

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA CALDAS DE SOUZA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM PARA CONHECIMENTO DEFICIENTE DO
CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOAS EM PROCESSO DE
REABILITAÇÃO**

GOIÂNIA, 2013

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Juliana Caldas de Souza		
E-mail:	julianacaldas8@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não			
Vínculo empregatício do autor	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo		
Agência de fomento:	Naõ teve	Sigla:	
Título:	Efetividade de um programa de intervenções de enfermagem para conhecimento deficiente do cuidador familiar de pessoas em processo de reabilitação.		
Palavras-chave:	Enfermagem em Reabilitação; Traumatismos Encefálicos; Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Cuidadores Familiares.		
Título em outra língua:	Effectiveness of a program in nursing interventions to poor knowledge of family caregivers of people undergoing rehabilitation		
Palavras-chave em outra língua:	Rehabilitation in Nursing; Brain Injuries; Nursing Diagnosis; Nursing Assessment; Family Caregivers.		
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à Saúde Humana		
Data defesa:	10/05/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem da UFG		
Orientador (a):	Maria Márcia Bachion		
E-mail:	mbachion@fen.ufg.br		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 10/05/2013

Assinatura do autor

JULIANA CALDAS DE SOUZA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM PARA CONHECIMENTO DEFICIENTE DO
CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOAS EM PROCESSO DE
REABILITAÇÃO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica e desenvolvimento de tecnologias para
a produção do conhecimento e para o cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Márcia Bachion

GOIÂNIA, 2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

S729e Souza, Juliana Caldas.
Efetividade de um programa de intervenções de enfermagem para conhecimento deficiente do cuidador familiar de pessoas em processo de reabilitação [manuscrito] / Juliana Caldas de Souza. - 2013.
xv, 184 f. : il., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem, 2013.

Bibliografia.

Inclui lista de ilustrações, tabelas, siglas e abreviações.
Apêndices e anexos.

1. Enfermagem 2. Reabilitação – Pacientes 3. Cuidador
– Saúde. I. Título.

CDU: 616-083:364-786

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA CALDAS DE SOUZA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PARA CONHECIMENTO DEFICIENTE DO CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOAS
EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO.**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em 10 de Maio de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Márcia Bachion – Presidente da Banca e Orientadora
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila – Membro Externo
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Márcia Maria de Souza – Membro Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Ruth Losada Menezes – Membro Suplente Externo
Universidade de Brasília - Campus Ceilândia

Profa. Dra. Carmen Luci Rodrigues Lopes – Membro Suplente Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

*Ao meu esposo, CARLOS ALEXANDRE,
por não me deixar desistir dos sonhos e estar
sempre ao meu lado em todos os momentos
da vida, dando-me força, amor e carinho.*

*Ao meus sobrinhos, Isadora, Douglas Filho e
André Luiz , que, apesar de ser ainda serem
crianças, foram capazes de compreender
minhas ausências e com seus beijos e abraços
me enchem de força para vencer os momentos
de angústia.*

*Saibam que sem o apoio, carinho e,
principalmente, sem o amor de vocês, eu não
conseguiria. AMO VOCÊS!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente na minha vida, iluminando meus caminhos, fortalecendo minha alma; por mostrar-me que podemos superar as dificuldades quando acreditamos em sua força.

A minha mãe minha maior motivadora e ao meu padrasto Neli por sempre acreditarem em mim.

Aos meus queridos irmãos Aline e Rodolfo, grandes amigos, que sempre me incentivaram e apoiaram.

Aos meus amados sobrinhos, Isadora, Douglas Filho e André Luiz que com seu amor e sorriso me deram força nos momentos mais difíceis para seguir em frente.

A meu amado esposo Carlos Alexandre, pela amizade compartilhada, principalmente pela ajuda e pelo companheirismo demonstrado durante os momentos difíceis dessa trajetória, por entender meus momentos de angústia e minha ausência.

A Dna. Joana (minha querida sogra) e sua família que me acolheu e me apoiou nesta trajetória.

À Prof^ª Dr^a Maria Márcia Bachion, minha orientadora, por ter compartilhado seus conhecimentos e sabedoria, contribuindo com meu crescimento profissional.

Em especial a AMIGA Prof^ª Selma Montefusco a quem admiro e respeito, por quem tenho um carinho muito especial, por ter sido mais do que uma colega de pós-graduação,, uma verdadeira AMIGA; que Deus sempre a ilumine na sua caminhada.

Às Prof^ª Dr^a Vanessa dos Santos Vila e Dr^a Márcia Maria de Souza, por quem tenho uma profunda admiração, pela convivência maravilhosa e harmoniosa, e por ter contribuído intensamente na elaboração deste trabalho, compartilhando seus conhecimentos e sua experiência durante o exame de qualificação.

À Enf^ª Janine de Oliveira Paula, gerente de Enfermagem do CRR, pelo apoio, compreensão e incentivo dado para a concretização deste trabalho.

Aos enfermeiros do CRR por me incentivarem e acreditarem na relevância desse estudo.

Aos clientes internos no CRR para reabilitação e seus familiares, por terem aceitado participar do processo de construção desse estudo.

À Enf^ª Ana Carolina, pela amizade e por ter compartilhado seus conhecimentos contribuindo com a elaboração deste trabalho.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela competência e responsabilidade com que conduz o programa; a todos os docentes, pelo conhecimento compartilhado, e aos funcionários, pela atenção dada as mestrandas.

As colegas do mestrado, pela convivência compartilhada.

A todos aqueles que aqui não foram citados, mas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização e concretização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

*“A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”.*

Albert Einstein

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	14
RESUMO	15
ABSTRACT.....	17
RESUMEN	19
1. INTRODUÇÃO.....	21
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3. MARCOS TEÓRICO, CONCEITUAL E METODOLÓGICO.....	30
3.1. O trauma cranioencefálico	30
3.2. Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem	33
3.3. O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias	36
3.4. Processo de Enfermagem e taxonomias NANDA, NIC e NOC	39
3.5 Estratégia de Ensino-Aprendizagem	47
4. METODOLOGIA	51
4.1. Tipo de Estudo	51
4.2. Local e período de estudo	52
4.3. População	52
4.4. Aspectos Éticos	52
4.5. Instrumentos utilizados na pesquisa	53
4.6. Coleta de Dados	56
4.7. Intervenção Proposta	57
4.9. Estudo Piloto	59
4.9. Análise dos dados	60
5. RESULTADOS	61
5.1. Casos clínicos	61
5.1.1. Caso 1	61
5.1.3. Caso 2	69

5.1.5. Caso 3	75
5.1.7. Caso 4	82
5.1.9. Caso 5	89
5.1.11. Caso 6	96
5.1.13. Caso 7	103
5.1.15. Caso 8	108
5.2. Caracterização dos pacientes das pessoas com TCE com escore >= 5, em reabilitação	114
5.3. Diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas com sequela de TCE e escore >= 5, em reabilitação.....	115
5.4. Caracterização dos familiares cuidadores principais de pessoas em Reabilitação	118
5.5. Diagnósticos de enfermagem identificados nos familiares cuidadores Principais de pessoas com TCE em reabilitação	120
5.6. Avaliação da efetividade dos protocolos de intervenção para conhecimento deficiente do familiar cuidador	122
6. CONCLUSÕES	128
7. REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	137
Apêndice I	137
Apêndice II	140
Apêndice III	143
Apêndice IV	144
Apêndice V	147
Apêndice VI	150
Apêndice VII	154
Apêndice VIII	158
Apêndice IX	162
ANEXOS	165
Anexo I	165
Anexo II	167
Anexo III	171
Anexo IV	178

Anexo V	179
Anexo VI	182
Anexo VII	183
Anexo VIII	184

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Anatomia do Encéfalo	30
Figura 2.	Anatomia do Funcional do Encéfalo	31
Figura 3.	Domínios e classes Taxonomia II NANDA-I	40
Figura 4.	Síntese da coleta de dados e aplicação do protocolo de intervenção	59
Quadro 1.	Pontuação de F1 nos testes antes da intervenção	67
Quadro 2.	Pontuação de F2 nos testes antes da intervenção	73
Quadro 3.	Pontuação de F3 nos testes antes da intervenção	80
Quadro 4.	Pontuação de F4 nos testes antes da intervenção	87
Quadro 5.	Pontuação de F5 nos testes antes da intervenção	94
Quadro 6.	Pontuação de F6 nos testes antes da intervenção	100
Quadro 7.	Pontuação de F7 nos testes antes da intervenção..	106
Quadro 8.	Pontuação de F8 nos testes antes da intervenção	112
Gráfico 1.	O número de diagnóstico de enfermagem por pacientes	115
Gráfico 2.	Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos sobre estimulação cognitiva antes e depois das intervençãoes	123
Gráfico 2.	Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos sobre estimulação cognitiva antes e depois das intervençãoes	124
Gráfico 3.	Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos de familiares cuidadores de pessoa com TCE em processo de reabilitação, sobre doença e prognóstico, antes e depois das intervençãoes	125
Gráfico 5.	Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos de familiares cuidadores de pessoa com TCE em processo de reabilitação, sobre estímulo para melhora da comunicação, antes e depois das intervençãoes	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil socioeconômico das pessoas com sequela de TCE e Rancho maior ou igual a cinco em reabilitação no período de Agosto/2012 a Janeiro/2013	114
Tabela 2.	Diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas com sequela de TCE e Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação no período de Agosto/2012 a Janeiro/2013, de acordo com os domínios da NANDA-I 2012	116
Tabela 3.	Caracterização das pessoas índices familiares cuidadores de vítimas de TCE com Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação	118
Tabela 4.	Diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias, de acordo com os domínios da NANDA-I 2012	120
Tabela 5.	Número de pacientes de acordo com o escore obtido em cada momento de cada uma das investigações	122

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AGE	Ácidos graxos essenciais
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCE	Trauma cranioencefálico
EUA	Estados Unidos da América
DE	Diagnóstico de Enfermagem
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
PCA	Pesquisa convergente-assistencial
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
MS	Ministério da Saúde
NUTADIES	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde.
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

RESUMO

SOUZA, J. C. Efetividade de um programa de intervenções de enfermagem para conhecimento deficiente do familiar cuidador de pessoas em processo de reabilitação. 2013. 184 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

O trauma cranioencefálico (TCE) tem sido considerado a causa mais importante de incapacidade entre jovens e a mais frequente causa neurológica de morbidade. Assim, é necessário que profissionais da saúde, incluindo a enfermagem, desenvolvam conhecimento específico sobre a assistência não só das vítimas, como também dos cuidadores, a fim de ajudá-los a enfrentar as consequências oriundas desse tipo de trauma. No contexto da reabilitação, são escassas as pesquisas sobre a abordagem clínica de pessoas com TCE em processo de reabilitação e a utilização de Modelos ou Teorias de Enfermagem para abordagem desse grupo. Este estudo teve por objetivo analisar a efetividade de um programa de intervenções de enfermagem para “Déficit de conhecimento do familiar cuidador” de pessoas com sequela de TCE em reabilitação. Seguiu-se a metodologia de pesquisa convergente assistencial (PCA), de abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no setor de internação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), na cidade de Goiânia/GO, no período de agosto de 2012 a janeiro de 2013. Foram incluídas oito pessoas com TCE, rancho V ou superior, que estiveram internadas no período de realização do estudo e seus respectivos cuidadores. Na coleta de dados utilizaram-se um conjunto de instrumentos e procedimentos: na avaliação das pessoas com TCE foi utilizado um protocolo de entrevista e exame físico baseado na Teoria de Orem. Na avaliação dos cuidadores familiares foi aplicado um roteiro de entrevista fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção de Famílias, avaliação cognitiva por meio do Mini-Exame do Estado Mental e avaliação da ansiedade mediante o Inventário da Ansiedade Traço-Estado. Com base nessa avaliação inicial dos pacientes e seus familiares cuidadores, elaboramos protocolos de avaliação de conhecimento necessários aos cuidadores com foco específico como: facilitação da comunicação, treino da memória, estimulação cognitiva e o processo de doença. As escalas de avaliação foram inspiradas na NOC. Foi aplicado um programa de intervenção individual e grupal, aos familiares cuidadores, baseado na NIC (ensino individual e ensino grupal, ensino: processo saúde doença) utilizando a Teoria de Aprendizagem significativa. Ao término do programa de intervenção específico, foram aguardados 72h e aplicados os testes de conhecimento pós-intervenção. A análise dos dados sociodemográficos foi realizada mediante estatística descritiva simples. Os diagnósticos foram identificados por consenso de dois profissionais e checagem por um terceiro pesquisador. Para avaliação dos resultados foram utilizados os escores dos indicadores da NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) e realizada a comparação dos dados obtidos antes e após 72 horas das intervenções mediante o uso do teste de Sinais de Descartes. O protocolo de intervenções para o conhecimento deficiente mostrou-se efetivo para treino de Memória ($p=0,008$) e ensino: processo de Doença ($p=0,008$). Apesar de resultados positivos clinicamente, a efetividade do programa de intervenções para estimulação cognitiva ($p=0,07$) e melhora da comunicação ($p=0,12$) não puderam ser comprovados estatisticamente. Com base nos resultados encontrados, foi possível: evidenciar o êxito do programa

de intervenção para os diagnósticos de conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre treino de memória e sobre processo de doença.

Descritores: Enfermagem em Reabilitação; Traumatismos Encefálicos; Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Cuidadores Familiares.

Abstract

SOUZA, J.C. Effectiveness of a program in nursing interventions to poor knowledge of family caregivers of people undergoing rehabilitation. 2013. 184 f. Dissertation (Master). Nursing Faculty, Federal University of Goiás, Goiânia, 2013.

Traumatic brain injury (TBI) has been considered the most important cause of disability among young people and the most common cause of neurological morbidity. It is therefore necessary that health professionals, including nurses, develop specific knowledge about the assistance not only to the victims but also to the caregivers in order to help them cope with the adverse consequences arising from this type of trauma. In the rehabilitation context, there is little research on the clinical management of people with TBI in rehabilitation process and even the use of Models or Nursing Theories to approach to this group. This study aimed to examine the effectiveness of a program in nursing interventions for "Knowledge deficit of family caregivers" of people with TBI rehabilitation sequel. It followed the methodology of convergent care research (PCA), a quantitative approach. The study was developed in the hospital sector of the Rehabilitation Center and Readaptation Dr. Henry Santillo (CRER) in the city of Goiânia/GO through August 2012 to January 2013. The study included eight people with TBI, V ranch or superior, who were hospitalized in the period of the study and their caregivers. During data collection a set of instruments and procedures were used. In the evaluation of people with TBI, a protocol interview and physical examination based on the Theory of Orem were used. In the assessment of family caregivers it was applied a structured interview based on the Calgary Assessment Model and Families Intervention, a cognitive assessment using the Mini-Mental State Examination and anxiety assessment by the State-Trait Anxiety Inventory. Based on this initial assessment of patients and their family caregivers, it was developed knowledge evaluation protocols necessary to caregivers with specific focus such as: facilitation of communication, memory training, cognitive stimulation and disease process. The rating scales were inspired by NOC. Then, a program of individual and group intervention was applied to the family caregivers based on NIC (individual and group learning, learning: the health illness process) and in the Learning Theory significant. At the end of the specific intervention program, 72 hours were waited and knowledge post-intervention tests were applied. Sociodemographic data analysis was done by simple descriptive statistics. The diagnoses were identified by consensus of two professionals and checked by a third researcher. To evaluate the results it was used the scores of the NOC indicators (Nursing Outcomes Classifications) and made a comparison of the data obtained before and after 72 hours of interventions through the use of Descartes signals test. The interventions protocol for poor knowledge was effective for training Memory ($p = 0.008$) and instruction: disease process ($p = 0.008$). Despite positive clinically results, the program effectiveness of interventions for cognitive stimulation ($p = 0.07$) and communication improvement ($p = 0.12$) they could not be statistically proven. Based on these results, it was possible to: highlight the success of intervention program for the diagnosis of insufficient knowledge of the family caregiver training on memory and on the disease process.

Descriptors: Rehabilitation in Nursing; Brain Injuries; Nursing Diagnosis; Nursing Assessment; Family Caregivers.

RESUMEN

SOUZA, J. C. **La efectividad de un programa de intervenciones de enfermería para el conocimiento deficiente del familiar cuidador de personas en proceso de rehabilitación.** 2013. 180 f. Disertación (Maestría). Facultad de Enfermería, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

El trauma cráneo-encefálico (TCE) ha sido considerado la causa más importante de la incapacidad entre jóvenes y la más frecuente causa neurológica de morbilidad. En consecuencia, es necesario que profesionales de la salud, incluyendo la enfermería, desarrollen conocimiento específico sobre la asistencia no solo de las víctimas, sino también de los cuidadores, a fin de ayudarlos a enfrentar las consecuencias adversas, oriundas de ese tipo de trauma. En el contexto de la rehabilitación, son escasas las pesquisas sobre el abordaje clínico de personas con TCE en proceso de rehabilitación e inclusive el de Modelos o Teorías de Enfermería para abordaje de ese grupo. Este estudio ha tenido por objetivo analizar la efectividad de un programa de intervenciones de enfermería para “Déficit de conocimiento del familiar cuidador” de personas con secuela de TCE en rehabilitación. Se ha seguido la metodología de pesquisa convergente asistencial (PCA), de abordaje cuantitativo. El estudio ha sido desarrollado en el sector de internación del Centro de Rehabilitación y Readaptación Dr. Henrique Santillo (CRER), en la ciudad de Goiânia/GO, en el período de agosto de 2012 a enero de 2013. Se incluyeron a ocho personas con TCE, grupo V o superior, que estuvieron internadas en el período de realización del estudio y sus respectivos cuidadores. En la recogida de datos se utilizaron un conjunto de instrumentos y procedimientos. En la evaluación de las personas con TCE fue utilizado un protocolo de entrevista y examen físico basado en la Teoría de Orem. En la evaluación de los cuidadores familiares fue aplicado un itinerario de entrevista fundamentado en el Modelo Calgary de Evaluación e Intervención de Familias, evaluación cognitiva por medio del Mini-Examen del Estado Mental y evaluación de la ansiedad mediante el Inventario de la Ansiedad Trazo-Estado. Con base en esa evaluación de los pacientes y sus familiares cuidadores, elaboramos protocolos de evaluación de conocimiento necesario a los cuidadores con foco específico como: facilitación de la comunicación, práctica de la memoria, estimulación cognitiva y el proceso de enfermedad. Las escalas de evaluación fueron inspiradas en la NOC. Aplicamos un programa de intervención individual y grupal, a los familiares cuidadores, basado en la NIC (enseñanza individual y enseñanza grupal, enseñanza: proceso salud enfermedad) y en la Teoría de Aprendizaje significativo. Al término del programa de intervención específico, aguardábamos 72h y aplicábamos las pruebas de conocimiento post-intervención. El análisis de los datos sociodemográficos fue realizado mediante estadística descriptiva simple. Los diagnósticos fueron identificados por un consenso de los profesionales y de un tercer investigador. Para la evaluación de los resultados fueron utilizados los puntajes de los indicadores del NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) y realizada la comparación de los datos obtenidos antes y después de 72 horas de las intervenciones mediante el uso de la prueba de Señales de Descartes. El protocolo de intervenciones para el conocimiento deficiente se mostró efectivo para la práctica de Memoria ($p=0,008$) y el proceso de Enfermedad ($p=0,008$). A pesar de resultados positivos clínicamente, la efectividad del programa de intervenciones para estimulación cognitiva ($p=0,07$) y mejoría de la comunicación ($p=0,12$) no pudieron ser comprobados estadísticamente. Con base en los resultados encontrados, fue

posible: evidenciar el éxito el programa para los diagnósticos de conocimiento deficiente del familiar cuidador sobre la práctica de memoria y sobre el proceso de enfermedad.

Palabras-claves: Enfermería en Rehabilitación; Traumatismos Encefálicos; Diagnóstico de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Cuidadores.

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes e a violência configuram um problema de saúde pública, com forte impacto na mortalidade e morbidade da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Entre as suas principais consequências está o trauma cranioencefálico (TCE) que é conceituado como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo, e é classificado segundo sua intensidade em grave, moderado e leve (NITRINI; BACHESCHI, 2003).

A lesão encefálica que se estabelece após este evento é o resultado de mecanismos fisiopatológicos que ocorrem no momento do trauma e se estendem por dias a semanas. Pode ser classificada em lesão cerebral primária e secundária (BOTARELLI, 2010).

As lesões primárias são danos físicos e mecânicos originados da ação da força agressora, causados no momento do impacto e que provocam alterações no tecido vascular e neural, com destruição imediata e permanente de algum tecido de modo irreversível (BOTARELLI, 2010).

Podem resultar de traumas diretos ao parênquima cerebral (nos casos de estruturas penetrantes), sem contato direto com as estruturas internas (nos casos de traumatismo fechados) e produzir lesões cerebrais com a ação da energia cinética no movimento abrupto de aceleração e desaceleração (ANDRADE et al., 2009; KNOBEL, 2003).

Nesse tipo de lesão, mecanismos como hipotensão arterial, hipoglicemia, hipercapnia, hipóxia respiratória e anêmica, hiperpirexia e distúrbios hidroeletrólíticos pioram a isquemia cerebral; posteriormente, somados aos distúrbios metabólicos e infecciosos sistêmicos, assim como a presença de substâncias neurotóxicas, hidrocefalia e alterações hemodinâmicas no espaço intracraniano, podem diminuir a sobrevida após o TCE (COCRHAN et al., 2003; MEIXENSBERGER et al., 2001).

Para compreender o mecanismo de lesão secundária, é necessário entender que o cérebro é nutrido pela oxidação da glicose, e seu alto metabolismo faz com que consuma, em situações fisiológicas, cerca de 20% do oxigênio e 25% da glicose utilizados pelo organismo. Como o aporte de oxigênio às células do Sistema Nervoso Central (SNC) dependem do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), a saturação

de oxigênio, concentração de hemoglobina no sangue e capacidade de troca gasosa pelos capilares podem estar prejudicados na presença de algum tipo de lesão (McARTHUR; CHUTE; VILLABLANCA, 2004).

Segundo Spanholi (2009), as vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar deficiências ou incapacidades, que podem ser temporárias ou permanentes, divididas em: físicas, cognitivas e comportamentais/emocionais. A alteração neuropsicológica constitui um dos principais fatores que determinam o futuro dessas pessoas, pois condicionam tanto o grau de dependência funcional como o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias.

O TCE tem sido considerado a causa mais importante de incapacidade entre jovens e a mais frequente causa neurológica de morbidade. Em consequência, surge a necessidade de profissionais da saúde com conhecimento específico sobre a assistência não só das vítimas, como também dos cuidadores, a fim de ajudá-los a enfrentar as consequências, oriundas desse tipo de trauma (HORA; SOUSA; ALVAREZ, 2005).

No contexto da reabilitação, a enfermagem atua de modo a prevenir complicações que podem gerar incapacidades, bem como implementar intervenções cujos resultados possam promover a melhor independência funcional possível (FARO, 2006).

A constatação de uma deficiência representa uma situação de mudanças estruturais na família e nos processos familiares, da qual decorrem alterações psicológicas, sentimentos de negação, vergonha, medo da rejeição social e sentimento de pena, que acabam levando a família ao isolamento social e ao risco de solidão (BRITO, 2007).

Neste contexto, é necessário um programa reabilitador que possibilite um maior grau de autonomia da pessoa com sequelas decorrentes do TCE, que proponha uma reinserção socioeconômica e um aumento da qualidade de vida do paciente e seus familiares (HORA; SOUSA; ALVAREZ, 2005).

O termo reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), é definido como o processo que visa capacitar as pessoas com deficiência para alcançar e manter os níveis de aperfeiçoamento para as funções físicas, sensoriais, intelectuais, psíquicas e sociais. Esta etapa envolve a provisão de ferramentas necessárias para que a pessoa com deficiência atinja independência, tendo em vista a sua reintegração social.

A reabilitação, segundo Pitanga; Simão, (2001) pode se dar em três categorias: a primeira delas compreende o reintegrar à vida diária, chamando a atenção para as atividades do cotidiano fora da instituição, como fazer compras, realizar tarefas domésticas, o autocuidado (banho, higiene oral, vestuário e outros). A segunda categoria refere-se ao ajudar a conviver socialmente, enfatizando o relacionamento interpessoal e consigo mesmo. A terceira e última categoria se refere a ajudar a conviver em família, permitindo ao indivíduo viver com dependência mínima, um ser humano capaz e produtivo.

A reabilitação requer a atuação de equipe interdisciplinar, na qual a enfermagem está inserida, colaborando com a pessoa portadora de necessidades especiais e oferecendo condições para promover a reeducação do deficiente físico, visando o ajuste às suas atividades diárias, à vida familiar social e profissional, criando condições aceitáveis para a sua melhoria e qualidade de vida (LEITE; FARO, 2005).

Como especialidade multidisciplinar, a reabilitação, inclui conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia pessoas com doenças agudas e crônicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social (FARO, 2006).

Esta especialidade enfatiza tanto a prevenção de agravos decorrentes de um trauma, como o tratamento das incapacidades, mediante metas previamente estabelecidas, priorizadas e compartilhadas entre os reabilitadores, paciente e família, valorizando a autonomia dos especialistas atrelada à autonomia do paciente. É uma atuação pautada na abordagem holística e não na disfunção orgânica ou estrutural-anatômica, implementada no hospital, nos centros de reabilitação e no domicílio (LEITE; FARO, 2005).

O cuidado de enfermagem no período de reabilitação envolve tanto procedimentos de cuidado direto, para as atividades que o paciente não consegue fazer por si mesmo, quanto de orientação, educação e acompanhamento dele e de seus familiares cuidadores (MOURÃO; ARAÚJO, 2011).

É importante a relação entre o enfermeiro e o cuidador familiar, no intuito de se prestar uma assistência por meio de um trabalho educativo instrumentalizado por saberes e técnicas, que facilitem o processo de adaptação da família à nova situação, com a sensibilidade para promover a capacitação dos cuidadores familiares (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

Segundo Teixeira et al. (2003), a orientação à família desde o início do processo de reabilitação, potencializa a aquisição de maior independência por parte do paciente nas atividades de vida diária, na recuperação dos aspectos funcionais, cognitivos, emocionais e sociais, possibilitando assim, uma reabilitação mais ampla e satisfatória para o paciente.

De forma geral, os pacientes com alterações da capacidade cognitiva, durante o processo de reabilitação, apresentam alto grau de dependência para as exigências de autocuidado, em especial no início do processo de reabilitação.

A presença de um cuidador, proveniente do contexto familiar, se faz necessário, uma vez que a situação de presença das sequelas do TCE exige uma reorganização da estrutura/funcionamento familiar, antes, durante e após o tratamento de reabilitação.

A necessidade de um familiar cuidador junto ao paciente, por vezes em período integral, é comum para pessoas com sequelas decorrentes aos TCE, situação esta que pode ser desgastante para o cuidador e gerar situações de estresse que podem comprometer o processo de reabilitação do paciente, a saúde dos próprios cuidadores, o processo de comunicação com a equipe de saúde, tornando todo processo de reabilitação prolongado.

Durante o acompanhamento da pessoa em reabilitação, a família deve receber suporte da equipe de enfermagem para aprender a cuidar do seu familiar e, ao mesmo tempo, receber ajuda para lidar com os seus problemas, conflitos, medo e aumento de responsabilidade frente à demanda por cuidados de saúde (BOTTINELLI; ROSA; ERDEMANN, 2007).

A adaptação de toda a família no pós-trauma ocorre simultaneamente ao processo de adaptação da pessoa vítima de TCE; neste sentido, se faz necessário adotar um modelo de avaliação que contemple os fenômenos inerentes a esta unidade de cuidado, para poder compreendê-la e atendê-la no ambiente hospitalar (BOCCHI, 2005).

Quanto mais próximo e maior o vínculo e a interação entre os membros da família, haverá maior semelhança entre o processo de adaptação da pessoa e do familiar que o acompanha durante e após a internação. O importante não é a posição formal que o familiar ocupa na composição, ou na estrutura familiar, mas sim o grau de proximidade e o vínculo entre essas pessoas (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Os cuidadores de pessoas com sequelas decorrentes de trauma cranioencefálico podem vivenciar fenômenos, tais como a apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à sua capacidade para oferecer cuidados, dificuldade de realizar as atividades necessárias para o cuidado, falta de descanso, inexperiência com oferecimento de cuidado, estresse, labilidade emocional aumentada, entre outros.

A falta de apoio formal dos profissionais de saúde para os familiares desenvolverem conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao papel de cuidador pode contribuir para todo esse processo de tensão e incerteza.

O cuidador familiar ou informal é alguém da família ou afim, geralmente sem formação na área de saúde que está cuidando de um ente familiar e, portanto, pressupõe-se que tenha cumplicidade e compromisso com a pessoa cuidada. Pode ser ele categorizado em primário ou principal e secundário a depender da maior ou menor intensidade em que presta cuidados ao ente familiar (FARO, 1999).

Cuidar não é uma tarefa fácil, exige uma mudança radical na vida de quem cuida, também demanda a execução de tarefas complexas e delicadas. Em muitos casos, o cuidador é uma pessoa com idade um pouco mais avançada (LEAL, 2000).

Os membros da família com frequência enfrentam as mudanças ocorridas no paciente com TCE sem suporte ou com suporte insuficiente, especialmente, quando ocorrem a longo prazo mudanças cognitivas e de personalidade (TYERMAN, 2001).

O suporte social, tão necessário a esses cuidadores, é abordado como um processo dinâmico que envolve relacionamentos entre o indivíduo e todo seu sistema social (MORGADO et al., 1996).

De acordo com Morgado et al., (1996), há quatro formas de fornecer esse suporte social: suporte afetivo (qualifica o apoio ao indivíduo sob a forma de empatia, amizade, amor e confiança); suporte de participação (incrementa a capacidade do indivíduo em apoiar outras pessoas em situações em que as mesmas necessitam de ajuda); suporte material (ajuda direta a uma pessoa, por meio de doação de objetos e contribuição financeira) e suporte de informação (oferece indicações que possam ajudar o indivíduo a resolver seus problemas). Assim, a enfermagem pode dar grande contribuição no processo de reabilitação no suporte de informações.

Dada a complexidade representada pelos pacientes em tratamento de reabilitação, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE*), é a

* Neste contexto a expressão SAE utilizada originalmente pela autora tem o sentido de Processo de Enfermagem.

abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve a pessoa nessa situação, de suas reais necessidades e condições de enfrentamento do problema, e, a partir do qual, a enfermagem possa estabelecer relações de ajuda mais eficazes (BRITO, 2007).

No processo de assistência de enfermagem, o enfermeiro deve agir de forma planejada e fundamentada em conhecimentos técnico-científicos, por meio de julgamentos clínicos adequados, para identificar as necessidades de saúde reais ou potenciais para os quais a pessoa necessita de intervenções de enfermagem. Deve basear sua abordagem em referenciais teóricos integrados, incluindo como eixo norteador modelos ou teorias de enfermagem.

Para expressar seu julgamento clínico, seja diagnóstico ou terapêutico durante processo de enfermagem, o enfermeiro pode-se utilizar de terminologias padronizadas para indicar diagnósticos, intervenção e resultados.

Uma das terminologias mais usadas para expressar diagnóstico de enfermagem é a taxonomia II da NANDA-I (2012), utilizada no Brasil desde a década de 1990. Quanto as intervenções e resultados, podem ser utilizados, respectivamente, a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Considerando o que foi exposto até agora, configura-se o pressuposto que um dos diagnósticos de enfermagem que ocorrem no contexto do processo de reabilitação é o conhecimento deficiente do cuidador.

O diagnóstico de enfermagem de conhecimento deficiente, é definido por “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico” (NANDA-I, 2012, p.329).

Essa condição é evidenciada pela verbalização do problema por parte do cuidador, seguimento não acurado de instruções, desempenho inadequado de um teste, comportamentos exagerados, comportamentos impróprios (p. ex., histérico, hostil, agitado apático). Os fatores que contribuem para esse diagnóstico incluem: limitação cognitiva, falta de interesse em aprender, interpretação errônea de informação, falta de familiaridade com os recursos de informação, falta de exposição, falta de capacidade de recordar (NANDA –I, 2012, p. 329).

Para elaboração do plano terapêutico para atender pessoas com um determinado diagnóstico de enfermagem, o profissional utiliza o conjunto de seus saberes adquiridos na formação e na prática clínica, as evidências disponíveis na

literatura científica e pode acrescentar ainda o rol de intervenções sugeridas na NIC para o diagnóstico específico.

A *Nursing Intervention Classification* – (NIC), é uma classificação que agrupa as intervenções e atividades de enfermagem, ela contém ações ou atividades agrupadas em 514 intervenções de enfermagem. Nessa taxonomia, a intervenção de enfermagem é concebida como qualquer tratamento realizado pela enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

O plano terapêutico é elaborado considerando os resultados que se pretende alcançar. O enfermeiro pode estabelecê-los em redação livre ou utilizando-se de linguagem padronizada e nesse caso dispõe do NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

A *Nursing Outcomes Classification* – (NOC), contém resultados para indivíduos, cuidadores familiares, família e comunidade que podem ser usados em diferentes locais e especialidades clínicas (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

Em revisão da literatura de enfermagem em reabilitação, não foram encontradas pesquisas que identificassem diagnósticos de enfermagem nos familiares cuidadores. Os poucos estudos encontrados, que utilizaram linguagem padronizada de enfermagem e processo de enfermagem limitaram-se a estudar os diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas em reabilitação, mais especificamente aqueles com trauma raquimedular (FARO, 2005; CAFER et al, 2005; NEVES, 2006; BRITO; BACHION; SOUZA, 2008).

Nas pesquisas disponíveis, não foi estudado a efetividade de intervenções de enfermagem para diagnósticos de qualquer natureza.

Frente ao exposto, emergem como questões de pesquisa:

- Os familiares cuidadores de pessoas com TCE em reabilitação apresentam conhecimento deficiente? Sobre quais tópicos especificamente?
- Um programa de intervenção para o conhecimento deficiente do familiar cuidador, elaborado como base na NIC é efetivo para o alcance dos resultados esperados formulados com base na NOC?

A construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicação de técnicas e teorias, além da experiência cotidiana dos profissionais, constitui um conjunto de ações sistematizadas na busca de uma assistência qualificada em todas as dimensões do ser bio-psico-social (NIETSCHE et al., 2005).

Assim, este estudo buscou testar intervenções para o diagnóstico de enfermagem “Déficit de conhecimento do familiar cuidador” de pacientes com sequela de trauma crânio encefálico (TCE), elaboradas segundo a taxonomia NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) e avaliar a partir da taxonomia da NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010) os resultados das intervenções implementadas.

Esta pesquisa poderá contribuir para a enfermagem em reabilitação uma vez que pretende produzir tecnologias para melhorar a efetividade das intervenções para o conhecimento deficiente dos familiares cuidadores. Pode contribuir ainda para produção de conhecimento e fundamentação teórica e metodológica para o processo de cuidar da enfermagem em reabilitação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade de um programa de intervenções de enfermagem para “Déficit de conhecimento do cuidador familiar” de pessoas com sequelas de TCE em reabilitação.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico de pessoas com sequela de TCE em reabilitação;
2. Descrever o perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com TCE em reabilitação mediante abordagem de Orem;
3. Identificar o potencial para o agência de autocuidado entre os membros da estrutura familiar de pessoas com sequela de TCE em reabilitação, mediante abordagem baseada no Modelo Calgary de Avaliação de Famílias;
4. Identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem “Déficit de conhecimento do cuidador familiar” em familiares cuidadores de pessoas com sequela de trauma cranioencefálico (TCE) segundo taxonomia II da NANDA-I (2012);
5. Testar um programa de intervenções para o diagnóstico de enfermagem “Déficit de conhecimento do familiar cuidador”.

3. MARCOS TEÓRICO, CONCEITUAL E METODOLÓGICO

3.1 O trauma crânio encefálico

O sistema nervoso compreende o encéfalo, a medula espinhal e o conjunto de todos os nervos do organismo. Subdivide-se em: sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP) (GOUVEIA; FABRÍCIO, 2004), conforme apresentado na figura 1.

O sistema nervoso periférico é uma rede de nervos que conecta o cérebro e a medula espinhal ao restante do corpo. E o SNC compreende o encéfalo (cérebro, cerebelo e bulbo) e medula espinhal (GOUVEIA; FABRÍCIO, 2004).

O cérebro coordena as faculdades do movimento, o tato, o olfato, a audição e a visão. Revisa os estímulos oriundos dos órgãos internos, da superfície corporal ou dos olhos, dos ouvidos e do nariz responde a esses estímulos corrige a posição do corpo, o movimento dos membros, a frequência do movimento dos órgãos internos e o estado de alerta e humor (Bigler, 2008).

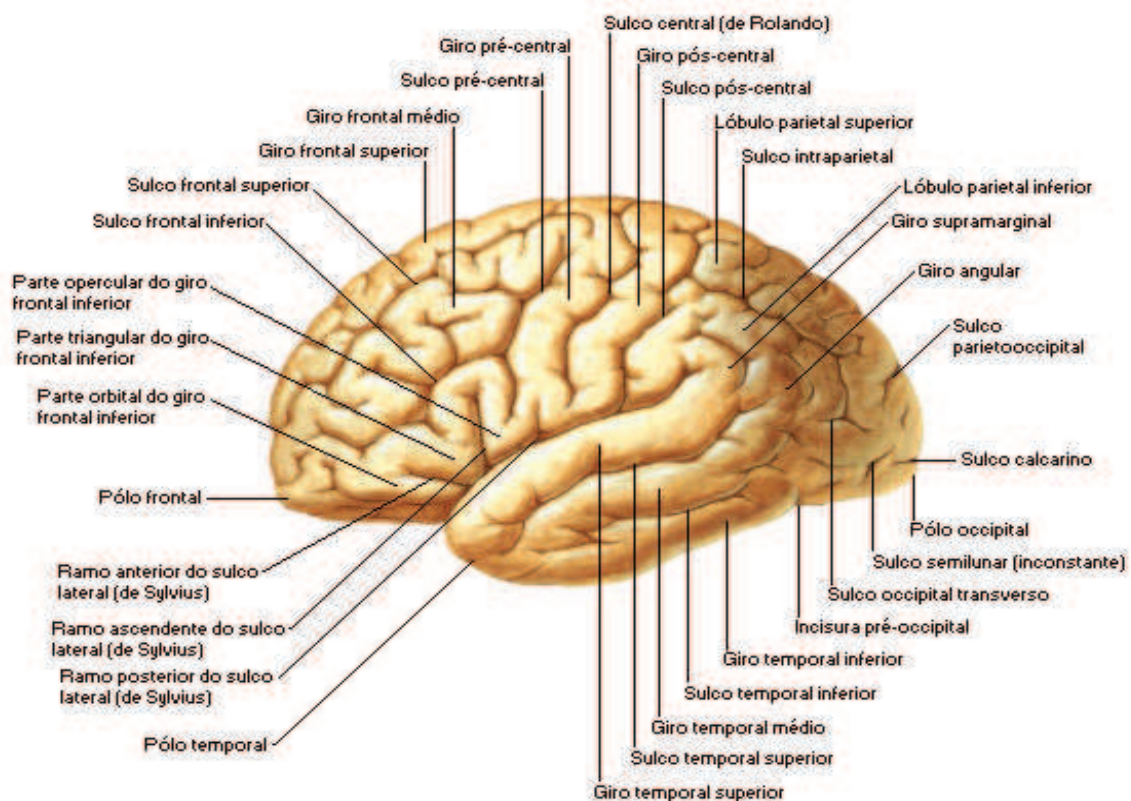


Figura 1. Anatomia do encéfalo.

Fonte: Machado ABM. Neuroanatomia funcional. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

O TCE pode produzir um estado diminuído ou alterado de consciência, resultando em comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico do cérebro (Kurča; Sivak; Kucera, 2006).

As vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar deficiências ou incapacidades, temporárias ou permanentes (Ziino; Ponsford, 2006).

As principais alterações neurológicas são motoras (espasticidade, paresia, distonia e ataxia), sensitivo/sensoriais (visual, auditiva, sensibilidade superficial e profunda), fala/linguagem (desordens motoras da fala, desordens cognitivas e comunicativas), cognitivas (memória, organização, execução, raciocínio lógico, abstração), comportamentais (impulsividade, irritabilidade, apatia, isolamento, desmotivação), psico-afetivas (depressão, ansiedade, transtornos fóbicos, distúrbios do sono) e alterações nas funções corticais superiores (apraxias, afasias, agnosias) (Ziino; Ponsford, 2006). Segue abaixo figura 2 com representação das áreas funcionais do encéfalo.

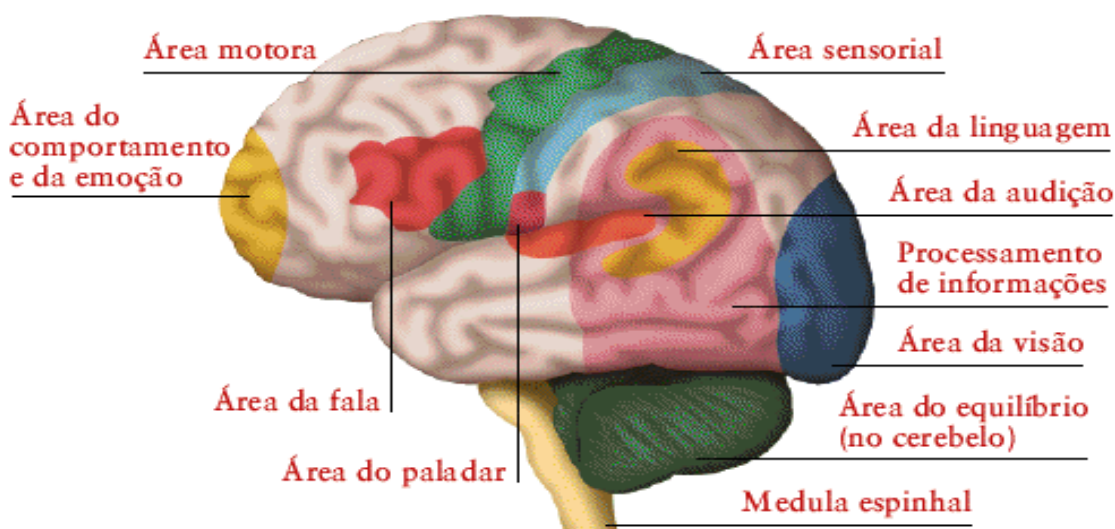


Figura 2. Áreas funcionais do encéfalo.

Fonte: Machado ABM. Neuroanatomia funcional. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

Segundo Spanholi (2009), a alteração neuropsicológica condiciona tanto o grau de dependência funcional como o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias.

Dentro dos prognósticos pós-trauma, foi desenvolvida uma escala de níveis para avaliação cognitiva denominada *Rancho Los Amigos Medical Center*, na Califórnia, EUA, onde se pode avaliar e classificar o paciente pós-trauma de crânio, dentro de suas funções cognitivas (HAGEN, 1998).

Essa Escala foi descrita em 1965, e atualizada com mais dois itens em 2001, de acordo com Hagen, Malkmus e Durham (2002), essa escala, varia nos níveis cognitivos funcionais de I ao VIII, sendo eles (Anexo I):

- I Nenhuma resposta;
- II Resposta generalizada à estimulação;
- III Resposta localizada a estímulos;
- IV Comportamento confuso e agitado;
- V Confuso, inadequado, inapropriado, não agitado;
- VI Comportamento confuso, mas apropriado;
- VII Comportamento automático e apropriado;
- VIII Comportamentos apropriados, intencionais e com finalidade intencional e apropriado (independência modificada).

Perante uma lesão, o encéfalo “utiliza” os mecanismos da neuroplasticidade para se reorganizar (Fleminger, 2008). A neuroplasticidade é capacidade dos circuitos neurais se moldarem em resposta aos estímulos ambientais. Ocorre durante toda a vida, mas é mais atuante na criança. Porém, a criança muito pequena tem a desvantagem de um encéfalo “pobre” em conteúdo, com poucos circuitos já estabelecidos; pré-adolescentes e adolescentes têm a grande maioria dos circuitos corticais bem estabelecidos, o que auxilia no processo de reabilitação, quando há uma lesão (Fleminger, 2008).

Por outro lado, a base do aprendizado define a seleção de conexões sinápticas que moldam habilidades e comportamentos e a reabilitação estimula essa reorganização, auxiliando a moldar novos circuitos ou resgatar circuitos antigos.

A reabilitação de pessoas com TCE começa desde o momento do trauma no qual os profissionais esclarecem ao paciente e ao familiar sobre que tipo de lesão ocorreu e o prognóstico, passa pelo período em que o paciente permanece internado e vai além o planejamento da alta, cada período tem propósitos diferentes em cada fase de recuperação.

3.2 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem

A reabilitação, um dos campos de atuação da enfermagem que busca desenvolver no indivíduo a independência para a realização do autocuidado (FARO; LEITE, 2005).

Nesse contexto, o marco teórico que pode nortear o embasamento de enfermagem para cuidar e preparar os cuidadores é a Teoria Geral de Dorothea Orem.

Essa teoria é formada por três constructos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1995).

O autocuidado é entendido por Orem (1995) como a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, com o propósito de contribuir de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano.

A reabilitação inclui uma variedade de atividades que precisam ser reaprendidas, incluindo redescobrir qual o novo papel do indivíduo dentro da família, para poder enfrentar a realidade e os novos problemas do cotidiano (LESSMANN et al., 2011).

As condições de suporte oferecido pelos familiares, aliado aos recursos físicos do ambiente domiciliar podem favorecer a capacidade do autocuidado da pessoa com sequelas decorrentes do TCE. Essas condições integram um grupo de fatores chamados por Orem (1995) como condicionantes do autocuidado.

Na Teoria do Autocuidado é abordada a prática de cuidados realizados pelo indivíduo com a finalidade de manutenção da condição vital e de saúde (OREM, 1995). O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui. São apontadas três categorias de exigências terapêuticas/ requisitos para o autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (OREM, 1995).

A demanda de autocuidado terapêutico significa todas as medidas de cuidados necessários que deveriam ser realizados, para satisfazer um requisito de autocuidado existente ou emergente do indivíduo, em um período de tempo (OREM, 1995).

Desta maneira, Orem (1995), identifica três categorias de requisitos ou necessidades de autocuidado:

1- Requisitos de Autocuidado Universais: são aqueles que são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital, relacionado às necessidades básicas.

2- Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento: é a provisão de cuidados que apoiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida.

3- Requisitos de Autocuidado de Desvios da Saúde: constituem a demanda de autocuidado terapêutico, que surgem tanto do estado de enfermidade como das medidas usadas em seu diagnóstico ou tratamento.

O estado de saúde e os fatores relacionados ao cuidado à saúde, condicionam a demanda de autocuidado terapêutico, por meio do surgimento de novos requisitos ou por se tornar um obstáculo para alcance dos requisitos de desenvolvimento ou universais (OREM, 1995).

Orem (1995) propõe cinco métodos de ajuda para os quais uma pessoa pode superar ou compensar as limitações de outros para atuar por si mesmo na vida diária, são eles: atuar por outra pessoa ou fazer algo por ela; cuidar, dirigir o outro (eleger uma ação, supervisionar uma ação); apoiar o outro, sendo que apoiar significa, sustentar durante um esforço; proporcionar ambiente (físico e psicológico) que promova o desenvolvimento; ensinar, fornecer instruções para desenvolver o conhecimento de habilidades particulares.

Segundo Lima, Pereira e Chianca (2006), no modelo teórico de Orem os tipos de ações apontados pela teoria indicam: ajustar meios de atender às necessidades universais de autocuidado; estabelecer novas técnicas para o autocuidado; modificar a auto-imagem; revisar a rotina de vida diária; desenvolver um novo estilo de vida compatível com os desvios da saúde; promover o enfrentamento dos efeitos do desvio da saúde ou da terapêutica médica.

A Teoria de Déficit de Autocuidado pressupõe que a enfermagem é necessária quando um indivíduo é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo. Nestas situações, o indivíduo necessita adquirir conhecimentos e habilidades a fim de incorporá-los em seu sistema de cuidado (OREM, 1995).

Esse modelo se aplica ao cotidiano da atuação de enfermagem em reabilitação. O conjunto das ações do profissional no atendimento aos défits de autocuidado são de naturezas distintas.

Segundo a Teoria de Sistemas de Enfermagem, quando uma exigência por cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Por isso, sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes, classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo, a família ou cuidador/familiar está inserido dentro deste sistema (OREM, 1995).

Esses sistemas são compostos por elementos fundamentais como: a dimensão da responsabilidade da Enfermagem nas situações de atendimento à saúde; o papel geral e específico de cada participante visando suprir as exigências terapêuticas (OREM, 1995).

É responsabilidade da enfermagem prover um suporte aos cuidadores, uma vez que esses vivenciam sentimentos, tais como insegurança, despreparo emocional e teórico. É necessário também, que as equipes de saúde dêem uma atenção especial aos cuidadores familiares, pois estes podem colaborar tanto para o avanço quanto para o retrocesso no cuidado domiciliar (MACHADO; FREITAS; JORGE, 2007).

Para a melhor compreensão das dinâmicas da família e seus processos de ajustes às demandas, é preciso que o autocuidado seja contextualizado na unidade familiar. Assim, o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias, pode contribuir na compreensão da dinâmica e ajustes que se desenvolvem esse grupo na presença de demandas de autocuidado de um dos seus membros.

3.3 O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias

A família caracteriza-se essencialmente pelas relações estabelecidas entre os seus membros, em um contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, permitindo a compreensão multidimensional da sua complexidade, instabilidade, globalidade, contextualidade, organização, diversidade e outros aspectos inerentes ao sistema familiar (FIGUEIREDO, 2006).

Apesar dos processos de transformação da estrutura e da organização familiar, a família mantém-se como unidade emocional e afetiva, relacionadas também com a aprendizagem de comportamentos de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Desta maneira, as famílias são espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Em algumas situações de crise, nomeadamente em crise accidental que implique internamento de um dos seus membros, pode este potencial ficar bloqueado e a família manifestar dificuldades em se reorganizar. Emerge também daí a importância do trabalho dos enfermeiros tomando-se como foco os cuidados à família (FIGUEIREDO, 2008).

De acordo Wright, Leahey (2009), a enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem, desenvolvida a partir das teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de enfermagem, dando ênfase às interações dos elementos da família, em uma perspectiva sistêmica dos cuidados.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias que podem ser ou não avaliadas na primeira consulta, ou mesmo nunca ser avaliadas. O foco da avaliação familiar concentra-se mais na interação entre todos os membros da família (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

É cada vez mais comum a exigência do manejo das incapacidades geradas pela doença no contexto familiar. Vários estudos reforçam o importante papel da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação (BOCCHI; ANGELO, 2005).

Diante de tal fato, os enfermeiros são chamados a interagir com os membros familiares e, para isso, devem pautar seus cuidados para além da orientação de normas de vida. Torna-se necessário incorporar à prática clínica cuidados aos sujeitos que irão possibilitar o tratamento fora do contexto hospitalar.

Na relação entre o enfermeiro e o cuidador familiar deve-se fazer presente um espaço de educação, no qual a assistência seja feita por meio de um trabalho educativo instrumentalizado por saberes e técnicas que visem a proximidade física, a criatividade, o respeito pelos costumes e culturas e o preparo da família para assumir os cuidados com a saúde do ser enfermo (BOCCHI; ANGELO, 2005).

Nessa perspectiva, o cuidado acontece durante a interação com o outro, ou seja, aquele que cuida deve mostrar-se capaz de compreender o outro em seu mundo de vida e, dessa forma, potencializar a sua capacidade para o enfrentamento de problemas a partir dos significados, conceitos e crenças que possui (MOURA; KANTORSKI; 2006).

As ações do cuidador familiar são, portanto, mediadas por significados. Para a compreensão dos mesmos, são necessários o diálogo, que permitirá a verbalização daquilo que realmente tem significado para o cuidador, e a observação nos momentos em que o mesmo age, ou seja, cuida (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

A enfermagem necessita valer-se de instrumentos de cuidado que facilitem o processo de adaptação da família à nova situação. Aos enfermeiros fica o desafio de elaborar estratégias de aproximação com essas pessoas (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

Os cuidadores familiares são reconhecidos como parceiros importantes no cuidado, pois são os elos de comunicação com os demais membros familiares. É por meio dessa comunicação que as dúvidas são expostas e os problemas decorrentes da inexperiência da família com a nova situação apresentada são conhecidos.

Conhecer as características da vítima de TCE e cuidador, além de suas necessidades individuais é uma etapa inicial para planejar formas de prover o atendimento necessário.

Fazer a avaliação das famílias possibilita identificar as suas forças e fragilidades, permitindo uma intervenção mais acurada por parte dos profissionais e oportunizar ao cuidador o desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamento das dificuldades geralmente apontadas (MONTEFUSCO, 2008).

O atendimento às pessoas e suas famílias, deve ser baseado na experiência clínica do profissional, no conhecimento científico disponível, integrado à experiência profissional e modelada pelas condições existentes no local em que o atendimento é prestado.

Segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para prestar atendimento, seja qual for o local em que ele ocorra, deve ser utilizado o Processo de Enfermagem, o qual consiste em uma metodologia empregada para organizar o conhecimento e favorecer o cuidado ao indivíduo, à família ou à comunidade. Essa atividade intelectual e reflexiva auxilia na tomada de decisões e na comunicação da prática dos enfermeiros (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem corresponde ao método clínico na enfermagem, suas etapas são interdependentes e recorrentes (GARCIA *et al*, 2013). Deve estar embasado em referenciais teóricos, incluindo modelos ou teorias de enfermagem, sejam teorias práticas, teorias intermediárias ou grandes teorias.

Esses referenciais integrados podem direcionar desde a abordagem das unidades de cuidado, na coleta de dados, até as demais etapas do processo de enfermagem, ou seja, os diagnósticos, planejamento, implicações e avaliação da assistência.

3.4 Processo de Enfermagem e taxonomias NANDA, NIC e NOC

A coleta de dados no processo de enfermagem compreende a avaliação inicial de enfermagem que permite o levantamento de dados objetivos e subjetivos de modo a identificar e obter informações pertinentes sobre o paciente. Com base nele, o enfermeiro realiza o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico, para, então, chegar à decisão ou inferência diagnóstica.

Um diagnóstico de enfermagem é processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados, que resulta com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou comunidade em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

Para declarar sua inferência diagnóstica o enfermeiro pode se valer da taxonomia da NANDA-I, que define o diagnóstico de enfermagem como julgamento clínico das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos de vida, que constituem base para seleção de intervenções de enfermagem e resultados de responsabilidade da enfermagem (NANDA, 2012).

Nessa classificação cada diagnóstico tem um título e definição. Diagnósticos reais tem ainda fatores relacionados (causas, fatores contribuintes, coadjuvantes) e evidências clínicas ou características definidoras que indicam a presença do diagnóstico. Diagnóstico de risco apresentam apenas fatores de risco, além do título e definição.

Na taxonomia da NANDA-I (2012) estão classificados 207 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 47 classes e 13 domínios (Figura 3).

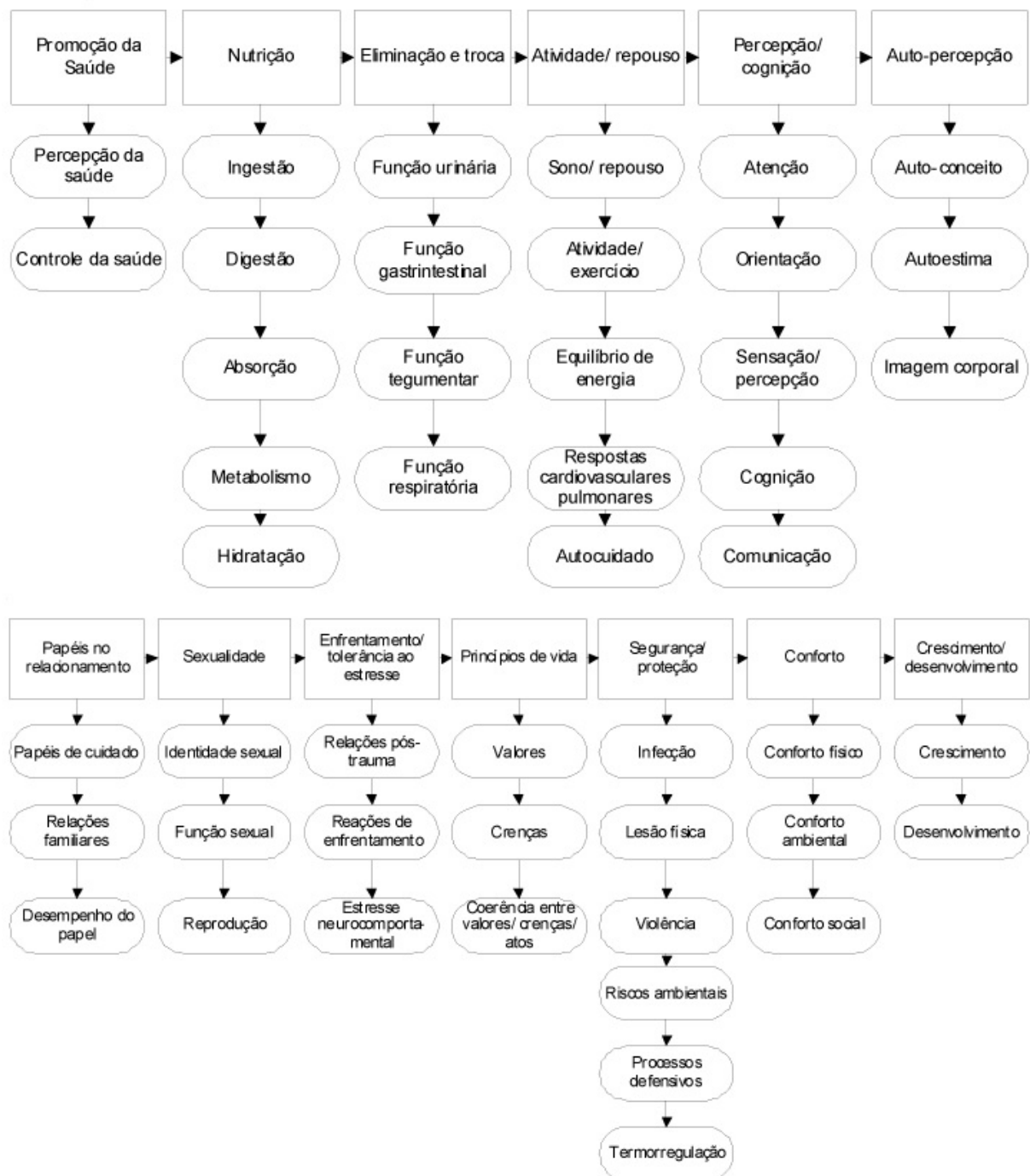


Figura 3. Domínios e classes Taxonomia II NANDA-I

Fonte: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros... [et al]. - Porto Alegre: Artmed; 2013. 93-94 p

Com base nos diagnósticos são selecionadas intervenções para alcançar resultados.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma taxonomia abrangente, voltada aos diagnósticos de enfermagem da NANDA- I, que utiliza uma linguagem padronizada e compreensiva para descrever as intervenções realizadas

por enfermeiras* de todas as áreas, utilizadas para documentar o cuidado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Nesse contexto, a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem), pode contribuir para a prática profissional, por representar um compilado de mais de 10 mil atividades de enfermagem agrupadas em intervenções (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Uma intervenção de enfermagem é considerada nessa classificação como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pela enfermeira* para melhorar o resultado do paciente/cliente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Cada intervenção possui um título, uma definição e uma série de atividades, que são ações ou comportamentos específicos que as enfermeiras realizam para implementar uma intervenção direcionada aos resultados de enfermagem a serem alcançados pelo paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A fim de auxiliar na escolha apropriada das intervenções, a NIC oferece uma categorização destas em três níveis para cada diagnóstico: Intervenções Prioritárias que constituem as intervenções mais prováveis para a solução do diagnóstico (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Para o diagnóstico de “Conhecimento deficiente” a NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), propõe 60 intervenções de enfermagem, agrupadas em prioritárias, sugeridas de optativas.

Entre estas intervenções, no contexto da reabilitação destaca-se o ensino. Considerando que a reabilitação envolve os cuidadores, estas intervenções devem ser adaptadas, como descritas a seguir.

- **Ensino: GRUPO** é definido como “desenvolvimento, implementação e avaliação de programa de ensino do paciente para um grupo de pessoas com a mesma condição de saúde” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 343), *ou para cuidadores responsáveis por pessoas que se encontram em condições semelhantes.*

Entre as atividades da NIC para esta intervenção estão incluídas:

Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem;

Incluir família/pessoas importantes, conforme apropriado;

* Na NIC o termo enfermeiras, tem o sentido de equipe de enfermagem, uma vez que os profissionais de enfermagem de diferentes formações nos EUA (Estados Unidos da América) são chamados enfermeiros.

Estabelecer necessidade de um programa;
 Definir a (as) população (ões)-alvo potencial;
 Redigir as metas do programa;
 Redigir os objetivos da aprendizagem;
 Descrever, por escrito, a tarefa para o coordenador responsável pela educação do paciente/ *cuidador*;
 Escolher um coordenador;
 Fazer uma previsão dos materiais educativos disponíveis;
 Desenvolver materiais educativos novos quando apropriados;
 Listar possíveis estratégias de ensino, matérias educativas e atividades de aprendizagem,
 Determinar dias/horários adequados para terem um número máximo de pacientes/ *cuidador*;
 Orientar o(s) paciente(s)/ pessoas importantes sobre o programa educativo e os objetivos que ele se propõe a atingir
 Atender as necessidades especiais dos aprendizes
 Adaptar os métodos/materiais educativos às necessidades /características de aprendizagem do grupo, conforme apropriado;
 Avaliar o processo do paciente/ *cuidador* no programa e o domínio do conteúdo;
 Documentar o progresso do pacientes em prontuário médico permanente;
 Revisar as estratégias de ensino/atividades de aprendizagem do grupo, conforme apropriado;
 Providenciar formulários ao paciente para que avalie o programa
 Documentar a quantidade de pacientes/ *cuidadores* que alcançaram os objetivos de aprendizagem.

- **Ensino: INDIVÍDUO** é definido como “planejamento, implementação e avaliação de programa de ensino criado para atender as necessidades específicas do paciente”, (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 346) *ou cuidadores*. Estas atividades da NIC para esta intervenção estão incluídos:

Estabelecer comunicação
 Estabelecer credibilidade do professor, conforme apropriado;
 Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente;
 Avaliar o nível atual de conhecimentos e compreensão do conteúdo pelo paciente;

Avaliar o nível educacional do paciente;
 Identificar os objetivos de aprendizagem necessários para o alcance de metas
 Determinar a sequência na apresentação do material;
 Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados;
 Selecionar materiais educativos apropriados;
 Proporcionar um ambiente que leve a aprendizagem;
 Orienta o paciente quando convier;
 Corrigir interpretações erradas das informações, conforme apropriado;
 Dar tempo ao paciente para que faça perguntas e discuta preocupações;
 Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

- **Ensino: PROCEDIMENTO/TRATAMENTO** é definido como “preparo do paciente/ *cuidador* para compreender e preparar-se mentalmente para procedimento ou tratamento”, (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 357). Entre atividades da NIC para esta intervenção estão incluídos:

Informar o paciente/pessoas importantes sobre quanto e onde o procedimento/tratamento ocorrerá, conforme apropriado;
 Informar o paciente/pessoas importantes sobre a expectativa de duração do procedimento/tratamento;
 Determinar a(s) experiência(s) anterior(es) do paciente e o nível de conhecimento relativo ao procedimento/tratamento;
 Descrever as atividades do procedimento/tratamento;
 Explicar procedimento/tratamento;
 Conseguir/testemunhar o consentimento informado do paciente para o procedimento/tratamento;
 Dar tempo ao paciente para que faça perguntas e discuta preocupações;
 Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

- **Ensino: PROCESSO DE DOENÇA** é definido como “assistência ao paciente/ *cuidador* para ele compreender as informações relativas a determinado processo de doença”, (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 358). Entre as atividades da NIC para esta intervenção estão incluídos:

Avaliar o nível atual de conhecimentos do paciente/ cuidador relativo a determinado processo de doença

Explicar a fisiopatologia da doença e como tem relação com a anatomia e a fisiologia, conforme apropriado;

Revisar o que o paciente/ cuidador conhece sobre a condição;

Reconhecer o que o paciente/ cuidador conhece sobre a condição;

Descrever sinais e sintomas comuns da doença, conforme apropriado;

Descrever o processo da doença, conforme apropriado;

Identificar as possíveis etiologias, conforme apropriado;

Dar informações ao paciente/ cuidador sobre a condição, conforme apropriado;

Identificar mudanças nas condições físicas, conforme apropriado;

Dar a família/pessoa(s) importante(s) informações sobre o progresso do paciente, conforme apropriado;

Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para evitar complicações futuras e/ou controlar o processo da doença;

Orienta o paciente/ cuidador sobre medidas de controle/minimizar efeitos secundários do tratamento da doença, conforme apropriado.

- **Suporte à FAMÍLIA** é definido como “assistência ao paciente/ *cuidador* para ele compreender as informações relativas a determinado processo de doença”, (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 395). Entre as atividades da NIC para esta intervenção estão incluídos:

Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente;

Ouvir as preocupações/sentimentos entre o paciente e a família ou entre os membros da família;

Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajuda-los à obter as respostas;

Identificar a coerência entre as expectativas do paciente, da família e do profissional de saúde;

Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família;

Oferecer a família informações frequentes sobre o progresso do paciente;

Prover a família com conhecimentos necessários quanto às opções que a auxiliarão na tomada de decisões sobre os cuidados do paciente;

Auxiliar a família adquirir conhecimentos, as habilidades e o equipamento necessário para manter sua decisão sobre cuidados com o paciente;

Encorajar a persistência da família na busca de informações, se apropriado.

A NOC é complementar a outras duas classificações, a NANDA-I e a *Nursing Intervention Classification* – NIC. Essas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do Processo de Enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem, compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado permitindo, validar as intervenções aplicadas. Cada resultado possui uma escala Likert de cinco pontos para avaliar esses indicadores (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

Essa classificação contém resultados para indivíduos, cuidadores familiares, família e comunidade que podem ser usados em diferentes locais e especialidades clínicas. Esse sistema de classificação tem sido desenvolvido em fases que visam o seu aperfeiçoamento e incluem o trabalho piloto e teste da metodologia, construção dos resultados, da taxonomia e testes clínicos, avaliação das escalas de medida, e refinamento e uso clínico da taxonomia (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

Há 14 diferentes escalas *Likert*, de cinco pontos para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um continuum, de modo que o quinto ponto reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado. Isto possibilita uma forma de demonstrar a contribuição do trabalho do enfermeiro e pode servir como subsídio para o dimensionamento de pessoal e definição do custo-benefício das intervenções (MOORHEAD; JOHNSON; MASS; SWANSON, 2010).

Além disso, essa classificação também permite oferecer informações referentes ao estado de saúde do cliente em resposta à doença e aos cuidados para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, além de servir de meio para estabelecer comparações entre informações registradas por enfermeiros em diferentes populações, demonstrar ou projetar tendências na prestação do cuidado e proporcionar pesquisas sobre as informações geradas (YOM; CHI; YOO, 2002).

As intervenções da NIC sugeridas para o diagnóstico de enfermagem de déficit de conhecimento estão pautadas na estratégia de ensino aprendizagem, que passaremos a explorar.

3.5 Estratégia de Ensino-Aprendizagem

A educação se compõe como um dos principais instrumentos para a transformação de paradigmas da existência humana. Um instrumento que possibilita ao homem compreender o que acontece no mundo, ampliando a sua visão e impulsionando-o para a transformação, em outras palavras, educar significa uma ação transformadora (ASSIS, GOMES E VILELA, 2001).

A palavra ensino vem do verbo ensinar, do latim *insignare*, ministrar o ensino de, transmitir conhecimento de, instruir, educar e treinar. Aprendizagem vem do verbo apreender, do latim *apprehendere*, adquirir conhecimento de, ficar sabendo, instruir-se, tornar-se apto, capaz em consequência da experiência e observação (ASSIS, GOMES E VILELA, 2001).

A atividade de ensino-aprendizagem é compreendida como um processo interativo, de relação de troca entre o educador e o aprendiz, na qual o ensino promove a aprendizagem, que é a aquisição de novos conhecimentos, atitudes e habilidades, adquiridos por meio da prática e da experiência (MORITA, 2006).

Para Assis, Gomes e Vilela (2001), um dos grandes desafios do ensino-aprendizagem está principalmente nas experiências de aprendizagem que permitem construir estratégias de aprendizagem que ajudem o aprendiz a utilizar de forma consciente e produtiva a reconstrução dos conceitos ensinados.

Assim, pode-se dizer que a aprendizagem é um processo complexo, que não acontece de forma linear e que permite a soma de alguns novos elementos ao que se sabia antes e estrutura-se mediante redes de conexão que cada sujeito faz (ASSIS; GOMES; VILELA, 2001).

A aprendizagem permite a reelaboração de conceitos, que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, e possibilita envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas (RIBEIRO, 1998).

Para facilitar essa aprendizagem, o educador tem que partir daquilo que o aluno dispõe, conhece, para que por meio dessas informações associadas a novos conceitos, ele possa fazer ligações com novas informações e assim apreender novos conhecimentos (ABREU, 1987).

Assim, o aprendiz aos poucos começa a aplicar aquilo que foi aprendido em uma determinada situação a uma variedade de situações semelhantes, também chamados de transferência de aprendizagem, de maneira que a aprendizagem

precisa ser significativa, de modo que menos repetições serão necessárias para memorizá-las e tem que ser algo que faça sentido e seja significativo (ABREU, 1987).

Para Abreu (1987), o educador tem um papel de facilitador da aprendizagem, ajudando o aprendiz a aprender e criando condições para que este adquira a informação, fornecendo pistas, sugestões, idéias e esperando que estas sirvam de estímulos para uma reflexão e que se transforme em uma ação crítica do aprendiz.

Para que de fato aconteça a aprendizagem são necessário alguns princípios importantes: a aprendizagem deve envolver o aprendiz e precisa ter um significado para ele; é algo pessoal, pois envolve mudanças individuais; precisa visar objetos reais para que possa ser significativa para o aprendiz; se faz em um processo contínuo de modo a permitir dados para eventuais correções e ainda, precisa haver um bom relacionamento interpessoal entre educador e aprendiz (ABREU, 1987).

Na Teoria da Aprendizagem Significativa utiliza-se organizadores prévios como estratégia para ensino-aprendizagem, os quais são materiais introdutórios, apresentados a um nível mais alto de abstração, generalidade e inclusividade que o conteúdo do material instrucional a ser aprendido e destinam a servir como pontes cognitivas entre aquilo que o aprendiz já sabe e o que ele deve saber para que possa aprender significativamente o novo conteúdo (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

A aprendizagem é dita significativa quando uma nova informação (conceito, idéia, proposição) adquire significados para o aprendiz por meio da ancoragem em aspectos relevantes da estrutura cognitiva preexistente do indivíduo, em conceitos, idéias, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimentos (ou significados) com determinado grau de clareza, estabilidade e diferenciação. Esses aspectos relevantes da estrutura cognitiva que servem de ancoradouro para a nova informação são chamados por Ausubel de “subsunçores*” (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

À medida que o conhecimento prévio serve de base para a atribuição de significados à nova informação, ele também se modifica, os subsunçores vão adquirindo novos significados, se tornando mais diferenciados, mais estáveis. Novos subsunçores vão se formando e outros subsunçores vão interagindo entre si. A

* Os subsunçores são estruturas de conhecimento específicos que podem ser mais ou menos abrangentes de acordo com a frequência com que ocorre aprendizagem significativa em conjunto com um dado subsunçor.

estrutura cognitiva está constantemente se reestruturando durante a aprendizagem significativa (MOREIRA; MASINI, 2011).

Para haver aprendizagem significativa são necessárias duas condições. Em primeiro lugar, o aprendiz precisa ter uma disposição para aprender, segundo, o conteúdo a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser lógico e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do conteúdo, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem (PELIZZARI et al., 2002).

Na aprendizagem significativa, o novo conhecimento nunca é internalizado de maneira literal, porque no momento em que passa a ter significado para o aprendiz entra em cena o componente idiossincrático da significação. Aprender significativamente implica atribuir significados e estes têm sempre componentes pessoais (MOREIRA; MASINI, 2011).

Aprendizagem sem atribuição de significados pessoais, sem relação com o conhecimento preexistente, é mecânica, não significativa. Na aprendizagem mecânica, o novo conhecimento é armazenado de maneira arbitrária e literal na mente do indivíduo (MOREIRA; MASINI, 2011).

Por outro lado, quando o aprendiz não consegue estabelecer relações do conteúdo novo com anteriores é porque carece dos conhecimentos necessários para que tais conteúdos se tornem significativos ou não está mobilizado para uma aprendizagem ativa. Na aprendizagem significativa, o aprendiz interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como principal ator do processo de construção do conhecimento (CUNHA, 1986).

O ensino de novos conteúdos deve permitir que o aprendiz se desafie a avançar nos seus conhecimentos, provocar novas necessidades e desafios pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar a sua experiência, os estereótipos, as sínteses anteriores; é a ruptura (LIBÂNEO, 1987).

Nessa abordagem cognitivista, estão envolvidos na aprendizagem o ambiente, as pessoas envolvidas no processo e as emoções são consideradas em suas articulações com o conhecimento. São consideradas as maneiras pelas quais as pessoas lidam com os estímulos ambientais, organizam dados, sentem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos verbais, de modo que o aprendiz integra as informações e as processa (CUNHA, 1986).

Enfermeiros têm a educação como um importante instrumento de transformação no cuidado de enfermagem, e necessita apropriar desses fundamentos educativos para instrução e construção de métodos para assumir o papel de educador (BASTABLE, 2010).

A importância da orientação/ensino por parte dos enfermeiros, durante o processo de reabilitação, decorre do fato de que geralmente as demandas de autocuidado terapêutico das pessoas com deficiência de conhecimento sobre fenômenos que não fazem parte do saber da população, tornando necessário um preparo específico.

Glanville (2000), afirma que a eficácia do ensino realizado pelo enfermeiro, pode oferecer benefícios como: assegurar a continuidade do cuidado, diminuir a ansiedade do cliente/família, reduzir complicações e maximizar a independência no desempenho de atividades da vida diária.

Apenas conhecimento não garante que estes desenvolverão comportamentos que atingirão os resultados os quais se espera (RICHARDS; DIGGER, 2010). Desta maneira, enfermeiros educadores, precisam entender quais fatores promovem ou dificultam a aquisição e aplicação do conhecimento.

Se faz necessário compreender quais são os facilitadores da motivação do aprendiz, os também conhecidos axiomas motivacionais, que incluem nível de ansiedade ideal, prontidão do aprendiz, escolha de metas realistas, satisfação/sucesso do aprendiz e o diálogo (RICHARDS; DIGGER, 2010).

Segundo Richards; Digger (2010) existem três fatores que facilitam ou bloqueiam a motivação para aprender: atributos pessoais (componentes físicos, de desenvolvimento e psicológicos do aprendiz), influências ambientais (estados físicos e comportamentais) e redes de relacionamento do aprendiz (entes queridos, família, comunidade e interação professor-aluno).

Todo o processo de ensino-aprendizagem direcionado ao familiar cuidador tem como foco o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à convivência e cuidado com a pessoa que apresenta sequela de TCE e está em processo de reabilitação.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA), de abordagem quantitativa, que segundo Trentini; Paim (2004, p.24):

“É um tipo de pesquisa que, em seu desenvolvimento, sustenta estreita relação com a situação social e objetiva encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social”.

A PCA inclui atividades de cuidado/assistência, contudo não se consolida com o ato de cuidar ou de assistir, que é apenas parte do processo de pesquisa. Essa modalidade procura descobrir realidades, resolver problemas ou introduzir inovações em um determinado contexto da prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA denomina-se desta forma por estar relacionada ao contexto da prática, discutir e implementar ações com o fim de melhorar uma situação em uma dada realidade social (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa convergente assistencial inclui as fases de: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação dos fatos observados, com o propósito, de escolher o tema e na maneira de conduzir o processo de pesquisa. A observação dos critérios de resolução de problemas introduz inovações no campo da prática, pois esta é desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, ou este se envolve no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, requer envolvimento participativo das pessoas investigadas e reconhece dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesse tipo de pesquisa, o profissional enfatiza o pensar e o fazer, sistematizando o que irá fazer, diferentemente do profissional que só cuida do cliente, e do profissional que visa a desenvolver somente conhecimento científico, assim parte da realidade e a ela retorna (TRENTINI; PAIM, 2004).

É um método fundamentado na dimensão humanista e sempre se concretiza no cuidado, no conforto do ser-pesquisado, facilita o levantamento de problemas, a observação sistematizada, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento e

implementação das ações de cuidar e a evolução, em um processo intuitivo e científico de cuidar-pesquisar (NEVES; ZAGONEL, 2006).

4.2. Local e período de estudo.

O estudo foi realizado no Setor de Internação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), na cidade de Goiânia/GO, no período de agosto de 2012 a janeiro de 2013.

4.3. População

Os participantes do estudo foram os pacientes com sequelas de trauma crânio-encefálico internados no CRER e os respectivos cuidadores principais, que estiveram no setor de internação no período de realização do estudo.

Para inclusão de pessoas com TCE, foram adotados os critérios: possuírem escore igual ou maior que V na Escala Rancho Los Amigos (HAGEN; MALKMUS; DURHAM, 2002) independente da idade, ou seja:

- V Confuso, inadequado, inapropriado, não agitado;
- VI Comportamento confuso, mas apropriado;
- VII Comportamento automático e apropriado;
- VIII Comportamentos apropriados, intencionais e com finalidade intencional e apropriado (independência modificada).

Critério de inclusão dos familiares cuidadores: idade igual ou maior que 18 anos, com escore considerado normal de acordo com os anos de escolaridade no teste de avaliação cognitiva pelo MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), e escore de ansiedade traço IDATE (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996), compatível com nível leve ou ausente de ansiedade.

Critérios de exclusão de familiares cuidadores de pessoas com TCE: comparecimento menor que 80% em atividades educativas programadas, por qualquer motivo incluindo alta ou transferência dos pacientes.

4.4. Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pela Superintendência Executiva do CRER, também pelo Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem da UFG, e posteriormente pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da UFG, protocolo nº087/12 CEP/UFG (Anexo II), seguindo as orientações da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos sobre os objetivos da mesma. Sua concordância foi registrada com assinatura do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (Apêndice I) pelo paciente.

Pacientes com idade menor que 18 anos foram convidados e juntos com os responsáveis legais foram esclarecidos. Os menores de idade que aceitaram participar registraram anuência com assinatura do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (Apêndice II) e o consentimento formal foi obtido junto ao responsável.

Nesse caso, tiveram sua anuência registrada com assinatura do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (Apêndice I) e o consentimento expresso pelo responsável legal do mesmo (Apêndice III).

Os integrantes da família que se configuraram cuidadores, foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos sobre os objetivos. Sua concordância foi registrada com assinatura do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (Apêndice IV) para o cuidador.

Garantimos o sigilo quanto à identidade dos participantes, a minimização de possíveis danos ou riscos e a inexistência de ônus para os participantes e para a Instituição.

4.5. Instrumentos utilizados na pesquisa

Foram utilizados na pesquisa um conjunto de instrumentos para coleta de dados, descritos a seguir:

- Protocolo de avaliação inicial (Anexo III).

Trata-se de uma adaptação do protocolo de admissão utilizado no cenário do estudo, o qual foi elaborado originalmente com base na Teoria de Orem (1995).

Este protocolo consta de procedimentos de entrevista e exame físico, além de consulta à registros de outros profissionais.

Contém dados de identificação do paciente, histórico da lesão, diagnóstico médico, avaliação da capacidade de autocuidado em relação aos requisitos de autocuidado universal (prevenção de perigos da vida, aporte de ar, funcionamento e bem-estar humanos, aporte de ar, água e alimentos, cuidados associados aos processos de eliminação, manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso).

A estes foi acrescentado desde a versão original proposto por Brito (2007) a avaliação da integridade de pele e mucosas e avaliação das atividades básicas de higiene corporal (banho, fazer barba, escovar os dentes, usar fio dental, pentear os cabelos), vestir-se alimentar-se, mudar de decúbito e fazer transferências, e na presença de uso de órteses, retirá-las e colocá-las.

Foi acrescentado à versão original um item para avaliação detalhada da mobilidade de todos os segmentos corporais.

Este protocolo inclui ainda avaliação de requisitos de autocuidado de desenvolvimento e investiga dados do cuidador e rede de apoio e apresenta uma estrutura tipo *check list* dos principais diagnósticos de enfermagem usualmente encontrados na clínica para preenchimento pelo profissional.

- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos (Anexo IV). Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso – espaciais (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. Já foi validado para a população brasileira. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação espacial, memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, considerando os resultados também de acordo com os anos de escolaridade, sendo que, score menor ou igual a 14 pontos para indivíduos analfabetos, score menor ou igual a 18 pontos para pessoas com um a sete anos de escolaridade e score menor ou igual 24

pontos, para pessoas com oito anos ou mais de escolaridade (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

- Inventário da Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Desenvolvido por Spilberg e traduzido para versão portuguesa (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996), que avalia a ansiedade tanto do ponto de vista da ansiedade traço quanto da ansiedade estado (Anexo IV). Esta escala foi aplicada aos familiares cuidadores

O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

O IDATE determina o grau de ansiedade. Ele contém vinte afirmações com quatro possibilidades de concordância. O indivíduo responde a cada afirmativa do inventário avaliando a si próprio numa escala de quatro pontos. Tanto na escala ansiedade-traço como ansiedade-estado, a pontuação pode variar de vinte (todas as respostas com valor 1) a oitenta (todas as respostas com valor 4). Então, soma-se os números marcados de cada uma das tabelas. O valor da média da população a qual foi aferida é de 40, não sendo significativo dois pontos para cima ou para baixo, considerando nível normal= 40; tende a ansiedade= acima de 42 e tende a depressão= abaixo de 38 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

- Avaliação da Família com abordagem baseada no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família (MCAF).

Foi elaborado um roteiro de entrevista com base no Modelo Calgary de Avaliação da Família (WRIGHT e LEAHEY, 2009) organizado em três categorias

principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Considerando que nesse modelo cada categoria contém várias subcategorias que podem ser ou não avaliadas na primeira consulta, ou mesmo nunca ser avaliadas. O protocolo de entrevista foi direcionado para avaliar a estrutura e funcionamento familiar e sua relação com a situação de reabilitação de um de seus membros.

4.6. Coleta de Dados

Foi realizada a avaliação clínica dos pacientes, mediante adaptação do protocolo utilizado na instituição (Anexo III).

Com base nessa avaliação inicial dos pacientes, foram identificados os diagnósticos de enfermagem os quais direcionaram a abordagem da avaliação do conhecimento dos familiares cuidadores.

Após a avaliação dos pacientes, foi abordada a família para identificação dos potenciais cuidadores. À estes, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) e IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado),(GORENSTEIN; ANDRADE, 1996), não só para checar os critérios de inclusão mas também com o intuito de avaliar o potencial de agência de autocuidado dos mesmos, por sabermos que estes podem interferir na aprendizagem

Adicionalmente foi aplicado um protocolo de avaliação da família (Apêndice V), com o propósito de conhecer melhor a dinâmica e os vínculos da família, a suas redes de apoio.

Os protocolos autoaplicáveis, foram entregues aos cuidadores, aguardando-se até o término do preenchimentos dos mesmo para recolhimento.

Aqueles aplicáveis por entrevista, foram gravados e aconteceram em local reservado, de forma que o entrevistado pode ter mais privacidade ao relatar os fatos. As mesmas foram gravadas em MP4, com o consentimento do entrevistado. Nos casos em que não houve permissão para gravar, as entrevistas foram anotadas em um diário. Terminadas as entrevistas, o roteiro de coleta de dados foi preenchido.

Os dados foram categorizados, para a decisão diagnóstica.

Posteriormente, iniciamos o protocolo de intervenção.

Aplicamos um protocolo para avaliar os conhecimentos de base dos cuidadores, para as atividades para quais eles seriam responsáveis, mediante de um

teste de avaliação de conhecimento sobre os cuidados que devem ser prestados aos pacientes.

4.7. Intervenção proposta

Fundamentados na Teoria de Aprendizagem Significativa, elaboramos um programa de intervenções, para a aquisição de novos conhecimentos por parte do cuidador familiar, para aquisição de habilidades, exercício e construção intelectual que buscou inicialmente identificar a estrutura de conhecimento do indivíduo diante da nova realidade para então, dialogicamente, apresentar informações novas (MOREIRA; MASINI, 2011).

Os protocolos (Apêndices VI, VII, VIII, IX) foram elaborados baseados na NIC (2010) e a avaliação de resultados, com base na NOC (2010).

Com base na avaliação inicial dos pacientes, elaboramos protocolos com tópicos de avaliação de conhecimento necessário aos cuidadores com foco específico para: treino da memória, estimulação cognitiva, melhora da comunicação e ensino do processo de doença.

Programa de intervenção “Ensino: o treino da memória (Apêndice VI).

Foi elaborado considerando as intervenções da NIC ensino: INDIVÍDUO e o treino de memória. É composto por três partes: A parte A é referente ao roteiro de auto avaliação do cuidador sobre a capacidade do cuidador para realizar as atividades necessárias para prover o treino da memória. Investigou-se inicialmente a orientação recebida sobre o assunto e a seguir o grau de aptidão para realizar as atividades numa escala de 1 a 5 em que 1= nenhuma até 5= extensiva e o resultado dessa avaliação foi considerado para elaborar as ações educativas que buscavam preparar o familiar cuidador, no processo de reabilitação.

A parte B, refere-se a estratégia de intervenção de ensino para o treino da memória e a parte B1 refere-se ao guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo), contendo mensagem simples e de fácil entendimento, para orientações correspondentes ao conteúdo.

Programa de intervenção ensino: estimulação cognitiva (Apêndice VII).

Foi elaborado considerando as intervenções da NIC ensino indivíduo e a intervenção estimulação cognitiva. É composto por três partes, sendo a parte A

referente ao roteiro de auto avaliação do cuidador sobre as orientações recebidas e sua capacidade para a estimulação cognitiva.

A parte B, refere-se a estratégia de intervenção de ensino para estimulação cognitiva e a parte B1 refere-se ao guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo), contendo mensagem simples e de fácil entendimento, para orientações correspondentes ao conteúdo.

Programa de intervenção: melhora da comunicação – déficit na fala (Apêndice VIII).

Foi elaborado considerando as intervenções da NIC “Ensino: INDIVÍDUO” e a intervenção “melhora da comunicação/déficit na fala”. É composto por duas partes, sendo a parte A referente ao roteiro de auto avaliação do cuidador sobre a orientação recebida e sua capacidade para estimular a melhorar a comunicação (fala) do paciente. O resultado dessa avaliação foi considerado para elaborar as ações educativas que buscavam preparar o familiar cuidador, no processo de reabilitação.

A parte B, refere-se a estratégia de intervenção para a melhora da comunicação.

Programa de intervenção Ensino: processo de doença (Apêndice IXI).

Foi elaborado considerando as intervenções da NIC ensino indivíduo, ensino grupo e a intervenção ensino processo de doença.

É composto por duas partes, sendo a parte A referente ao roteiro de auto-avaliação do cuidador sobre o conhecimento dele sobre o TCE o resultado dessa avaliação foi considerado para elaborar as ações educativas que buscavam preparar o familiar cuidador, no processo de reabilitação. A parte B, refere-se a estratégia de intervenção de ensino do cuidador sobre o processo de doença, ou seja o TCE e suas consequências.

No primeiro momento fazíamos a aplicação dos testes de conhecimento sobre: treino da memória, estimulação cognitiva, ensino do processo da doença e melhora da comunicação, com intuito de saber se havia o conhecimento deficiente do cuidador para cada tópico específico de acordo com o programa estabelecido

Uma vez iniciado a aplicação do programa de intervenção específico, esperávamos 72h e aplicávamos os testes de conhecimento pós-intervenção.

Durante toda a atividade de coleta de dados, aos cuidadores e pacientes foram informado que eles poderiam a qualquer momento, procurar o pesquisador para esclarecimento de dúvidas e ao longo das atividades propostas, sempre reforçávamos as atividades a serem realizadas com individualizadas, apresentadas à beira leito.

4.8. Estudo piloto

No mês de julho foi desenvolvido estudo piloto, para refinar protocolos de auto-avaliação de cuidadores, sobre sua capacidade de realizar as atividades relativas ao treino de memória, estimulação da cognição, melhora da comunicação e seus conhecimentos sobre o processo de doença, no contexto do TCE conforme (Apêndices VI, VII, VIII, IX).

A figura abaixo sintetiza o processo de recrutamento, seleção dos participantes da coleta de dados e intervenção:

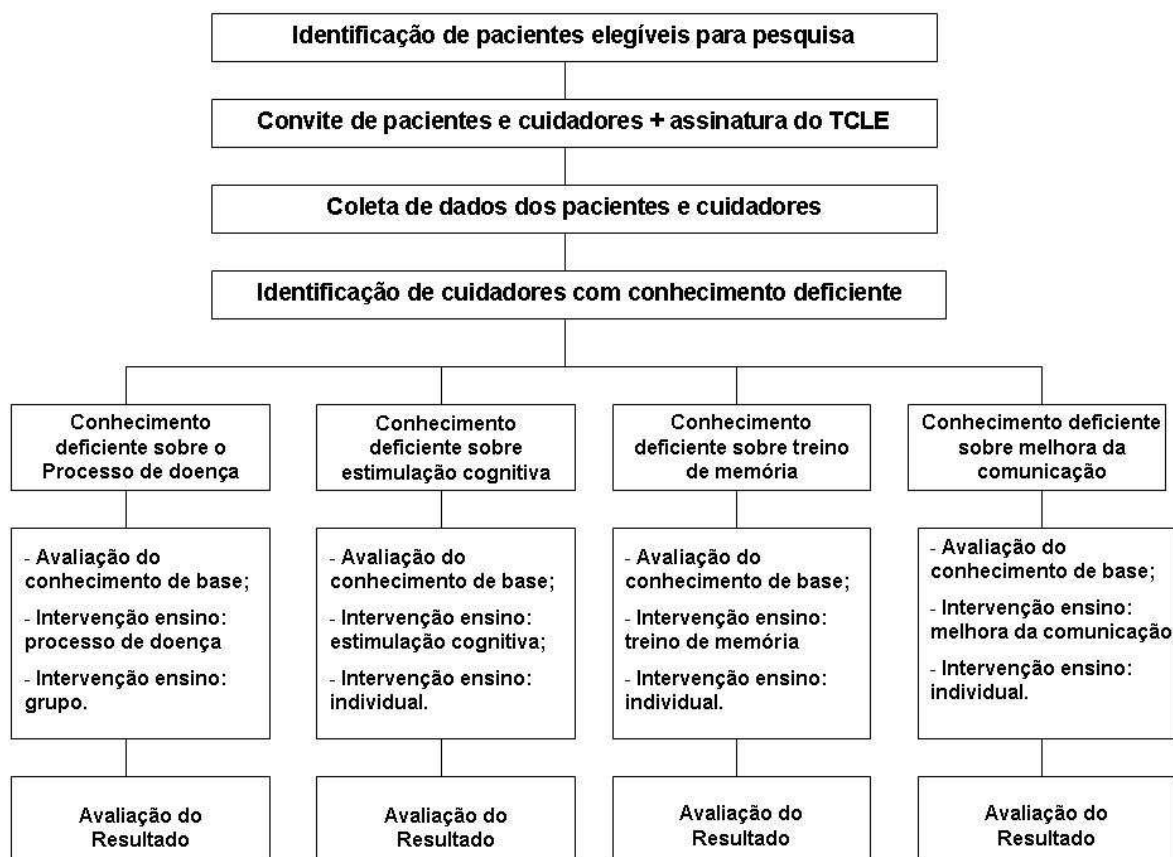


Figura 1. Síntese da coleta de dados e aplicação do protocolo de intervenção

4.9. Análise dos dados

A análise dos dados de caracterização dos familiares dos pacientes e dados sócio demográficos para caracterização dos sujeitos será apresentada de maneira descritiva.

Foi usado o raciocínio de Risner (1986), para nortear a trajetória de identificação do diagnóstico de enfermagem que é descrita em sete fases, sendo elas: categorização; identificação de lacunas; agrupamento dos dados; comparação entre dados e referências; inferência sobre o problema; relação causal e impressão diagnóstica de enfermagem.

Os dados foram examinados por três pesquisadores de modo independente e no caso de desacordo fazia-se discussão para decisão final.

Para avaliação dos resultados foi comparado o escore global obtidos pela auto avaliação dos familiares cuidadores sobre a sua capacidade em realizar as atividades necessárias para o treino de memória, estimulação da cognição, melhora da comunicação e seus conhecimentos sobre o processo de doença (TCE), antes e após 72h das intervenções, utilizando o teste de Sinais de Descartes.

O teste de Sinais de Descartes é usado quando, se quer testar a diferença entre as proporções pareadas, por exemplo, em estudos nos quais os pacientes servir como seu próprio controle, ou em estudos com o design "antes e depois" (MORETTIN; BUSSABA, 2006). Análise estatística $p < 0,05$.

5. Resultados

Como os resultados obtidos se produziram no contexto do atendimento, optamos por inicialmente apresentar os casos clínicos separadamente e seguir, o conjunto de resultados obtidos.

5.1. Casos clínicos

5.1.1. Caso 1

I- IDENTIFICAÇÃO: P1, 23 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de reabilitação. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânioencefálico) + LAD (Lesão Axonal Difusa) + Hematoma subgaleal parietal direito e hematoma parieto-occipital à direita, não necessitando de neurocirurgia. Evoluindo com tetraplegia espástica.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar *humanos*:

Paciente consciente, orientado a maior parte do tempo, porém alterna períodos de lapso de memória recente, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e meneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom baixo e com fala arrastada, de modo coerente. Cuidadora relata que o paciente tem apresentado episódios de lapsos de memória recente, porém diz não interferir na realização das atividades de vida diária.

Audição e visão preservadas. Não faz uso de óculos. Possui habilidade para ler. Possui segundo grau completo. Rancho V.

Apresenta escoriações nas regiões occipital, interescapular e calcâneos direito e esquerdo em fase de epitelização. Tem sido realizado curativo diário pelo enfermeiro, com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) em todas essas feridas. Demais áreas corporais com pele íntegra.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T=36,5°C, P= 84 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=120x80 mmHg. Respiração espontânea, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória, FR=18 ipm. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios.

Ritmo cardíaco rítmico, frequência normal, pulso radial palpáveis. Ausência de edemas. Sem queixas. Em uso de meias compressivas em Membros Inferiores (MMII), para prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP).

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo a mãe, o paciente tinha peso usual antes do acidente de aproximadamente 60kg e atualmente pesa 53kg; apresenta altura=1,62m; IMC=20 kg/m². Aceita bem dieta via oral pastosa líquida grossa e água oferecida no copo com canudo. Cuidadora relata que o filho está no início do treinamento de alimentação sólida com boa aceitação. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 2 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Apresenta boa higiene oral, sem halitose.

Ao exame: abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão Miccional: paciente apresenta urgência vesical, com episódios de incontinência vesical, em uso de dispositivo coletor urinário externo e fralda (somente à noite), urina de cor e odor característico.

Funcionamento Intestinal: Paciente apresenta urgência intestinal, com episódios de incontinência intestinal, em uso de fralda (somente à noite) Evacua a cada 3 dias, após a lesão. Segundo a mãe, antes do acidente o paciente apresentava hábito intestinal diário, com fezes pastosas, após a lesão chegou a permanecer até cinco dias sem evacuar, sendo necessário o uso de supositório para estimular o esvaziamento intestinal. Em uso de lactulose 1x/dia.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Paciente apresenta tetraplegia, não tem controle de tronco, apresenta força +4/+5 em MMII e MSD (Membro Superior Direito), não consegue assumir a posição ereta e nem mudar de posição no leito, sentar-se ou levantar-se e transferir-se da cama para cadeira. Capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical, nos dedos da mão direita, contudo não tem coordenação fina nessa mão, apresenta tremores grosseiros durante a realização de movimentos não consegue levar o talher até a boca. Apresenta espasticidade em MSD.

Apresenta também espasticidade de MMII, capacidade mínima de movimentação voluntária de MSE; apresenta diminuição da amplitude articular do cotovelo, o braço permanece em flexão parcial, que pode ser completada, consegue realizar pronação e supinação da mão, flexão e extensão do punho e amplitude restrita para abdução. Obedece a comandos verbais de forma lentificada. Nega dor.

Padrão de sono e repouso: Sono preservado segundo a mãe, em uso de diazepam 10mg à noite e risperidona 2x/dia

Atividades de autocuidado que realiza: É totalmente dependente (TD) para o autocuidado: banho, barba, escovar os dentes, passar o fio dental, pentear os cabelos, usar o vaso sanitário, vestir-se (tronco, MMSS, pelve, MMII), calçar, colocar e retirar órteses,, transferências, mudança de decúbito, exame da integridade da pele e alimentação.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Segundo a mãe não possuía parceira sexual fixa, segundo a mãe.

- Outros medicamentos em uso: carbamazepina 2x/dia, baclofeno 3x/dia, amantadina 2x/dia e tizanidina 2x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA PESSOA EM REABILITAÇÃO

- Incontinência urinária de urgência, relacionado a prejuízo sensório motor, evidenciado por relato de urgência micccional;
- Risco de constipação relacionado à lesão neurológica;

- Mobilidade física prejudicada relacionada a enrijecimento de articulações (cotovelo D), prejuízo neuromuscular, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromusculares, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.
- Déficit de autocuidado para alimentação relacionada à prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios e incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário e à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica, manipular as roupas para realizar higiene íntima e sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar as roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.
- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por *episódios de* incapacidade de recordar eventos *recentes*;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central e diminuição da circulação cerebral, evidenciado por verbalizar com dificuldade.
- Integridade da pele prejudicada em região occipital, calcâneo esquerdo e direito, e interescapular, relacionado à fatores mecânicos (pressão e abrasão), evidenciado por destruição de camadas da pele e rompimento de camadas da pele; tecido em fase de epitelização.
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e uso agentes ansiolíticos (diazepam).

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe (F1) é a única e principal cuidadora e única, permanece com o filho tempo integral. Ela diz não se importar por não ter outras pessoas que possam dividir o tempo de cuidado com ela, porque entende que “as pessoas têm que cuidar das suas vidas e meu filho precisa de mim agora”. Diz se sentir bem em cuidar dele.

5.1.2 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F1)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: F1 (cuidadora principal, mãe)

50 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 21/30* pontos na escala MEEM, sendo memória de evocação 0/3, atenção e cálculo 5/5 e praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 38/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 40/80* pontos (ansiedade leve).

Considera como família o pai, mãe, irmãos, sobrinhos, filhos, marido, cunhadas, cunhados, “todo mundo”. Possui treze irmãos, um deles já é falecido, o pai também é falecido há 20 anos.

Ela é casada, teve dois filhos. Reside na casa ela, o marido e o filho caçula P1 (23 anos). A filha mais velha (24anos), é casada e não possui filhos.

F1 faz todas as tarefas domésticas e que não se incomoda em realizá-las diz: “eu me sinto muito bem em poder cuidar da minha casa, me incomoda é quando eu não posso fazer”.

Possui vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, diz ser muito feliz com a “família que Deus me deu!”, relata que mesmo distante eles se falam por telefone com frequência e com o esposo e a filha falam pelo menos 2x/dia com cada um.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os seus irmãos, cunhadas, com a filha e o esposo e diz que o vínculo deles é “maravilhoso, eu amo minha família, todos nós somos muito próximos, quando a gente se junta é uma folia”. Quanto a situação financeira diz que isso não influencia nas condições de saúde da família “dinheiro não é tudo...quando P1 se acidentou ele veio para Goiânia e ficou particular no hospital e depois continuou particular mais seis dias aqui no CRER, todo mundo da minha família juntou e pagou o tratamento dele”.

* Pontuação máxima prevista na escala

** Nomes fictícios

Quando surgem problemas, ela costuma pedir ajuda para os irmãos Sinvaldo** e Valda**, justifica que “eles são mais dispostos, tem mais atitude, mais orientação, são mais próximos”. Relata que “procuro ajuda mais para conversar, desabafar, pedir orientação... meu pai me deu muita união, somos um para o outro, não tem dia e nem noite pra gente se ajudar!”.

Além da família ela possui vínculo com a igreja católica e que sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família “quando a gente tá na igreja a gente tem mais paciência, se sente confortada”. Diz também que a fé dá força pra suportar as dificuldades do tratamento do P1 Define que saúde é “um bem que vem do organismo da gente, que depende da alimentação, do remédio, da higiene, de se sentir bem”.

DESENVOLVIMENTO

Refere também que percebe que depois que P1 adoeceu está mais próxima dele, porque ela tem dá força pra ele, que tem que cuidar dele.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar foi ter um lar, ter seus filhos, seu marido e poder cuidar de todos eles. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Diz também que tanto ela quanto P1 “dá para perceber que a gente está feliz pelo olhar, a feição” e que ele quando está triste fica quieto, calado e ela quando está triste fica mais séria com pouca conversa.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde de P1, ela se sente feliz por lembrarem dele, feliz por saber que todos se preocupam e tentam ajudar de alguma forma, que todos estão dispostos a qualquer momento a ajudar, mas que ela sabe que nesse momento P1 precisa dela e os outros por morarem longe fica difícil virem visitar com frequência.

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital “eles são minha família aqui”. Na época do acidente, ficou muito assustada com a duração do coma, e a incerteza de recuperação de sua consciência, “a família toda ficou muito sensibilizada, a gente não tinha ideia de como seria no futuro, nem se quer a gente sabia se ele ia sobreviver”.

Em relação ao quê gostaria que o profissionais de saúde fizessem no sentido de ajudá-la a enfrentar o sofrimento decorrente do estado de saúde de seu filho, queria entender melhor sobre a memória e a recuperação, “se ele vai voltar a andar, falar, trabalhar, fazer as coisas como antes e lembrar das coisas como era antes do acidente”.

5.1.3 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 1. Pontuação de F1 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ATITUDE DE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA INTERVENÇÃO*
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	1
Ensino: processo de doença	3
Melhora da comunicação	2

*Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 1

- Conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre processo de doença (TCE), o prognóstico, atividades de treino de memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidador ser mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família*.

VII- INTERVENÇÕES

Dia 1

- Ensino: treino da memória - entrega de material impresso (Apêndice VI parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunidade de momento para retirada de dúvidas;
- Ensino: estimulação cognitiva - entrega de material impresso com orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunidade de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Ensino: melhora da comunicação - entrega de material impresso com orientações com atividades sobre melhora da comunicação, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “Mitos e Verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupal

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação da autoavaliação sobre: treino da memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação;

5.1.4. Caso 2

I- IDENTIFICAÇÃO: P2, 16 anos, sexo feminino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Histórico da lesão e diagnóstico médico:

Deu entrada na instituição com diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânioencefálico) + Hematoma subdural occipitoparietal à direita, não necessitando de neurocirurgia. Evoluindo com tetraplegia espástica.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Paciente em decúbito dorsal no leito, acordada, orientada, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza com dificuldade, em tom baixo, com fala arrastada, apresenta dificuldade em formar frases. Segundo a cuidadora a paciente vem apresentando lapsos de memória recente.

Audição e visão preservadas. Não faz uso de óculos. Possui habilidades para ler. Possui o primeiro grau completo. Rancho V.

Apresenta-se pele e mucosas, normocoradas, hidratadas e íntegras.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T= 36,7°C, FR=16 ipm, P= 74 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=100x60 mmHg. Respiração espontânea em ar ambiente, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória. *Ictus cordis* e pulso radial palpáveis, presença de bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos em dois tempos. À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo a mãe, o paciente tinha peso habitual antes do acidente de aproximadamente 60kg e hoje pesa 57kg; altura=1,69m; IMC=20. Aceita bem dieta

via oral branda e água oferecida no copo. Relata ingesta hídrica diária de aproximadamente 2,5 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose.

Ao exame: Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão miccional: Paciente apresenta urgência vesical, em uso de fralda (somente à noite), urina de cor e odor característico.

Funcionamento intestinal: Paciente apresenta urgência intestinal, em uso de fralda (somente à noite). Evacuações diárias, fezes pastosas, cor acastanhada e odor característico.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Paciente apresenta dificuldade no controle de tronco, apresenta força diminuída em MMII, não consegue assumir a posição ereta e nem mudar de posição no leito, sentar-se ou levantar-se e transferir-se da cama para cadeira. Capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical, nos dedos das mãos.

Apresenta movimentação voluntária ativa nos quatro membros (MMSS e MMII), obedecendo a comandos verbais de forma lentificada. Mobilidade e amplitude física preservada, apresentando dificuldade no equilíbrio. Ausência de espasticidade. Nega dor.

Padrão de sono e repouso: Sono preservado, segundo a cuidadora, e às vezes apresenta sonolência durante o dia. Em uso de Zolpiden à noite e Risperidona 2x/dia.

Atividades de autocuidado que realiza: É totalmente dependente (TD) para o autocuidado: banho, escovar os dentes, passar o fio dental, pentear os cabelos, usar o vaso sanitário, vestir-se (tronco, MMSS, pelve, MMII), calçar, colocar e retirar órteses, transferências, mudança de decúbito, exame da integridade da pele e alimentação.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adolescente. Menarca aos 12 anos. Não sabe informar a data da última menstruação, porém não menstrua desde o acidente. Não possuía parceiro sexual fixo. Não faz uso de métodos contraceptivos.

Nega alergias. Em uso de carbamazepina 2x/dia, fenitoína 3x/dia, risperidona 2x/dia, zolpiden 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Incontinência urinária de urgência, relacionado a prejuízo sensorio motor evidenciado por relato de urgência miccional;
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciado por instabilidade postural;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: fazer higiene íntima apropriada, manipular as roupas para realizar higiene íntima.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se (MMSS e MMII) relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar as roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.
- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por incapacidade de recordar eventos, experiência de esquecimento;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central, evidenciado por dificuldade de expressar verbalmente os pensamentos e dificuldade em formar frases e verbalizar com dificuldade;
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada e equilíbrio prejudicado.

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe é a principal cuidadora, permanece com a filha tempo integral. Relata que no início da internação lhe foi permitido a permanência de duas pessoas para acompanhar a filha, devido o quadro de agitação psico-motora que a paciente

apresentava e então ficavam ela e uma amiga. Refere que isso foi por apenas quatro dias e agora ela fica sempre sozinha, diz estar cansada e sente-se preocupada com a outra filha que ficou na sua cidade com a madrinha.

5.1.5 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F2)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: mãe (F2)

F2, 36 anos, apresenta ensino segundo grau completo. Alcançou 26/30* pontos na escala MEEM, atenção e cálculo 3/5 e praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 40/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 39/80* pontos (ansiedade leve).

Refere como membros todos os familiares (pai, mãe, irmãos, sobrinhos, filhos, marido, cunhadas, cunhados, etc) como sua família. Possui quatro irmãos, e mãe é falecida. Ela é viúva há seis anos, residem na casa dela, e as duas filhas. Relata que é ela quem faz todas as tarefas domésticas e que não se incomoda em realizá-las, refere também que as vezes tinha ajuda da P2, para algumas atividades (limpar a casa e lavar louças).

Possui pouco contato com a maioria dos membros da família, refere que é mais próxima do pai e da irmã mais velha, relata que mesmo distante eles se falam por telefone com frequência de pelo menos 1x/semana.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com sua comadre (madrinha da filha mais nova), com sua irmã mais velha e com alguns amigos da sua cidade de origem. Quanto a situação financeira julga que, a mesma não compromete nas condições de saúde da família.

Refere que as pessoas para quem ela costuma pedir ajuda quando surgem problemas com a família é sua comadre e sua irmã mais velha a quem ela recorre.

Além da família ela possui vínculo com a igreja católica e sente que seu comportamento é influenciado pela religião em relação a sua família e faz com que se sinta confortada. Relata que a fé dá força para suportar as dificuldades do tratamento da P2. Refere que saúde é “a coisa mais importante da vida”.

* Pontuação máxima prevista na escala

DESENVOLVIMENTO

Percebe que depois que P2 adoeceu está mais próxima dela, porque ela necessita de cuidados, mas fica preocupada com a filha mais nova que está na sua cidade na casa da madrinha.

Sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar foi ter suas filhas. Informa não ter lembranças que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Em relação à expressão de sentimentos, refere que “dá para perceber que a gente está feliz pelo sorriso” e que quando P2 está triste fica quieta, calada e ela quando está triste fica calada também.

F2 relata que não conversa com sua família sobre as condições de saúde de P2, diz que eles não a procuram para saber notícias e isso a deixa muito triste. Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital e não tem nada a reclamar, “quer que sua filha fique boa logo e volte a ser como era antes”.

Em relação ao que gostaria que os profissionais a ajudassem a entender melhor sobre “o fato dela estar meio fora do ar, eu não entendo porque as vezes eu falo com ela e ela lembra das coisas, sabe tudo e logo depois ela já esqueceu... se a memória dela vai voltar?” e a recuperação, “se ele vai voltar a fazer as coisas como antes e lembrar das coisas como era antes do acidente”.

“O que aconteceu com cabeça dela? Porque ela nem precisou fazer cirurgia...será que não tinha que fazer outra tomografia pra saber se o cérebro dela tá normal?”.

5.1.6 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 2. Pontuação de F2 nos teste antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ATITUDE DE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA INTERVENÇÃO*
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	2

* Pontuação máxima =5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 2

- Conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre processo de doença (TCE) e o prognóstico para atividades de estimulação cognitiva e treino de memória, evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidador é mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família*.

VII- Intervenção

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VII parte B1) com orientações sobre atividades de treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Atividade de ensino sobre estimulação cognitiva: entrega de material impresso (Apêndice IX parte C) com orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação " Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)"

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupo

Grupo de Informação:" Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)"

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação dos testes de conhecimento sobre: treino da memória, estimulação cognitiva e ensino da doença.

5.1.7 Caso 3

I- IDENTIFICAÇÃO: P3, 30 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e história da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de reabilitação. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) + LAD (Lesão Axonal Difusa) e Lesão frontal bilateral, realizou neurocirurgia para a colocação de DVP (Válvula de Derivação Ventricular). Evoluindo com tetraplegia espástica.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Ao exame, paciente acordado, orientado, contactuante, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom baixo e com fala arrastada, de modo coerente, verbaliza com dificuldade (afasia), apresenta dificuldade em formular frases.

Segundo a cuidadora a paciente vem apresentando lapsos de memória recente.

Refere ainda que ele tem história prévia de quadros depressivos, sem continuidade de tratamento (abandono), uso abusivo de álcool, anfetaminas e cocaína. Histórico de duas tentativas de autoextermínio, antes dessa última que o trouxe a essa internação.

Apresenta marcas de escoriações já cicatrizadas em MMIII. Em uso de proteção de calcâneo e colchão pneumático.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T= 37,3°C, FR=18 ipm, P= 74 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=120x70 mmHg. Respiração espontânea em ar ambiente, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória,. *Ictus cordis* e

pulso radial palpável, presença de bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos em dois tempos. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios.

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo a mãe, o paciente tinha peso habitual antes do acidente de aproximadamente 90kg e hoje pesa 80kg; altura=1,83m; IMC=23,9 kg/m². Aceita bem dieta via oral branda oferecida e água oferecida no copo com canudo. Cuidadora relata início do treinamento de alimentação sólida com boa aceitação. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 3l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose.

Ao exame: Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão Miccional: Paciente apresenta urgência vesical, com momentos de incontinência vesical, em uso de coletor urinário externo, fralda e cumpadre, urina de cor e odor característico, mãe refere que na maioria das vezes o paciente avisa quando quer urinar.

Funcionamento intestinal a cada 3 dias, fezes ressequidas, cor acastanhada e odor característico, antes da lesão apresentava hábito intestinal diário. Em uso de lactulose 3x/dia e domperidona 4x/dia.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Paciente apresenta tetraplegia, não tem controle de tronco, apresenta força diminuída em MMII e MMSS, não consegue assumir a posição ereta, com capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical, nos dedos das mãos, contudo não tem coordenação fina nas mãos, apresenta tremores grosseiros durante a realização de movimentos não consegue levar o talher até a boca. Consegue realizar pronação e supinação da mão, flexão e extensão do punho e amplitude restrita para abdução.

Apresenta também espasticidade de MMII, deformidades estruturadas (pés equinos). Nega dor.

Sono preservado, segundo a cuidadora.

Atividades de autocuidado que realiza: É totalmente dependente (TD) para o autocuidado: banho, barba, escovar os dentes, passar o fio dental, pentear os cabelos, usar o vaso sanitário, vestir-se (tronco, MMSS, pelve, MMII), calçar, colocar e retirar órteses, transferências, mudança de decúbito, exame da integridade da pele e alimentação. Mobilidade e amplitude física prejudicada devido à tetraplegia, movimentação ativa dos MMSS, dos dedos da mãos. Espasticidade em MMII e amplitude de movimento diminuída, pior em abdução.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento:

Adulto. Não possuía parceira sexual fixa, segundo o paciente.

- Outras medicações em uso: bromoprida 3x/dia, omeprazol 1x/dia, topiramato 2x/dia, ácido valpróico 2x/dia, neutrofer 1x/dia, domperidona 4x/dia, amantadina 3x/dia, luftal 3x/dia, lactulona 3x/dia

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Incontinência urinária de urgência, relacionado a prejuízo sensório motor, evidenciado por relato de urgência miccional;
- Risco de constipação relacionado à lesão neurológica e hábitos irregulares de evacuação;
- Mobilidade física prejudicada relacionada a enrijecimento de articulações (MMII), prejuízo neuromuscular, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Mobilidade no leito prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares, evidenciado por capacidade prejudicada em mover-se da posição supina para sentada e sentada para supina e capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.

- Déficit de autocuidado para alimentação relacionada à prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios e incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica, manipular as roupas para realizar higiene íntima e sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se (MMSS e MMII) relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar as roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.
- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por incapacidade de recordar eventos, experiência de esquecimento;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central, evidenciado por dificuldade de expressar verbalmente os pensamentos, dificuldade em formar frases;
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada e equilíbrio.

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe é a principal cuidadora, permanece o dia todo, porém reverte os cuidados com o pai do paciente, com o tio paterno e ainda contam com uma cuidadora formal contratada pela família que permanece no período noturno.

5.1.8 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F3)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: mãe (F3)

F3, 54 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 29/30* pontos na escala MEEM, sendo praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 42/80*

pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 41/80* pontos (ansiedade leve).

Refere todos os membros familiares (pai, mãe, irmãos, sobrinhos, filhos, marido, cunhadas, cunhados, etc) como sua família. Possui duas irmãs, que moram em Patos-MG. Ela é casada e residem na casa ela e o marido. Os filhos moram fora desde que foram fazer faculdade. Possui dois filhos uma filha mais nova Marcela (27anos), solteira e não possui filhos, mora em Belo Horizonte-MG e o filho mais velho P3 morava com ela e o marido, até dois meses antes do acidente que desde então o filho morava sozinho em uma cidade vizinha à Goiânia à trabalho.

Relata que não é ela quem realiza as tarefas domésticas, que conta com uma em empregada doméstica. Possui vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, diz ser muito feliz com a “família que ela têm”, relata que mesmo com os filhos morando longe, eles se falam por telefone com frequência e fazem visitas pelo menos uma vez por mês.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os seus irmãos, cunhadas, com a filha e o esposo e diz que o vínculo deles é muito próximo. Quanto a situação financeira, refere que suas condições não limitam a situação da família.

Relata que costuma mais pedir ajuda, quando surgem problemas, ao marido “é ele quem toma frente para resolver as coisas da nossa família”, justifica que “ele tem mais atitude”. Diz que além da família ela possui vínculo com a igreja católica e que sente seu comportamento influenciado pela religião. Refere que a fé dá força pra suportar as dificuldades do tratamento do filho. Define que saúde é “estar bem com você e com as pessoas, é um bem-estar físico e mental”.

DESENVOLVIMENTO

Refere perceber que depois que o filho adoeceu está mais próxima dele, porque tem que cuidar dele agora e se arrepende de ter ficado longe dele por tanto tempo...”deveria ter dado mais atenção pro meu filho, se tivesse feito isso talvez ele hoje não estaria assim”.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar foi ter um lar, ter seus filhos, seu marido e poder cuidar de todos eles. O

* Pontuação máxima prevista na escala

que ela lamenta em relação a família é de ter ficado longe do filho por tanto tempo “deveria ter cuidado mais dele!”.

FUNCIONAL

Diz também que tanto ela quando o filho expressa felicidade “pelo olhar, a feição” e que quando ele está triste ele se fecha e ela quando está triste hoje costumar chorar e querer ficar sozinha “com seus pensamentos”.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde do filho, ela se sente preocupada com a incerteza do futuro, “queria que ele ficasse bom logo” .

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital e não tem o que reclamar do tratamento que ele vem recebendo.

Em relação ao que gostaria que o profissionais de saúde fizessem, gostaria de entender melhor sobre a recuperação, “se ele vai voltar a fazer as coisas como antes e lembrar das coisas como era antes do acidente”. Se “ele vai poder voltar a exercer a medicina e ter uma vida normal como antes?”.

5.1.9 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 3. Pontuação de F3 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ATITUDE DE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA INTERVENÇÃO*
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	3
Melhora da comunicação	3

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 3

- Conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre processo de doença (TCE), o prognóstico, atividades de treino de memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à, cuidador é mulher, duração dos cuidados necessários.
- Disposição para controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado por expressão do desejo de prevenir sequelas da doença.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família*.

VII- Intervenção

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VI parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Intervenção estimulação cognitiva: orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Ensino: melhora da comunicação - orientações com atividades de treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “Mitos e Verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupal

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação dos testes de conhecimento sobre: treino da memória, estimulação cognitiva, melhora da comunicação e processo da doença;

5.1.10. Caso 4

I- IDENTIFICAÇÃO: P4, 27 anos, sexo feminino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de reabilitação. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânioencefálico) + politrauma + fratura cervical da massa lateral de C1 a D com luxação rotatória C1/C2 + trauma ocular direto + trauma abdominal. Realizou laparotomia exploradora, cirurgia ocular e perda da visão esquerda, artrodese de coluna posterior, sem mais informações porque não trouxeram exames anteriores e relatório trazia apenas essas informações. Evoluindo com tetraplegia espástica, pior à direita.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Paciente acordada, orientada, contactuante, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom baixo e com fala arrastada, verbaliza em tom baixo, apresenta dificuldade em formar frases e apresenta fala arrastada de modo coerente. Irmã relata que a paciente tem apresentado lapsos de memória recente com frequência. Rancho V.

Pele íntegra. Apresenta-se hipocorada (3+/4+), hidratada. Em uso de colchão caixa de ovo.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T= 37,4°C, FR=16 ipm, P= 72 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=90x70 mmHg. Respiração espontânea em ar ambiente, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória, *Ictus cordis* e pulso radial palpáveis, presença de bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos em dois tempos. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios. Em uso de meias compressivas em MMII, para prevenção de TVP (Trombose Venosa Profunda).

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo a irmã, o paciente tinha peso usual antes do acidente de aproximadamente 66kg e hoje pesa aproximadamente 50kg; altura=1,68m; IMC=17,7kg/m². Em uso de SNE (Sonda Nasoentérica) e dieta enteral para suporte + dieta oral pastosa líquida pastosa oferecida e água oferecida no copo com canudo, paciente tem aceitado parcialmente (cerca de 50%) da dieta VO oferecida e recusa com frequência ingesta hídrica. Relata ingesta hídrica diária de aproximadamente 2 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose.

Ao exame: Abdome escavado, sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, cicatriz cirúrgica longitudinal de aproximadamente 12cm, ruídos hidroaéreos hiperativos. Em uso de domperidona 4x/dia.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão Miccional: Paciente incontinente vesical, em uso de fralda, urina de cor e odor característico.

Funcionamento intestinal: Paciente incontinente intestinal, em uso de fralda diário, última evacuação hoje, fezes pastosas, cor acastanhada e odor característico.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Paciente apresenta tetraplegia espástica (doença do paciente crítico), não tem controle de tronco, apresenta força diminuída em MMII e MMSS, não consegue assumir a posição ereta, com capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical, nos dedos das mãos, contudo não tem coordenação fina das mão, não consegue levar o talher até a boca.

Apresenta também espasticidade de MMII, capacidade mínima de movimentação voluntária dos MMSS; apresenta diminuição da amplitude articular dos cotovelos, os braços permanecem em flexão parcial, que pode ser completada, consegue realizar pronação e supinação das mãos, flexão e extensão dos punhos e

amplitude restrita para abdução. Não consegue assumir a posição ereta e nem mudar de posição no leito, sentar-se ou levantar-se e transferir-se da cama para cadeira. Capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical. Ausência de dor.

Espasticidade em MMSS e MMII e amplitude de movimento diminuída.

Sono preservado, segundo a cuidadora. Em uso de amitriptilina 2x/dia.

É totalmente dependente (TD) para o autocuidado: banho, escovar os dentes, vestir-se, transferências, alimentação, mudança de decúbito, exame da integridade da pele e alimentação. Mobilidade e amplitude física prejudicada devido a tetraplegia, movimentação ativa da coluna cervical (em uso de colar cervical), dos dedos da mão direita e das pernas.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Não possuía parceiro sexual fixo, segundo a irmã. Não sabe informar a data da última menstruação. Não faz uso de métodos contraceptivos.

- Outros medicamentos em uso: amitriptilina 2x/dia, fenitoína 3x/dia, dipirona 4x/dia, baclofeno 3x/dia, domperidona 4x/dia, omeprazol 1x/dia, tramal 4x/dia e sertralina 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, força muscular diminuída, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Mobilidade no leito prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares, evidenciado por capacidade prejudicada em mover-se da posição supina para sentada e sentada para supina e capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromusculares, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.
- Déficit de autocuidado para alimentação relacionada à prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios e incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca;

- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionada a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica, manipular as roupas para realizar higiene íntima e sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se (MMSS e MMII) relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar as roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.
- Memória prejudicada, relacionada a distúrbios neurológicos, evidenciado por episódios de incapacidade de recordar eventos, experiência de esquecimento;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central, evidenciado por dificuldade de expressar verbalmente os pensamentos, dificuldade em formar frases e verbalizar com dificuldade;
- Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a estado nutricional desequilibrado (emagrecimento)
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado.
- Risco de disfunção neurovascular periférica relacionado à imobilização.

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Irmã é a principal cuidadora, permanece durante o dia todo e reverte às noites com mãe e o pai e a outra irmã da paciente.

5.1.11 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F4)

ESTRUTURAL

F4, 26 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 30/30* pontos na escala MEEM. Na avaliação de ansiedade traço obteve 42/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 37/80* pontos (ansiedade leve).

Refere todos os membros familiares (pai, mãe, irmãs, primos, tios e tias) como sua família. Possui duas irmãs. Todas as irmãs são solteiras e moram com os pais. Relata que as tarefas domésticas são divididas entre todas as mulheres da casa e que não se incomoda em realizá-las.

Possui um vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, diz ser muito feliz com a “família que eu tenho, meus pais e minhas irmãs são tudo na minha vida!”, relata que eles se falam com frequência, que existe uma boa comunicação entre os membros da família.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os suas irmãs e com seus pais. E quanto a situação financeira diz que isso não influencia nas condições de saúde da família, porque todos ajudam financeiramente. Diz que quem ela costuma mais pedir ajuda quando surgem problemas é para a mãe que geralmente conduz os problemas da família. Relata que sempre procura ajuda das pessoas da família para conversar, desabafar... “somos todos muito unidos, minha família é meu bem mais precioso”. Diz que além da família ela possui vínculo com a igreja católica, com o trabalho de secretária (mas que teve que sair do emprego para ajudar cuidar da irmã) e que sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família, por dizer que “tem muita fé em Deus, a irmã é um milagre eu creio que ela vai ficar boa e voltar a ser como ela era antes, uma pessoa independente e alegre”.

DESENVOLVIMENTO

Diz também que a fé dá força pra suportar as dificuldades do tratamento da irmã. Define que “saúde é tudo na vida, sem saúde a gente não consegue nada e não tem dinheiro que pague a nossa saúde”.

F4 refere também que percebe que depois que P4 adoeceu está mais próxima dela, porque ela tem que dá força para ela, que tem que cuidar dela.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar suas irmãs e seus pais perto dela. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Refere que tanto ela quanto a irmã quando estão felizes gostam de conversar, sorrir e que ele quando a irmã está triste fica quieta, calada e ela quando está triste fica mais séria e não gosta de conversar, prefere ficar no seu canto.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde da irmã, eles se sentem preocupados com relação ao futuro “a gente não sabe como será a vida dela e nem a nossa, nem quanto tempo ela vai demorar para ficar boa, se é que isso vai acontecer algum dia...”

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital “eles são minha família aqui”.

5.1.12 Avaliação de conhecimento e habilidades

Quadro 4. Pontuação de F4 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ATITUDE	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA INTERVENÇÃO*
DE:	
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	3

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre processo de doença (TCE), o prognóstico, atividades de treino da memória, estimulação cognitiva, evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidador é mulher, duração dos cuidados necessários;
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família* .

VII- Intervenções

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VII parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

- Ensino: estimulação cognitiva - orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice IX parte B1) , explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “Mitos e Verdades sobre o TCE (Trauma Cranioencefálico)”.

Dia 3 – Grupo de Informação

“Mitos e Verdades sobre o TCE (Trauma Cranioencefálico)”.

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação dos testes de conhecimento sobre: processo da doença, autoavaliação da capacidade de realizar as atividades de treino da memória, estimulação cognitiva e ensino da doença;

5.1.13 Caso 5

I- IDENTIFICAÇÃO: P5, 37 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de REABILITAÇÃO. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) por acidente motociclístico em outubro de 2012.

III- Avaliação da capacidade de autocuidado

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Paciente consciente, orientada a maior parte do tempo, porém alterna períodos de lapso de memória recente, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom normal, apresenta dificuldade em formular frases, verbaliza de modo coerente. Tem apresentado lapsos de memória recente ocasionalmente, segundo a mãe. Na faz uso de óculos. Possui habilidades para ler. Possui segundo grau completo.

Apresenta pele íntegra, corada e hidratada.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T= 37,5°C, P=80 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=120x70 mmhg, FR=20 ipm. Respiração espontânea, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios. *Ictus cordis* e pulso radial palpáveis, presença de duas bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos.

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos

Segundo a mãe, o paciente tinha peso usual antes do acidente de aproximadamente 62kg e atualmente pesa 57kg; apresenta altura=1,65m; IMC=20,4 kg/m². Aceita bem dieta oral e água oferecida. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 2,5 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose. Ao exame: Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão miccional: Paciente apresenta urgência vesical, com episódios de incontinência vesical, em uso de fralda (somente à noite), urina de cor e odor característico.

Função intestinal: Evacua a cada três dias, última evacuação após uso de glicerina clister, fezes ressequidas, cor acastanhada e odor característico. Antes da lesão apresentava hábito intestinal diário. Em uso de lactulose 1x/dia.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Apresenta hemiparesia, mais acentuada à Esquerda, dificuldade no controle de tronco, apresenta força +4/+5 nas MMII e MSD (Membro Superior Direito), não consegue assumir a posição ereta sozinha, com capacidade de amplitude de movimento ativo preservado da coluna cervical, dos dedos da mão direita, contudo não tem coordenação fina na mão direita, apresenta tremores grosseiros durante a realização de movimentos não consegue levar o talher até a boca.

Não consegue assumir a posição ereta sozinho e nem mudar de posição no leito, sentar-se ou levantar-se e transferir-se da cama para cadeira. Capacidade de amplitude de movimento ativo preservado na coluna cervical, nos dedos da mão

Apresenta capacidade mínima de movimentação voluntária de MSE: apresenta diminuição da amplitude articular do cotovelo, o braço permanece em flexão parcial, que pode ser completada, consegue realizar pronação e supinação da mão, flexão e extensão do punho, mais restrita para abdução. Nega dor.

Sono preservado, segundo a cuidadora.

Em uso de gabapentina à noite, risperidona à noite e amantadina 2x/dia.

Atividades de autocuidado que realiza: É parcialmente dependente para o autocuidado: banho, vestir-se (pelve, MMII, tronco, MMSS), transferências (cama/cadeira de rodas), mudança de decúbito, calçar, exame da integridade da pele e alimentação. Consegue realizar sozinho barba, passar fio dental, escovar os dentes.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Não possuía parceira sexual fixo.

- Outros medicamentos em uso: tramal 3x/dia, dipirona em caso de dor ou febre, bromoprida 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Incontinência urinária de urgência, relacionado a prejuízo sensorio motor evidenciado por relato de urgência miccional;
- Risco de constipação relacionado à lesão neurológica;
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromusculares, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.
- Déficit de autocuidado para alimentação relacionada à prejuízo musculoesquelético, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios e incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário e à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, levantar-se do vaso sanitário e da cadeira higiênica, manipular as roupas para realizar higiene íntima e sentar-se no vaso sanitário e na cadeira higiênica.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar

sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar a roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.

- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por *episódios* de incapacidade de recordar eventos recentes;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central .
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e uso agentes ansiolíticos (diazepam).

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe é a principal cuidadora, permanece a maior parte do tempo, refere que o pai e os irmãos vêm aos finais de semana visitar e ocasionalmente as duas irmãs revesam os cuidados aos finais de semana com a mãe.

5.1.14 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F5)

FUNCIONAL

Pessoa índice: F5 (cuidadora, mãe)

F5,54 anos, apresenta ensino médio completo. Alcançou 24/30* pontos na escala MEEM, sendo atenção e cálculo 5/5 e praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 38/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 40/80* pontos (ansiedade leve).

Considera como família o pai, mãe, irmãos, sobrinhos, filhos, marido, cunhadas, cunhados, “todo mundo”. Possui quatro irmãos, um deles já é falecido, o pai também é falecido há cinco anos.

Ela é casada, teve quatro filhos. Residem na casa ela, o marido e o filho caçula e a filha P5 (32 anos). F5 faz todas as tarefas domésticas e que não se incomoda em realizá-las diz: “eu me sinto muito bem em poder cuidar da minha casa, me incomoda é quando eu não posso fazer”.

Possui um vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, relata que mesmo distante eles se falam por telefone com frequência e com o esposo e as filhas falam pelo menos 1x/dia com cada um.

* Pontuação máxima prevista na escala

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os seus irmãos, cunhadas, com a filha e o esposo e diz que o vínculo deles é “maravilhoso, eu amo minha família, todos nós somos muito próximos, quando a gente se junta é uma folia”. E quanto a situação financeira diz que isso não influencia nas condições de saúde da família.

Quando surge problemas, ela costuma pedir ajuda para as filhas e o maridos, justifica que “eles tem mais atitude, mais orientação, são mais próximos”. Relata que “procuro ajuda mais para desabafar, pedir orientação... somos um para o outro”.

Além da família ela possui vínculo com a igreja católica e que sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família “quando a gente tá na igreja a gente se sente confortada”. Diz também que a fé dá força pra suportar as dificuldades do tratamento do P5. Define que saúde é “um bem que depende também da vida que a gente leva, de se sentir sempre bem”.

DESENVOLVIMENTO

Refere também que percebe que depois que P5 adoeceu está mais próxima dela, porque ela tem dá força pra ela, que tem que cuidar dela.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar foi ter um lar, ter seus filhos, seu marido e poder cuidar de todos eles. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Diz também que tanto ela quanto P5 “dá para perceber que a gente está feliz pelo olhar” e que ela quando está triste fica quieta, calada.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde de P5, ela se sente feliz por saber que todos se preocupam e tentam ajudar de alguma forma, que todos estão dispostos a qualquer momento a ajudar.

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital “eles também são minha família”. Na época do acidente, ficou muito assustada com o tempo que ela ficou internada na UTI e a incerteza de como seria a sua recuperação, “a família toda ficou muito sensibilizada, a gente não tinha ideia de como seria no futuro, nem se quer a gente sabia se ela ia sobreviver”.

Em relação ao quê gostaria que o profissionais de saúde fizessem no sentido de ajudá-la a enfrentar o sofrimento decorrente do estado de saúde de sua filha, queria entender melhor sobre a recuperação, “se ele vai voltar a andar, falar, trabalhar, fazer as coisas como antes e lembrar das coisas como era antes do acidente”.

5.1.15 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 5. Pontuação de F5 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA ATIVIDADE*
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	3
Melhora da comunicação	2

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 5

- Conhecimento deficiente do familiar cuidador sobre processo de doença (TCE), prognóstico, atividades de treino de memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação, evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidadora ser mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador e problemas cognitivos do receptor de cuidados.
- Disposição para controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado por expressão do desejo de prevenir sequelas da doença.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família* .

VII- Intervenções

Dia 1

- Ensino: treino da memória treino da memória (Apêndice VI parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Ensino: estimulação cognitiva: orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Ensino: melhora da comunicação orientações com atividades sobre melhora da comunicação, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “ Mitos e Verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupal

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação dos testes de conhecimento sobre: treino da memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação.

5.1.16. Caso 6

I- IDENTIFICAÇÃO: P6, 35 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de reabilitação. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) por acidente atropelamento em julho de 2012.

III- Avaliação da capacidade de autocuidado

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Paciente consciente, orientado a maior parte do tempo, porém alterna períodos de lapso de memória recente, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, matem contato visual durante o diálogo, e meneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom normal e com fala de forma lentificada, de modo coerente, apresenta dificuldade em formular frases. Em uso de fenobarbital 2x/dia, fenitoína 2x/dia, carbamazepina 2x/dia, risperidona 2x/dia. Rancho V.

Apresenta pele íntegra, corada e hidratada.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T=36,4°C, P= 78 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=110x70 mmHg. Respiração espontânea, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória, FR=20 ipm. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios.

Ictus cordis e pulso radial palpáveis, presença de duas bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos.

C) Manutenção do aporte de água/alimentos:

Segundo a mãe, o paciente tinha peso usual antes do acidente de aproximadamente 74kg e atualmente pesa 78kg; apresenta altura=1,72m; IMC=26,3 kg/m². Aceita bem dieta oral e água oferecida. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 2,5 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose. Ao exame: Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão Miccional: Paciente apresenta urgência vesical, com episódios de incontinência vesical, em uso de fralda (somente à noite), urina de cor e odor característico.

Funcionamento Intestinal: Evacuação diária, última evacuação hoje, fezes pastosas, cor acastanhada e odor característico.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Apresenta movimento preservado em MSD, MSE plégico, com espasticidade em intrínsecos de mão. MID com força grau 3 com movimentação ativa, com dorsiflexão ativa. MIE com força grau 2/5 com movimentação ativa, sem dorsiflexão hemiparesia, pior à Esquerda, dificuldade no controle de tronco e nem mudar de posição no leito, sentar-se ou levantar-se e transferir-se da cama para cadeira, apresenta força diminuída nas MMII, não consegue assumir a posição ereta sozinho, não deambula sozinho, com capacidade de amplitude de movimento ativo preservado da coluna cervical, dos dedos das mãos, contudo não tem coordenação fina, apresenta tremores grosseiros durante a realização de movimentos não consegue levar o talher até a boca.

Apresenta capacidade mínima de movimentação voluntária de MSE: apresenta diminuição da amplitude articular do cotovelo, o braço permanece em flexão parcial, que pode ser completada, consegue realizar pronação e supinação da mão, flexão e extensão do punho, mais restrita para abdução. Ausência de dor.

Sono preservado, segundo a cuidadora. Em uso de miosan 3x/dia.

Atividades de autocuidado que realiza: É parcialmente dependente para o autocuidado: banho, fazer a barba, escovar os dentes, vestir-se, transferências, mudança de decúbito, exame da integridade da pele e alimentação.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Não possuía parceira sexual fixa.

- Outros medicamentos em uso: tramal em caso de dor, dipirona em caso de dor ou febre, bromoprida 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Incontinência urinária de urgência, relacionado a prejuízo sensório motor evidenciado por relato de urgência miccional;
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromusculares, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.
- Déficit de autocuidado para alimentação relacionada à prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de manusear utensílios e incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar o corpo, obter a fonte de água, pegar os artigos para o banho, regular a água do banho e secar o corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, levantar-se do vaso sanitário e da cadeira higiênica, manipular as roupas para realizar higiene íntima e sentar-se no vaso sanitário e na cadeira higiênica.
- Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapatos, colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, pegar as roupas, tirar a roupas, usar zíperes e utilizar dispositivos auxiliares.

- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por episódios de incapacidade de recordar eventos recentes;
- Comunicação verbal prejudicada, relacionado à alteração no sistema nervoso central, evidenciado por verbalizar com dificuldade.
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e uso agentes ansiolíticos (diazepam).

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Irmã é a principal cuidadora principal, permanece a maior parte do tempo, refere que o pai e os irmãos vêm aos finais de semana visitar e ocasionalmente mãe revesa os cuidados aos finais de semana com ela.

5.1.17 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F6)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: F6 (cuidadora, irmã)

F6, 36 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 26/30* pontos na escala MEEM, sendo atenção e cálculo 3/5 e praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 42/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 41/80* pontos (ansiedade leve).

Refere todos os membros familiares (pai, mãe, irmãs, primos, tios e tias) como sua família. Possui dois irmãos. Todas as irmãos são solteiros e moram com os pais. Relata que as tarefas domésticas são divididas entre ela e a mãe e que não se incomoda em realizá-las.

Possui um vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, diz ser muito feliz com a “família que eu tenho, meus pais e meus irmãos são tudo na minha vida!”, relata que eles se falam com frequência, que existe uma boa comunicação entre os membros da família.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os seus irmãos e com seus pais. E quanto a situação financeira diz que isso não influencia nas condições de saúde da família, porque todos ajudam financeiramente. Diz que quem ela costuma mais pedir ajuda quando surgem problemas é para a mãe que geralmente conduz os problemas da família. Relata que sempre procura ajuda das pessoas da família para conversar, desabafar... “somos todos muito unidos”.

* Pontuação máxima prevista na escala

Diz que além da família ela possui vínculo com a igreja católica, com o trabalho de secretária, o qual teve que deixar do emprego para ajudar cuidar da irmão pela saúde frágil e avançada da mãe que não poderia ficar acompanhando ele no hospital e que sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família, por dizer que “tem muita fé em Deus”. Diz também que a fé dá força para suportar as dificuldades do tratamento da irmão. Define que “saúde é tudo na vida, sem saúde a gente não consegue nada”.

DESENVOLVIMENTO

A irmã refere também que percebe que depois que a P6 adoeceu está mais próximo dela, porque ela tem que cuidar dele.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar suas irmãs e seus pais perto dela. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Diz também que tanto ela quanto a irmão quando estão felizes gostam de conversar, sorrir e que ele quando a irmão está triste fica quieta, calada e ela quando está triste fica mais séria e não gosta de conversar, prefere ficar no seu canto.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde da irmão, eles se sentem preocupados com relação ao futuro “a gente não sabe como será a vida dele e nem a nossa, nem quanto tempo ela vai demorar para ficar boa, se é que isso vai acontecer algum dia, até porque ele já não era totalmente capaz de fazer tudo sozinho e acredito que agora ele vai ficar ainda mais dependente...”

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital.

5.1.18 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 6. Pontuação de F1 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA ATIVIDADE*
Treino da memória	1
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	2
Melhora da comunicação	2

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 6

- Conhecimento deficiente do cuidador sobre as alterações produzidas pelo trauma (TCE) e prognóstico, atividades de treino de memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação, relacionado à falta de familiaridade com recursos de informação e falta de exposição à informação, evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidadora ser mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família* .

VII- Intervenções

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VI parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Ensino: estimulação cognitiva orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Intervenção sobre melhora da comunicação: entrega de material impresso com orientações com atividades sobre melhora da comunicação (Apêndice VII parte C), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “ Mitos e Verdades sobre conhecendo o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupal

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação da autoavaliação da capacidade para realizar atividades de treino da memória, estimulação cognitiva e melhora da comunicação;

5.1.19. Caso 7

I- IDENTIFICAÇÃO: P7, 19 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Paciente admitido nesta unidade, para tratamento de REABILITAÇÃO. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) por acidente automobilístico em setembro de 2012.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Consciente, orientado a maior parte do tempo, porém alterna períodos de lapso de memória recente, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom normal e com fala fluente, de modo coerente. Em uso de fenobarbital 2x/dia, fenitoína 2x/dia, diazepam 2x/dia, risperidona 2x/dia. Rancho VII.

Apresenta pele íntegra, corada e hidratada.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T=37,4°C, P= 84 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=130x60 mmHg. Respiração espontânea, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória, FR=20 ipm. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose.

Ao exame: À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios. *Ictus cordis* e pulso radial palpáveis, presença de duas bulhas cardíacas normofonéticas auscultadas em todos os focos.

Ritmo cardíaco rítmico, frequência normal, pulso radial palpável. Ausência de edemas.

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo o paciente antes do acidente tinha peso usual de aproximadamente 96kg e atualmente pesa 76kg; apresenta altura=1,96 m; IMC=19,7 kg/m². Aceita bem dieta oral e água oferecida. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 3 l/dia.

Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidador associados aos processos de eliminação:

Padrão Miccional: Paciente apresenta continência vesical, em uso do vaso sanitário. Urina de cor e odor característico.

Função intestinal: Evacuação diária, última evacuação hoje pela manhã, fezes pastosas, cor acastanhada e odor característico.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Apresenta movimentação ativa nos quatro membros, apresenta força muscular preservada em hemitopo direito, força muscular grau 3 em hemitopo esquerdo. Ausência de espasticidade. Limitação de cotovelo na extensão a aproximadamente 45° no MSE.

Realiza ortostatismo e marcha com auxílio de terceiros. Ausência de espasticidade. Nega dor. Em uso de miosan 3x/dia e tramal 2x/dia.

É parcialmente dependente para o autocuidado: banho, vestir-se (MMII e pelve) e marcha. Independente para autocuidado: barba, escovar os dentes, passar fio dental, pentear os cabelos, vestir-se (tronco, MMSS), calçar, colocar órtese e prótese, transferir-se (cama/cadeira), exame de integridade da pele e alimentação.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Não possuía parceira sexual fixa.

- Outros medicamentos em uso: dipirona em caso de dor ou febre, bromoprida 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 7

- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciado por amplitude limitada de movimentos, instabilidade postural;
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: lavar o corpo e acessar o banheiro;
- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por episódios de incapacidade de recordar eventos recentes;
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e uso agentes ansiolíticos (diazepam).
- Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, relacionado à ingestão *insuficiente em relação às necessidades metabólicas*, evidenciado por IMC menor que o esperado para o estágio de desenvolvimento.

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe é a principal cuidadora, permanece a maior parte do tempo, refere que o pai e a irmã vêm aos finais de semana visitar e ocasionalmente a irmã revera os cuidados aos finais de semana com ela.

5.1.20 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F7)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: F7 (cuidadora,mãe)

F7, 59 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 30/30* pontos na escala MEEM. Na avaliação de ansiedade traço obteve 38/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 40/80* pontos (ansiedade leve).

Refere que considera todos os membros familiares (pai, mãe, irmã, primos, tios e tias) como sua família. Possui uma irmã. Relata que as tarefas domésticas são divididas entre ela e a filha e que não se incomoda em realizá-las.

Possui um vínculo muito próximo com todas as pessoas da sua família, diz ser muito feliz com a “família que eu tenho, não sei como seria minha vida sem eles”, relata que eles se falam com frequência, que há uma boa comunicação entre os membros da família.

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os sua irmã, com sua filha, seu esposo e com seus pais. Quanto a situação financeira, diz que

* Pontuação máxima prevista na escala

isso não influencia nas condições de saúde da família, porque todos ajudam financeiramente. Refere que a pessoa para quem ela costuma mais pedir ajuda quando surgem problemas é a filha que geralmente conduz os problemas da família. Relata que sempre procura ajuda das pessoas da família para conversar. Diz que além da família ela possui vínculo com a igreja católica e que sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família, por dizer que “tem muita fé em Deus”. Diz também que a fé dá força pra suportar as dificuldades do tratamento do filho. Define que “saúde é o bem mais precioso que temos!”.

F7 refere também que percebe que depois que a P7 adoeceu está mais próximo dele, porque ela tem que cuidar dele.

DESENVOLVIMENTO

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar é ter seus filhos. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Tanto ela quanto o filho quando estão felizes gostam de conversar, sorrir “ P7 sempre foi muito alegre e brincalhão” e que ele quando o filhos está triste fica quieto, calado e ela quando está triste não gosta de conversar, prefere ficar no seu canto.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde do irmão, eles se sentem muito otismistas com relação ao futuro e melhora do paciente, porque “mesmo ele tendo ficado na UTI por muitos dias ele veem se recuperando muito bem, mas o que nos preocupa são essas crises convulsivas que ele vêm apresentando e têm me deixado assustada”

Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital.

5.1.21 Avaliação do conhecimento e habilidades

Quadro 7. Pontuação de F7 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA ATIVIDADE*
Treino da memória	2
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	3

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 7

- Conhecimento deficiente do cuidador sobre processo de doença (TCE), o prognóstico, evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidadora ser mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador.
- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família* .

VII- Intervenção

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VII parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Intervenção estimulação cognitiva: entrega de material impresso com orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “Mitos de Verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupo

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação autoavaliação sobre atividades de treino da memória e estimulação cognitiva e ensino do processo da doença.

5.1.22. Caso 8

I- IDENTIFICAÇÃO: P8, 33 anos, sexo masculino.

II- IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e histórico da lesão:

Admitido nesta unidade, para tratamento de reabilitação. Diagnóstico médico de TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) por acidente motociclístico em novembro de 2012.

Procedente de São Paulo, estava na cidade de Caldas Novas a passeio, dirigia a moto em alta velocidade, após ter ingerido um comprimido de êxtase e feito uso também de cocaína, dirigia sem capacete e apresentou queda da motocicleta sem colisão com qualquer outro veículo.

III- AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Requisitos de autocuidado universal

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos:

Consciente, orientado, porém alterna períodos de lapso de memória recente, compreende as mensagens que lhe são dirigidas, mantém contato visual durante o diálogo, e maneio de cabeça, demonstrando atenção e compreensão, verbaliza em tom normal e com fala fluente, de modo coerente. Audição e visão preservadas. Na faz uso de óculos. Possui habilidade para ler. Possui curso superior completo. Rancho VI. Em uso de fenitoína 2x/dia e risperidona 2x/dia.

Apresenta pele íntegra, corada e hidratada.

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório:

Sinais Vitais: T=36,4°C, P= 78 bat/min, rítmico, cheio e forte, PA=110x70 mmHg. Respiração espontânea, tóraco-abdominal, apresenta tórax elíptico, simétrico, sem uso de musculatura acessória, FR=20 ipm. Não apresenta tosse. Nega ter sido fumante.

À ausculta pulmonar presença de murmúrios vesiculares fisiológicos presentes em toda extensão pulmonar sem ruídos adventícios.

Ritmo cardíaco rítmico, frequência normal, pulso radial palpável. Ausência de edemas.

C) Manutenção do aporte adequado de água/alimentos:

Segundo a mãe, o paciente tinha peso usual antes do acidente de aproximadamente 94kg e atualmente pesa 80kg; apresenta altura=1,89,m; IMC=26,3 kg/m². Aceita bem dieta oral e água oferecida. Relata ingestão hídrica diária de aproximadamente 2,5 l/dia. Possui dentição completa, mucosa oral íntegra, hidratada e corada. Boa higiene oral sem halitose.

Ao exame: Abdome plano sem presença de massas, saliências e/ou herniações, cicatriz umbilical invertida, pele da parede abdominal íntegra, ruídos hidroaéreos normoativos.

D) Cuidados associados aos processos de eliminação:

Padrão miccional: Paciente apresenta relato de urgência vesical, com episódios de incontinência vesical, em uso de fralda e compadre (solicita quando quer urinar), urina de cor e odor característico.

Função intestinal: Evacuação diária, última evacuação hoje, fezes pastosas, cor acastanhada e odor característico.

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade/repouso:

Apresenta movimento preservado em MMSS e diminuição da força motora em MMII 3+/4+, não permitindo assumir a posição ereta sozinho, necessitando de auxílio para deambulação, pela falta de equilíbrio e diminuição da força motora no MMII, capacidade de amplitude de movimento ativo preservado da coluna cervical.

Relata medo de cair o deambular sem auxílio, pois não tem força muscular suficiente, assim, só deambula com ajuda da mãe.

Sono preservado, segundo o paciente. Ausência de dor. Em uso de miosan 3x/dia e tramal em caso de dor.

É parcialmente dependente para o autocuidado: banho, vestir-se (MMII e pelve), transferências, mudança de decúbito, exame da integridade da pele. É independente para escovar os dentes, fazer a barba, passar fio dental, pentear os cabelos, usar o vaso sanitário, vestir-se (tronco e MMSS), calçar, colocar/retirar órtese e alimentar-se.

G) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Adulto. Não possuía parceira sexual fixa.

- Outros medicamentos em uso: dipirona em caso de dor ou febre, bromoprida 1x/dia.

IV- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

- Incontinência urinária de urgência, relacionado prejuízo sensório motor, evidenciado por relato de urgência miccional;
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciado por instabilidade postural e alteração na marcha;
- Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, prejuízo neuromusculares, evidenciado por incapacidade de transferir-se de cama para maca/cadeira/cadeira de banho/vaso sanitário e vice-versa.
- Déficit de autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidades de: acessar o banheiro, lavar parte do corpo, obter a fonte de água e secar parte do corpo;
- Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionado a estado de mobilidade prejudicada, prejuízo neuromuscular, capacidade de transferência prejudicada, evidenciado por incapacidades de: chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, fazer higiene íntima apropriada, manipular as roupas para realizar higiene íntima;
- Déficit no autocuidado para vestir-se, arrumar-se relacionado a prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de: calçar meias, calçar sapato e utilizar dispositivos auxiliares.
- Memória prejudicada, relacionada à distúrbios neurológicos, evidenciado por episódios de incapacidade de recordar eventos recentes;
- Risco de queda relacionado à mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e uso agentes ansiolíticos (diazepam).
- Medo de cair ao deambular sem apoio relacionado à falta de segurança na capacidade para realizar uma ação evidenciado por relato de apreensão, relato de tensão aumentado, relato de auto segurança diminuída e comportamentos de prevenção.

V- CUIDADOR E REDE DE APOIO

Mãe é a principal e única cuidadora, permanece todo o período, recebe visitas esporádicas do pai e da irmã que ambos residem em São Paulo.

5.1.23 Avaliação da capacidade da agência de autocuidado da pessoa índice (F8)

ESTRUTURAL

Pessoa índice: F8 (cuidadora, mãe)

F8, 62 anos, apresenta ensino fundamental completo. Alcançou 26/30* pontos na escala MEEM, sendo atenção e cálculo 3/5 e praxia 0/1. Na avaliação de ansiedade traço obteve 42/80* pontos (ansiedade leve) e na avaliação ansiedade estado obteve 38/80* pontos (ansiedade leve).

Refere como membros familiares (esposo e filhos). Possui dois irmãos. Os pais são falecidos, os irmãos moram também na cidade de São Paulo, porém desde que o pai faleceu eles não conversam mais uns com os outros devido a “problemas com a herança”. Relata que as tarefas domésticas são divididas entre ela e a filha e que não se incomoda em realizá-las.

Possui um vínculo muito próximo com os filhos e o marido, diz ser muito feliz com a “família que eu tenho, agradeço a Deus por isso”, relata que eles se falam com frequência, que existe uma boa comunicação entre os membros da família.

DESENVOLVIMENTO

Diz sentir liberdade para conversar com equipe do hospital, com os seu esposo e filhos. E quanto a situação financeira diz que isso não influencia nas condições de saúde da família “a nossa maior contribuição para despesas da casa vem do dinheiro da transportadora”, minha filha faz faculdade e não trabalha, porém ela sempre ajuda nas tarefas domésticas e ajuda o pai na transportadora. Diz que quem ela costuma mais pedir ajuda quando surgem problemas é para a filha que geralmente conduz os problemas da família e diz que “é com ela quem eu mais converso, ela é minha melhor amiga”.

Diz que além da família ela possui vínculo com a igreja católica, “eu adoro estar na igreja, lá me sinto confortada e amo a minha contribuição como catequista é o que eu mais gosto de fazer na vida, ensinar o evangelho as crianças”. Sente seu comportamento influenciado pela religião com relação a sua família, por dizer que “tem muita fé em Deus”. Diz também que a fé dá força pra suportar as dificuldades

* Pontuação máxima prevista na escala

do tratamento do filho. Define que “saúde é importante, mas não é tudo. Deus é o médico dos médicos, só ele sabe o que a vida nos reserva”.

Refere também que percebe que depois que a P8 adoeceu está mais próximo dele, porque ela tem que cuidar dele.

Relata que sempre que se lembra da sua família ela se sente feliz, que é uma alegria estar com as pessoas da sua família e o que fez se sentir mais feliz na sua vida familiar seus filhos “legítimos” e minhas crianças da catequese. Não tem lembrança que possa lamentar com relação a sua família.

FUNCIONAL

Diz também que ela não é muito de conversar, mas conversa muito com os filhos e sabe que quando ele é feliz percebe “até pelo jeito que ele entra em casa”, quando estamos felizes gostam de conversar, sorrir e que ele quando o filho está triste fica quieto, calado.

Quando sua família conversa sobre as condições de saúde do filho, eles se sentem muito otimistas porque percebem que “ele tem melhorado a cada dia, isso é um milagre, depois de tudo que ele passou na UTI desacordado”.
Sente-se muito bem tratada pela equipe do hospital “.

5.1.24 Avaliação de conhecimento e habilidades

Quadro 8. Pontuação de F8 nos testes antes da intervenção

INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE:	PONTUAÇÃO NO TESTE ANTES DA ATIVIDADE*
Treino da memória	1
Estimulação cognitiva	2
Ensino: processo de doença	2

* Pontuação máxima=5

VI- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA FAMÍLIA 8

- Conhecimento deficiente do cuidador sobre processo de doença (TCE), o prognóstico, atividades de treino de memória e estimulação cognitiva evidenciado por verbalização do problema;
- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à cuidadora ser mulher, duração dos cuidados necessários, falta de descanso do cuidador.

- Processos familiares interrompidos relacionado à alteração do estado de saúde de um membro da família e crise situacional evidenciado por mudanças no padrão *de convivência usual entre membros da família* .

VII- Intervenção

Dia 1

- Ensino: treino da memória (Apêndice VI parte B1) com orientações e atividades sobre treino da memória, explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;
- Ensino: estimulação cognitiva orientações e atividades a serem realizadas pelo cuidador sobre estimulação cognitiva (Apêndice VII parte B1), explicação do material passo a passo e oportunização de momento para retirada de dúvidas;

Dia 2

- Agendamento e convite formal para participação de grupo de informação “Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)”.

Dia 3 – Intervenção: Ensino Grupal

Grupo de Informação: Mitos e verdades sobre o TCE (Trauma Crânio Encefálico)

VIII- Avaliação de Resultados

- Aplicação de testes de conhecimento pós-intervenção
- Aplicação dos testes de conhecimento sobre: treino da memória, estimulação cognitiva e ensino do processo da doença.

5.2. Caracterização das pessoas com TCE com escore Rancho ≥ 5 , em reabilitação

Na tabela 1 apresentamos as características sociodemográficas das pessoas com sequelas de TCE com Rancho ≥ 5 , em reabilitação.

Tabela 1. Perfil socioeconômico das pessoas com sequela de TCE e Rancho maior ou igual a cinco em reabilitação no período de Agosto/2012 a Janeiro/2013 CRER.

Características		Número de pessoas								f	%
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
Sexo	Feminino		x		x					2	25,0
	Masculino	x		x		x	x	x	x	6	75,0
Faixa Etária	<18anos		x							1	12,5
	18 -24	x			x			x		3	37,5
	25-34			x					x	2	25,0
	35-44					x	x			2	25,0
Escolaridade	1º grau incompleto						x			1	12,5
	1º grau completo		x							1	12,5
	2º grau completo	x			x	x		x		4	50,0
	3º grau completo			x					x	2	25,0
Procedência	Goiânia					x	x			2	25,0
	Não Goiânia	x	x	x	x			x	x	6	75,0

Observamos que seis eram do sexo masculino (75,0%). Os participantes eram na maioria adultos jovens (12-37 anos) que estiveram envolvidos em acidentes com veículos (motocicleta ou carros).

Quanto ao grau de escolaridade, 75% possuíam 2º grau completo ou 3º grau completo.

Com relação a procedência, 75,0% não eram procedentes da cidade de Goiânia, oriunda de outras cidades do estado de Goiás e também de outros estados da região Norte do país.

As características sócio demográficas dos participantes foram semelhantes à de outros estudos (MARSH *et al*, 1998; KOLAKOWSKY-HAYNER; MINER; KREUTZER, 2001; WALLACE *et al*, 1998), em que vimos que predominam vítimas do sexo masculino, adultos jovens.

5.3. Diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas com sequela de TCE e escore Rancho ≥ 5 , em reabilitação.

O número de diagnóstico de enfermagem variou de 6 a 12 para cada participante do estudo, conforme apresentando no gráfico 1.

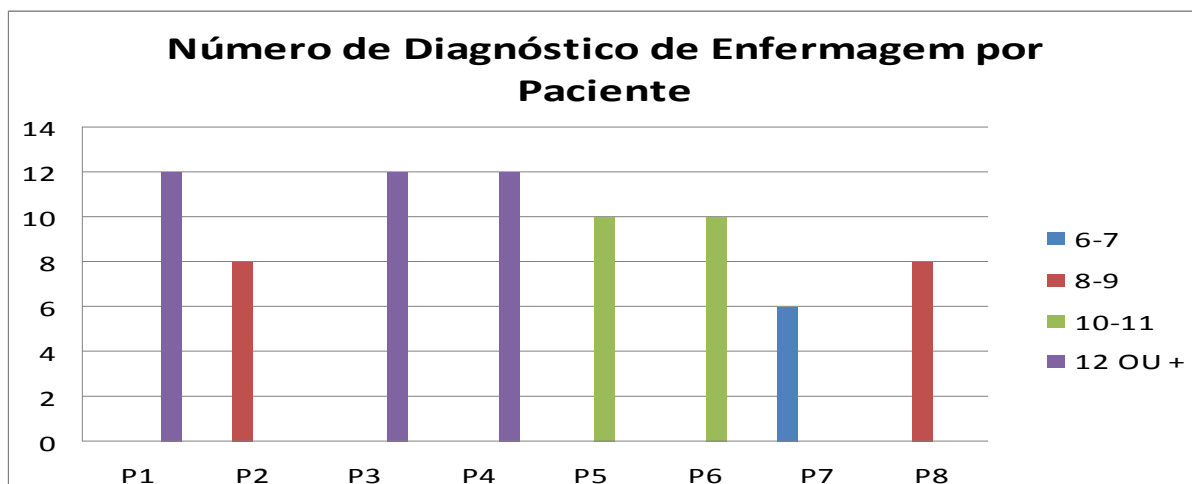


Gráfico 1. O número de diagnóstico de enfermagem por pessoas com sequelas de TCE e com Rancho ≥ 5 , em reabilitação.

Os diagnósticos de enfermagem identificados nesses participantes, podem ser visualizadas na tabela 2.

Como pode ser percebido, não foram identificados diagnósticos nos domínios 1- Promoção da Saúde; 6- Autopercepção; 7- Papéis e relacionamento; 8- Sexualidade; 9- Princípios da Vida; 12- Conforto e 13- Crescimento e Desenvolvimento.

Os domínios em que foram identificados mais títulos diagnósticos foram: 4- Atividade e Repouso com nove diferentes diagnósticos, com frequência de 45 (57,7%); 5- Percepção/ cognição, com dois diagnósticos, com frequência de 14 (17,9%), 11- Segurança e Proteção com três títulos diagnósticos, frequência de (12,8%) e 3- Eliminação e Troca, com dois títulos diagnósticos e frequência de (11,5%).

Tabela 2. Diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas com sequela de TCE e Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação no período de Agosto/2012 a Janeiro/2013 no CRER, de acordo com os domínios da NANDA-I 2012.

Domínios	f	%	Diagnóstico de Enfermagem	n	%
1- Promoção da Saúde	-	-	-	-	-
2- Nutrição	1	1,3	Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	1	5,9
3- Eliminação e Troca	9	11,5	Incontinência Urinária de urgência	6	35,3
			Risco de constipação	3	17,6
			Mobilidade física prejudicada	8	47,0
			Déficit de autocuidado para banho	8	47,0
			Déficit de autocuidado para higiene íntima	8	47,0
4- Atividade/ Repouso	45	57,7	Déficit de autocuidado para vestir-se	7	41,2
			Capacidade de transferência prejudicada	6	35,3
			Déficit de autocuidado para alimentação	4	23,5
			Mobilidade no leito prejudicada	2	11,8
			Risco de disfunção neuromuscular periférica	2	11,8
5- Percepção/cognição	14	17,9	Memória prejudicada	8	47,0
			Comunicação verbal prejudicada	6	35,3
6- Autopercepção	-	-	-	-	-
7- Papéis e relacionamento	-	-	-	-	-
8- Sexualidade	-	-	-	-	-
9- Enfrentamento/ tolerância ao estresse	1	1,3	Medo de cair ao deambular sem apoio	1	5,9
10- Princípios da vida	-	-	-	-	-
			Integridade da pele prejudicada	1	5,9
11- Segurança/proteção	10	12,8	Risco de integridade da pele prejudicada	2	11,8
			Risco de quedas	7	41,2
12- Conforto	-	-	-	-	-
13- Crescimento/ desenvolvimento	-	-	-	-	-
Total	78	100,0		17	100,0

Em relação aos diagnósticos de enfermagem propriamente ditos, tiveram maior frequência mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado para banho, para higiene íntima, para vestir-se, capacidade de transferência prejudicada, memória prejudicada, comunicação verbal prejudicada, risco de quedas e incontinência urinária de urgência.

No domínio 2 nutrição, identificamos a presença de apenas um diagnóstico de enfermagem (f=1), o de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais.

Outros dois diagnósticos foram identificados no domínio 3 eliminação e troca (f=9), incontinência urinária de urgência e o de risco de constipação.

No domínio 4 relacionado à atividade e repouso, foi onde encontramos a maior frequência de diagnósticos de enfermagem (f=45).

No domínio 5 relacionado à percepção cognição, observamos a frequência (f=14) sobre dois diagnósticos, os de memória prejudicada e comunicação verbal prejudicada.

Relacionado ao domínio 9, tivemos a frequência (f=1) do diagnóstico de enfermagem medo de cair ao deambular sem apoio.

No domínio segurança/proteção tivemos a frequência (f=10), sobre três diagnósticos de enfermagem, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e risco de quedas.

Nos paciente com TCE e Rancho $\geq$ cinco participantes do estudo, observamos que a maioria dos diagnósticos esteve relacionado a comprometimento na mobilidade física e alteração na memória, o que vai ao encontro com estudos que mostram que a maioria das pessoas com sequelas de TCE apresentam sequelas físicas e cognitivas em decorrência do trauma (HORA; SOUZA; ALVAREZ, 2005).

A incontinência caracteriza-se pela perda involuntária de urina por falência dos mecanismos de controle. É frequentemente subestimada nos pacientes com TCEs, podendo atingir os 62% e na fase aguda e 18% aos seis meses, respectivamente na incontinência urinária (ALMEIDA *et al*, 2012).

Pode ter uma etiologia multifatorial, relacionando-se com lesões locais ao nível dos órgãos efetores, das vias de condução ou dos centros superiores que controlam a micção. Estes centros estão localizados no lobo frontal que, devido à irregularidade e às menores dimensões da fossa anterior, é frequentemente lesado no TCE. Assim sendo, uma recuperação progressiva destas funções poderá associar-se a uma recuperação global das funções do lobo frontal (ALMEIDA *et al*, 2012).

A disfunção cognitiva no traumatizado de crânio tem uma etiologia multifatorial, sendo fatores contribuintes sequelas anatômicas derivadas do TCE, comorbidades ou intercorrências médicas, perturbação dos ciclos de sono-vigília e perturbações de ansiedade e stress pós-traumático (ALMEIDA *et al*, 2012).

5.4 Caracterização dos familiares cuidadores familiares principais de pessoas com TCE em reabilitação

A caracterização socioeconômica das pessoas índices ou seja familiares cuidadores de vítimas de TCE com Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação, pode ser visualizada na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização das pessoas índices familiares cuidadores de vítimas de TCE com Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação.

Características		Número de pessoas								f	%
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8		
Sexo											
	Feminino	x	x	x	x	x	x	x	x	8	100,0
	Masculino									-	-
Faixa Etária											
	18anos		x							1	12,5
	19 -24	x			x			x		3	37,5
	25-34			x					x	2	25,0
	35-44					x	x			2	25,0
Escolaridade											
	1º grau incompleto						x			1	12,5
	1º grau completo		x							1	12,5
	2º grau completo	x			x	x		x		4	50,0
	3º grau completo			x					x	2	25,0
Estado Civil											
	Solteiro(a)					x	x			2	25,0
	Casado(a)			x	x			x	x	4	50,0
	Divorciado(a)	x								1	12,5
	Outros		x							1	12,5
Renda Familiar em Salários Mínimos (SM)*											
	Até 2 SM		x			x				2	25,0
	De 3-4 SM								x	1	12,5
	De 5-7 SM	x			x		x	x		4	50,0
	Mais do que 7 SM			x						1	12,5
Número de componentes da família nuclear											
	Até 3	x	x	x			x			4	50,0
	4				x	x			x	2	37,5
	5 ou mais							x		1	12,5

Todos os familiares cuidadores principais eram do sexo feminino. A idade variou entre 18 a 44 anos; 50,0% tinham o segundo grau completo, 75,0% casados e 25,0% solteiros; a renda familiar de maior incidência variou de cinco a sete salários mínimos e com relação ao números de componentes na família nuclear a maioria era composta por até três pessoas correspondendo a 50,0%.

Assim como em outros estudos internacionais relacionados a cuidadores de pessoas vítimas de TCE (MARSH *et al*, 2001; KOLAKOWSKY-HAYNER SA, MINER KD, KREUTZER, 2001) onde a faixa etária era de 90,0% mulheres.

* SM= Salários Mínimos. Valor R\$ 630,00

Nos estudos nacionais relacionados a cuidadores de pessoas com outras patologias, ocorreu o mesmo (GUERRA, 2000; FARO, 2001; HORA, SOUZA ALVAREZ, 2005). Existe uma tradição familiar para que o cuidador seja mulher, embora a mesma encontre-se, geralmente, sobrecarregada com outras tarefas (LEAL, 2000).

A idade média dos cuidadores se assemelhou à observada em estudos com cuidadores de vítima de TCE em que a média de idade variou entre 20 a 45 anos ((MARSH et al, 2001; KOLAKOWSKY-HAYNER, MINER, KREUTZER, 2001; HALL et al, 1994; PERLESZ; KINSELLA; CROWE, 20002). Observações semelhantes foram realizados em estudos nacionais relacionados a outras patologias (GUERRA, 2000; FARO, 2001).

Em relação à situação conjugal, a metade das cuidadoras eram casadas o que representa proporção menor comparada à outros estudos em que o percentual de casadas permaneceu entre 72 e 85,7% (KOSCIULEK, LUSTIG, 1999; FARO, 2001; KOSCIULEK, 1997).

5.5. Diagnósticos de enfermagem identificados nos familiares cuidadores principais de pessoas com TCE em reabilitação

O perfil dos diagnósticos de enfermagem identificados nos familiares cuidadores de vítimas de TCE com Rancho $\geq$ a cinco em reabilitação, de acordo com a NANDA-I pode ser visualizada na tabela 4.

Tabela 4. Diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias, de acordo com os domínios da NANDA-I 2012

Domínios	f	%	Diagnóstico de Enfermagem	n	%
1- Promoção da Saúde	-	-	-	-	-
2- Nutrição	-	-	-	-	-
3- Eliminação e Troca	-	-	-	-	-
4- Atividade/ Repouso	-	-	-	-	-
5- Percepção/cognição	8	33,3	Conhecimento deficiente do cuidador	8	33,3
6- Autopercepção	-	-	-	-	-
7- Papéis e relacionamento	18	66,6	Processos familiares interrompidos	8	33,3
			Risco de tensão devido ao papel de cuidador	8	33,3
8- Sexualidade	-	-	-	-	-
9- Enfrentamento/ tolerância ao estresse	-	-	-	-	-
10- Princípios da vida	-	-	-	-	-
11- Segurança/proteção	-	-	-	-	-
12- Conforto	-	-	-	-	-
13- Crescimento/ desenvolvimento	-	-	-	-	-
Total	26	100,0		24	100,0

Os diagnósticos de maior incidência identificados nos cuidadores familiares de vítimas de TCE em reabilitação foram identificados no domínio 7, relacionado à Papéis/ relacionamento. O risco de tensão do papel de cuidador e processos familiares interrompidos foram identificados em todos os cuidadores.

Apesar de não termos encontrado na literatura estudos específicos sobre cuidadores de pessoas em processo de reabilitação, outros estudos também mostram que esse diagnóstico é de grande prevalência na população de pessoas cuidadoras que permaneceram na instituição por longos períodos (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008; BENJUMEA, 2004).

O diagnóstico “conhecimento deficiente”, foco desta investigação, foi identificado em todos os casos. Em outro estudo sobre diagnóstico de enfermagem identificados em cuidadores de pessoas hospitalizadas (PEREIRA; STUCHI; SENA, 2010) identificou-se também a ocorrência em 100,0% desse diagnóstico de enfermagem.

A característica de maior incidência foi: não verbalizar adequadamente o problema. Ao retratar situações de ausência ou deficiência de informações a respeito de uma situação de saúde, o diagnóstico “conhecimento deficiente” influencia a qualidade dos cuidados disponibilizados, uma vez que sua abordagem terapêutica é capaz de reduzir a ocorrência de comportamentos impróprios ou exagerados, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento e melhorando o seguimento das recomendações terapêuticas dadas pela equipe multidisciplinar.

5.6 Avaliação da efetividade dos protocolos de intervenção para o conhecimento deficiente do familiar cuidador

A análise dos resultados das intervenções para o conhecimento deficiente do cuidador familiar sobre treino de memória, estimulação cognitiva, processo de doença e melhora da comunicação pode ser visualizada na tabela 5.

Tabela 5. Número de pacientes de acordo com o escore obtido em cada momento de cada uma das investigações.

Investigação / Escore	Antes		Após		p
	n	%	n	%	
Treino de Memória					
1	2	25,0	—	0,0	0,008
2	6	75,0	—	0,0	
3	—	0,0	3	37,5	
4	—	0,0	5	62,5	
5	—	0,0	—	0,0	
Total	8	100,0	8	100,0	
Estimulação Cognitiva					
1	1	12,5	—	0,0	0,070
2	6	75,0	1	12,5	
3	—	0,0	—	0,0	
4	1	12,5	2	25,0	
5	—	0,0	5	62,5	
Total	8	100,0	8	100,0	
Processo de Doença					
1	—	0,0	—	0,0	0,008
2	3	37,5	—	0,0	
3	5	62,5	—	0,0	
4	—	0,0	5	62,5	
5	—	0,0	3	37,5	
Total	8	100,0	8	100,0	
Melhora da Comunicação					
1	—	0,0	—	0,0	0,125
2	3	75,0	—	0,0	
3	1	25,0	—	0,0	
4	—	0,0	3	0,0	
5	—	0,0	1	0,0	
Total	4	100,0	4	100,0	

Teste: Regra de Sinais de Descartes.

A avaliação da efetividades do protocolo de intervenção para o conhecimento deficiente do cuidador sobre o treino da memória mostrou-se efetivo em todos os casos que foram aplicados, conforme pode ser observado no gráfico 2.

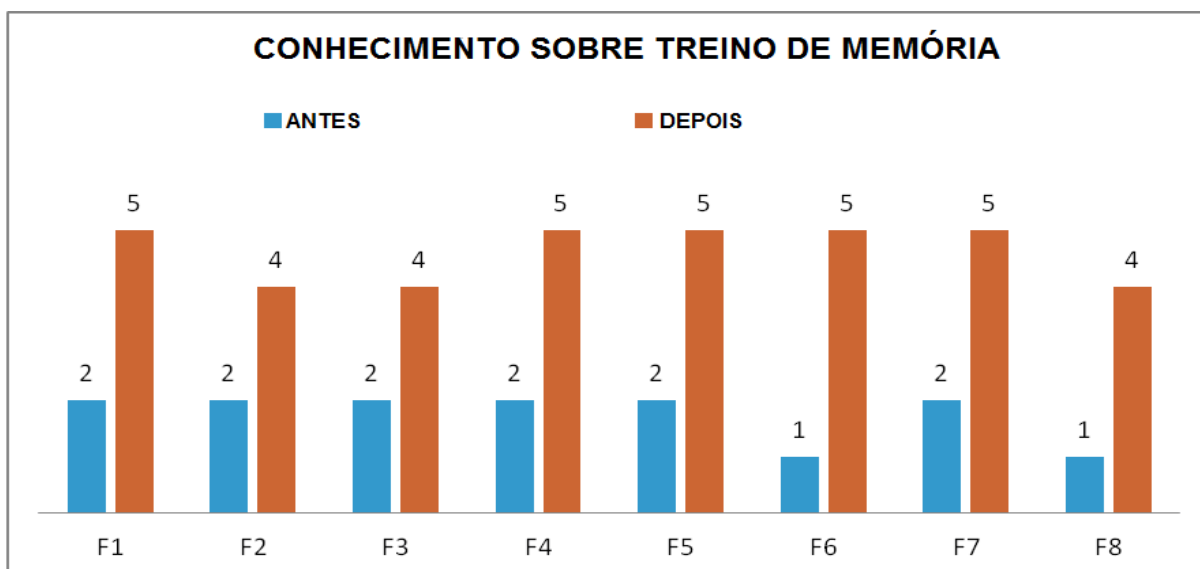


Gráfico 2. Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos sobre treino de memória antes e depois do protocolo de intervenção

Pesquisas testaram intervenções diretas aos pacientes para estimulação de memória, mas não houve estudos identificados sobre intervenção de ensino junto aos cuidadores.

Em estudo controlado, Jenetti et al (1997) apresentaram um programa de estimulação da memória os pacientes foram treinados diariamente (1hora/dia), por três semanas, para executar 20 tarefas básicas e instrumentais da vida diária. Os resultados indicaram melhora da performance dos pacientes, medida por meio da redução do tempo gasto para executar as tarefas após o treinamento.

O mesmo estudo mostrou que pacientes submetidos por três meses ao programa de treino de memória, no qual apresentaram, em relação ao grupo controle (N=10), maior estabilidade quanto à performance cognitiva e sintomas depressivos.

Relataram melhora das alterações de comportamento e no desempenho cognitivo de 19 pacientes com demência de vários níveis de gravidade, após um programa de três meses de atividades externas diárias, incluindo jogos, exercícios físicos, treino de orientação para realidade e atividades de socialização (JENNETTI, 1997).

Outros estudos testados (BIGLER, 2008; GHAJAR; RICHARD; 2008; RIBEIRO et al 2004), em populações como portadores de déficit de atenção, mostraram que associação de técnicas de reabilitação cognitiva ao tratamento medicamentoso pode auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma leve melhora dos déficits cognitivos e funcionais. Os resultados também sugerem que as intervenções de suporte e aconselhamento fornecidas aos familiares/cuidadores dos pacientes podem reduzir o nível de sintomas psiquiátricos existentes entre os familiares, alterando de forma significativa o bem-estar dos pacientes e de suas famílias.

A comparação da avaliação dos resultados do protocolo de intervenção para o conhecimento deficiente do cuidador familiar sobre estimulação cognitiva pode ser visualizado no gráfico 3.

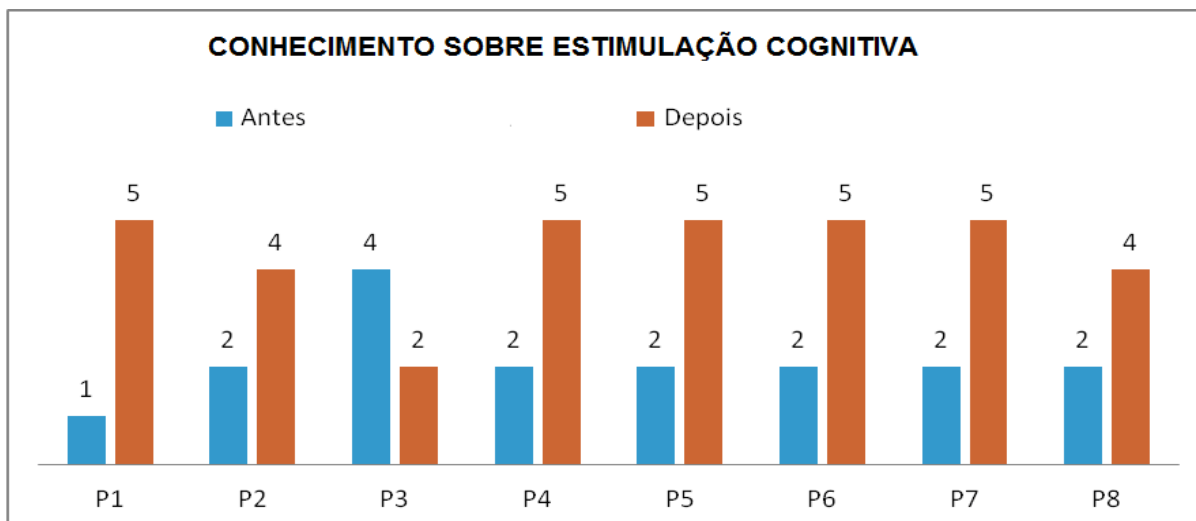


Gráfico 3. Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos sobre estimulação cognitiva antes e depois do protocolo de intervenção.

No processo de reabilitação, tanto o profissional de enfermagem implementa a intervenção de estimulação cognitiva como mobiliza os familiares para fazê-lo. Pesquisas na área disfunção cognitiva de pessoas com TCE focalizam a pessoa acometida apenas.

Poucas pesquisas foram realizadas sobre o tratamento da disfunção cognitiva. O tratamento centra-se em duas modalidades distintas: farmacológica e não farmacológica. No entanto, o mais importante é orientar a terapia de acordo com os déficits específicos apresentados pelo doente, principalmente no domínio das intervenções não-farmacológicas (ALMEIDA et al, 2012).

A análise da avaliação dos resultados do protocolo de intervenção para o conhecimento deficiente do cuidador familiar sobre o ensino do processo de doença e prognóstico pode ser visualizado no gráfico 4.

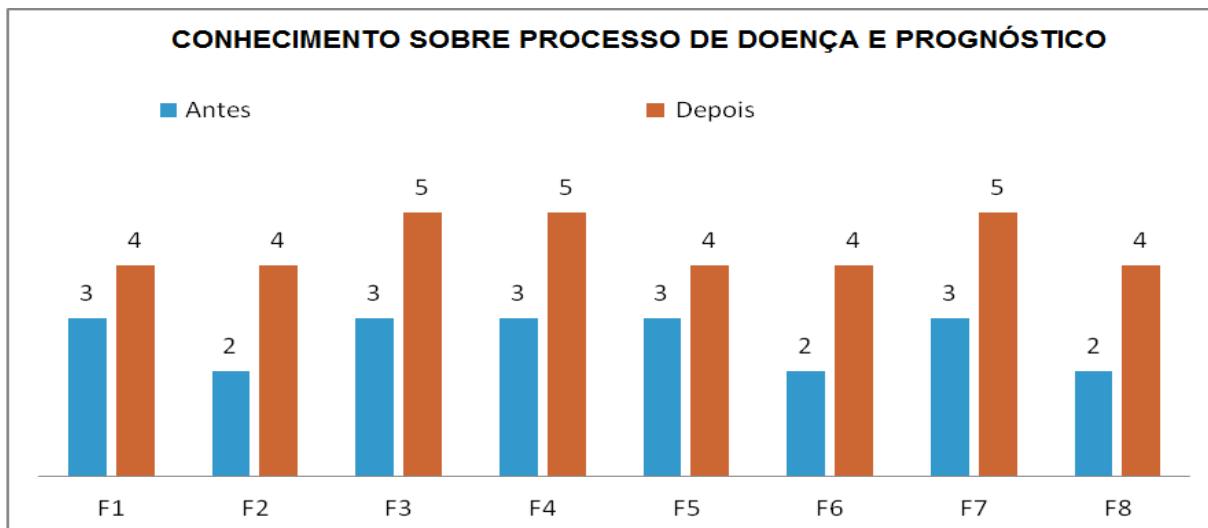


Gráfico 4. Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos sobre a doença e o prognóstico antes e depois das intervenções.

O adequado conhecimento sobre a doença é pré-requisito indispensável para o autocuidado de desvio de saúde, assim, buscou-se implementá-lo por meio da intervenção ensino: processo de doença na perspectiva de uma abordagem mais colaborativa que encorajasse o cuidador a participar do processo de reabilitação do seu familiar.

Dessa forma, a intervenção de enfermagem efetivada fundamentou-se na educação em saúde, baseada na teoria da aprendizagem significativa de Ausubel, proporcionando ao cuidador, informações sobre a condição de saúde/doença do seu familiar.

Estas ações implementadas guiaram-se na perspectiva, conforme as atividades de educação para o ensino do processo de doença da pessoa com TCE, de modo a auxiliar o familiar cuidador a adquirir habilidades para o controle da doença.

Sendo assim, esta intervenção obteve resposta progressivamente satisfatória no decorrer dos encontros.

Por se tratar de uma condição instalada há um certo tempo e os cuidadores terem acompanhados seus familiares com TCE desde a admissão deles no CRER, houve oportunidades de exposição à informações gerais sobre o processo de doença e prognóstico, que foi ampliado com a investigação.

O resultado final das atividades demonstrou a aquisição de conhecimento sobre o processo de adoecimento instalado, ajudou-o a compreender a condição crônica do TCE, que exige tratamento contínuo de reabilitação, requer motivação para a execução de mudanças indispensáveis nos hábitos de vida diários.

No contexto da reabilitação não foram encontrados estudos de intervenção sobre o conhecimento do processo de doença das pessoas com TCE. Isso representa uma lacuna importante uma vez que estas pessoas se basearão nesses conhecimentos para agir em relação à pessoa afetada pelo trauma.

A análise da avaliação dos resultados do protocolo de intervenção para o conhecimento deficiente do cuidador familiar sobre melhora da comunicação pode ser visualizado no gráfico 5.

Destaca-se que quatro, das oito famílias tiveram como demanda o enfrentamento de disfunções na fala de seus integrantes.

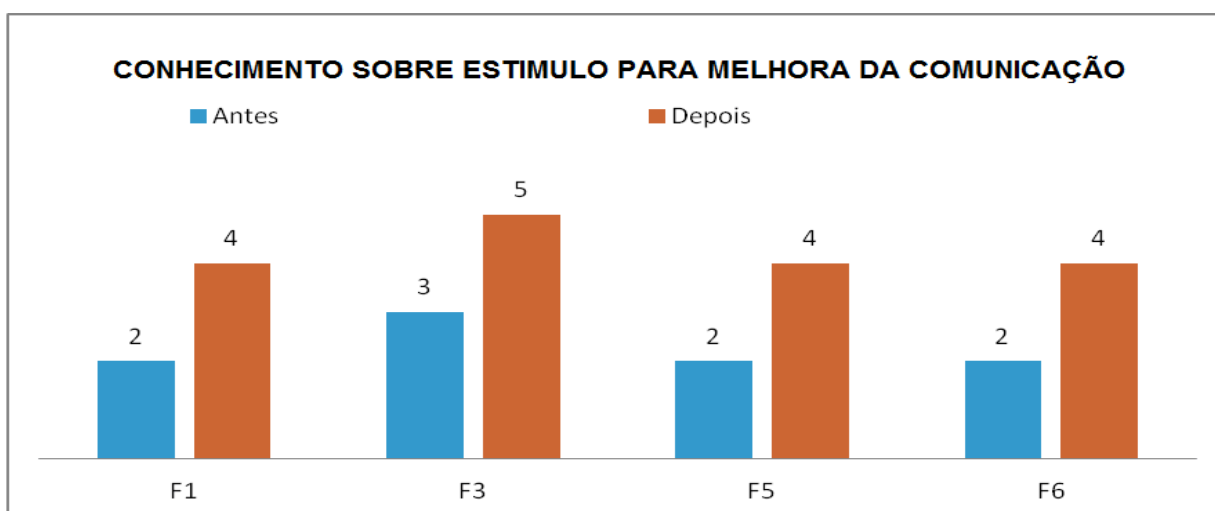


Gráfico 5. Comparação da pontuação média obtida na avaliação de conhecimentos de familiares cuidadores de pessoa com TCE em processo de reabilitação, sobre estímulo para melhora da comunicação, antes e depois das intervenções.

É importante destacar que, do mesmo modo que a pessoa vítima de TCE pode ter problemas cognitivos, elas podem ter também problemas de comunicação/fala. Estes são mais evidentes, mais é habitual que as pessoas com afasia, as habilidades cognitivas permanecem intactas. Porém, em consequência, estas enfrentam uma grande incompreensão e isolamento social (AMBRÓS; SALCEDO; KOSLOWSKI, 2002).

A produção da linguagem e da fala, dependem de sistemas cerebrais que inervam os músculos e coordenam os movimentos pulmonares, das cordas vocais,

da mandíbula e dos lábios. A compreensão da linguagem depende de sistemas cerebrais que transformam a informação acústica que chega ao tímpano do ouvinte e as informações visuais que chegam aos olhos (AMBRÓS; LABI; SALCEDO; BÁEZ, 2002).

A comunicação através da linguagem verbal ou escrita, também pode ser afetada. Podem surgir dificuldades para compreender a linguagem verbal (afasia sensitiva); ser incapaz de ler (alexia); ou ser incapaz de emitir uma linguagem compreensível para quem ouve (afasia motora) (GARCÍA; AMBRÓS; SALCEDO, 2002).

São frequentes os transtornos na articulação da fala, nos quais a pessoa não é capaz de juntar os pontos de articulação dos fonemas. É o que se denomina disartria (AMBRÓS; SALCEDO; KOSLOWSKI, 2002).

6. CONCLUSÕES

O programa de intervenções de enfermagem para o “Déficit de conhecimento do cuidador familiar” de pessoas com sequela de TCE em reabilitação mostrou-se efetivo.

As características dos cuidadores e vítimas deste estudo foram em vários aspectos semelhantes às encontradas na literatura. O perfil dos participantes eram na maioria adultos jovens (16-37 anos), do sexo masculino, que estiveram envolvidos em acidentes com veículos (motocicleta ou carros).

A utilização das taxonomias NANDA/NIC/NOC no processo de sistematização da assistência de enfermagem possibilitou o estabelecimento de uma ligação entre as etapas do processo; favoreceu a aplicação do método científico à prática de enfermagem; mostrou-se factível do ponto de vista do alinhamento entre as três taxonomias; foi compatível com o referencial teórico adotado; e possibilitou a inclusão de técnicas comunicacionais e educacionais no processo de cuidar.

Ao explicitar os elementos de um diagnóstico de enfermagem, o sistema NANDA-I, norteou as etapas subsequentes para seleção da intervenção mais individualizada ao caso e avaliação dos resultados alcançados dentro da abordagem terapêutica.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem possibilitou o uso de linguagem padronizada, facilitou o processo de comunicação entre os profissionais, traçou planos de cuidados com objetividade, promoveu qualidade na avaliação e na forma de documentar as ações realizadas, estabelecendo prioridades frente aos problemas detectados, individualizou o cuidado, detectou os resultados das ações planejadas e carências de conhecimento do paciente e da família, proveu educação específica sobre um tema e permitiu documentação o processo de enfermagem.

Foram identificados 12 diferentes diagnósticos de enfermagem nas pessoas com TCE em Reabilitação. Identificamos a frequência em 100% dos cuidadores familiares de pessoas com TCE em reabilitação são do sexo feminino. Identificamos a ocorrência de 100% do diagnóstico de enfermagem de “Déficit de conhecimento do cuidador familiar” em familiares de pessoas com sequela de TCE, segundo a Taxonomia NANDA-I.

Após a intervenção os participantes compreenderam melhor o processo saúde-doença, aumentando o conhecimento em relação ao cuidado com a doença, procedimentos, tratamento e conhecimento da promoção da saúde.

A aplicação de uma escala de medida contendo cinco pontos possibilitou classificar os participantes com base nos resultados obtidos e afirmar que as intervenções propostas auxiliaram o nível de conhecimento.

A ligação entre o diagnóstico e a intervenção de enfermagem favoreceu a aplicação do raciocínio diagnóstico e norteou a tomada de decisão por parte do enfermeiro, ao indicar critérios explícitos na seleção de opções de tratamento.

Embora as estruturas taxonômicas NANDA, NIC e NOC tenham sido utilizadas na presente investigação, afirma-se, por experiência, que podem ser utilizadas no modelo acadêmico ou na formação em serviço para ensino da estruturação e aplicação do raciocínio clínico. A escolha pela abordagem do diagnóstico “conhecimento deficiente” mostrou-se relevante e serve de alerta para Enfermeiros com atuação em reabilitação, uma vez que, com base nos resultados encontrados, foi possível: evidenciar o êxito de condutas terapêuticas, proporcionar qualidade ao cuidado, favorecer a adesão ao tratamento e melhorar o seguimento das recomendações terapêuticas da equipe multidisciplinar.

As dificuldades demonstradas pelos cuidadores refletiram o grande déficit no tocante à orientação das famílias, a situação na qual surgem as dúvidas e as inquietações acerca dos cuidados que serão exigidos diante dessa nova situação.

A enfermagem necessita valer-se de instrumentos de cuidado que facilitem o processo de adaptação da família à nova situação. Destacam-se, então, a criatividade e a sensibilidade do profissional para promover a capacitação dos cuidadores que irão colaborar diretamente com a equipe de saúde para possibilitar a continuidade dos cuidados extra-hospitalares.

Uma possível limitação deste estudo refere-se ao tamanho da amostra, entretanto, ela representa os pacientes que são atendidos em centro de referência em vítimas de trauma. Por conseguinte, espera-se contribuir com os enfermeiros que assistem vítimas de TCE, oferecendo-lhes a possibilidade de aprimorar o conhecimento da identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, com vistas a propostas de intervenções, auxiliando-as a qualificar a assistência.

Uma possível limitação deste estudo refere-se ao tamanho da amostra, entretanto, ela representa os pacientes que são atendidos em centro de referência

em vítimas de trauma. Por conseguinte, espera-se contribuir com os enfermeiros que assistem vítimas de TCE, oferecendo-lhes a possibilidade de aprimorar o conhecimento da identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, com vistas a propostas de intervenções, auxiliando-as a qualificar a assistência.

Os resultados da pesquisa evidenciam que o protocolo de intervenções testado foi efetivo para melhorar os conhecimentos dos cuidadores e poderá servir de modelo para outras instituições assistenciais de reabilitação.

7. REFERÊNCIAS

- Abreu MC. O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos. 6ªed. São Paulo-SP: MG editores associados; 1987.
- Ambrós HB; Salcedo VI; Koslowski SG. Complicaciones del traumatismo craneoencefálico que interfieren con el tratamiento rehabilitador Rehabilitación. Elsevier; 2002; (36): 393-402
- Ambrós HB. Alteraciones de la deglución en el paciente afecto de traumatismo craneoencefálico. Elsevier; 2002; (36): 388-392
- Assis JF; Gomes SKA; Vilela MASD. Dificuldades no processo ensino-aprendizagem do eletrocardiograma. Nursing. 2001; 4(43); p.17-22.
- Ausubel DP; Novak JD; Hanesian H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
- Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2012; 56(3B):605-12
- Bastable SB. O Enfermeiro como Educador - princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Vargas AC: tradução. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Benjumea C, Carmen de la. "Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura". Texto & Contexto Enfermagem.2004; (13): 137-146
- Bigler E. Neuropsicologia e neurociência clínica da síndrome pós-concussão persistente. Int J Neuropsychol Soc. 2008; 14:1-22.
- Botarelli FR. Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de cuidar do paciente com traumatismo cranioencefálico [dissertação]. Goiânia (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. 181 p.
- Bocchi SC, Ângelo M. Interação cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia compartilhada. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(3): 729-38.
- Brito MAGM. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado [dissertação]. Goiânia (Brasil): Universidade Federal de Goiás; 2007. 229 p.
- Brito MAGM; Bachion MM; Souza JT. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.10, n.1, p.13-28, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a02.pdf>
- Bulechek GM; Dochterman J; Butcher H. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ª Ed. Elsevier; 2010.944 p.

Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):347-53

Cochran A; Scaife ER; Hansen KW; Downey EC. Hyperglycemia and outcomes from pediatric traumatic brain injury. J Trauma. V. 55, 55:1035-8, 2003.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/1> Acesso em: 19/08/2010.

Cunha MI. Ensino com pesquisa: a prática do professor universitário. Cadernos de Pesquisa; 1996.p.31-46.

DeLisa JA. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática. 3ªed. São Paulo: Manole, 2002(2).

Faro ACM. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidador familiar. [livredocência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular.São Paulo; s.n; 15 mar. 1995. 208 p.

Faro ACM. Enfermagem em Reabilitação em Reabilitação: ampliando os horizontes, ampliando os horizontes, ampliando os horizontes, legitimando o saber legitimando o saber. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(1):128-33.

Faro ACM; Leite VBE. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1):92-6.

Fernandes CNS. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. Rev Lat Am Enf. 2004; 12(4): p 691-693.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ªed. Curitiba: Ponteiro; 2004.

Figueiredo MH. Sistema familiar e cuidados de enfermagem. SERVIR.2006;54(1):11-4.

Figueiredo MH. Cuidar a família: dos conceitos às representações. Sinais Vitais. 2008 Jan.;(76):50-5.

Fleminger S. longo prazo desordens psiquiátricas após lesão cerebral traumática. Eur J Anaesthesiol Suppl 2008; 42:123-130.

Foster PC, Bennett AM, Dorothea E. OREM. In: George JB. Teoria de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

Fostein, Fostein & McHugh. Mini-Exame do Estado Mental. 1975.

Garcia TR, Bachion MM, Cubas MR, Chianca TCM, Brandão MAG, Moraes SCR, Taube SAM. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: desafios e perspectivas contemporâneas. PROENF Atenção Primária e saúde da Família. 2013; 1 (2): 9-45.

García ELG; Ambrós HB; Salcedo IV. Trastornos de la comunicación por traumatismo craneoencefálico. Rehabilitacion 2002; 36 (6), 379–387.

Ghajar J, Richard BI. O estado do cérebro de previsão: a deficiência de sincronismo em lesão cerebral traumática? Neurorehabil Neural Repair 2008; 22: 217-227.

Glanville IK. Moving towards health oriented patient education. Holistic nursing practice, 14(2) 57-66. In: Bastable SB. O Enfermeiro como Educador - princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Vargas AC: tradução. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Gouveia PAR, Fabrício AM. Avaliação neuropsicológica dos traumatismos craneoencefálicos. Em: Andrade VM, Santos FH, Bueno OFA (Eds). Neuropsicologia Hoje. São Paulo: Artes Médicas 2004:297-305.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res 1996;29(4):453-7.

Guerra SD, Jannuzzi MA, Moura AD. Traumatismo Crânio Encefálico em Pediatria. Jornal de pediatria, Rio de Janeiro, n.75, p.279-293, 1999.

Hagen C. The rancho levels of cognitive functioning. 3ª ed., Downey, Rancho Los Amigos Medical Center;1998.

Hagen C, Malkmus D, Durham P. Levels of Cognitive Functioning, Communication Disorders Service, Rancho Los Amigos Hospital, California; 2002.

Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3):343-9.

Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet 1975; 1(7905): 480-4.

Johnson M, Mass M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Kosciulek JF. Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. Brain Inj 1997; 11(11):821-30.

Kosciulek JF, Lustig DC. Differentiation of three brain injury family types. Brain Inj 1999; 13 (4):245-54.

Knobel E. Terapia Intensiva Neurologia. 1ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

Kurča E, Sivak S, Kucera P. funções prejudicadas cognitivas em pacientes leves lesões cerebrais traumáticas com ressonância magnética normal eo patológico. *Neurorradiologia* 2006; 48:661-669.

Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scient Health Scien* 2004; 26(1): 41-5.

Leal MGS. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Terceira Idade* 2000; 11(20):19-29.

Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*.2005; 39(1):92-6.

Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 198-202.

Libâneo JC. Democratização da escola pública. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola; 1987.

Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):285-90.

Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990. Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em < <http://rancho.org>>. Acesso em: 20/06/2012

Yom YH, Chi SA, Yoo HS. Application of nursing diagnoses, interventions and outcomes to patients undergoing abdominal surgery in Korea. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2002;13(3):77-87.

Machado ABM. Neuroanatomia funcional. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

Machado ALG, Freitas CHA, Jorge MSB. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev Bras Enf, Brasília*. 2007; 60(5): 530-4.

Machado ALG, Jorge MS, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2009 mar-abril; 62(2): 246-51.

Marsh NV, Kersel DA, Havill JH, Sleight JW. Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain Inj* 1998; 12(3): 225-38.

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Moorhead S; Johnson M; Mass M; Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª Ed. Elsevier; 2010.906 p.

Mcarthur DL; Chute DJ; Villablanca JP. Moderate and severe traumatic brain injury: epidemiologic, imaging and neuropathologic perspectives. *Brain Pathol*. v. 14, p. 185-94, 2004.

Meixensberger J; Kunze E; Barcsay E; Vaeth A; Roosen K. Clinical cerebral microdialysis: brain metabolism and brain tissue oxygenation after acute brain injury. *Neurol Res.* v. 23, p. 801-6, 2001.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 19/09/2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília (Brasil): Rev Saúde Pública. 2000; 34 (4) : 427-30.

Montefusco SRA. Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2008; 10(1):254-256. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a26.htm>

Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo calgary e a taxonomia da NANDA. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 72-80.

Moreira MA; Masini EFS. *Aprendizagem Significativa – A Teoria de David Paul Ausubel*. Editora Centauro, São Paulo-SP, 2011.

Morita ABPS. *Estratégia de ensino-aprendizagem na enfermagem: análise pela escala de coma de Glasgow*. [dissertação]. Guarulhos (Brasil): Universidade de Guarulhos; 2006. 80 p.

Morettin PA, Bussab WO. *Estatística Básica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2006

Morgado AF, Lovis GM, Milanil I, Caetano G, Abelha L. Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Inf Psiquiatr* 1996; 15(2):65-8.

Moura LS, Kantorski LP, Galera SA. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipa de saúde da família. *Rev Gauch Enferm*. 2006 mar.;27(1):35-44.

Mourão LMC, Araújo A. Capacidade do autocuidado de crianças com paralisia cerebral atendidas em um centro de referência. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011 jul/set; 1(3):368-376.

Neves RS. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. *Rev. bras. enferm*;59(4):556-559, jul.-ago. 2006

Neves EP, Zagonel IPS. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 2006; 11(1):73-9.

Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 143-69

North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2012-2014/North American Nursing Diagnosis Association. Tradução: Garcez, R M. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1995.

Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel. Rev. PEC, Curitiba. 2002; 2(1): p.37-42.

Perlesz A, Kinsella G, Crowe S. Psychological distress and family satisfaction following traumatic brain injury: injured individuals and their primary, secondary, and tertiary carers. J Head Trauma Rehabil 2000; 15(3):909-29.

Ribeiro ECO. Ensino/aprendizagem na escola médica. In: Marcondes E, Gonçalves E, organizadores. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 40-9.

Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. Acta Fisiatr. 2004;11(2):72-6.

Richards E; Digger K. Adesão, motivação e comportamentos de saúde do aprendiz. In: Bastable SB. O Enfermeiro como Educador - princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª Ed. Vargas AC: tradução. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ; Kenney JW. Nursing process: application of application of theories, frameworks, and models. 2a ed. St. Louis: Mosby; 1986. p.124-50.

Spanholi LE. Efeitos neuropsicológicos do trauma cranioencefálico (2010).

Disponível em:<

http://www.ibneuro.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56:efeitos-neuropsicologicos-do-traumatismo-cranioencefalico&catid=3:artigos&Itemid=63>

Acesso em: 05/07/2010.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço – estado: IDATE (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY – STAI). Rio de Janeiro (RJ): Centro de Estudos de Psicologia Aplicada (CEPA); 1979.

Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. Terapia Ocupacional em Reabilitação Física. São Paulo; 2003.

Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC; 1999. 162 p.

Tyerman A, Booth J. Family interventions after traumatic brain injury: a service example. Neurorehabilitation 2001; 16(1):59-66.

Wallace CA; Bogner J; Corrigan JD; Clinchot D; Mysiw WJ; Fugate LP. Primary caregivers of persons with brain injury: life change 1 year after injury. Brain Inj 1998; 12(6):483-93.

Wright, L, Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca; 2009.

Ziino C, Ponsford J. déficits de atenção seletiva e subjetiva lesão cerebral traumática fadiga seguinte. Neuropsicologia 2006; 20:383-390.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS QUE SOFRERAM TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Meu nome é Juliana Caldas, sou enfermeira, faço mestrado na UFG e gostaria de convidá-lo (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Sou a pesquisadora responsável pelo projeto e trabalho com outras duas enfermeiras, uma delas é minha orientadora e a outra é minha colega de trabalho aqui no CRER.

O título do projeto é: **Avaliação de um protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação.**

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer quem são as pessoas que atuam como cuidadores de pessoas em reabilitação devido ao trauma crânio encefálico que, como você está em reabilitação.

Além disso, nossa finalidade é identificar a presença do diagnóstico de enfermagem chamado “Déficit de conhecimento do cuidador” entre essas pessoas e testar um protocolo de intervenções de enfermagem, para ajudar estas pessoas a terem um conhecimento adequado sobre todas as atividades que elas devem realizar no decorrer do seu processo de reabilitação.

Para isso, faremos sua avaliação conforme modelo atualmente padronizado nesta instituição e por meio dela, levantaremos as suas necessidades de cuidados de enfermagem no processo de reabilitação. Assim poderemos saber quais ações dependerão do auxílio de seu cuidador e como poderemos ajudar na preparação dele, para que ele aprenda a maneira de como cuidar de você nesse momento da sua reabilitação.

Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo. Caso você se recuse a participar, você não será penalizado (a) de forma alguma em seu tratamento.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Juliana Caldas de Souza no telefone 9X2X-X060.

Como participante, o Sr. (Sra.) não terá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa, por outro lado, não terá despesas adicionais em virtude da sua participação.

Sua retirada do consentimento para participar da presente pesquisa poderá ocorrer quando considerar conveniente, sendo que isso não lhe acarretará qualquer dano pessoal ou profissional. Informamos que não estão previstos riscos ou danos relacionados à sua participação na pesquisa.

Dentre os benefícios esperados decorrentes da sua participação, esperamos conseguir determinar como a enfermagem pode ajudar os cuidadores de modo mais adequado, contribuindo assim para a qualidade do cuidado, além de permitir um atendimento individualizado de modo a atender as suas necessidades de cuidados de enfermagem.

Os resultados da pesquisa serão enviados para publicação de caráter científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato dos participantes.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a reorganização das atividades dos enfermeiros nesta instituição, de modo que possamos atender melhor as pessoas que estão passando pelo processo de reabilitação e apoiar os cuidadores de modo mais efetivo na aquisição de conhecimento e habilidades para que ele possa cuidar melhor de você quando for para casa.

Além disso, os resultados desta pesquisa serão levados a conhecimento das autoridades responsáveis pelos serviços de atendimento às pessoas que são atendidas neste centro de reabilitação, para discussão e reflexão que possam contribuir para que os profissionais da equipe de saúde tenham maior conhecimento para cuidar e tratar daqueles que possuem sequelas decorrentes ao trauma crânio encefálico, e assim, poderem oferecer melhor assistência a pessoas como o (a) Sr. (Sra.).

Coloco-me a disposição para o esclarecimento que se fizer necessário.

Nome do pesquisador que prestou os esclarecimentos

Pesquisadora participante

Telefone para contato: _____

Juliana Caldas de Souza - Pesquisadora responsável

Telefone para contato: 9X2X-X060.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG _____, CPF, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **“Avaliação de um protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação.”**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Foi-me assegurado a preservação de meu anonimato perante os resultados desta pesquisa que forem divulgados em eventos e/ ou registros científicos da área de saúde e publicados em revista científica.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Em caso da pessoa não conseguir ler/escrever.

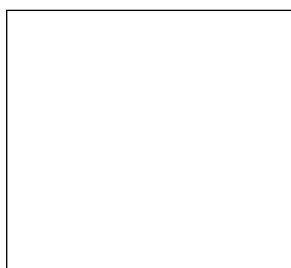
Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Observações complementares: _____



***Local reservado para impressão dactiloscópica, se for o caso.**

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL PELA PESSOA QUE SOFREU TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (MENOR DE IDADE)

Meu nome é Juliana Caldas, sou enfermeira, faço mestrado na UFG e gostaria de convidar o seu familiar para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Sou a pesquisadora responsável pelo projeto e trabalham comigo outras duas enfermeiras, uma delas é minha orientadora e a outra é minha colega de trabalho aqui no CRER.

O título do projeto é: **Avaliação de um protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação.**

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer quem são as pessoas que atuam como cuidadores de pessoas em reabilitação devido ao trauma crânio encefálico.

Além disso, nossa finalidade é identificar a presença do diagnóstico de enfermagem chamado “Déficit de conhecimento do cuidador” entre essas pessoas e testar um protocolo de intervenções de enfermagem, para ajudar estas pessoas a terem um conhecimento adequado sobre todas as atividades que elas devem realizar no decorrer do seu processo de reabilitação.

Para isso, precisamos uma avaliação da pessoa que você está acompanhando, conforme modelo atualmente padronizado nesta instituição e por meio dela, levantaremos as suas necessidades de cuidados de enfermagem no processo de reabilitação. Assim poderemos saber quais ações dependerão do seu auxílio enquanto cuidador e como poderemos te ajudar em sua preparação, para que você aprenda a maneira de como cuidar dele nesse momento da reabilitação.

Caso aceite que seu familiar faça parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo. Caso você se recuse a participar, E não serão penalizados (as) de forma alguma no tratamento.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Juliana Caldas de Souza no telefone 9X2X-X060.

Como participante, o Sr. (Sra.) não terá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa, por outro lado, não terá despesas adicionais em virtude da sua participação.

Sua retirada do consentimento para participar da presente pesquisa poderá ocorrer quando considerar conveniente, sendo que isso não lhe acarretará qualquer dano pessoal ou profissional à você e ao seu familiar. Informamos que não estão previstos riscos ou danos relacionados à sua participação na pesquisa.

Dentre os benefícios esperados decorrentes de sua participação, esperamos conseguir determinar como a enfermagem pode ajudar os cuidadores de modo mais adequado,

contribuindo assim para a qualidade do cuidado, além de permitir um atendimento particularizado de modo a atender as suas necessidades de cuidados de enfermagem.

Os resultados da pesquisa serão enviados para publicação de caráter científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato dos participantes.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a reorganização das atividades dos enfermeiros nesta instituição, de modo que possamos atender melhor as pessoas que estão passando pelo processo de reabilitação e apoiar os cuidadores de modo mais efetivo na aquisição de conhecimento e habilidades para que ele possa cuidar melhor de você quando for para casa.

Além disso, os resultados desta pesquisa serão levados a conhecimento das autoridades responsáveis pelos serviços de atendimento às pessoas que são atendidas neste centro de reabilitação, para discussão e reflexão que possam contribuir para que os profissionais da equipe de saúde tenham maior conhecimento para cuidar e tratar daqueles que possuem sequelas decorrentes ao trauma crânio encefálico, e assim, poderem oferecer melhor assistência a pessoas como o (a) Sr. (Sra.).

Coloco-me a disposição para o esclarecimento que se fizer necessário.

Nome do pesquisador que prestou os esclarecimentos

Pesquisadora participante

Telefone para contato: _____

Juliana Caldas de Souza - Pesquisadora responsável

Telefone para contato: 9X2X-X060

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,
 RG _____, CPF, _____, responsável
 por _____, RG _____,
 CPF, _____, concordo que o mesmo, participe do estudo: **“Avaliação de um protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação”**, como sujeito. Fomos devidamente informados e esclarecidos pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi nos garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Foi-nos assegurado a preservação do anonimato daquele que sou responsável perante os resultados desta pesquisa que forem divulgados em eventos e/ ou registros científicos da área de saúde e publicados em revista científica.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Em caso da pessoa não conseguir ler/escrever.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Observações complementares: _____



***Local reservado para impressão dactiloscópica, se for o caso.**

APÊNDICE III**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA**

Eu _____,
RG _____, CPF, _____, abaixo assinado, declaro que estou
ciente da participação do (a) _____,
RG _____, CPF, _____, no estudo: **“Avaliação de um
protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento
deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação”**, como sujeito. Fui devidamente
informado e esclarecido pelo pesquisador
_____ sobre a pesquisa, os procedimentos
nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha
participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Foi-me assegurado a
preservação de meu anonimato perante os resultados desta pesquisa que forem
divulgados em eventos e/ ou registros científicos da área de saúde e publicados em
revista científica.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Em caso da pessoa não conseguir ler/escrever.

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Observações complementares: _____



***Local reservado para impressão
dactiloscópica, se for o caso.**

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR COMO SUJEITO DA PESQUISA

Meu nome é Juliana Caldas, sou enfermeira, faço mestrado na UFG e gostaria de convidá-lo (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Sou a pesquisadora responsável pelo projeto e trabalham comigo outras duas enfermeiras, uma delas é minha orientadora e a outra é minha colega de trabalho aqui no CRER.

O título do projeto é: **Avaliação de um protocolo de intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do cuidador em um Centro de Reabilitação.**

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer quem são as pessoas que atuam como cuidadores de pessoas em reabilitação devido ao trauma crânio encefálico.

Além disso, nossa finalidade é identificar a presença do diagnóstico de enfermagem chamado “Déficit de conhecimento do cuidador” entre essas pessoas e testar um protocolo de intervenções de enfermagem, para ajudá-las a terem um conhecimento adequado sobre todas as atividades que elas devem realizar no decorrer do processo de reabilitação.

Para isso, faremos uma avaliação da pessoa que você está acompanhando, conforme modelo atualmente padronizado nesta instituição e por meio dela, levantarmos as suas necessidades de cuidados de enfermagem no processo de reabilitação. Assim poderemos saber quais ações dependerão do seu auxílio enquanto cuidador e como poderemos te ajudar em sua preparação, para que você aprenda a maneira de como cuidar dele nesse momento da reabilitação. Aplicaremos também alguns instrumentos para avaliarmos o seu conhecimento com relação a essas demandas de cuidados identificadas como necessárias ao seu familiar nesse momento da reabilitação.

Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo. Caso você se recuse a participar, a pessoa que você está acompanhando não será penalizado (a) de forma alguma no tratamento.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Juliana Caldas de Souza no telefone 9X2X-X060.

Como participante, o Sr. (Sra.) não terá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa, por outro lado, não terá despesas adicionais em virtude da sua participação.

Sua retirada do consentimento para participar da presente pesquisa poderá ocorrer quando considerar conveniente, sendo que isso não lhe acarretará qualquer dano pessoal ou profissional. Informamos que não estão previstos riscos ou danos relacionados à sua participação na pesquisa.

Dentre os benefícios esperados decorrentes da sua participação, esperamos conseguir determinar como a enfermagem pode ajudar os cuidadores de modo mais adequado,

contribuindo assim para a qualidade do cuidado, além de permitir um atendimento particularizado de modo a atender as suas necessidades de cuidados de enfermagem.

Os resultados da pesquisa serão enviados para publicação de caráter científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato dos participantes.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a reorganização das atividades dos enfermeiros nesta instituição, de modo que possamos atender melhor as pessoas que estão passando pelo processo de reabilitação e apoiar os cuidadores de modo mais efetivo na aquisição de conhecimento e habilidades para que ele possa cuidar melhor de você quando for para casa.

Além disso, os resultados desta pesquisa serão levados a conhecimento das autoridades responsáveis pelos serviços de atendimento às pessoas que são atendidas neste centro de reabilitação, para discussão e reflexão que possam contribuir para que os profissionais da equipe de saúde tenham maior conhecimento para cuidar e tratar daqueles que possuem sequelas decorrentes ao trauma crânio encefálico, e assim, poderem oferecer melhor assistência a pessoas como o (a) Sr. (Sra.).

Coloco-me a disposição para o esclarecimento que se fizer necessário.

Nome do pesquisador que prestou os esclarecimentos

Pesquisadora participante

Telefone para contato: _____

Juliana Caldas de Souza - Pesquisadora responsável

Telefone para contato: 9X2X-X060

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG _____, CPF, _____, abaixo
assinado, concordo em participar do estudo: **“Avaliação de um protocolo de
intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de conhecimento deficiente do
cuidador em um Centro de Reabilitação”**, como sujeito. Fui devidamente informado e
esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar
meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade
Foi-me assegurado a preservação de meu anonimato perante os resultados desta
pesquisa que forem divulgados em eventos e/ ou registros científicos da área de
saúde e publicados em revista científica.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Em caso da pessoa não conseguir ler/escrever.

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Nome: _____ **Assinatura:** _____

Observações complementares: _____



***Local reservado para impressão
dactiloscópica, se for o caso.**

APÊNDICE V

Instrumento de Coleta de Dados para Avaliação da Família (pessoa índice cuidador).

ESTRUTURAL

Estrutura interna

1. Pode me dizer quem faz parte da sua família?
2. Alguém mais mora com vocês? (avós, netos, sobrinhos...)
3. Alguém mora com vocês, que não é seu parente?
4. Quantos filhos você tem? Qual é o sexo e a idade deles?
5. Como são divididas as tarefas em casa? Há coisas que são feitas geralmente pelos homens e outras geralmente pelas mulheres?
6. O fato de você fazer essas coisas lhe incomoda? Gostaria que alguém lhe ajudasse em algo?
7. Você observa divisão de grupos na família em situação de conflito ou problemas?
8. Qual o efeito que eles causam sobre o nível de estresse familiar?
9. Quem se reúne para falar sobre a situação de saúde do _____?
10. Existe alguém com quem você possa conversar ao se sentir desgastado(a) devido a cuidar de _____

Estrutura externa

1. Você ainda possui pais vivos?
2. Onde moram?
3. Com que frequência tem contato com eles?
4. Vocês têm irmãos e irmãs? Fale sobre seu vínculo com eles.
5. Qual de seus parentes é o mais próximo de você? Fale-me sobre ele.
6. Quem telefona para quem na sua família? Com que frequência?
7. A quem você pede ajuda quando surgem problemas em sua família?
8. Que tipo de ajuda você pede?
9. Você estaria disponível se eles precisassem de você?
10. Com quais instituições sua família interage? (igreja, escola, creche, associações, instituições de saúde...)
11. O que significa saúde para sua família?

* Wright, L, Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca; 2009.

12. O que lhe parece mais positivo neste momento de sua vida em família?
13. Sua situação financeira influencia de algum modo nas condições de saúde de sua família? De que forma?
14. Você participa de alguma igreja, ou algo semelhante?
15. De alguma forma suas crenças religiosas influenciam seu comportamento em relação à família? De que modo?
16. E em relação à saúde?
17. Suas crenças religiosas contribuem para sustentar ou fortalecer você de algum modo? Fale um pouco sobre isso.
18. Quais são as convicções religiosas dos outros membros da família?

DESENVOLVIMENTO

1. De que maneira a situação de _____ influencia sua ligação com ele(a)?
2. Quantas horas por dia você gasta tomando conta dele(a)? E os demais membros da família, quanto tempo dedicam?
3. Esta situação é confortável para ambos?
4. Quando você relembra sua vida familiar, quais aspectos você mais gosta?
5. O que o fez se sentir mais feliz na sua vida familiar?
6. O que você lamenta na sua vida familiar?
7. Qual é a sua expectativa em relação ao futuro de sua família?

FUNCIONAL

1. Quem na família, geralmente inicia as conversas sobre sentimentos? Quem tem mais facilidade de falar sobre sentimentos?
2. Quando _____ está feliz de que maneira ele (a) expressa isso? E você, quando está feliz, como expressa isso?
3. Quando _____ está com raiva de que maneira ele (a) expressa isso? E você, quando está com raiva, como expressa isso?
4. Quando _____ está triste de que maneira ele (a) expressa isso? E você, quando está triste, como expressa isso?
5. Quem se comunica de forma mais clara e direta?
6. Quais maneiras você e sua família encontraram para manter conversas francas e diretas?

Solução de problemas

1. Quando sua família conversa sobre as condições de saúde de _____, que efeito isto provoca em você?
2. Até que ponto você acha que sua família contribui para o cuidado da saúde de _____? Em que medida a condição de saúde de _____ afeta sua família?
3. O que você gostaria que os profissionais de saúde fizessem no sentido de ajudar você e sua família a enfrentar a situação decorrente do estado de saúde _____?
4. Há alguma coisa que você gostaria que os profissionais evitassem fazer?
5. Qual impacto do estado de saúde de _____ a sua família?

APÊNDICE VI

Programa de intervenção – Ensino: treino da Memória

Este apêndice é composto por três partes, sendo a parte A referente ao roteiro de avaliação do cuidador para o treino da memória e a parte B, refere-se a estratégia de intervenção para o treino da memória e a parte C traz um guia de orientações sobre treino da memória.

Parte A - ROTEIRO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Instruções

Elaboramos um conjunto de questões para conhecer a sua auto-avaliação, em relação ao seu preparo e capacidade para realizar as atividades necessárias para prover o cuidado à pessoa que você está acompanhando.

Não há respostas certas ou erradas, o resultado dessa avaliação será considerado para elaborar ações educativas que buscam prepará-lo ainda mais para o cuidar da pessoa que você está acompanhando nesta instituição, no processo de reabilitação.

Muito obrigada.

TREINAMENTO DA MEMÓRIA							
ATIVIDADE	FOI ORIENTADO QUANTO A ATIVIDADE?		CONSIDERA QUE SUA APTIDÃO PARA REALIZAR A ATIVIDADE É:				
	SIM	NÃO	1 Nenhum	2 Limitado	3 Moderado	4 Substancial	5 Extensivo
Estimular a memória, através da repetição do último pensamento que o paciente expressou, quando adequado							
Recordar experiências passadas com o paciente, quando adequado							
Implementar técnicas adequadas de memorização, tais como imagem visual, jogos de memória, dicas de memória, técnicas de associação elaboração de listas, utilização de computadores, etiquetas ou ensaio de informações							
Oferecer memória de reconhecimento de figuras, quando adequado							
Monitorar o comportamento do paciente durante a terapia							
Identificar e corrigir com o paciente os erros de orientação							
Monitorar as mudanças na memória, durante o treinamento							

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Parte B - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES ENSINO PARA O TREINO DA MEMÓRIA

			10' – 30'		
--	--	--	-----------	--	--

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Parte B1 – GUIA DE ORIENTAÇÕES SOBRE TREINAMENTO DA MEMÓRIA

Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático, formatado com códigos ilustrativos contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes ao conteúdo.

- 1- Estimular a memória, por meio da repetição do último pensamento que o paciente expressou, quando adequado.
- 2- Recordar experiências passadas com o paciente, quando adequado.
- 3- Implementar técnicas adequadas de memorização, tais como imagem visual, jogos de memória, dicas de memória, técnicas de associação elaboração de listas, utilização de computadores, etiquetas ou ensaio de informações.
- 4- Oferecer memória de reconhecimento de figuras, quando adequado.
- 5- Monitorar o comportamento do paciente durante a terapia.
- 6- Identificar e corrigir com o paciente os erros de orientação.
- 7- Monitorar as mudanças na memória, durante o treinamento.

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

APÊNDICE VII

Programa de intervenção Ensino: estimulação cognitiva

Este apêndice é composto por três partes, sendo a parte A referente ao roteiro de avaliação do cuidador para estimulação cognitiva e a parte B, refere-se a estratégia de intervenção para a estimulação cognitiva e a parte C traz um guia de orientações sobre estimulação cognitiva.

Item A - ROTEIRO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Instruções

Elaboramos um conjunto de questões para conhecer a sua autoavaliação, em relação ao seu preparo e capacidade para realizar algumas atividades necessárias para prover o cuidado à pessoa que você está acompanhando.

Não há respostas certas ou erradas, o resultado dessa avaliação será considerado para elaborar ações educativas que buscam prepará-lo ainda mais para o cuidar da pessoa que você está acompanhando nesta instituição, no processo de reabilitação.

Muito obrigada.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA							
ATIVIDADE	FOI ORIENTADO QUANTO A ATIVIDADE?		CONSIDERA QUE SUA CAPACIDADE PARA REALIZAR A ATIVIDADE É:				
	SIM	NÃO	1 Nenhum	2 Limitado	3 Moderado	4 Substancial	5 Extensivo
Promoção da percepção e da compreensão do ambiente ao redor por meio de estímulos planejados							
Observar a mudança na capacidade cognitiva							
Oferecer calendário							
Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente							
Dar orientação sobre, tempo, espaço e pessoas							
Usar televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulos planejados							
Permitir períodos de repouso entre as atividades de estimulação							
Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente							
Usar a repetição para apresentar matérias novas							
Variar os métodos de apresentação de materiais							
Usar auxiliares de memória: listas de verificação, horários e avisados para lembrança							
Reforçar ou repetir informações							
Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva							
Solicitar ao paciente que repita a informação							
Oferecer instruções verbais e escritas							

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Item B - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES PARA a estimulação cognitiva

OBJETIVOS	CONCEITOS CHAVES	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSOS	AValiação
Objetivos: Ao final o cuidador será capaz de: - Descrever estratégias sobre como melhorar/estimular os processos mentais	Processos mentais: - Atenção; - Orientação; - Memória; - Processamento de informações; - Tomada de decisão; - Cálculos.	Exposição dialogada à beira leito com abordagem construtivista; Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo), formatado com códigos ilustrativos contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes ao conteúdos: - Promoção da percepção e da compreensão do ambiente ao redor por meio de estímulos planejados; - Observar a mudança de forma gradual; - Oferecer calendário; - Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente - Dar orientação sobre, tempo, espaço e pessoas - Usar televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulos planejados - Permitir períodos de repouso - Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente - Usar a repetição para apresentar materiais novos - Variar os métodos de apresentação de materiais - Usar auxiliares de memória: listas de verificação, horários e avisados para lembrança - Reforçar ou repetir informações - Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva - Solicitar ao paciente que repita a informação - Oferecer instruções verbais e escritas	30'	- Guia de atividades de estimulação cognitiva.	Os cuidadores serão convidados a a citar três itens sobre: - Maneiras de como estimular a memória

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Item B1 – GUIA DE ATIVIDADES SOBRE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo), formatado com códigos ilustrativos contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes ao conteúdo.

- 1- Promoção da percepção e da compreensão do ambiente ao redor por meio de estímulos planejados
- 2- Observar a mudança de forma gradual
- 3- Oferecer calendário
- 4- Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente
- 5- Dar orientação sobre, tempo, espaço e pessoas
- 6- Usar televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulos planejados
- 7- Permitir períodos de repouso
- 8- Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente
- 9- Usar a repetição para apresentar materiais novos
- 10- Variar os métodos de apresentação de materiais
- 11- Usar auxiliares de memória: listas de verificação, horários e avisados para lembrança
- 12- Reforçar ou repetir informações
- 13- Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva
- 14- Solicitar ao paciente que repita a informação
- 15- Oferecer instruções verbais e escritas

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

APÊNDICE VIII

Programa de intervenção para ensino: Processo de doença

Este apêndice é composto por três partes, sendo a parte A referente ao roteiro de avaliação do cuidador para o ensino do processo de doença e a parte B, refere-se a estratégia de intervenção para o ensino do processo de doença mais os anexos V, VI e VII.

Item A - ROTEIRO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Instruções

Elaboramos um conjunto de questões para conhecer a sua auto-avaliação, em relação ao seu preparo e capacidade para realizar as atividades necessárias para prover o cuidado à pessoa que você está acompanhando.

Não há respostas certas ou erradas, o resultado dessa avaliação será considerado para elaborar ações educativas que buscam prepará-lo ainda mais para o cuidar da pessoa que você está acompanhando nesta instituição, no processo de reabilitação.

Muito obrigada.

ENSINO: PROCESSO DE DOENÇA							
ATIVIDADE	FOI ORIENTADO QUANTO A ATIVIDADE?		CONSIDERA QUE SUA CAPACIDADE PARA REALIZAR A ATIVIDADE É:				
	SIM	NÃO	1 Nenhum	2 Limitado	3 Moderado	4 Substancial	5 Extensivo
Avaliar o atual nível de conhecimento do cuidador em relação ao processo de doença específico							
Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona à anatomia e a fisiologia, quando adequado							
Revisar o conhecimento que se tem sobre a condição do paciente							
Descrever os sinais e sintomas comuns da doença, quando adequado							
Descrever o processo da doença, quando adequado							
Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou controlar o processo da doença							
Reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipe de cuidados de saúde, se apropriado							
Medidas para prevenir/controlar os efeitos secundários do tratamento							

Referências

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Item B - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES PARA PREPARAÇÃO PARA O ENSINO SOBRE A DOENÇA

OBJETIVOS	CONCEITOS CHAVES	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSOS	AValiação
Objetivos: Ao final o cuidador será capaz de: - Descrever estratégias sobre como melhorar/estimular a memória	- Avaliar o atual nível de conhecimento do cuidador em relação ao processo de doença específico. - Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona à anatomia e a fisiologia, quando adequado. - Revisar o conhecimento que se tem sobre a condição do paciente. - Descrever os sinais e sintomas comuns da doença. - Descrever o processo da doença. - Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou controlar o processo da doença. - Reforçar as informações oferecidas por outros membros da equipe de cuidados de saúde, se apropriado. - Medidas para prevenir/controlar os efeitos secundários do tratamento.	Exposição dialogada com abordagem construtivista; Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo com ilustrações coloridas), formatado com códigos ilustrativos contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes ao conteúdos: - Promoção da percepção e da compreensão do ambiente ao redor por meio de estímulos planejados; - Observar a mudança de forma gradual; - Oferecer calendário; - Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente - Dar orientação sobre, tempo, espaço e pessoas - Usar televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulos planejados - Permitir períodos de repouso - Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente - Usar a repetição para apresentar materiais novos - Variar os métodos de apresentação de materiais - Usar auxiliares de memória: listas de verificação, horários e avisados para lembrança - Reforçar ou repetir informações	60"	- Material multimídia; - Apresentação esquemática; - Orientação à beira leito - Protótipo do encéfalo. - Figuras ilustrando áreas do encéfalo e respectivas funções (Anexos VI, VII e VIII).	Os cuidadores serão convidados a citar três itens sobre: - Maneiras de como estimular a memória

		- Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva - Solicitar ao paciente que repita a informação - Oferecer instruções verbais e escritas			
--	--	--	--	--	--

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

APÊNDICE IX

Programa de intervenção Ensino: melhora da comunicação- déficit da fala

Este apêndice é composto por três partes, sendo a parte A referente ao roteiro de avaliação do cuidador para o treino da memória e a parte B, refere-se a estratégia de intervenção para o treino da memória e a parte C traz um guia de orientações sobre treino da memória.

Parte A - ROTEIRO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Instruções

Elaboramos um conjunto de questões para conhecer a sua auto-avaliação, em relação ao seu preparo e capacidade para realizar as atividades necessárias para prover o cuidado à pessoa que você está acompanhando.

Não há respostas certas ou erradas, o resultado dessa avaliação será considerado para elaborar ações educativas que buscam prepará-lo ainda mais para o cuidar da pessoa que você está acompanhando nesta instituição, no processo de reabilitação.

Muito obrigada.

MELHORA DA COMUNICAÇÃO: DÉFICIT DA FALA							
ATIVIDADE	FOI ORIENTADO QUANTO A ATIVIDADE?		CONSIDERA QUE SUA CAPACIDADE PARA REALIZAR A ATIVIDADE É:				
	SIM	NÃO	1 Nenhuma	2 Limitada	3 Moderada	4 Substancial	5 Extensiva
Solicitar o auxílio de um membro da família na compreensão da fala do paciente, conforme apropriado							
Oferecer lembretes/ sugestões verbais							
Dar uma orientação simples de cada vez, conforme apropriado							
Ouvir com atenção							
Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado							
Evitar gritar com o paciente que tem disfunção na fala							
Evitar baixar a voz no final da frase							
Ficar em pé diante do paciente ao conversar							
Usar quadro de desenhos ou prancha de comunicação, se apropriado							
Usar gestos manuais, quando apropriado							
Encorajar o paciente a repetir palavras							

Referências

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Parte B - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES DE ENSINO PARA MELHORA DA COMUNICAÇÃO: DÉFICIT NA FALA

OBJETIVOS	CONCEITOS CHAVES	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	RECURSOS	AValiação
Objetivos: Ao final o cuidador será capaz de: - Descrever estratégias sobre como melhorar/estimular a comunicação por meio da fala.	- Comunicação verbal; - Comunicação não-verbal; - Processamento de mensagens; - Linguagem; - Fala; -	Exposição dialogada com abordagem construtivista; Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático (folheto explicativo com ilustrações coloridas), formatado com códigos ilustrativos contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes aos conteúdos: - Solicitar o auxílio da família na compreensão da fala do paciente, conforme apropriado - Oferecer lembretes/ sugestões verbais - Dar uma orientação simples de cada vez, conforme apropriado - Ouvir com atenção - Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado - Evitar gritar com o paciente que tem disfunção na fala - Evitar baixar a voz no final da frase - Ficar em pé diante do paciente ao conversar - Usar quadro de desenhos ou prancha de comunicação, se apropriado - Usar gestos manuais, quando apropriado	30'	- Material multimídia; - Apresentação esquemática; - Orientação à beira leito	Os cuidadores serão convidados a citar três itens sobre: - Maneiras de como estimular a memória

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Marion J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2010.

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

Parte B1 – GUIA DE ORIENTAÇÕES À CUIDADORES SOBRE MELHORA DA COMUNICAÇÃO: DÉFICIT DA FALA

Guia de orientações para os cuidadores contendo material de apoio didático, contendo mensagem simples e de fácil entendimento, contendo as orientações correspondentes ao conteúdo.

- 1- Solicitar o auxílio de um membro da família na compreensão da fala do paciente, conforme apropriado
- 2- Oferecer lembretes/ sugestões verbais
- 3- Dar uma orientação simples de cada vez, conforme apropriado
- 4- Ouvir com atenção
- 5- Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado
- 6- Evitar gritar com o paciente que tem disfunção na fala
- 7- Evitar baixar a voz no final da frase
- 8- Ficar em pé diante do paciente ao conversar
- 9- Usar quadro de desenhos ou prancha de comunicação, se apropriado
- 10- Usar gestos manuais, quando apropriado
- 11- Encorajar o paciente a repetir palavras.

Referências

© Los Amigos de Pesquisa e Instituto de Educação (LAREI), 1990 .Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center. Family Guideto Cognition. Disponível em <http://rancho.org>. Acesso em 20/06/2012

Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ªed. São Paulo: Artmed; 2010.

ANEXOS

ANEXO I

ESCALA DO RANCHO LOS AMIGOS PARA NÍVEL DE FUNCIONAMENTO COGNITIVO

I - SEM RESPOSTA - O paciente parece estar em sono profundo e está completamente não-responsivo a qualquer estímulo.

II - RESPOSTA GENERALIZADA - O paciente reage de modo inconsistente e não-intencional aos estímulos de uma maneira inespecífica. As respostas são limitadas e freqüentemente as mesmas, independentemente do estímulo apresentado. As respostas podem ser alterações fisiológicas, movimentos grosseiros do corpo e/ou vocalizações.

III - RESPOSTA LOCALIZADA - O paciente reage de modo específico porém inconsistente aos estímulos. As respostas estão diretamente relacionadas ao tipo de estímulo apresentado. Pode seguir comandos simples num modo inconsistente e retardado, como fechar os olhos ou apertar a mão.

IV - CONFUSÃO-AGITADO - O paciente está em um estado intensificado de atividade. O comportamento é bizarro e despropositado, relativamente ao ambiente imediato. Não discrimina entre pessoas ou objetos; é incapaz de cooperar diretamente com esforços do tratamento. Freqüentemente as verbalizações são incoerentes e/ou inapropriadas para o ambiente; pode estar presente a confabulação. A atenção geral ao ambiente é muito breve; freqüentemente inexistente a atenção seletiva. O paciente não possui lembranças a curto e a longo prazo.

V - CONFUSO-INADEQUADO - O paciente é capaz de responder a comandos simples de modo bastante consistente. Contudo, com a crescente complexidade dos comandos, ou com a ausência de qualquer estrutura externa, as respostas são despropositadas, aleatórias ou fragmentadas. Demonstra atenção geral ao ambiente, mas é altamente desatento, e não tem a capacidade de focalizar a atenção em uma tarefa específica. Em circunstâncias estruturadas, pode ser capaz de conversar num nível automático social por breves períodos de tempo. Freqüentemente a verbalização é inadequada e confabulatória. A memória está gravemente prejudicada; freqüentemente exibe um uso inadequado dos objetos; pode desempenhar tarefas que tenham sido aprendidas previamente, mas é incapaz de aprender novas informações.

VI - CONFUSO-APROPRIADO - O paciente exibe um comportamento dirigido para as metas, mas é dependente de informações ou orientações externas. Acompanha orientações simples consistentemente, e exibe transferência para problemas reaprendidos, mas apropriados para a situação; as memórias passadas revelam maior profundidade e detalhes que a memória recente.

VII - AUTOMÁTICO-APROPRIADO - O paciente parece apropriado e orientado nas instalações hospitalares e domiciliares; passa pela rotina diária automaticamente, mas freqüentemente assemelhando-se a um robô, com confusão mínima ou ausente, e tem recordações superficiais das atividades. Revela transferência para novos aprendizados, mas numa velocidade reduzida. Com estrutura, é capaz de iniciar atividades sociais ou recreativas; o julgamento permanece prejudicado.

VIII- PROPOSITAL-APROPRIADO - O paciente é capaz de lembrar-se e integrar eventos passados e recentes percebendo e reagindo ao ambiente. Exibe transferências para novos aprendizados, e não necessita de supervisão, uma vez que tenham sido aprendidas as

atividades. Pode continuar a exibir uma capacidade diminuída relativamente às capacidades pré-morbidez, raciocínio abstrato, tolerância ao estresse, e julgamento em emergência ou circunstâncias peculiares.

Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale. Adaptado de Bruegge & Forsyth (2003, p. 1927).

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CEP - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação

AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE CONHECIMENTO DEFICIENTE DO CUIDADOR EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Pesquisador responsável

Juliana Caldas de Souza

Enfermeira do CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo). Mestranda em Enfermagem da FEN/UFG.

<http://lattes.cnpq.br/8491932385212164>

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço para correspondência: Rua Francisco Alves Qd.41 Lt 01 Jd Vitória II

Telefone: (62)9926-2060

E-mail: julianacaldas8@hotmail.com

Pesquisadores participantes

Orientador: Dra Maria Márcia Bachion

Doutor em Enfermagem. Professor Titular da FEN/UFG.

<http://lattes.cnpq.br/8503907944360635>

Graça Divina Barboza Souza

Enfermeira do CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo).

<http://lattes.cnpq.br/1892550757844094>

Sabrina de Sousa Bento Machado

Enfermeira do CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo).

<http://lattes.cnpq.br/8439107235285906>

Fabiola Cavallari Lima

Enfermeira, bolsista voluntária do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (NUTADIES/FEN/UFG).

<http://lattes.cnpq.br/5804217913690836>

Instituição onde se realizará: Faculdade de Enfermagem da UFG.

➤ Data de apresentação ao CEP: 19/04/2012; N° 087/2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CEP - UFG



II – Resumo do projeto

Os centros especializados em reabilitação são unidades que concentram grande número de pessoas com incapacidades, com o objetivo de tratar ou atenuar essas incapacidades causadas por doenças crônicas, sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto, acidentes de trânsito e de trabalho. É um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa com deficiência, tendo em vista a sua reintegração social e está associado a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito.

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), os acidentes e a violência configuram um problema de saúde pública, com forte impacto na mortalidade e morbidade da população brasileira. Neste, contexto de Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA) decorrentes à causas externas, o Trauma Crânio Encefálico (TCE), vem se destacando tanto no número de mortos quanto feridos, sendo uma das lesões mais frequentes geradoras de um grande número de pessoas com incapacidades.

A assistência de enfermagem em reabilitação envolve tanto procedimentos de cuidado direto, para as atividades que o paciente não consegue fazer por si mesmo, quanto de orientação, educação e acompanhamento. Nesse sentido, para a garantia da abrangência e qualidade do cuidado, uma equipe que trabalha de forma integrada, que estabelece uma estratégia com objetivos comuns e desenvolve ações convergentes e sinérgicas, contribuindo assim, de modo científico, para a reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou traumatismo.

Cada vez mais se torna importante a relação entre o enfermeiro e o cuidador familiar, no intuito de se prestar uma assistência por meio de um trabalho educativo instrumentalizado por saberes e técnicas, que facilitem o processo de adaptação da família à nova situação, como a sensibilidade para promover a capacitação dos cuidadores familiares (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009).

Segundo Teixeira et al (2003), a orientação à família desde o início do processo de reabilitação, potencializa a aquisição de maior dependência por parte do paciente nas atividades de vida diárias, na recuperação dos aspectos funcionais, cognitivos, emocionais e sociais, possibilitando assim, uma reabilitação mais ampla e satisfatória para o paciente.

Este estudo busca testar intervenções para o diagnóstico de enfermagem “Déficit de conhecimento do familiar cuidador” de pacientes com sequela de Trauma Crânio-encefálico (TCE), elaboradas segundo a taxonomia NIC e avaliar a partir da taxonomia da NOC, os resultados das intervenções implementadas, no intuito de introduzi-las, caso sejam bem sucedidas, nas atividades de assistência, aos pacientes internados em um centro de reabilitação da cidade de Goiânia.

III – Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar os resultados de um programa de intervenções para “Déficit de conhecimento do familiar cuidador” de pacientes com sequelas de TCE em reabilitação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CEP - UFG



2.2 Objetivos específicos

5. Identificar o potencial para o papel de cuidador entre os membros da estrutura familiar dos pacientes com sequela de TCE em reabilitação;
6. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores; de pessoas com sequela de TCE em reabilitação;
7. Identificar o diagnóstico de enfermagem "Déficit de conhecimento do familiar cuidador" em cuidadores de pacientes com sequela de trauma crânio encefálico (TCE) segundo taxonomia NANDA-I (2009);
8. Testar intervenções para o diagnóstico de enfermagem "Déficit de conhecimento do familiar cuidador", elaboradas com base na NIC (2010) e aquelas encontradas na literatura.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

Estrutura do Protocolo: (verificação dos documentos solicitados): a documentação está adequada (folha de rosto CEP-UFG, folha de rosto CONEP, comprovante de aprovação do projeto pela Diretoria e pelo Conselho Diretor da FEN, termo de compromisso dos pesquisadores, termos de anuências – Superintendência Técnica de Reabilitação e Readaptação do CRER/GO e apêndices com modelos de questionários padronizados para entrevistas); o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi adequadamente escrito, de forma clara e sucinta, para sujeitos maiores e menores de 18 anos.

Resumo do projeto e indicação dos objetivos: o resumo está claro e os objetivos são adequados para as pretensões do projeto e coerentes com a abordagem metodológica.

Projeto de pesquisa:

Análise das questões éticas: Os autores esclarecem acerca preceitos ético-legais de acordo com a Resolução CNS 196/96, ressaltando a confidencialidade e a não identificação dos participantes. Adicionalmente, descreve como será feito o convite para participação no projeto e a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Avaliação de riscos e benefícios: adequada; ressaltam a quase inexistência de risco, já que haverá apenas a aplicação do questionário e, para reduzir a chance de constrangimento, os aplicadores dos questionários são devidamente treinados. Os benefícios para os pacientes, para os cuidadores, para os funcionários da instituição e para a sociedade geral foram ressaltados.

Análise da metodologia e sua adequação aos objetivos da pesquisa: a metodologia foi muito bem descrita, e obedece a protocolos já estabelecidos para este tipo de estudo de avaliação da qualidade da prestação de serviços e de cuidados aos pacientes. O orçamento foi explicitado e as despesas da execução do projeto serão por conta dos pesquisadores. A coordenadora possui requisitos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CEP - UFG



curriculares suficientes para coordenar o projeto. O cronograma está adequado, faltando apenas alterar, em algumas colunas, o ano (junho a dezembro de 2012 aparece como sendo junho a dezembro de 2013).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

– Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento:

– Análise do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adequação da linguagem e observância dos aspectos solicitados no item 4 do Protocolo): a linguagem está adequada, direta, com termos apropriados para a população (letrada) em geral e contém informações sobre a pesquisa, direitos e deveres do sujeito. É explicado que, após o esclarecimento sobre a pesquisa, os sujeitos assinarão o TCLE, no local onde será aplicado o questionário. Destacam a voluntariedade da participação e que não haverá gratificação ou ressarcimento.

– Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade: os autores destacam a não-identificação dos sujeitos (a não ser para os pesquisadores responsáveis) e a restrição de manipulação de dados pessoais (somente os pesquisadores terão acesso). Garantem, ainda, que os dados (gravados em MP4, somente com autorização do voluntário; ou anotadas em diário apropriado) serão codificados de modo a permitir a identificação somente aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa.

V – Parecer do CEP

O parecer é pela **APROVAÇÃO** do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG.

VI – Data da reunião

Goiânia, 07 de maio de 2012.

Prof. Dr. João Batista de Souza
Coordenador CEP-UFG

ANEXO III

Instrumento de coleta de dados de enfermagem para admissão de paciente*

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____	Nº. Prontuário: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Idade (anos) _____	Sexo: () Fem. () Masc. Convênio _____

II – IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS COLABORATIVOS

Diagnóstico médico e Histórico da lesão:

III - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

A) Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos: Nível de consciência: () Orientado () Confuso () Torporoso () Sedado () Coma _____ Capacidade cognitiva/ perceptual / Comunicação: Habilidade para compreensão () sim () não () em parte Expressão verbal: () Preservada () afasia () fala arrastada () articulação clara () articulação diminuída () não articulada () Outros _____ Audição Preservada () sim () Não _____ Escala Rancho los Amigos: Escore _____	Visão Preservada () sim () Não Uso de óculos/lentes () sim () Não – Com o paciente? _____ Habilidade para ler: () sim () Não Escolaridade _____ E) Integridade da pele e mucosas: () pele íntegra () Presença de lesões Descrever: _____ Medicação específica em uso: _____
---	---

B) Aporte de ar: sistema respiratório e circulatório: Sinais Vitais: T: _____ °C / FR: _____ ipm / Pulso: _____ bpm / PA: _____ mmHg Respiração: () Torácica () Abdominal () simétrica () Assimétrica () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Agônico Uso de musculatura acessória: () não () sim _____ Tosse: () Sim () Não () seca () produtiva Secreção: () clara () amarela () sangue _____ Fumante: () não () sim - Há quanto tempo _____ Queixas:(fatores que modificam a função respiratória): _____ Ausculta Pulmonar: Murmúrios vesiculares: () Presente () Aumentado () Diminuído Localização: _____ _____ _____	Ruídos adventícios: () Presentes () Ausentes () Sibilos () Estertores () Roncos – Localização: _____ Sistema Circulatório: Ritmo Cardíaco: () rítmico () arritmico Frequência: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Pulso: () Cheio () filiforme () Não palpável Cor da pele: () corada () pálida () cinzenta () cianótica () ictérica () anictérica () outro _____ Edema: () não () sim Localização: _____ Sinais flogísticos presentes? () não () sim Pulso pedioso Dir. () Palpável () Não palpável Pulso pedioso Esq. () Palpável () Não palpável Queixas (dor, palpitação, síncope, etc.): _____ _____ Medicação específica em uso: _____
--	---

* Instrumento de coleta para avaliação de inicial de enfermagem – Adaptado REG 201-05 CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo)

** As palavras destacadas em itálico referem-se as alterações feitas no instrumento de avaliação

C) Manutenção do aporte adequado de água/ alimentos. (I= informado / A= aferido / E= Estimado) Peso Usual _____ kg () Peso Atual _____ kg () Altura _____ cm () DIETA: () Via Oral () SNG () SNE () Gastrostomia Apetite: () preservado () diminuído () aumentado Condições dos dentes, mucosa oral e higiene bucal: _____ _____ _____ Medicação específica em uso: _____	Abdômen: () Simétrico () assimétrico () Globoso () Plano () escavado Ruídos Hidroaéreos: () Presentes _____ () Ausentes _____ _____ Palpação superficial: () Flácido () Distendido () Em tábua Percussão: () Timpânico () Hipertimpânico () Maciço Queixas _____
---	---

D) Cuidados Associados aos Processos de Eliminação. Padrão Miccional: () continência total () urgência () urgência/incontinência () incontinência total () retenção () Outros: _____ _____ Sensibilidade Miccional: () normal () diminuída () ausente Manuseio da Bexiga Neurogênica: () Micção Espontânea () fraldas () coletor externo () autocateterismo () CVIL Assistido () Sonda vesical de demora Tempo de uso: _____ Aspecto da urina: () Límpido () Sedimentos () Hematúria () colúria () Outros: _____ _____	Funcionamento Intestinal: Presença de colostomia: () Sim () Não Padrão de Evacuação: () Incontinência () continência () Constipação () Diarréia Periodicidade: () diário () 2/ 2 dias () 3/3 dias () Outro: _____ Data última evacuação: _____ Sensibilidade ao evacuar: () normal () diminuída () ausente Manuseio do Intestino Neurogênico: () fraldas () estímulo dígito anal () exercício no vaso/massagem () laxante: _____ Aspecto das fezes: _____ _____ Complicações gastrointestinais presentes: _____ _____ _____
--	---

E) Manutenção do equilíbrio entre atividade / repouso: Movimentação/Locomoção: () deambula sem auxílio Equilíbrio: () firme () inseguro () deambula com auxílio () não deambula () restrito ao leito Utiliza cadeira de rodas? () sim () não Utiliza cadeira Higiénica? () sim () não Posições que assume: () Decúbito dorsal () Decúbito ventral () lateral D () Lateral E. () Sentado _____ Deformidades estruturadas: () sim () não _____ Próteses/ Órteses /Adaptações em uso: _____ _____	Espasticidade () sim () não _____ _____ Dor () sim () não Local _____ Tipo _____ Intensidade (0-10) _____ Data início _____ Frequência _____ Fator Desencadeante _____ O que alivia _____ Padrão de sono-reposu: Horas de sono/noite _____ Alterações no padrão de sono: () Nenhum () insônia () pesadelos () outros: _____ _____ Uso de medicamento p/ dormir? _____
---	--

ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZA: TD-Totalmente dependente/ PD-Parcialmente dependente/ ID-Independente	
Banho: () no leito () no chuveiro () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Barba: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Escovar dentes: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Fio Dental: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Pentear os cabelos: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Uso do vaso sanitário: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Vestir-se: Tronco e MMSS: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza	Vestir-se: Pelve e MMII: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Calçar: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Colocar / retirar órtese e próteses: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Transferências - Cama/cadeira/cama: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Mudanças de decúbito: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Exame da integridade da pele: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza Alimentação: () TD () PD () ID () Não utiliza/ realiza

Mobilidade - L= Livre / A= Ausente / P= Prejudicado							
F) Mobilidade	L	A	P	G) Mobilidade	L	A	P
Coluna Cervical				Coluna Lombar			
Flexão				Flexão			
Extensão				Extensão			
Rotação Esquerda				Rotação Esquerda			
Rotação Direita				Rotação Direita			
Lateralidade Direita				Lateralidade Direita			
Lateralidade Esquerda				Lateralidade Esquerda			
Cotovelos				Punhos e Mãos			
Flexão Esquerda				Flexão Palmar Direita			
Flexão Direita				Extensão Direita			
Extensão Esquerda				Extensão Esquerda			
Extensão Direita				Desvio Radial Mão Direita			
Pronação Direita				Desvio Radial Mão Esquerda			
Pronação Esquerda				Desvio Cubital Mão Direita			
Supinação Direita				Desvio Cubital Mão Esquerda			
Supinação Esquerda				Abdução do Polegar Direito			
Pronossupinação Direita				Abdução do Polegar Esquerdo			
Pronossupinação Esquerda				Oposição do Polegar Direito			
Flexão Palmar Esquerda				Oposição do Polegar Esquerdo			
Quadril				Flexão Direita			
Flexão				Flexão Esquerda			
Rotação Interna em Extensão				Extensão Direita			
Rotação Externa em Extensão				Extensão Esquerda			
Rotação Interna em Flexão				Joelhos			
Rotação Externa em Flexão				Flexão Joelho Direito			
Hipertensão em Decúbito Ventral				Extensão Joelho Direito			
Flexão Permanente				Flexão Joelho Esquerdo			
Abdução				Extensão Joelho Direito			
Adução				Extensão Joelho Direito			
Pronossupinação Esquerda							

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

Situação de vida relacionada ao estágio de desenvolvimento ☐ Infância ☐ Adolescência ☐ Adulto ☐ Idoso ☐ sim ☐ não Especificar: _____ _____ Padrão sexual/ reprodutivo Ciclo Menstrual (Mulheres): ☐ ausente ☐ fisiológico ☐ irregular: _____ Data última menstruação _____ / _____ / _____ Atividade sexual: Antes da lesão ☐ Sim ☐ Não Após a lesão ☐ Sim ☐ Não	Parceiro fixo: ☐ Sim ☐ Não Observou alterações da função sexual? Quais? _____ _____ _____ Tem adotado algum método contraceptivo? Qual? _____ _____ Gostaria de receber orientações sobre o problema? _____ _____ História de Alergias (descrever a reação): _____ _____ Medicamentos em uso: _____
---	--

IV - OUTRAS OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR:

--

V - DADOS SOBRE CUIDADOR E REDE DE APOIO (Aplicar instrumento específico para avaliação de famílias)

Cuidador Principal: _____ Vínculo: _____ Tempo disponível para o cuidado: _____ _____	Cuidadores de Apoio: (idade, tempo disponível) _____ _____ _____
---	--

VI – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS:

(Obs.: os itens em itálico e sublinhado foram acrescentados. Não estão descritos na NANDA/2006)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
☐ Atividades de recreação deficientes	☐ Ausência ambiental de atividades de recreação ☐ Desinteresse por atividades de recreação ☐ _____ _____	☐ Passatempos habituais que não podem ser realizados no hospital ☐ Declaração do paciente [quanto a enfado, desejo de que houvesse algo para fazer] – (falta da escola, do trabalho) ☐ Declaração do paciente (de desinteresse) ☐ _____
☐ Capacidade de transferência prejudicada	☐ Prejuízos neuromusculares ☐ Habilidades de adaptação não desenvolvidas ☐ Dor ☐ Hipotensão postural ☐ _____	☐ Capacidade prejudicada de transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama. ☐ Capacidade prejudicada de transferir-se para cadeira higiênica ☐ _____
☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Diminuição na circulação cerebral ☐ Barreira física (traqueostomia, intubação) ☐ Defeito anatômico (fenda palatina, sist. Auditivo/ ap.fonador) ☐ _____	☐ Desorientação nas esferas tempo, espaço e pessoa ☐ Fala ou verbaliza com dificuldade ☐ Dificuldade p/ formar palavras ou sentenças (afonia/ isartria /dislalia) ☐ Dificuldade p/ expressar verbalmente

		o pensamento (afasia/ disfasia/ apraxia/ dislexia) () Pronuncia indistinta () Dificuldade para compreender ... () Dispneia
() Constipação	() Lesão neurológica () Atividade física insuficiente () Ingestão insuficiente de fibras () Ingestão insuficiente de líquidos	() Frequência diminuída () Fezes duras e secas () <u>Relato verbal do uso de laxantes</u>
() Controle ineficaz do regime terapêutico () Indivíduo () familiar	() Complexidade do regime terapêutico () Dificuldades econômicas () Déficit de conhecimento () Conflitos de decisão () Conflito familiar () Padrões familiares de cuidado de saúde(ex:crenças) () _____	() Verbaliza que não agiu para reduzir fatores de riscos p/ progressão da doença e de sequelas () Verbaliza dificuldade para regulação/integração de 1 ou + prescrição p/ tratamento prevenção/complicação () Falta de atenção para com a doença e sequelas () Atividades Familiares inadequadas p/ atingir os objetivos de 1 programa de tratamento/prevenção
() Déficit no autocuidado para alimentação	() Prejuízos neuromusculares () Prejuízo musculoesquelético () Habilidades de adaptação não desenvolvidas () Dor () _____	() Incapacidade para manusear utensílios () Incapacidade para pegar alimentos com utensílio () Incapacidade para trazer alimentos de um recipiente para a boca () Incapacidade para pegar xícaras ou copos () _____
() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() Prejuízo musculoesquelético () Diminuição da força, controle e/ou massa muscular () Dor () Restrições de movimentos prescritas () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () <u>Capacidade de transferências prejudicada</u> () <u>Hipotensão postural</u> () Barreiras ambientais () _____	() Incapacidade de obter ou chegar à fonte de água () Incapacidade de entrar e sair do banheiro () Incapacidade de pegar os artigos para banho () Incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo () Incapacidade de secar o corpo () _____
() Déficit no autocuidado para higiene íntima	() Prejuízos neuromusculares () Prejuízo musculoesquelético () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () <u>Capacidade de transferências prejudicada</u> () Barreiras ambientais () Dor () _____	() Incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima () Incapacidade de chegar à cadeira higiênica () <u>Incapacidade de entrar e sair do banheiro</u> () Incapacidade de realizar higiene íntima apropriada () _____
() <u>Déficit no autocuidado para higiene oral</u>	() <u>Mobilidade física prejudicada</u> () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () <u>Diminuição da força, controle e/ou massa muscular</u> () <u>Dor</u> () _____	() <u>Incapacidade de realizar higiene oral apropriada</u>
() Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	() Prejuízo neuromuscular () Prejuízo musculoesquelético () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () <u>Capacidade de transferências prejudicada</u> () Dor () _____	() Incapacidade de tirar roupas () Incapacidade de pegar roupas () Incapacidade colocar roupas parte inferior corpo () Incapacidade colocar roupas na parte superior corpo () capacidade prejudicada] fechar roupas () _____
() Deambulação prejudicada	Fatores ainda não desenvolvidos pela NANDA. Classificação Funcional sugerida: () Não realiza a atividade () Requer ajuda outra pessoa e também aparelhos () Requer supervisão ou ensino () Requer uso de artefatos/ aparelhos () Completamente independente	() capacidade prejudicada ou () <u>incapacidade</u> de: () andar as distâncias necessárias () andar em aclive ou declive () Andar sobre superfícies irregulares () subir / <u>descer</u> escadas

() Dor () aguda () crônica	() Agentes lesivos (físicos, biológicos, mecânicos) () Mobilidade física prejudicada () _____	() Relato verbal () Expressão facial () Posição antálgica para evitar a dor () Distúrbio do sono () Evidência observada de comportamento de proteção e defesa () _____
() Eliminação urinária prejudicada	() Dano sensorio-motor () ITU () _____	() Retenção () Incontinência () <u>Dificuldade para iniciar a micção</u> () _____
() Incontinência intestinal	() Perda do controle do esfíncter anal () Déficit no autocuidado para higiene íntima () Imobilidade () Diminuição geral do tônus muscular () Esvaziamento intestinal incompleto () _____	() Perda [constante] involuntária de fezes () Relato de incapacidade sentir preenchimento retal () Incapacidade para reconhecer a urgência p/ evacuar () Incapacidade para retardar a evacuação () _____
() Integridade da pele prejudicada em: (especificar local) _____ _____ _____	() Fatores mecânicos () Mobilidade física prejudicada () Sensibilidade alterada () Proeminências ósseas () Procedimentos cirúrgicos () Umidade na pele () _____	() Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () _____
() Memória prejudicada	() Distúrbios neurológicos () Hipóxia aguda ou crônica () _____	() Incapacidade de recordar informações factuais () Incapacidade de recordar eventos passados ou recentes () Incapacidade de aprender e reter novas habilidades ou informações () Incapacidade de determinar se 1 ação foi executada () _____
() Mobilidade física prejudicada	() Prejuízo musculoesquelético () Diminuição da força, controle e/ou massa muscular () Dor () Restrições de movimentos prescritas () Enrijecimento das articulações ou contraturas () <u>Hipotensão postural</u> () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () _____	() Mudança na marcha () Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas () Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras finas () Dificuldade para virar-se () Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária () _____
() Mobilidade no leito prejudicada	() Prejuízos neuromusculares () <u>Habilidades de adaptação não desenvolvidas</u> () Dor () <u>Diminuição da força, controle muscular</u> () _____	() Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro () Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para sentada/sentada para supina () Capacidade prejudicada reposicionar-se na cama () Capacidade prejudicada de esquivar-se () _____
() Percepção sensorial perturbada (Tátil)	() Percepção sensorial alterada () Recepção, transmissão e/ou integração sensorial alterada () _____	() Mudança relatada na acuidade sensorial () _____
() Padrão respiratório ineficaz	() Lesão da medula espinhal () Fadiga musculatura respiratória () Ansiedade () Disfunção neuromuscular () Dano musculoesquelético () Dano de percepção / cognição () Hiperventilação () Dor () _____	() Uso da musculatura acessória p/ respirar () Batimento de asa de nariz () Dispnéia () Ortopnéia () Relação tempo inspiratório/expiratório alterada * FR/ min: Em maiores 14 anos/adultos ≤11>24 () De 5 a 14 anos <14 ou >25 () De 1 a 4 anos <20 ou >30 () () _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO	FATORES DE RISCO	
() Risco de aspiração	() alimentação por sondas () Nível de consciência reduzido () Presença de traqueostomia/ tubo endotraqueal () Resíduo gástrico aumentado () Deglutição prejudicada	() Situações que impedem elevação do <u>tórax / cabeça</u> () Reflexos de tosse ou vômito diminuídos () Mobilidade gastrointestinal diminuída ()
() Risco de constipação	() Lesão neurológica () Atividade física insuficiente () Ingestão insuficiente de fibras	() Ingestão insuficiente de líquidos () Relato de frequência diminuída das evacuações () <u>Falta de treino para procedimentos de reeducação intestinal</u>
() Risco de disreflexia autonômica	() Lesão acima de T6 () Cateterização (SVD - CVI) () Estimulação cutânea (Úlcera de pressão) () Constipação	() Flutuação de temperatura (febre) () Fraturas () Conhecimento insuficiente do paciente/ cuidador ()
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Sensibilidade alterada () Fatores mecânicos () <u>Conhecimento insuficiente (do paciente e/ou da família) para evitar UP</u>	() <u>Mobilidade física prejudicada</u> () Umidade () Excreções ()
() Risco de disfunção neurovascular periférica	() Imobilização () <u>Hipotonia muscular</u> () <u>Habilidades adaptação não desenvolvidas</u>	() <u>Mobilidade física prejudicada</u> ()
() Risco de infecção	() Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada	() Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos ()
() Risco de quedas	() História de quedas () Uso de cadeira de rodas () Idade >65 anos () Prótese em MMII () Hipotensão ortostática () Equilíbrio prejudicado () Dificuldade na marcha	() Mobilidade física prejudicada () Dificuldades visuais () Déficits proprioceptivos [ex: negligência unilateral] () Estado mental diminuído [confusão; delírio, etc] () Restrições () Medicamentos [narcóticos, tranquilizantes, álcool, ()
() Risco de tensão do papel de cuidador	() Duração dos cuidados requeridos () O cuidador é mulher () O cuidador é o cônjuge () Falta de descanso e de recreação para o cuidador ()	() Inexperiência quanto ao cuidar () <u>Cronicidade da doença</u> () <u>Rede de apoio insuficiente</u> () Presença agentes estressores situacionais que afetam famílias (vulnerabilidade econômica)
OUTROS DE:		

Goiânia, ____/____/____

Assinatura/ carimbo do (a) enfermeiro (a)

ANEXO IV

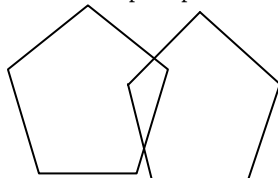
Nome: _____

Data: ____/____/____ Prontuário: _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL*

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (sem consultar relógio ou calendário)	Certo	Errado
Dia do mês – 1 ponto		
Dia da semana – 1 ponto		
Mês – 1 ponto		
Ano – 1 ponto		
Hora – 1 ponto		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
Local específico – 1 ponto		
Local genérico – 1 ponto		
Bairro ou rua próxima – 1 ponto		
Cidade – 1 ponto		
Estado – 1 ponto		
MEMÓRIA DE FIXAÇÃO – repetir palavras abaixo:		
Carro – 1 ponto		
Vaso – 1 ponto		
Tijolo – 1 ponto		
ATENÇÃO E CÁLCULO		
Subtrair 7 de 100 por 5 vezes: 1 ponto para cada resposta correta		
Ou então soletrar “mundo” de trás para frente: 1 ponto para cada resposta correta		
Respostas corretas: 93 O		
86 D		
79 N		
72 U		
65 M		
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO – lembrar das palavras ditas anteriormente:		
Carro – 1 ponto		
Vaso – 1 ponto		
Tijolo – 1 ponto		
LINGUAGEM		
Nomear mostrando objetos: caneta – 1 ponto		
Relógio – 1 ponto		
Repita: “nem aqui, nem ali, nem lá” – 1 ponto		
Seguir comandos em três etapas: “pegue este papel com a mão direita” 1pt		
“Dobre ao meio” 1 ponto		
“e ponha no chão” 1 ponto		
Seguir comando escrito: “feche os olhos” – 1 ponto		
Escrever sentença com sujeito, verbo e predicado – 1 ponto se compreensível		
Copiar o desenho – 1 ponto		
Total de acertos	_____/30	

Scores: ≥ 14 pts – analfabetos, ≥ 18 pts – pessoas com 1 a 7 anos de escolaridade,
 ≥ 24 pts – pessoas com 8 anos ou mais de escolaridade



 Enfermeira

* Fostein, Fostein & McHugh. Mini-Exame do Estado Mental. 1975.

ANEXO V

IDATE- Inventário de Ansiedade Traço-Estado*

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃOIDATE
(Parte I)

Nome: _____
Idade: ____ a ____ m Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Naturalidade: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____
Anos de escolaridade: _____
Profissão: _____
Ocupação atual: _____

Instruções

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas informações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RESPONDER TODAS AS QUESTÕES DA PARTE I.

Obrigada.

* Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço – estado: IDATE (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY – STAI). Rio de Janeiro (RJ): Centro de Estudos de Psicologia Aplicada (CEPA); 1979.

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada uma das perguntas e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não tente gastar muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO	
Muitíssimo-----4	Um pouco-----2
Bastante-----3	Absolutamente não--1

1- Sinto-me calmo	1	2	3	4
2- Sinto-me seguro	1	2	3	4
3- Estou tenso	1	2	3	4
4- Estou arrependido	1	2	3	4
5- Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6- Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7- Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8- Sinto-me descansado	1	2	3	4
9- Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10- Sinto-me em “casa”	1	2	3	4
11- Sinto-me confiante	1	2	3	4
12- Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13- Estou agitado	1	2	3	4
14- Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15- Estou descontraído	1	2	3	4
16- Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17- Estou preocupado	1	2	3	4
18- Sinto-me confuso	1	2	3	4
19- Sinto-me alegre	1	2	3	4
20- Sinto-me bem	1	2	3	4

PARTE II – IDATE ESTADO

Leia cada uma das perguntas e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não tente gastar muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste geralmente.

AVALIAÇÃO	
Quase sempre-----4	Às vezes-----2
Frequentemente-----3	Quase nunca-----1

1- Sinto-me bem	1	2	3	4
2- Canso-me facilmente	1	2	3	4
3- Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4- Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5- Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6- Sinto-me descansado	1	2	3	4
7- Sou calmo, ponderado e senhor de mim	1	2	3	4
8- Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9- Preocupo-me demais com as coisas sem importâncias	1	2	3	4
10- Sou feliz	1	2	3	4
11- Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12- Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13- Sinto-me seguro	1	2	3	4
14- Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15- Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16- Estou satisfeito	1	2	3	4
17- Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18- Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça -	1	2	3	4
19- Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20- Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas	1	2	3	4

ANEXO VI

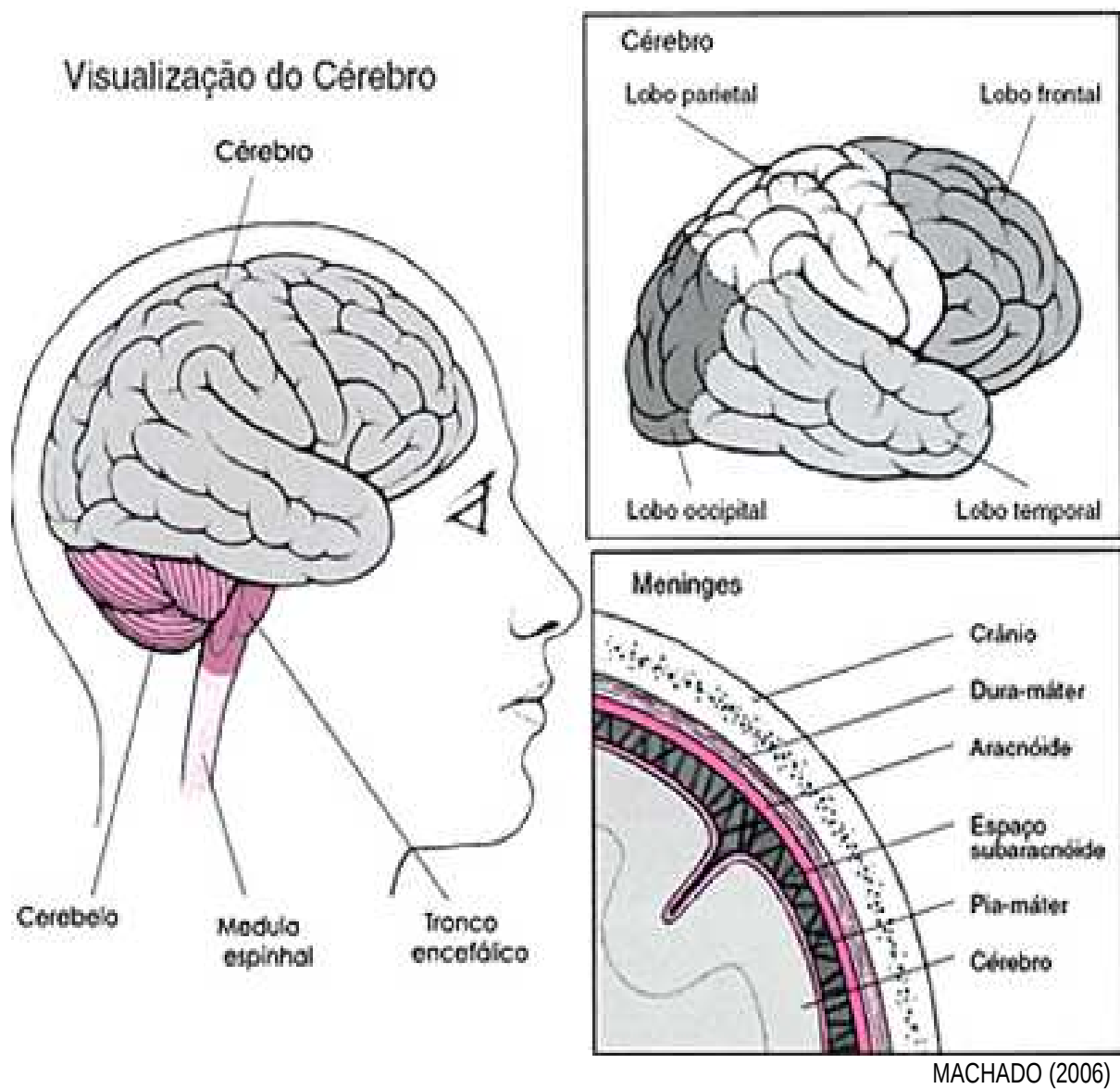
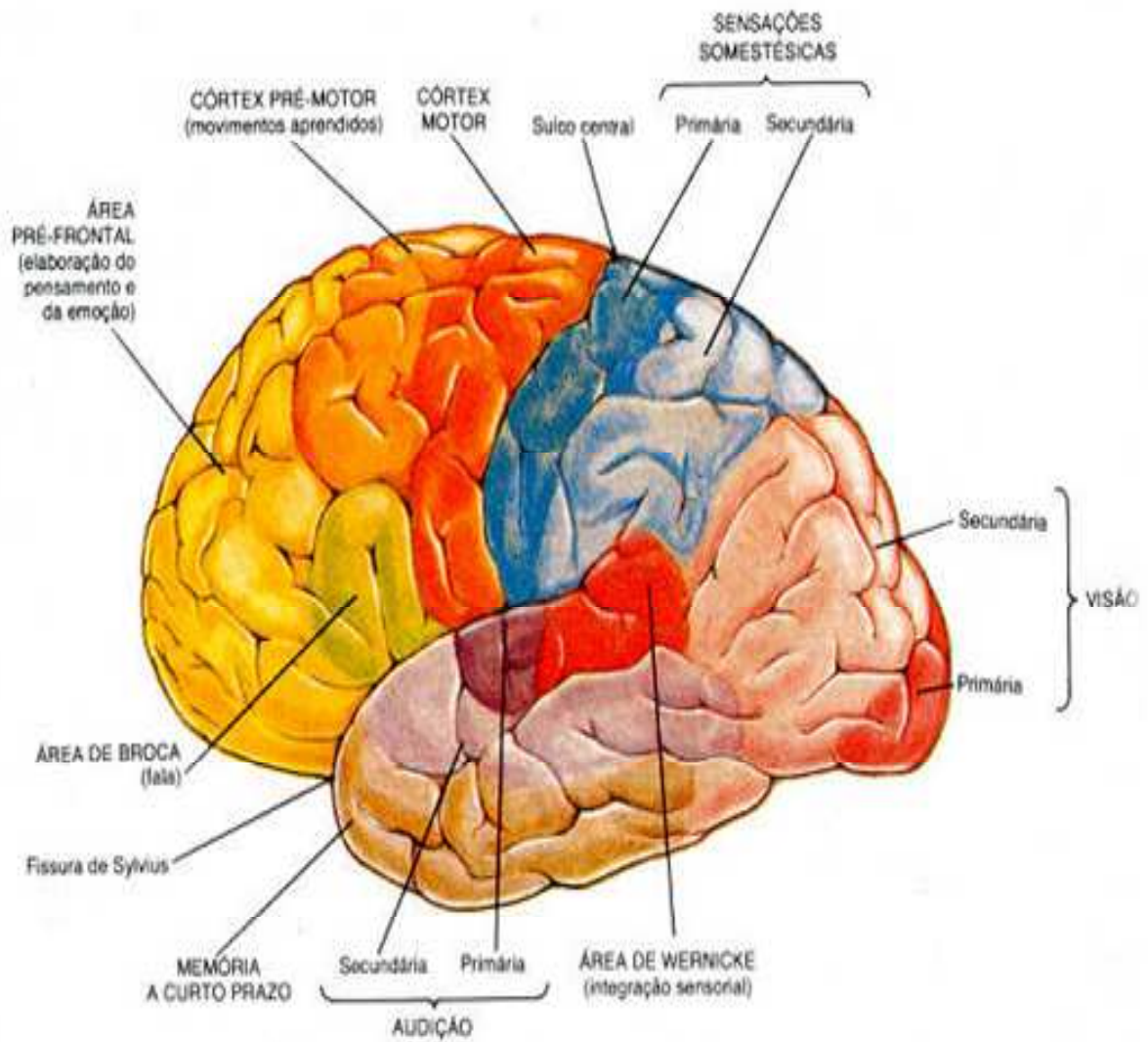


Ilustração 1. Anatomia do Encéfalo

ANEXO VII



MACHADO (2006)

Ilustração 2. Anatomia Funcional do Encéfalo

ANEXO VIII

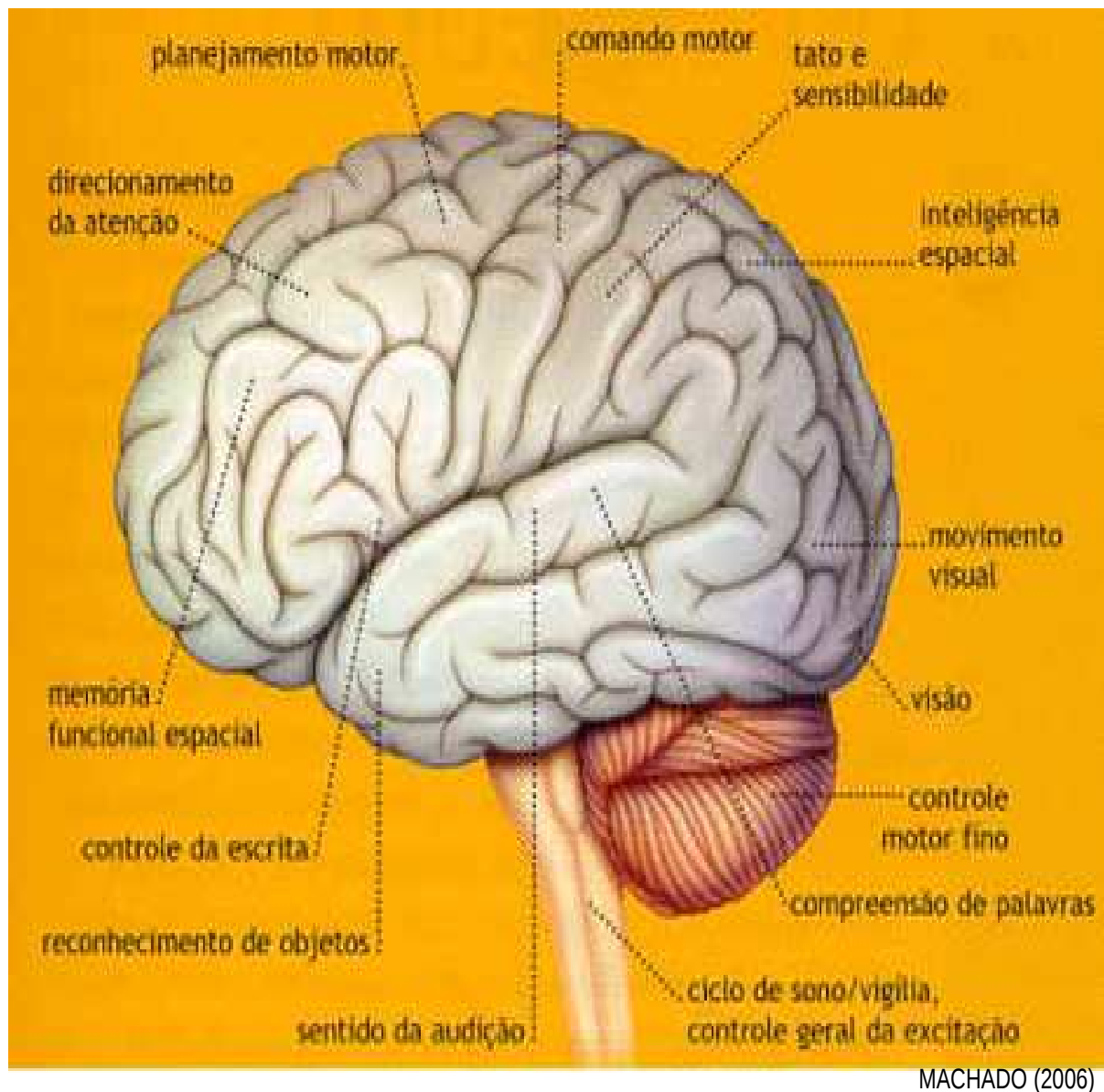


Ilustração 3. Desvelando o Encéfalo