



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

A ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO: COMO ELA OCORRE EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE?

Rute Lopes Baltezan

Orientador: Prof^a Ms Maria Helena Schmidt

Porto Alegre, 2010

RUTE LOPES BALTEZAN

**A ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES COM TRAUMATISMO CRÂNIO
ENCEFÁLICO: COMO ELA OCORRE EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE?**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito à conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador (a):
Prof^a Ms Maria Helena Schmidt

Porto Alegre, 2010.

Dedico este trabalho aos meus pais Francisco e Maria e aos meus filhos Cristian e David que são minha razão de ser.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu Deus pela vida, aos meus pais por acreditarem em meu trabalho, a minhas irmãs pelo tempo e dedicação e aos meus filhos pela paciência e estímulo. Aos colegas do curso de especialização e do Hospital Cristo Redentor pelo incentivo.

Aos queridos mestres que plantaram a semente do questionamento em meu ser.

Em especial a Prof^a Ms Maria Helena Schmidt, por seu carinho, atenção e principalmente sua orientação neste trabalho.

A todos meu carinho e admiração.

Tudo que te vier à mão para fazer, faze-o conforme as tuas forças, porque no além, para onde tu vais, não há obra, nem projetos, nem conhecimento, nem sabedoria alguma.

(Eclesiastes 9:10)

RESUMO

A maior incidência de Traumatismo Crânio Encefálico-TCE, ocorre entre os jovens, sendo a causa mais comum de incapacidade neurológica, com seqüelas físicas, cognitivas e comportamentais. O objetivo deste estudo é analisar como ocorre o preparo para alta hospitalar dos pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor. Pretende-se ainda: Identificar as necessidades e expectativas do familiar/cuidador, frente ao estado de saúde que se apresenta; contribuir para melhorar a qualidade de vida do sujeito e de sua família; colaborar com a reintegração e convívio social desse sujeito; caracterizar o perfil dos pacientes atendidos e dos respectivos familiares/cuidadores e propor um instrumento de orientação aos familiares com base nas informações coletadas. A metodologia utilizada será de natureza qualitativa e os dados coletados através de entrevistas com questões norteadoras. Os sujeitos serão familiares/cuidadores destes pacientes. Para a análise dos dados será utilizado o método de Análise de Conteúdo. Esta pesquisa atende a Resolução nº 196/96 e deverá ser autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Descritores:

Traumatismo Crânio Encefálico - Alta Hospitalar - Familiar/Cuidador

ABSTRACT

The highest incidence of brain damage, occurs among young people and it is the most common cause of neurological disability, with physical, cognitive and behavior sequels. The objective of this study is to analyze how does the preparation for the hospital discharge of patients hospitalized in the Unit of Neurosurgery of the Cristo Redentor Hospital occurs. The study aims, yet, to identify the needs and expectations of the members of the family who take care of the patient, compared to the state of health presented; help to improve the quality of life of the patient and his family, supporting his/her reintegration and social interaction; characterize the profile of enrolled patients and their families and propose a navigation tool for families on the basis information collected. The methodology will be in nature and qualitative data collected through interviews. The people to be analyzed will be the caregivers of these patients. For data analysis will be used the method of analysis of content. This research meets Resolution No. 196/96 and should be authorized by the Ethics Committee of the Nossa Senhora da Conceição Hospital.

Keywords: Traumatic Brain - Hospital Discharge - Caregivers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
TCE	Traumatismo crânio encefálico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO	12
3.2 PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR	16
4 METODOLOGIA	19
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	19
4.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA DOS DADOS	19
4.3 SUJEITOS	20
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	20
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	23
6 PLANEJAMENTO OPERACIONAL	24
6.1 CRONOGRAMA	24
6.2 ORÇAMENTO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES	29
APÊNDICE A – Entrevista Semi-estruturada	30
APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética	33
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34

1 INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

No Brasil anualmente milhões de pessoas politraumatizadas são atendidas nos serviços de emergências. Nestes pacientes a incidência de Traumatismo Crânio Encefálico – TCE - é elevada, sendo a principal causa de morte ou incapacidade física, cognitiva e comportamental em adultos jovens (GONZALVO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2005; MELO et al., 2005).

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

A literatura sugere que pacientes com TCE, podem apresentar graus diferentes de alterações e cada um com seqüelas neurológicas específicas, com conseqüências vitais nos aspectos nutricionais, emocionais e respiratórios desses pacientes (FURKIN e SANTINI, 1999; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; JACOBI et al., 2004).

Dentre as mortes ocasionadas pelo trauma, a literatura nos descreve que mais da metade são ocasionadas por TCE. Desse modo, o TCE grave causa significativo impacto socioeconômico, seja devido à perda nos anos de vida e de produtividade, ou aos altos custos no trabalho de reabilitação (ROWLAND, 1997).

É consenso na literatura pesquisada, que através de uma assistência adequada podemos muitas vezes minimizar o sofrimento dessas pessoas e manter a sua qualidade de vida, diminuindo os riscos de complicações secundárias e reinternações.

Este estudo nos proporcionará um conhecimento ampliado sobre os cuidados e necessidades que devem ser observadas no preparo da alta hospitalar para os pacientes pós-traumatismo crânio encefálico – TCE e quais as questões

biopsicosociais desses e de seus familiares, pois o trauma geralmente atinge indivíduos jovens, em idade produtiva e que estavam previamente sadios.

Como funcionária do Hospital Cristo Redentor e durante alguns anos na unidade de neurocirurgia, considero este tema sobre o cuidado para o preparo da alta hospitalar, um assunto de extrema relevância devido aos aspectos envolvidos na recuperação destes sujeitos. Convivendo com esta população observo na prática diária a necessidade de proporcionar tranquilidade e segurança tanto aos pacientes como aos seus familiares neste importante momento de transição, ou seja, no retorno ao convívio familiar e social.

Diante do exposto, e considerando a importância do tema, tenho os seguintes questionamentos: Como ocorre a alta dos pacientes com TCE internados na unidade de neurocirurgia? Qual o perfil destes pacientes e dos seus cuidadores? Qual a expectativa dos cuidadores para alta do paciente?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar como ocorre o preparo para alta hospitalar dos pacientes com diagnóstico de TCE, internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as necessidades e expectativas do familiar/cuidador, frente ao estado de saúde que se apresenta.
- ✓ Contribuir para melhorar a qualidade de vida do sujeito e de sua família.
- ✓ Colaborar com a reintegração e convívio social desse sujeito.
- ✓ Caracterizar o perfil dos pacientes atendidos.
- ✓ Caracterizar o perfil dos familiares/cuidadores.
- ✓ Propor um instrumento de orientação aos familiares com base nas informações coletadas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

O trauma pode ser descrito como qualquer agressão que acarrete lesão anatômica, comprometimento funcional ou ambos. O TCE pode envolver o córtex cerebral, o tronco cerebral ou os nervos cranianos, o que pode causar déficits motores, dentre os quais podemos destacar a debilidade ou paralisia em um ou ambos os lados do corpo, a falta de coordenação dos movimentos musculares ou ataxia, a espasticidade ou hipertonia, a rigidez, dentre outros (FARAGE et al., 2002; ORTIZ, 2005).

Em adultos jovens, o TCE é importante causa de morte ou deficiência física e mental e constituem a causa mais comum de incapacidade neurológica, superado apenas pelo acidente vascular cerebral (AVC) como patologia neurológica com maior impacto na qualidade de vida do paciente e seus familiares (ROWLAND, 1997; TAUB et al., 2002; UMPHERED, 2004; ORTIZ, 2005).

A maior incidência do TCE encontra-se na faixa etária dos 15 aos 24 anos. A proporção, segundo alguns autores, é de três a quatro vezes maiores no sexo masculino (ROWLAND, 1997; KOIZUMI et al., 2000; GUSMÃO e PITTELLA, 2002); para outros, esta proporção é de dois homens para cada mulher (UMPHERED, 2004; OLIVEIRA et al., 2005; ORTIZ, 2005; MELO et al., 2005).

Atualmente, com os avanços tecnológicos, melhor preparo da equipe de resgate no transporte e assistência às vítimas de TCE, como também técnicas de diagnósticos e tratamento, incluindo o cirúrgico, houve um aumento na população sobrevivente pós-trauma. Sendo assim, estudos sobre cuidados e reabilitação desses pacientes deverão ser intensificados. As conseqüências, a longo prazo, nos pacientes sobreviventes ao TCE incluem alterações físicas, cognitivas e comportamentais que diferem em cada indivíduo. As seqüelas dependem de vários

fatores, como a localização e extensão do dano cerebral, (ROWLAND, 1997; TAUB, 2002; MATTOS et al., 2002; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; ORTIZ, 2005).

As lesões crânio-encefálicas podem ser classificadas de várias maneiras. De forma prática, são utilizadas três descrições: o mecanismo, a gravidade e a morfologia (ROWLAND, 1997; UMPHERED, 2004; MELO et al., 2005; SERRA e SERRA, 2006).

De acordo com a natureza do ferimento, tais lesões podem ser classificadas em: traumatismo craniano fechado, fratura com afundamento de crânio ou, em traumatismo de crânio aberto, com fratura exposta do crânio. Sendo que esta classificação auxilia na definição do tratamento a ser seguido, se cirúrgico ou não (ROWLAND, 1997; UMPHERED, 2004).

As lesões cerebrais decorrentes do TCE podem ser de origem primária ou secundária. Os danos primários são aqueles ocasionados pelo próprio mecanismo da lesão, e os danos secundários ocorrem por complicações durante o transporte, atendimento e/ou tratamento destes pacientes (ROWLAND, 1997; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004).

Entre os principais danos primários no TCE temos: as lesões contusas, as perfurações, as fraturas de crânio, os movimentos bruscos de aceleração e desaceleração e o estiramento de massa encefálica, dos vasos intracranianos e das meninges. Nesses pacientes o tipo de lesão axonal pode ser difusa ou focal, sendo sua localização próxima à área do impacto ou em áreas mais distantes do trauma (ROWLAND, 1997; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

Conforme a literatura, a lesão difusa pode ser encontrada na maioria dos casos de TCE, manifestando-se por pequenas lesões em toda substância branca dos hemisférios cerebrais (ROWLAND, 1997; GUSMÃO et al., 2002; UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

As lesões focais ocasionam alterações específicas nas funções mediadas pela área afetada. Esse tipo de lesão é normalmente encontrada na lesão cerebral

leve e localizada, com bom prognóstico (UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

Os danos secundários são considerados as complicações clínicas e/ou cirúrgicas e podem ter como causa a falta de oxigênio cerebral, resultante do aumento da pressão intracraniana (PIC); a hipóxia cerebral, ocasionada por falta de sangue no tecido cerebral ou de oxigênio do sangue que irriga estes tecidos e também por isquemia cerebral; a hemorragia intracraniana causa hipóxia e aumento da PIC; o desequilíbrio eletrolítico e de ácido-base, alterações que podem ocasionar a morte do tecido celular levando ao agravamento do quadro neurológico em dias, semanas ou meses após a lesão (ROWLAND, 1997; FALCÃO et al., 2000; GUSMÃO et al., 2002; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

A infecção secundária pode ocorrer devido à ferida aberta, ou pode ser causada por tumefação e morte celular; as convulsões decorrentes da pressão intracraniana ou do processo de cicatrização podem ocorrer logo após a lesão e, mais raramente, no período de até 2 anos após o trauma (ROWLAND, 1997; FALCÃO et al., 2000; GUSMÃO et al., 2002; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

A hipertensão intracraniana é um agravante no tratamento do TCE e altera as funções neurológicas por vários mecanismos. O controle dos fatores é de extrema importância, evitando assim a ocorrência de seqüelas físicas, cognitivas ou comportamentais e, em casos mais graves, a morte desses pacientes (PITTELLA, 1999; GUSMÃO, 2002; ORTIZ, 2005; FALEIRO et al., 2005; GONZALVO, 2005).

Quanto à sua intensidade, o TCE pode ser dividido em grave, moderado ou leve. Os parâmetros utilizados para mensurar o grau de intensidade são variados, entre eles temos: a duração do período de inconsciência, o tempo da amnésia pós-traumática e a contagem de pontos da Escala de Coma de Glasgow (ECG), entre outros (ROWLAND, 1997; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004; MELO et al., 2005).

Existem fatores anteriores e posteriores ao TCE que podem influenciar o gerenciamento e a recuperação destes pacientes. Entre eles estão os cognitivos, os comportamentais, os sociais, os físicos, os ambientais e os neurológicos (UMPHERED, 2004).

O paciente com lesão encefálica pode ter seqüelas físicas, psicológicas e cognitivas. A evolução e prognóstico possuem relação direta com o local e a gravidade da lesão, ou das complicações dela decorrentes, como também com o grau da lesão provocada no tecido encefálico. O nível de consciência e o cognitivo podem ser utilizados pela equipe para programar a reabilitação e prognóstico (ROWLAND, 1997; SENNYEY e GONZÁLES, 2004; UMPHERED, 2004; SERRA e SERRA, 2006).

Os fatores cognitivos se referem à inteligência, à memória e ao nível de educação. Os comportamentais, à personalidade. Os sociais, às habilidades, oportunidades e apoio familiar. Os físicos, à idade, ao estado de saúde, aos déficits já existentes e aos instalados após a lesão. Os fatores ambientais se referem à qualidade do atendimento, no resgate, no tratamento e na recuperação desses pacientes (UMPHERED, 2004).

Muitas alterações podem ocorrer no TCE, tornando o paciente neurológico um sujeito com quadro crônico, ou seja, dependente de cuidados no domicílio (ROWLAND, 1997), tais necessidades devem ser levadas em consideração no momento do preparo para a alta nos serviços de saúde, como veremos a seguir.

3.2 PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

O ambiente hospitalar com suas tecnologias leves, leves/duras e duras - profissionais capacitados e equipamentos tecnológicos – (MERHY, 2000), busca oferecer aos seus clientes uma série de cuidados visando à promoção da saúde e bem estar, além disso nesse ambiente preparado para o cuidado deve ser transmitido segurança e tranquilidade aos pacientes e seus familiares.

A necessidade de uma internação hospitalar afeta a vida do paciente, assim como de toda a sua família, essas alterações ocorrem em diferentes graus, dependendo principalmente da participação do paciente na organização e estrutura familiar. Sendo assim quando um adulto jovem, com longos anos laborais a frente, sofre um trauma, isso pode ocasionar uma ruptura no segmento natural dessa família, levando esse membro a depender de cuidados especiais e contínuos para a manutenção da vida (SCHROETER et al, 2008).

No hospital temos um ambiente de cuidados especializados, porém estes cuidados, as internações e re internações por complicações tem um alto custo para as instituições de saúde, desse modo a descentralização do atendimento aos pacientes crônicos é uma tendência mundial e o processo de desospitalização uma nova forma de organização dos serviços de saúde, que buscam através do o invento dos serviços de home care diminuir a carência de leitos para o atendimento a população (CESAR e SANTOS, 2005; SILVA et al, 2002; GANZELLA e ZAGO, 2008; PEREIRA et al, 2007; POMPEO et al, 2007; SCHROETER et al, 2008; SCHNAIDER, 2009).

Ao ser ponderado o atendimento domiciliar deve ser analisada a possível interferência ocasionada principalmente por fatores sociais e/ou econômicos, pois na maioria das vezes este cuidado será realizado por um membro da família ou alguém próximo de sua rede social. Assim o familiar deixa de ser somente o acompanhante e passa a exercer o papel de principal cuidador e provedor desses sujeitos (KNIHS e FRANCO, 2005; SCHNAIDER, 2009).

Essa duplicação de papéis e a falta de preparo para os cuidados, podem no momento da alta hospitalar trazer a esses pacientes e a sua família, sentimentos divergentes, tais como de alegria com a melhora da saúde, assim como ansiedade e apreensão com a nova situação desconhecida que os aguarda, com dúvidas e incertezas sobre o que irá acontecer no futuro e qual o manejo adequado (SOUSA et al, 2008; SCHNAIDER, 2009).

A literatura demonstra que a participação da família no processo de reabilitação pode favorecer e ser um fator importante de motivação no tratamento aos sujeitos com neuropatias, possibilitando a sua inserção na sociedade e na busca por uma melhor qualidade de vida. Por isso, a orientação precoce sobre as conseqüências físicas, psicológicas e cognitivas que podem acompanhar estes pacientes, assim como o planejamento em conjunto das ações futuras ajuda a preparar e estruturar a dinâmica familiar agora modificada, para as novas necessidades desses sujeitos (DECESARO e FERRAZ, 2006; SOUSA et al, 2008).

Diversas dúvidas acompanham estas famílias no retorno para a casa. Dúvidas que podem ser amenizadas com ações simples e eficazes, tais como: ser oferecido orientação precoce sobre o paciente e forma de manejo adequado, tornando a alta hospitalar um momento único de alegria (GANZELLA e ZAGO, 2008).

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

Neste contexto mostra-se de extrema importância à integração das políticas de saúde, com um trabalho centrado no sujeito compreendendo quais são as suas demandas, como será a nova organização desta família, quais as necessidades e a realidade social na qual está inserida.

Conhecer esta realidade social, na qual o paciente esta inserido, pode auxiliar o profissional da saúde a contribuir efetivamente na evolução e melhora da

qualidade de vida desses pacientes e seus familiares (CESAR e SANTOS, 2005; GANZELLA e ZAGO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para alcançarmos os objetivos propostos será utilizada a abordagem metodológica do tipo exploratória, descritivo com enfoque qualitativo. Nesse desenho metodológico buscaremos conhecer a realidade pouco explorada destas famílias com o objetivo de chegar a hipóteses plausíveis de suas principais dúvidas e necessidades

Segundo Goldim (2000) a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal, a visão do processo. Estas pesquisas têm como características fundamentais a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador. A descrição dos fenômenos observados estão repletos de significados, que relacionados com o ambiente onde ocorrem e a participação do pesquisador, assumem conotações diversas daquelas normalmente realizadas com base em dados quantitativos.

Para Gil (2002), a pesquisa descritiva faz a descrição das características do fenômeno. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador. Tem-se como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA DOS DADOS

O local de estudo será uma unidade hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, que presta atendimento em diversas áreas e especialidades a comunidade de Porto Alegre, região Metropolitana e interior do estado do Rio Grande do Sul. O GHC é formado por quatro hospitais e doze postos de saúde.

Nosso objeto de estudo será focado no serviço de neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor, que é um centro de referência ao atendimento de pacientes nas urgências e emergências, ambulatoriais e internação de politraumatizados, neurocirúrgicos e queimados. A unidade de neurocirurgia desse hospital é composta por 60 leitos, onde encontramos pacientes com as mais diversas patologias neurocirúrgicas, dentre elas os sujeitos acometidos por trauma crânio encefálico, que dependendo do grau e local da lesão adquirem seqüelas incapacitantes para atividades de vida diária.

4.3 SUJEITOS

Os sujeitos de estudo serão os familiares/cuidadores de pacientes com histórico de trauma crânio encefálico, atendidos no setor de neurocirurgia que estejam observando os cuidados durante a internação.

Os critérios de Inclusão serão:

- ✓ Ser familiar/cuidador de pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor;
- ✓ Ser lúcido e orientado;
- ✓ Aceitar participar desse estudo;
- ✓ Acompanhar o paciente durante a internação;
- ✓ Participar dos cuidados na pós-alta.

Os critérios de exclusão serão os familiares/cuidadores de pacientes que não preencherem os critérios acima citados.

O número de participantes será definido pela saturação dos dados, isto é, quando os mesmos se repetirem.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados pela autora do estudo, utilizando-se a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado, além de perguntas que definirão o perfil dos

participantes e o grau de dependência dos pacientes (Apêndice A). Pretende-se obter informações sobre como ocorre o preparo para alta desses pacientes, qual seu grau de dependências e necessidades diárias, além dos sentimentos envolvidos nesta nova organização familiar.

As entrevistas que segundo Marconi e Lakatos (2008) “proporciona informações a partir de um encontro entre duas pessoas, mediante uma conversa informal”, serão realizadas individualmente em momento a ser definido, preservando-se a rotina do atendimento da unidade de internação e em local reservado. As mesmas terão duração aproximada de 1 hora. Os registros serão feitos através de um gravador e manuscritos posteriormente, permanecendo gravados durante cinco anos. Após este período serão descartados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados pelo método de análise de conteúdo orientado por Gomes (2007), e que compreende as seguintes etapas:

- ✓ Ordenação de dados, realizada através do mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo;
- ✓ Classificação de dados, realizada através de questionamentos feitos a partir dos dados coletados, com embasamento teórico;
- ✓ Análise final, procurando estabelecer articulações entre dados e os referenciais teóricos com o objetivo da pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A metodologia a ser utilizada na execução deste estudo será elaborada atendendo a Resoluções nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde Normas Regulamentadoras de pesquisa com Seres Humanos.

O projeto de pesquisa será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, para avaliação e aprovação. (Apêndice B).

A partir da autorização do Comitê de Ética, os sujeitos serão convidados a participar da pesquisa. Os mesmos serão esclarecidos sobre o tema, objetivos, justificativa e método da entrevista.

Em caso de aceitação, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em duas vias, sendo uma cópia entregue ao sujeito, onde estarão descritos seus direitos de desistência da participação em qualquer momento da pesquisa, sem que isso acarrete prejuízo ao atendimento de seu familiar. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos, bem como seu anonimato na divulgação dos resultados do estudo.

Cada instrumento será identificado por um número. Os dados obtidos serão utilizados apenas para esta pesquisa, ficando guardados sob responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos quando então serão destruídos.

5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O resultado desse estudo será divulgado aos gestores e funcionários da unidade pesquisada. Também será disponibilizada uma cópia ao Centro de Documentação do GHC e posteriormente encaminhada a eventos de divulgação científica.

6 PLANEJAMENTO OPERACIONAL

6.1 CRONOGRAMA

Fases da Pesquisa	2009											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fases da Pesquisa	2010											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboração do Projeto	X	X	X									
Banca					X							
Encaminhamento ao Comitê de Ética							X					
Coleta de dados								X	X			
Análise dos resultados										X	X	
Redação Final												X

6.2 ORÇAMENTO

ITEM	VALOR
Revisão bibliográfica (livros, cópias de artigos)	R\$ 800,00
Material de escritório (canetas, folhas A4)	R\$ 100,00
Transporte	R\$ 150,00
Serviços de gráfica e digitação	R\$ 500,00
Revisão ortográfica	R\$ 500,00
Diapositivos	R\$ 500,00
Editoração e impressão final	R\$ 500,00
Total previsto	R\$ 3.050,00

Os custos desse projeto serão pagos pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

CESAR, Alesssandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. **Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar.** *Rev. bras. enferm.* 2005, vol.58, n.6, p. 647-652. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 dez. 2009.

DECESARO, Maria das Neves; FERRAZ, Clarice Aparecida. **Famílias de pessoas dependentes de cuidados: Aspectos das mudanças na vivência do cotidiano.** *Ciência, cuidado e saúde.* 2006, vol. 5, supl., p. 149-157. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br>>. Acesso em: 05 dez. 2009.

FALEIRO, Rodrigo Moreira, PIMENTA, Newton José Godoy, FALEIRO, Luiz Carlos Mendes *et al.* **Craniotomia descompressiva para tratamento precoce da hipertensão intracraniana traumática.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* jun. 2005, vol.63, no.2b, p.508-513. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 fev. 2009.

FALCAO, Antonio L. E.; ARAUJO, Sebastião; DRAGOSAVAC, Desanka *et al.* **Hemometabolismo cerebral: variações na fase aguda do coma traumático.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* set. 2000, vol.58, no.3B, p.877-882. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 abr. 2009.

FARAGE, Luciano; COLARES, Vinicius SARDÃO; NETO, Mário Capp *et al.* **As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo craniencefálico no Distrito Federal.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* abr./jun. 2002, vol.48, no.2, p.163-166. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 abr. 2009.

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

GANZELLA, Marcela e ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura.** *Acta paul. enferm.* 2008, vol.21, n.2, pp. 351-355. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 out. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000,180 p.

GOMES, Romeu. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 79-108.

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

GRACIOTO, Ariane; GOMES, Caren Jaqueline; ECHER, Isabel Cristina; LORENZI, Paula Del Corona. **Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes**. *Rev. bras. enferm.* 2006, vol.59, n.1, pp. 105-108. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2009.

GUSMAO, Sebastião Silva ; PITTELLA, José Eymard Homem. **Lesão encefálica hipóxica em vítimas fatais de acidente de trânsito: prevalência, distribuição e associação com tempo de sobrevivência e outras lesões cranioencefálicas e extracranianas**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* set. 2002, vol.60, no.3B, p.801-806. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2009.

JACOBI, J.S.; LEVY D.S.; SILVA, L.M. da. **Disfagias – Avaliação e Tratamento**. Rio de Janeiro. Revinter: 2004.

KNIHS, Neide da Silva; FRANCO, Selma Cristina. **Família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: Necessidades e expectativas frente a esse cuidado**. *Ciência, Cuidado e Saúde*. maio/ago. 2005, v. 4, n. 2, p. 139-148. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execuções de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo. Atlas: 2008.

MATTOS, Paulo; SABOYA, Eloisa ; ARAUJO, Cátia. **Seqüela comportamental pós-traumatismo craniano: o homem que perdeu o charme**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* jun. 2002, vol.60, no.2A, p.319-323.

MELO, José Roberto Tude; FILHO, Jmary Oliveira; SILVA, Ricardo Araújo da; JÚNIOR, Edson Duarte Moreira. **Fatores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma craniencefálico.** Arq. Neuropsiquiatria, 2005; 63(4): 1054-1057.

MERHY, Emerson Elias. **Um ensaio sobre o médico suas valises tecnológicas.** *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 6, fev. 2000; 109-116.

OLIVEIRA, Sheila Gemelli de; WIBELINGER, Lia Mara; LUCA, Raquel Dedl. **Traumatismo cranioencefálico: Uma revisão bibliográfica.** *Fisio Web*, out. 2005; Disponível em: <<http://www.wgate.com.br>> acesso em: 02 fev. 2010.

ORTIZ, Karin Zazo (org). **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição.** São Paulo: Monole, 2005.

PEREIRA, Adriana Pellegrini dos Santos; TESSARINI, Marcela Mario; PINTO, Maria Helena; OLIVEIRA, Viviane Decirera Colombo de. **Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras.** Rev. enferm. UERJ. jan.-mar. 2007. p.40-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acesso em: 05 dez. 2009.

PITTELLA, José Eymard Homem; GUSMAO, Sebastião Silva. **Hipertensão intracraniana em vítimas fatais de acidente de trânsito.** Arq. Neuro-Psiquiatr.. set.1999, v.57, n.3B, p.843-847. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 abr. 2009.

POMPEO, Daniele Alcalá; PINTO, Maria Helena; CESARINO, Claudia Bernardine et al . **Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 12 dez. 2009.

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

SCHNAIDER, Taylor Brandão; SILVA, José Vitor da; PEREIRA, Maria Aparecida dos Reis. **Cuidador familiar de pacientes com afecção neurológica.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2.p 284-292. 2009.

SCHROETER, Débora; ECHER, Isabel Cristina; GRACIOTTO, Ariane; GOMES, Caren Jaqueline. **Grupo de orientação aos familiares de pacientes adultos com seqüelas neurológicas: ausência nas reuniões.** Rev. HCPA, 2008. v.28 n.1, p.21-25.

SENNYEY, Alexa L; GONZÁLEZ, Nidia Zambrana Toledo. **Traumatismos crânio-encefálicos/ transtornos da deglutição**. 12- n4ºout/dez 2004.

SERRA, Allan Carlo Viégas; SERRA, Lucieny Silva Martins. **Aspectos da deglutição em indivíduos com Traumatismo Cranioencefálico**. CEFAC. São Paulo, V.8, n.1, 42-9, jan-mar, 2006.

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

SOUSA, Ananda Guerra de; ZARAMELI, Raphael Colodro; FERRARI;Raquel Agnelli Mesquita; FRIGERO, Marcelo. **Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas**. Consciência e saúde; 7(4), p. 497- 502, 2008.

TAUB, Anita; VALLE, Sandra Lie Ribeiro do; LACERDA, Shirley Silva. Reabilitação neuropsicológica no traumatismo crânio-encefálico: considerações teóricas e técnicas. In MACEDO, Eliseu Coutinho de; et al. **Tecnologia em (re)habilitação cognitiva**. Soc. Brasileira de neuropsicologia, 2002.343-349.

UMPHRED, Darcy A. **Reabilitação Neurológica** 4 ed. Barueri - São Paulo: Manole, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista Semi-estruturada**PERFIL DO ENTREVISTADO**

Idade: ____ anos Sexo: F () M ()

Tempo de acompanhamento da internação _____

Tempo disponível ao cuidado do paciente em casa _____

Com quem será dividido/partilhado o cuidado no domicílio _____

Renda familiar () até 1 salário
 () de 2 à 5 salários
 () de 5 a 10 salários
 () acima de 10 salários

Escolaridade () sem instrução
 () Ensino fundamental incompleto (antigo 1º grau)
 () Ensino fundamental completo (antigo 1º grau)
 () Ensino médio incompleto (antigo 2º grau)
 () Ensino médio completo (antigo 2º grau)
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo

Quantas pessoas residem com o paciente _____

Qual o grau de parentesco

Quantos cômodos existem na casa? _____

PERFIL DO PACIENTE

Idade _____ Sexo ☐ F ☐ M

Trabalha ☐ Sim, qual a profissão? _____
☐ Não

Escolaridade ☐ sem instrução
☐ Ensino fundamental incompleto (antigo 1º grau)
☐ Ensino fundamental completo (antigo 1º grau)
☐ Ensino médio incompleto (antigo 2º grau)
☐ Ensino médio completo (antigo 2º grau)
☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo

Diagnóstico médico _____

Fator causal do trauma _____

Tempo de internação _____ dias UTI ☐ Sim, _____ dias
☐ Não

Compreende ordens ☐ Sim ☐ Não

Possui déficit motor ☐ Sim ☐ Não Dir ☐ Esq ☐ ambos ☐

Faz uso de fralda ☐ Sim ☐ Não

Necessita de ajuda para a higiene pessoal ☐ Sim ☐ Não

Caminha? ☐ Sim ☐ Não

Com ajuda: ☐ do cuidador ☐ bengala ☐ cadeira de rodas

Dorme bem? ☐ Sim ☐ Não

É agitado ☐ Sim ☐ Não

Como é a alimentação:

Via Oral ☐ Precisa de ajuda ☐ Sim ☐ Não

Sondas ☐ Quanto tempo _____

QUESTÕES NORTEADORAS

Você foi orientado sobre os cuidados pós-alta?

Quais orientações você recebeu?

Você recebeu estas orientações de quem? Em que momento?

O que significa para você ser cuidador?

Quem será o responsável pelo paciente no período pós-alta?

APÊNDICE B

Solicitação para realização de pesquisa na Unidade de Neurocirurgia, do Hospital Cristo Redentor, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição.

.

Porto Alegre, 19 de Março de 2010.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Com o propósito de realizar estudo nesta Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, encaminho o presente projeto “A alta hospitalar: Como ela ocorre em um serviço público de saúde?”, para avaliação deste comitê.

A realização desta pesquisa atende uma exigência do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICTS para conclusão do curso de Pós Graduação, na qual me encontro matriculada.

Para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, coloco-me à disposição.

Atenciosamente.

Rute Lopes Baltezan.

Avenida Assis Brasil, 1631/403.

Bairro Passo D'Areia

Cep 91010-005 Porto Alegre.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar dessa pesquisa sobre o familiar como cuidador de pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), sendo que fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, que a pesquisa tem como objetivo principal: Analisar como ocorre o preparo para alta hospitalar dos pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor.

Sei que minha participação ocorrerá através de uma entrevista com duração de aproximadamente 40 minutos, em lugar reservado e será gravada em fita cassete.

Fui, igualmente, informado:

- ✓ Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- ✓ Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- ✓ De que se existirem gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este projeto é Rute Lopes Baltezan (fone: 3337-9684), com endereço na Av. Assis Brasil, 1631/403, n Porto Alegre-RS, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em ____/____/____.

O telefone para contato com o coordenador do Comitê de Ética do GHC.
é (051) 33572087.

Assinatura do Participante

Data: ____/____/____

Nome:

Assinatura do Pesquisador

Data: ____/____/____

Nome:

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____

Nome:

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do Paciente ou de seu Representante Legal e outra com o Pesquisador Responsável.