatação devido ao seu estágio de apresentação, podendo ocorrer em seguida ao acidente ou horas após, faz-se necessário que os profissionais da saúde estejam preparados para a verificação dos sintomas, para que, após a constatação do trauma, os procedimentos possam ser efetivados de maneira rápida, desencadeando o atendimento preciso e eficiente ao paciente que requer cuidados emergenciais como meio de não agravar o seu quadro de saúde.

A atuação do enfermeiro no primeiro atendimento ao paciente que sofreu um TCE é altamente relevante pois no desenvolvimento de seu trabalho, por meio de seus conhecimentos técnico-científicos, em conjunto com as equipes de multiprofissionais, realizam a missão de salvar vidas em casos graves, que requer todo o cuidado e conhecimento em prol da vida dos pacientes. O trabalho realizado por estes profissionais contribui significativamente para a redução das consequências dos diferentes traumas existentes, além de possibilitar o acolhimento e a atenção necessária as famílias que acompanham as vítimas e necessitam ser cuidadas.

Nas primeiras 48 horas a equipe de enfermagem deve estar atenta ao escore de Glasgow, ao padrão respiratório e aos níveis da PIC (normal menor 10 mmHg) já que uma “elevação da PIC a maior de 20 mmHg em um paciente em repouso, por mais do que alguns minutos, está associada a um aumento significativo da mortalidade; essa atenção da enfermagem permite intervir rapidamente, evitando complicações.” (GARCIATR, 2000, p.680).

Quando o paciente estiver adequadamente sedado e a PIC se manter estável, a mudança de decúbito deverá ser realizada de dois em 2 horas, se a PIC apresentar oscilações, este procedimento deverá ser realizado com cautela.

O balanço hídrico deverá ser monitorizado atentando-se para o volume urinário e as medidas da pressão venosa central (PVC).

“A nutrição enteral deve ser iniciada após 48 horas de admissão na UTI, estar atento à presença de ruído hidroaéreos (RHA) e distensão abdominal. Nos pacientes que apresentar fraturas de base de crânio, a sondagem nasogastrica ou enteral deve ser feita via oral e não via nasal, pois podemos provocar infecções do tipo meningite e para as aspirações deve ser usado o mesmo critério, não realizar aspirações nasal nestes pacientes.” (GARCIATR, 2000, p.680).

Estar atento à prescrição de soluções, visto que, a infusão de soluções contendo dextrose, especialmente dextrose a 5% e água, é contraindicada no tratamento agudo do paciente com TCE, pois favorece o aparecimento de edema cerebral e quando este não está presente e agrava aquele já existente.

O mnemônico ABCDE descreve uma forma organizada de atendimento ao paciente politraumatizado, sendo a abordagem da via aérea ( A) o primeiro passo, pois favorece a livre entrada de ar nos pulmões, seguido dos demais BCDE não menos importantes, que complementam o complexo atendimento prestado ao paciente. O tempo de atendimento é fundamental para preservação das funções cerebrais e prevenção da hipovolemia, esta é uma avaliação que não deve demorar a ser realizada, devido à importância do trauma. Sendo assim o diagnóstico definitivo não é importante de imediato porque as medidas de estabilização estão sendo realizadas, deve-se, entretanto executar os procedimentos com segurança para não provocar novas lesão, ou complicar as que já existem. A maneira mais simples de diagnosticar o problema com as vias aéreas é avaliação da resposta verbal, sinais de cianose e agitação que podem significar obstrução, neste caso é importante aspirar as vias aéreas e observar presença de corpos estranhos. O uso do colar cervical é obrigatório, não devendo ser negligenciado.

Segundo Atzingen et al (2008) notou-se que o trauma mata seguindo uma ordem cronológica previsível, por exemplo “A obstrução das vias aéreas mata mais rapidamente do que a perda da capacidade de respirar, que mata mais rapidamente do que redução do volume sanguíneo circulante”.

Conforme o site [www.scribd.com](http://www.scribd.com) (2011) o atendimento de um politraumatizado deve ser realizado seguindo a seguinte ordem:

Exame Primário (ABCDE)

**A) Permeabilidade das vias aéreas** - Procurar de imediato o diagnóstico de obstruções por corpo estranho, traumas faciais, fraturas mandibulares, fraturas da laringe e traqueia. Como primeira medida é recomendada a manobra de levantamento do queixo (chin lift) ou de anteriorização da mandíbula (jaw thrust). Proteção da coluna cervical: todas as manobras de desobstrução das vias aéreas devem ser feitas com o colar cervical.

**B) Avaliar e garantir ventilação e oxigenação adequadas** .A permeabilidade das vias aéreas, por si só, não significa ventilação adequada. A

existência de uma troca adequada de gases e uma boa ventilação deve ser sumariamente investigada (inspeção, ausculta, percussão, palpação).

C) **Avaliação da perfusão orgânica** - Pulsos, cor e temperatura da pele, nível de

consciência Circulação. Os torniquetes não devem ser utilizados, a não ser em caso de amputação traumática. Hemorragias em tórax e abdome, nas partes moles ao redor de fraturas graves de ossos longos, no espaço retroperitoneal são as principais causas de sangramento oculto. Restauração da volemia: 2 veias periféricas com acesso calibroso. Amostras de sangue devem ser coletadas para testes de ABO, provas cruzadas, Hb, Ht. Se o paciente não responder à reposição inicial, deve receber sangue tipo específico; Se não houver possibilidade (falta ou não realização de prova cruzada), deve receber sangue tipo O-

D) **Avaliação neurológica -Reação pupilar-** Escala de coma de Glasgow; Sinais de lateralização 2 e nível de lesão medular.

E) **Exposição/ Controle do ambiente-**Prevenir hipotermia (ambiente e soluções aquecidos);

#### **Exame cabeça pescoço e neurológico –**

A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer conduta para a estabilização das condições vitais e tratamento destas anormalidades. Anomalias do couro cabeludo, ocular, ouvido externo, membrana timpânica, lesões dos tecidos moles, feridas penetrantes, enfisema subcutâneo, desvio da traqueia e aparência das veias do pescoço, devem ser pesquisadas durante o exame físico primário.

Uma rápida avaliação do estado neurológico deve determinar o nível de consciência e a reatividade pupilar do traumatizado. O rebaixamento do nível de consciência é indicativo de diminuição da oxigenação e lesão direta do encéfalo. A avaliação do estado neurológico determina o nível da consciência e deverá ser realizada na avaliação inicial, pode-se em um primeiro momento utilizar o AVDI (A alerta, V estímulo verbal, D estímulo doloroso, I irresponsivo) (imediatamente à recepção do politraumatizado, por exemplo, na recepção da vítima ainda na maca do veículo de resgate) seguido da avaliação primária, já na sala de emergência com a utilização da ECG, não esquecendo a avaliação pupilar; as pupilas assimétricas ou dilatadas podem ser indicadores de elevação da pressão intracraniana. Esta avaliação neurológica segue

propedêutica própria e deve determinar a lesão de acordo com o nível de consciência do paciente, devem-se fazer perguntas a vítima e solicitar que realize pequenos movimentos para avaliar a função motora dos membros inferiores e superiores. (WILKINSON et al 2000).

A Escala de Coma de Glasgow foi desenvolvida na década de 70 e tem sido mundialmente utilizada em trauma, e em paciente crítico com disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC), é um instrumento valioso para avaliação neurológica. Esta é uma forma objetiva de avaliar a consciência, a escala avalia três parâmetros de resposta a estímulos, a abertura ocular, a melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Um resultado menor de 8 indica a realização de intubação traqueal, para manutenção e proteção das vias aéreas. (www.sarah.br,2011)

O exame neurológico é utilizado pelo Enfermeiro tanto na admissão como na evolução do paciente. A frequência com que o exame é realizado depende do estado de gravidade do paciente ou da rotina da instituição, cabe ao Enfermeiro determinar este intervalo de tempo, visto que varias complicações são detectadas através do exame neurológico. A avaliação das pupilas deve ser feita através da observação do tamanho, simetria e reatividade pupilar a luz, o diâmetro da pupila é medido por um aparelho chamado pupilômetro, o diâmetro pupilar normal geralmente esta entre 3 a 6 mm, sendo que a divergências em algumas literaturas.

O exame da cabeça deve ser feito com cuidado, fraturas no crânio devem ser procuradas, fraturas na base do crânio podem ser suspeitadas pela presença de sangue no tímpano, drenagem de líquido cefalorraquidiano pelo ouvido ou nariz, hematoma ao redor dos olhos, lesão nos nervos do crânio: fraqueza na face, perda de audição, redução da visão, visão dupla.

Lacerações do tecido cerebral ocorrem quando há fraturas, podendo levar a perda de substância encefálica e levam a hemorragia intracraniana, déficits neurológicos sempre estão presentes, e deixam sequelas, apesar de ocorrer certa melhora com o tempo.

### **Fatores de risco :**

A fratura óssea do crânio implica em grande força exercida pelo mecanismo de trauma diretamente na cabeça, e podem ser observada em torno da calota óssea, base

do crânio e face. Hematoma epidural (localizado entre a calota craniana e a membrana mais externa de revestimento do cérebro) São lesões associadas a fraturas que laceram uma das artérias ou veias meníngeas em geral há perda da consciência logo após o trauma com recuperação após alguns minutos ou horas.

Hematoma subdural agudo (localizado entre as membranas que revestem o cérebro) é encontrado, frequentemente, em pacientes que sofrem traumatismo decorrente de aceleração e desaceleração em altas velocidades, são acompanhados de laceração do parênquima e dos vasos.

Conforme descreve M. Giugno<sup>1</sup>,K.M at AL (2003) o conteúdo intracraniano é composto de 80% de tecido cerebral, 10% de liquor e 10% de sangue, se esses volumes forem alterados, ocorre o aumento da pressão intracraniana. Inicialmente o conteúdo intracraniano tende a se acomodar, controlando temporariamente o aumento da PIC, entretanto o aumento progressivo de um dos elementos presentes, tende a comprometer a funcionalidade de outro, caracterizando o quadro patológico da HIC. Muitos hematomas intracranianos demoram a ser apresentados nos exames de imagem como a tomografia computadorizada, por exemplo. Este hematomas são uma das causas do aumento da pressão dentro da calota craniana eles ocorrem geralmente nos traumas cranianos de media ou grande intensidade, produzindo lesões de massa e geralmente ocorrem no lobo frontal e temporal, (www.sarah.br,2011).

A monitoração precoce da PIC no paciente com TCE pode revelar lesões de massas expansivas, quando não consegue realizar o exame neurológico preciso. Após estabelecer a monitorização da PIC, a Pressão de perfusão cerebral (PPC) pode ser calculada pela fórmula ( $PPC = PAM - PIC$ ) o valor normal é de 20 mmHg e a 25 mmHg em paciente com TCE grave.

Para manter o controle da PIC e da PPC devem-se usar recursos como a redução do metabolismo cerebral, sedação, intubação a hiperventilação, terapia hiperosmolar e procedimento cirúrgico.

#### **Fatores importantes:**

A proteção da coluna cervical usando o colar e a prancha constitui medida universal no atendimento do paciente vítima de trauma, devendo ser mantida até a avaliação de um especialista que comprove não haver lesão neurológica, lesão óssea ou lesão da medula cervical. O tamanho apropriado do colar é muito importante, pois um colar pequeno poderá não prover a imobilização adequada e suficiente, enquanto o

grande poderá levar a uma hiperestensão cervical no paciente, sendo assim, a escolha do tamanho ideal é feita calculando a distancia entre a linha imaginaria no ombro, e a base do queixo. O uso da prancha rígida deverá ser mantida durante o transporte do paciente, dando maior estabilidade e protegendo a coluna cervical.

Uma das complicações mais comuns aos pacientes vítimas de traumatismo crânio-encefálico (TCE) é a infecção, principalmente a pulmonar., merecendo total atenção.

### **3.4 A ALTA HOSPITALAR**

Como já expusemos, o trauma ocupa a primeira causa de morte na infância na maior parte do mundo e como nosso estudo centrou-se no público pediátrico, entendendo aqui a faixa etária de 0 a 14 anos, clientela do Hospital Infantil em que atuo como enfermeiro é importante ter em mente então que a criança não é um adulto pequeno e portanto deve ter um atendimento diferenciado até porque várias características psicofisiológicas a diferenciam do adulto.

Psicologicamente, as crianças em geral temem pessoas estranhas e situações novas e desconhecidas. No atendimento à criança consciente que sofreu algum tipo de trauma o profissional deve ser gentil, paciente e carinhoso, procurando transmitir-lhe confiança e tranquilidade. Estabelecendo-se um bom vínculo a criança, ela se tornará colaborativa, diminuindo a tensão e favorecendo o atendimento. Pais ou conhecidos da criança devem permanecer junto, exceto quando, por desconforto emocional, atrapalhem a condução do atendimento.

Imobilizações, curativos e tratamentos a serem ministrados, quando possível, devem ser explicados previamente e feitos com o máximo cuidado, utilizando materiais de tamanho adequado.

## **4. MÉTODO**



O estudo trata-se de um Plano de Ação (Tecnologia de Educação) realizado a partir da necessidade de sistematizar as orientações do enfermeiro para o paciente vítimas de trauma no momento da alta hospitalar num hospital infantil referência para o atendimento de média e alta complexidade da rede pública de saúde no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina.

Para alcançarmos os objetivos propostos foi realizada revisão da literatura por meio da qual, realizou-se um levantamento da produção científica relacionada aos cuidados de enfermagem à vítimas de TCE, com a intenção de construir um instrumento que os familiares pudessem levar por escrito para servir como posterior fonte de consulta em situações de dúvida, auxiliando assim as família por ocasião da alta hospitalar.

Para tanto foram utilizados os descritores: traumatismos encefálicos, cuidados de enfermagem, enfermagem, alta hospitalar nos bancos de dados nacionais on line para a busca de artigos publicados na íntegra.

Após procedeu-se a leitura e análise e discussão dos conteúdos, selecionando as informações cabíveis ao nosso público alvo, pacientes, familiares e cuidadores. Posteriormente a esta seleção, iniciou-se a elaboração do folder. Utilizamos os recursos de informática disponíveis para colocar o material formulado no formato desejado. Para a construção e elaboração do conteúdo abordado foi necessário adequar a escrita utilizando de uma linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento.

Além disto, foi realizado também a observação participante que como estratégia, facilitou a percepção com maior abrangência do contexto do estudo, das mudanças provocadas relacionadas ao processo de (re)construção do conhecimento, referentes aos cuidados dos pacientes com TCE. Por meio desta estratégia, foi mantida uma motivação constante na associação da teoria com a prática, provocando nas várias reflexões a respeito que pudessem contribuir para a educação em saúde de cuidadores das crianças no momento da alta hospitalar.

É importante salientar que o observador é parte do contexto, pois neste caso em particular, trata-se de um relato de experiência vivenciado como aluno do curso de Pós Graduação a Distância com opção em Urgência e Emergência e, sobretudo a partir da experiência de mais de 30 anos como um dos 838 funcionários de um Hospital Infantil que atua como polo de referência para o atendimento de média e alta

complexidade da rede pública de saúde no estado de Santa Catarina no período de novembro de 2013 a abril de 2014.

Diante da proposta de construção de um folder, do efeito sobre a clientela e do resultado, foi possível interagir com as participantes do estudo e assim compreender melhor as observações, de forma que a interação propiciasse as trocas de informações. A identificação das necessidades da família antecede o desenvolvimento de um programa de suporte para elas.

O conceito de folder consiste em um impresso de pequeno porte, constituído de uma só folha de papel com uma ou mais dobras, e que apresenta conteúdo informativo (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2009). Entendemos como um método didático, que fornece orientações claras e concisas a cerca de um assunto específico podendo ser utilizado como um instrumento de educação em saúde.

A experiência destes anos de trabalho já fornecem informações sobre como se dá a alta hospitalar, mas na perspectiva de uma observação participativa e como resultado da pesquisa bibliográfica certamente o “olhar” teve um novo enfoque. As observações tiveram também o objetivo de perceber o grau de dependências e necessidades diárias, além dos sentimentos envolvidos nesta nova organização familiar.

## **5- PLANO DE AÇÃO**

O público-alvo do plano de ação foram os familiares/cuidadores de pacientes com histórico de trauma crânio encefálico, atendidos na Emergência Interna e na Unidade de Terapia Intensiva que estejam observando os cuidados de enfermagem durante a internação e que acompanharão estes pacientes nos cuidados pós-alta.

O folder foi desenvolvido, tendo por base a experiência do autor, a revisão de literatura sobre o assunto, que forneceu os dados necessários para sua elaboração.

O conteúdo do material educativo foi dividido em uma página, frente e verso, que seguiram o formato de um folder (Apêndice 1).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do folder colaborou na tomada de decisão sobre o processo apropriado para condições específicas. Assim sendo, através da construção deste foi possível uma avaliação da assistência prestada, orientando as ações necessárias para o cuidado, evitando a repetição de erros. O processo pode servir para promover a linha de base que direciona as necessidades de saúde que explicitam o papel do enfermeiro no cuidado do paciente com TCC.

O desenvolvimento deste estudo favoreceu a identificação de um perfil dos diagnósticos de Enfermagem a pacientes vítimas de TCE e proporcionou a elaboração de um folder informativo a familiares/cuidadores, num processo de análise que levou ao aprofundamento da assistência a pacientes vítimas de trauma, especialmente ao doente crítico vítima de TCE.

A alta hospitalar planejada só traz benefício à assistência e tem por finalidade promover a transferência do paciente com segurança e qualidade, minimizando as dificuldades e riscos de complicações que podem ocorrer durante o processo de reabilitação (SILVA et al, 2002; CESAR e SANTOS, 2005; GRACIOTO et al, 2006; GANZELLA e ZAGO, 2008).

Neste contexto mostra-se de extrema importância à integração das políticas de saúde, com um trabalho centrado no sujeito compreendendo quais são as suas demandas, como será a nova organização desta família, quais as necessidades e a realidade social na qual está inserida. Conhecer esta realidade social, na qual o paciente está inserido, pode auxiliar o profissional da saúde a contribuir efetivamente na evolução e melhora da qualidade de vida desses pacientes e seus familiares (CESAR e SANTOS, 2005; GANZELLA e ZAGO, 2008).

No decorrer do estudo procurou-se estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem que ajudariam os enfermeiros que lidam diretamente com essa clientela a planejar a assistência, otimizando o tempo e garantindo qualidade no atendimento, ficou ainda mais evidente a necessidade do planejamento das ações através do uso do raciocínio clínico, do processo de enfermagem a pacientes críticos possibilitando assim um melhor direcionamento da assistência de enfermagem, otimizando tempo e garantindo uma assistência de qualidade.

O objetivo da construção do folder informativo sobre os cuidados após a alta hospitalar foi alcançado e serviu como instrumento didático para auxiliar o enfermeiro na realização de orientações pertinentes ao plano de alta; bem como fonte de consulta para o esclarecimento de dúvidas dos familiares e/ou cuidadores que venham surgir no dia-a-dia na prestação do cuidado. Com o folder em mãos iniciamos o processo de orientação aos familiares e/ou cuidadores, no momento da alta hospitalar, onde eram fornecidas informações individualizadas a beira do leito com o intuito de sanar as dúvidas, fornecer alternativas para a prática do cuidado no ambiente domiciliar e salientar para os possíveis sinais de complicação. Os folderes eram entregues e as informações reforçadas.

A construção do folder constitui-se um importante recurso informativo e didático, que pode ser utilizado pelo enfermeiro em suas diversas áreas de atuação como uma estratégia de educação em saúde. Sendo uma atribuição de fundamental importância do enfermeiro, que é um profissional capacitado a fornecer orientações pertinentes ao cuidado do paciente em vista da melhoria do seu bem estar. Consideramos positiva a aplicação do método didático, pois percebemos que além das orientações verbais, se faz necessário lançarmos mão de recursos que descrevam a realização dos cuidados, para que as informações sejam assimiladas com maior facilidade, proporcionando um melhor entendimento.

Acreditamos que a implantação do processo de enfermagem, com a sistematização dos cuidados ao paciente, incorporando nele o plano de alta hospitalar seja uma ferramenta para melhorar a assistência e garantir uma atuação mais ativa e humanizada. no cuidado de enfermagem efetivo, assim como, o comprometimento do enfermeiro com esta atividade.

O processo da construção do folder propiciou a oportunidade de repensar a prática do cuidado, na perspectiva de fazer a ponte entre a teoria e a prática, embasada na evidência dessa última e nas descobertas das pesquisas dentro de uma linguagem de ação-reflexão. Tem-se, portanto, a dimensão ética do fazer, saber e sentir, em um movimento constante, cujo compromisso está representado na responsabilidade de oferecer tecnologia, também, para o cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

FURKIN, A .M .; SANTINI, C .S. **Disfagias orofaríngeas** . São Paulo: Pró-Fono, 1999.

GANZELLA, Marcela e ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura**. Acta paul. enferm. 2008, vol.21, n.2, pp. 351-355. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 12 abr.2014

GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo: EPU,

GONZALVO, Augusto; et al. **Craniectomía descompresiva em traumatismo de cráneo. Evaluación de resultados a largo plazo**. Rev. Argent. Neuroc..2005;19:13-25.

HORA; et al. **Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial**. 2005. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/29.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/29.pdf). Acesso: 24 de fevereiro de 2014.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Bárbara M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma bordagem holística**. Tradução: Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e J. Israel Lemos. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

LUCIA MARCON. **Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva**. 2002.120F. Dissertação ( Mestrado EM Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 466 de 04 de junho de 1998**. Disponível na internet [www.saude.gov.br/portaria\\_ministerio\\_da\\_saude.2](http://www.saude.gov.br/portaria_ministerio_da_saude.2), january, 2000, pp. 1-6

OLIVEIRA, Sheila Gemelli de; WIBELINGER, Lia Mara; LUCA, Raquel Dedl. **Traumatismo cranioencefálico**: Uma revisão bibliográfica. Físio Web, out. 2005; Disponível em: <<http://www.wgate.com.br> > acesso em: 02 fev. 2014

ROWLAND L.P. (ed): **Merritt-Tratado de Neurologia** 9.ed, Philadelphia: Lippincott. Willians & Wilkins, 1997

Silva, Lucia de Fátima da; Guedes, Maria Vilani Cavalcante; Moreira, Renata Pinheiro; Souza, Ana Célia Caetano de. **Doença crônica: o enfrentamento pela família**. Acta paul. Enferm;15(1), p.40-47, jan.-mar. 2002

Suporte Avançado de vida no trauma para médicos.( Advanced Trauma Life Support for doctoris ATLS). Disponível no site [www.scribd.com/doc/51044622/1ATLS](http://www.scribd.com/doc/51044622/1ATLS).  
Pesquisado em 17/04/2014

Traumatismo crânioencefálico. Disponível no site [www.sarah.br/paginas/p-07](http://www.sarah.br/paginas/p-07)  
traumatismo\_cranioence.ht Acesso em 15/04/2014

VEIGA, Viviane Cordeiro et AL. **Traumatismo Cranioencefálico**. Disponível no site [www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes13.pdf](http://www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes13.pdf). Acesso dia 10/04/2014.

## APÊNDICE