



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA
GHC**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**GRUPO EDUCATIVO PARA CUIDADORES DOMICILIARES DE
PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS**

Janaina Pasquali

ORIENTADOR: Nut. M. Sc. Aline Marcadenti de Oliveira



Ministério da
Saúde



Porto Alegre, 2011

ESCOLA GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ/ FIOCRUZ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLOGICA EM SAÚDE

JANAINA PASQUALI

Projeto apresentado ao Curso Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, como requisito para obtenção do grau de Especialista. Projeto desenvolvido no Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Cristo Redentor na Unidade de Neurocirurgia.

Orientadora: Nut. M.Sc. Aline Marcadenti

Porto Alegre

2011

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 OBJETIVOS | 5 |
| 2.1 Objetivo Geral | 5 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 6 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 6 |
| 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 7 |
| 4.1 Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso | 8 |
| 4.2 Patologias Neurocirúrgicas – Aspectos Gerais | 9 |
| <i>4.2.1 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH)</i> | 9 |
| <i>4.2.2 Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)</i> | 10 |
| <i>4.2.3 Trauma Raquimedular (TRM)</i> | 12 |
| <i>4.2.4 Tumores Cerebrais</i> | 13 |
| 4.3 Atendimento em grupos e o papel da enfermagem | 14 |
| 4.4 Caracterização do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor (HCR) | 16 |
| 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 17 |
| 5.1 Delineamento do Estudo | 17 |
| 5.2 Local do Estudo | 17 |
| 5.3 População/Amostra | 18 |
| 5.4 Critérios de inclusão/exclusão | 18 |
| 5.5 Métodos | 19 |
| 5.6 Análise e Apresentação dos Dados | 20 |
| 5.7 Aspectos Éticos | 21 |
| 6 DIVULGAÇÃO | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 7 CRONOGRAMA | 23 |
| 8 ORÇAMENTO | 24 |
| REFERÊNCIAS..... | 25 |
| APÊNDICES..... | 29 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores/ Familiars..... | 30 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais..... | 33 |
| APÊNDICE C – Cronograma de Encontros da Equipe Multidisciplinar para Organização da Cartilha Educativa e Atividades do Grupo de Cuidadores Domiciliares de Pacientes Neurocirúrgicos..... | 35 |
| APÊNDICE D - Instrumento para coleta de dados do Perfil do Paciente..... | 36 |
| APÊNDICE E- Instrumento para acompanhamento da presença dos cuidadores/familiars aos encontros..... | 38 |

1 Introdução

As patologias neurocirúrgicas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), cânceres do Sistema Nervoso Central (CA SNC) e os Traumas Crânio Encefálico (TCE) e Raquimedular (TRM), estão entre as doenças com franca ascensão de sua incidência apresentando grande morbidade e resultando em incapacidades, em relação ao AVC há 5,5 milhões de mortes por ano em todo o mundo e no Brasil dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram 90 mil casos/ano representando a maior causa de incapacitação em adultos. (SOUZA, WEGNER e GORNI, 2007; SCHÄFER, MENEGOTTO e TISSER, 2010). Os traumas crânio encefálico e raquimedular também se apresentam como um grave problema em saúde pública no Brasil, estão entre as principais causas de morbi-mortalidade além nos últimos terem sua incidência aumentada em cerca de 4% ao ano. (WERNER; ENGELHARD, 2007; GONÇALVES et al, 2007)

Neste projeto a família e os cuidadores leigos são nosso foco de nossa atenção, pois se tornaram, por diversos motivos, presença significativa no dia a dia do desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem e multiprofissional, tanto acompanhando o doente, no hospital, quanto participando (in) diretamente no cuidado em nível hospitalar e/ou domiciliar. Com isso surge o elemento do cuidador leigo na interação enfermeiro/paciente. (SOUZA, WEGNER e GORNI, 2007)

A expressão cuidadores leigos é utilizada por Souza, Wegner e Gorni, (2007). Tendo em vista a dificuldade de se encontrar na literatura científica, um conceito do termo, em seu estudo estes autores entendem como a pessoa que presta o cuidado ao doente – tanto no âmbito institucional quanto no familiar, atuando sem remuneração e/ou formação profissional especializada.

Outros conceitos importantes para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde voltadas aos cuidadores leigos é a definição de família que está relacionada ao tipo de relacionamento estabelecido entre seus membros. A família, para Lacerda e Oliniski, 2004, é um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, cuidam umas das outras e

proporcionam cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes, uns aos outros.

Neste núcleo familiar é que ocorre o cuidado familiar no domicílio, sendo neste caso os pacientes neurocirúrgicos com necessidades de cuidados contínuos, com que pode ser caracterizado como “um conjunto de ações dirigidas a uma pessoa que demanda cuidados de saúde, desenvolvidas por um ou mais membros da família no próprio domicílio. (LACERDA e OLINISKI, 2004)

Gomes e Resck (2009) sugerem que é dever do enfermeiro desenvolver um trabalho junto ao indivíduo que desenvolverá o papel de cuidador familiar na promoção do cuidado aos clientes com seqüelas neurológicas, auxiliando no preparo para reorganizarem a vida em seus lares, além de detectar, prevenir e controlar adversidades que possam aparecer.

Segundo Merhy (2000) o encontro do trabalhador e do usuário no desenvolvimento de qualquer processo de trabalho cria espaços de interseção, espaços estes muitas vezes repletos da “voz” do trabalhador e a “mudez” do usuário e sua família, porém este espaço pode e deve ser aproveitado para uma construção compartilhada do conhecimento, propiciando ao usuário, familiar, acompanhante e cuidador uma mudança de posição, de expectador das atividades da equipe profissional que institui o projeto terapêutico e administra o cuidado ao paciente para membro efetivo da discussão, do aprendizado, da troca de experiências, efetivação e organização da terapêutica a ser seguida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver e implementar grupo de apoio multidisciplinar a cuidadores domiciliares de pacientes neurocirúrgicos da Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor (HCR) em Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos específicos

Desenvolver material educativo interdisciplinar para cuidadores domiciliares de pacientes neurocirúrgicos.

Identificar o perfil dos pacientes cujos familiares/cuidadores participarão do grupo de apoio a cuidadores domiciliares.

Avaliar adesão/participação dos familiares/rede de apoio dos pacientes neurocirúrgicos ao grupo de apoio a cuidadores domiciliares.

3 Justificativa

A idéia deste projeto surgiu junto à equipe de enfermagem atuante na unidade de neurocirurgia, com o desejo de desenvolver uma cartilha interdisciplinar, tecnologia leve-dura, que fortaleceria o processo de educação em saúde tanto da equipe, usuário e sua rede social quanto aos cuidados gerais em relação à higiene e conforto, dieta, mobilização entre outros cuidados serem prestados em casa após a alta hospitalar, passando de uma mera repetição das atuações dos profissionais durante a internação hospitalar, mas a troca, construção e o apoderamento deste conhecimento.

A construção de uma autonomia ao cuidador domiciliar para o paciente neurocirúrgico é o grande e ambicioso objetivo desde projeto, utilizando o período de internação hospitalar

como sugere Cecílio e Merhy (2003) para criação de “pontes” entre os profissionais que realizam o cuidado e por seguinte buscar a inclusão do paciente e sua rede social neste dialogo, utilizando as tecnologias leves (das relações) com o objetivo de desenvolver, a partir dos conhecimentos técnicos científicos dos trabalhadores atuantes nesta unidade e as demandas apresentadas pelos futuros cuidadores domiciliares, uma tecnologia leve-dura materializada na forma de uma cartilha. A atividade em grupos educativos vem com a proposta de fortalecer a discussão, troca e apoderamento dos novos saberes disponibilizados na cartilha.

Este projeto de pesquisa e intervenção vem imbuído da intenção de convidar os envolvidos nesta construção para uma reflexão que nos aponte novos horizontes, conduzindo-nos a busca de uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários, na construção de um trabalho coletivo que permita e fortaleça a ligação entre saberes combatendo não somente o “sofrimento representado como doença” e “controle e prevenção dos riscos e das doenças”, mas uma nova maneira de realizar nossas praticas baseadas em um modelo technoassistencial centrado no usuário (MERHY, 1998).

Penso que o desenvolvimento deste projeto trará um impacto positivo na equipe atuante nesta unidade criando uma nova forma de ver o paciente e seu cuidador, uma nova lógica de atendimento privilegiando a troca dos saberes e a construção de conhecimentos na utilização da cartilha proposta e no grupo educativo de cuidadores, buscando não somente a recuperação e reabilitação precoce, mas o fortalecimento da promoção e a educação em saúde, além de repercutir futuramente na redução da reinternação hospitalar entre pacientes com esse perfil por problemas de pequena complexidade como o manejo incorreto de sondas, úlceras de pressão entre outros.

4 Referencial Teórico

O sistema nervoso central (SNC) apresenta uma complexidade impar e a gravidade das patologias relacionadas a ele como o traumatismo crânio encefálico (TCE), trauma

raquimedular (TRM), acidente vascular cerebral (AVC), tumores cerebrais e as neuromiopatias muitas vezes acarretam lesões irreversíveis com processo de recuperação lento e progressivo que inicia durante a internação hospitalar e segue no domicílio (CINTRA, NISHIDE E NUNES 2008).

Neste trabalho estaremos abordando brevemente a anatomia e fisiologia do sistema nervoso central e as principais afecções neurocirúrgicas, além do funcionamento de grupos de apoio e suas aplicações a cuidadores domiciliares.

4.1 Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso

O sistema nervoso é constituído principalmente por tecido nervoso e controla e coordena os processos vitais que ocorrem involuntariamente nos órgãos internos (atividade visceral) e também atividades voluntárias que promovem o relacionamento do organismo com o meio ambiente (atividades somáticas) (KAWAMOTO, 2003; DÂNGELO e FANTTINI, 2005).

Está anatomicamente dividido em:

Sistema Nervoso Central (SNC) – constituído por estruturas que se localizam no esqueleto o crânio onde encontramos o encéfalo que se divide em cérebro (dividido em quatro lobos: frontal, occipital, parietal e temporal), cerebelo e tronco encefálico e a coluna vertebral onde se insere a medula espinhal (KAWAMOTO, 2003; DÂNGELO e FANTTINI, 2005).

O encéfalo e a medula espinhal são envolvidos e protegidos por laminas ou membranas de tecido conjuntivo chamadas de meninges. Estas lâminas de fora para dentro são a dura-máter, a aracnóide e a pia-máter. A aracnóide é separada da dura-máter por um espaço capilar denominado espaço sub-dural e da pia-máter pelo espaço subaracnóideo, onde circula o líquido cérebro-espinhal ou líquido que tem a função de proteção agindo como amortecedor e barreira para agentes invasores do SNC (KAWAMOTO, 2003; DÂNGELO e FANTTINI, 2005).

Sistema Nervoso Periférico (SNP) - Situa-se externamente ao SNC e é constituído por 12 pares de nervos cranianos e 31 pares de nervos espinais, é composto pelo sistema simpático e parassimpático que trabalham de forma antagônica regulando atividades como respiração, digestão e circulação (KAWAMOTO, 2003; DÂNGELO e FANTTINI, 2005).

O funcionamento do sistema nervoso é baseado nos estímulos recebidos e as respostas produzidas através da condução destas mensagens pelo sistema nervoso periférico (SNP) e interpretação através do sistema nervoso central (SNC) (KAWAMOTO, 2003; DÂNGELO e FANTTINI, 2005).

Como veremos a seguir algumas patologias neurológicas afetam determinadas áreas do SNC ou SNP ou alteram parte de seu funcionamento acarretando ao indivíduo uma série de seqüelas com eventuais necessidades de reabilitação ou cuidados permanentes.

4.2 Patologias Neurocirúrgicas – Aspectos Gerais

4.2.1 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH)

Segundo Felix, Martins e Dyniewicz (2007) os portadores de acidente vascular encefálico estão entre as faixas etárias maiores enquanto o traumatismo craniano e lesões de coluna entre os mais jovens. O acidente vascular encefálico é uma síndrome clínica descrita como déficit neurológico focal causado por alterações na circulação cerebral e com consequência nos aspectos cognitivos e sensoriomotor de acordo com a área afetada e sua extensão (UNE e BIANCHIN, 2004). É a terceira causa de morte mundial, no Brasil é apontada como a primeira causa de óbito entre adultos, é o AVC menos comum presente em cerca de 20% dos casos, sendo a primeira causa de incapacitação funcional no mundo devido às seqüelas e déficits neurológicos que acarreta ao paciente (POLESE et al, 2008).

O AVCH ocorre pela ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano causando sangramento dentro do parênquima cerebral (cerebelo ou tronco cerebral), esse sangue extravasado é responsável pelo aumento da pressão intracraniana. O diagnóstico desta síndrome é clínico baseado em uma avaliação criteriosa da condição neurológica do paciente, avaliando déficit motores e de sensorio, além de uma confirmação da hipótese através de exames de imagem, tomografia computadorizada e ressonância magnética permitindo a equipe responsável pelo atendimento identificar a área afetada. (SMELTZER e BARE, 2005)

Dentre as maiores causas do acidente vascular cerebral hemorrágico encontramos: Hemorragias hipertensivas, ateroscleróticas, aneurismas arteriais, más formações cerebrovasculares, hemorragia tumoral, distúrbios de coagulação, vasculopatias, trauma crânio encefálico. (SMELTZER e BARE, 2005)

O tratamento sempre será definido pela condição clínica do paciente e extensão da hemorragia cerebral, sendo na maioria dos casos realizado uma intervenção cirúrgica, craniotomia, para redução da pressão intracraniana e drenagem do hematoma formado pelo extravasamento de sangue no cérebro. (SMELTZER e BARE, 2005)

Dentre as prováveis seqüelas associadas ao Acidente Vascular Cerebral a partir do hemisfério cerebral afetado podemos encontrar: hemiplegia/hemiparesia, lentificação ou comportamento inseguro, defeito em campo visual, disfasia global, de expressão ou de recepção, déficit de entendimento, déficit de percepção espacial e atenção. (SMELTZER e BARE, 2005)

4.2.2. Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)

Os traumas mecânicos são a quarta causa de morte nos Estados Unidos e a principal causa de óbito entre 1 e 45 anos, sendo o TCE responsável por cerca de 40% dos óbitos (WERNER e ENGELHARD, 2007) . Em seu estudo em um hospital de referência da Baixada Santista (RJ), Sousa et al. (2004), mostrou que maioria das vítimas de TCE era do sexo

masculino, com idade entre 12 e 35 anos, mas com presença expressiva de idosos no grupo pesquisado. Entre as principais causas de TCE encontram-se vítimas de acidentes automobilísticos, quedas, assaltos e agressões, esporte/recreação e projétil de arma de fogo (JONES, 2006).

O trauma crânio encefálico é o principal determinante de óbito e seqüelas em politraumatizados, sendo por isso definido pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública (MELO et al., 2005). Diversos autores relatam a escassez dos estudos epidemiológicos sobre TCE inclusive em países desenvolvidos devido a problemas metodológicos. Os dados epidemiológicos são incompletos, pois não há informações que abranjam todos os pacientes traumatizados, tanto nos aspectos de morbidade como de mortalidade (KOIZUMI, 2000 e MELO et al., 2004)

Classificado em dois mecanismos de lesão, sendo as lesões primárias que ocorrem devido à biomecânica do trauma e as lesões secundárias que ocorrem segundo alterações estruturais encefálicas decorrentes de alterações sistêmicas do traumatismo (MOPPETT, 2007).

A **lesão primária** decorre de uma ação agressora ligada ao mecanismo do trauma. Podem ocorrer dois fenômenos biomecânicos, o impacto definido como uma quantidade de energia aplicada sobre determinada área, associada à intensidade e local do impacto (PAROLIN; OLIVEIRA; TEIXEIRA JR., 2007). As causas da lesão primária podem ser fraturas, contusões e lacerações da substância cinzenta e lesão axonal difusa, sendo esta última considerada uma das lesões mais graves (JONES, 2006).

A **lesão secundária** pode ser definida como lesões causadas no momento do trauma ou após certo período de tempo (WERNER; ENGELHARD, 2007). As principais lesões secundárias são os hematomas intracranianos, hipertensão intracraniana, lesão cerebral isquêmica (JONES, 2006; PAROLIN; OLIVEIRA; TEIXEIRA JR., 2007; PECLAT, 2004; GANONG, 1999).

A classificação do Trauma Crânio Encefálico conforme a intensidade divide-se em:

TCE Leve: Corresponde a cerca de 80% dos pacientes com trauma craniano, apresenta Escala de Coma de Glasgow (ECG) entre 13 e 15, acompanhado de relato de confusão ou síncope com achados neurológicos normal (imageamento cerebral normal), a recuperação inicia-se segundos após o trauma, porém os sintomas psicossensoriais (tontura,

ansiedade, apreensão), podem persistir por dias (FERREIRA et al., 2009, NASI, 2005 e PRADO, 2002).

TCE Moderado: O período de inconsciência dura mais ou menos uma hora após o trauma, a recuperação da orientação e do comportamento é lento com desorientação transitória, podem apresentar certo déficit neurológico focal com hemiparesia. O imageamento cerebral poderá apresentar contusões dispersas. Estes pacientes devem ser rigorosamente observados, pois 10 a 20% evoluem para coma, inicialmente com ECG entre 9 e 12 (FERREIRA et al., 2009, NASI, 2005 e PRADO, 2002).

TCE Grave: Inconsciência profunda desde o início. Resposta em postura de decerebração aos estímulos nocivos. Fixação pupilar bilateral, normalmente o imageamento mostra hemorragia craniana. Na aplicação da Escala de Coma de Glasgow este paciente apresenta valores entre 3 e 8 (FERREIRA et al., 2009, NASI, 2005 e PRADO, 2002).

Nos casos de TCE moderado e grave grande parte do tratamento é cirúrgico, resultando na descompressão intracraniana, muitas vezes com a retirada de parte da calota craniana além de drenagem dos possíveis hematomas cerebrais. As seqüelas em muito se assemelham as causadas pelo AVCH como vimos no item anterior.

4.2.3 Trauma Raquimedular (TRM)

O trauma raquimedular é definido como trauma direto ou indireto sobre a coluna vertebral, podendo ou não ocorrer lesões irreversíveis, acomete em geral indivíduos em idade produtiva, de 20 a 35 anos do sexo masculino. As lesões podem ser por distensão, compressão ou de secção medular através do mecanismo de tração ou hiperextensão da coluna cervical provocando paraplegia ou tetraplegia. (CINTRA, NISHIDE E NUNES 2008).

Dentre as causas mais comuns de ocorrência de TRM encontramos: acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, mergulhos em águas rasas, traumas na prática de

esportes, ferimento por arma de fogo e/ou arma branca e quedas acidentais. (CINTRA, NISHIDE E NUNES 2008).

As seqüelas das lesões medulares são inúmeras, estas lesões ser divididas em **lesão medular completa**, maior risco de perda total de sinal motor e sensório e de difícil recuperação, **lesão medular incompleta** onde há grande potencial de recuperação sensório-motora. O tratamento destas lesões baseia-se principalmente na correção cirúrgica através da fixação da vértebra fraturada (artrodese) e reabilitação motora. (NASI, 2005)

4.2.4 Tumores Cerebrais

Tumor cerebral é um crescimento anormal de células dentro do crânio que leva à compressão e lesão de células normais do cérebro. Geralmente esses tumores podem ser divididos em duas categorias: **Tumor cerebral primário**: quando o tumor tem origem dentro do próprio crânio ou **Tumor cerebral secundário ou tumor metastático**: quando o tumor tem origem em outro órgão e difunde-se por outros órgãos ou sistemas. (CINTRA, NISHIDE E NUNES 2008).

A classificação dos **tumores cerebrais primários** ocorre através da identificação das células que lhe dão origem, portanto os tumores podem originar-se das células cerebrais propriamente ditas, como os gliomas, astrocitomas, oligodendrogliomas e ependimomas, os originados nas meninges, são os meningiomas e os que se originam dos nervos que existem dentro do crânio, como os neurinomas. Os que se originam das células cerebrais ocasionam lesão das próprias células cerebrais, destruindo-as. Já os outros dois tipos, originados das meninges ou de nervos intracranianos, ocasionam danos pela compressão que causam no cérebro. (SMELTZER e BARE, 2005)

Os **tumores metastáticos** têm comportamento variado, depende do tumor de origem e do local de implantação no cérebro. Câncer de pulmão e câncer de mama são os que mais freqüentemente enviam metástases para o cérebro. Porém, teoricamente, qualquer órgão do

nosso organismo que desenvolva um tumor maligno pode fazer isso. A ordem de frequência é: pulmão, mama, rim, melanoma e intestino. (SMELTZER e BARE, 2005)

Os sinais e sintomas são muito variados e dependem, principalmente, do local da lesão. Podem incluir dor de cabeça, convulsões, fraqueza ou dormência em um dos lados do corpo, alterações da fala e da consciência. Geralmente, os sinais e sintomas se desenvolvem lentamente, mas costumam ser crescentes e progressivos. (SMELTZER e BARE, 2005)

O diagnóstico é feito através do exame neurológico realizado pelo médico e por exames complementares, especialmente a Ressonância Magnética (RM) ou a Tomografia Computadorizada (TC), sem ou com contraste. (SMELTZER e BARE, 2005)

Conforme o tipo e localização da lesão além da idade e estado de saúde do paciente, a equipe assistencial define como deverá ser o protocolo de tratamento instituído. Os tumores cerebrais, benignos ou malignos, na maioria das vezes, necessitam de cirurgia. O objetivo principal do tratamento cirúrgico é a remoção total da lesão, quando possível. Em alguns tipos específicos de tumores malignos, após a cirurgia, pode ser indicada uma complementação com radioterapia e/ou quimioterapia. (SMELTZER e BARE, 2005)

Existem alguns casos especiais de tumores cerebrais que podem apenas ser acompanhados com exames de RM ou TC, sem necessidade de cirurgia imediata. Neste tipo de situação o paciente realiza os exames periodicamente, de acordo com a indicação do médico e pode ser operado no futuro, se necessário. (SMELTZER e BARE, 2005)

4.3 Atendimento em grupo e o papel da enfermagem

Na relação entre o enfermeiro e o cuidador familiar deve-se fazer presente um espaço de educação, no qual o cuidado seja executado 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. O cuidado acontece com o compartilhamento com o outro, ou seja, aquele que cuida necessita de capacidade de compreensão do outro em seu mundo de sua vida e, dessa forma, potencializar a sua capacidade para a busca de soluções dos problemas a partir dos significados, conceitos e crenças que possui. (MACHADO, JORGE e FREITAS, 2009)

A equipe de enfermagem necessita de instrumentos de cuidado que facilite o processo de adaptação da família a nova situação. Dentre esses instrumentos podemos destacar a criatividade e a sensibilidade do profissional para promover a capacitação dos cuidadores que irão colaborar diretamente com a equipe de saúde possibilitando a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. (MACHADO, JORGE e FREITAS, 2009)

A equipe interdisciplinar, em especial a enfermagem tem o desafio de elaborar estratégias de aproximação com essas pessoas. Conforme Machado, Jorge e Freitas, 2009, a sugestão é a formação de grupos de apoio aos cuidadores e o fortalecimento dos que já existem. O que acarreta a construção de espaços para o diálogo, a exposição de dificuldades, o esclarecimento de dúvidas e prática do acolhimento.

Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde. (SOUZA, WEGNER e GORNI, 2007) A educação em saúde trabalha com grupos, enfatizando que é por meio deles que pode ocorrer a troca de experiências e concepções em determinada coletividade/realidade. (SOUZA, WEGNER e GORNI, 2007)

Segundo Zimerman (1997), o conceito de grupo é muito vaga e imprecisa, podendo ser designação para um amplo “leque” de acepções, tanto define concretamente um conjunto de três pessoas como também uma família, uma turma ou uma gangue de formação espontânea. Portanto um grupo não é um mero somatório de indivíduos, mas a constituição de uma nova entidade, com mecanismos próprios e específicos.

Dentro desta organização, o grupo, o educador em saúde, neste caso a equipe multiprofissional, tem o papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, sendo que os indivíduos têm o poder (*empowered*) e a autonomia de escolher alternativas. (SOUZA, WEGNER e GORNI, 2007). É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a trans-disciplinaridade ente os distintos

saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. Para educar em saúde, se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade. (MACHADO *et al*, 2007)

4.4 Caracterização do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor (HCR)

Criada em Abril de 2006 a linha de Cuidado em Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor atua na recuperação e reabilitação de pacientes sob cuidados neurocirúrgicos por meio de equipe multidisciplinar, Médicos, Enfermeiros, Nutrição, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Dentre os programas atendidos por esta linha de cuidado estão incluídos: Programa de Atenção ao Paciente com Tumor Cerebral e/ou Medular; Programa de Atenção ao Paciente com Traumatismo Raquimedular, Programa de Atenção ao Paciente com AVE (Acidente Vascular Encefálico), Aneurisma e Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) e Programa de Atenção aos Pacientes com Doenças Neurocirúrgicas de Coluna.

A unidade de internação neurocirúrgica (2º andar HCR) dispõe de 70 leitos que recebem pacientes portadores de patologias neurológicas, oriundos das mais diversas localidades que acessam o serviço através das diferentes “portas de entrada” do sistema de saúde – urgência/emergência do hospital, referenciados de unidades básicas de atendimento ou pela central de regulação de leitos. Dentre os pacientes internados grande parte apresenta como diagnóstico principal o AVE hemorrágico, seguido dos casos de trauma crânio encefálico e os hematomas crânio-encefálico.

Durante sua internação, estes usuários recebem atendimento de uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, assistência social e psicologia) centrada na resolutividade do seu problema de saúde com excelência e eficiência, buscando a redução das possíveis seqüelas e incapacidades funcionais que os problemas neurológicos acarretam e a precocidade da alta hospitalar. Apesar de todos os

esforços e recursos empregados grande número destes pacientes retorna ao seu domicílio com alguma seqüela ou incapacidade funcional e necessitará de cuidados contínuos.

5 Procedimentos Metodológicos

5.1 Delineamento do Estudo

Será realizado um estudo de prevalência quantitativo, descritivo e exploratório.

Para Prodanov e Freitas (2009, p.80-81)

Pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e técnicas estatísticas. [...] Essa forma de abordagem é empregada em vários tipos de pesquisas, inclusive nas descritivas, principalmente quando buscam a relação causa-efeito entre os fenômenos.

5.2 Local do Estudo

Este estudo será desenvolvido na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor, pertencendo ao Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, hospital este de alta complexidade especializado no atendimento ao trauma e referência estadual neste tipo de atendimento.

5.3 População/Amostra

Fletcher, Fletcher e Wagner (2003) apresentam como definição de população um grande grupo formado de pessoas com características comuns.

Neste estudo serão incluídos os profissionais participantes da equipe assistencial da unidade de neurocirurgia, pacientes neurocirúrgicos com previsão de alta hospitalar e com necessidade de cuidados contínuos em seu domicílio e seus respectivos familiares/cuidadores leigos, de ambos os sexos, com idade igual ou maior de 18 anos, no período de Janeiro de 2012 e Agosto de 2012.

Estimando-se que a média/mês de novos atendimentos no serviço de neurologia seja de 50 pacientes - informações da Secretaria do serviço - e que a coleta de dados seja feita em 8 meses, projeta-se avaliar no mínimo 25 pacientes ao mês (50%) e manter o acompanhamento dos familiares por pelo menos 4 encontros após o desenvolvimento da cartilha.

5.4 Critérios de Inclusão/ Exclusão

Serão incluídos os profissionais participantes das equipes responsáveis pelo atendimento durante a internação hospitalar, sendo estas equipes: Enfermagem, Médica, Fonoaudiologia, Nutricional, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia e Assistência Social além dos pacientes neurocirúrgicos que necessitem de cuidados contínuos após alta hospitalar e seus cuidadores leigos/ familiares, com 18 anos ou mais de idade e que após convite por parte da equipe assistencial aceitem em participar dos encontros propostos conforme cronograma e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B).

Serão excluídos profissionais e cuidadores leigos/familiares que não participem dos encontros propostos e/ou que se recusem a assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como pacientes que não apresentem informações completas e/ou suficientes em prontuário médico para coleta de dados.

5.5 Métodos

Este projeto de intervenção será desenvolvido em duas etapas descritas a seguir:

1ª Etapa

As equipes de Enfermagem, Médica, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Assistência Social e Psicologia responsável pelo atendimento aos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do HCR serão convidadas pela pesquisadora a realizar quatro encontros conforme cronograma em anexo (Apêndice C) em Janeiro/2012 na sala de estudos da Unidade de Neurocirurgia do HCR com o objetivo de organização e confecção de uma cartilha educativa para os cuidadores leigos além da organização de agendamento para realização dos encontros do grupo educativo para cuidadores domiciliares.

2ª Etapa

Conforme organização e identificação prévia por parte da equipe serão realizados convites para familiares/cuidadores de pacientes com previsão de alta hospitalar e que apresentem necessidade de cuidados contínuo como o manejo de sondas, realização de curativos e cuidados com úlceras de pressão, mobilização no leito e cuidados fisioterápicos, medicações contínuas entre outros para participação dos encontros do grupo de educativo que será realizado na sala de estudo da unidade de neurocirurgia no 2º andar do Hospital Cristo Redentor, conforme cronograma previamente organizado pela equipe multidisciplinar participante da atividade.

Durante o desenvolvimento das atividades educativas do grupo serão coletados dados para identificação do perfil dos pacientes participantes utilizando o Instrumento 1 de coleta, elaborado pela pesquisadora constituído de roteiro estruturado com questões fechadas e abertas (Apêndice D), que será preenchido a partir da utilização do prontuário médico para coleta de dados e identificação do perfil dos pacientes além da aplicação do mesmo instrumento ao familiar/cuidador participante do grupo seu completo preenchimento.

Sendo cada ficha numerada em ordem crescente, sem identificação de nome ou número de prontuário do paciente mantendo assim a privacidade e sigilo dos participantes do estudo e com o objetivo de coletar os seguintes dados dos pacientes : idade, sexo, data da internação, tipo de lesão, patologias pré-existentes, utilização de sondas para alimentação, utilização de sonda vesical ou necessidade de sondagem vesical de alívio, eliminações em fralda, questões relacionadas a locomoção, utilização de cadeira de rodas, andador ou muletas.

Ainda durante a realização dos encontros será utilizado um formulário (Apêndice E) desenvolvido pela pesquisadora onde será acompanhada a frequência de presença dos cuidadores/familiares as atividades propostas do grupo educativo, onde o cuidador será identificado somente pelo número utilizado na numeração das fichas de pesquisas dos dados sócio-demográfico dos pacientes.

O início da coleta de dados está previsto para o primeiro semestre de 2012, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC) onde será realizado o estudo.

5.6 Análise e Apresentação dos Dados

A análise de dados ocorrerá por estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média, desvio padrão, mediana, frequência relativa e absoluta). Após a coleta dos dados, os mesmos serão compilados em planilha eletrônica em MS Excel versão 2007. A análise estatística dos dados será realizada com apoio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18.0.

Os resultados do estudo serão apresentados em tabelas ou gráficos e discutidos com o

referencial teórico pertinente ao assunto. Todas as perguntas abertas nos devidos instrumentos de coleta de dados serão descritas como “informações complementares”.

5.7 Aspectos Éticos

Este projeto atenderá a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), assegurando a confidencialidade e a privacidade dos dados, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das Instituições.

Este trabalho será submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição onde será realizado o estudo. A coleta de dados terá início após a aprovação deste comitê.

Os familiares/cuidadores e profissionais participantes desta pesquisa serão recrutados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e serão informados de todos os procedimentos. Os mesmos receberão uma cópia do TCLE, ficando outra cópia sob cuidados da pesquisadora.

A pesquisadora compromete-se com a utilização dos dados oriundos da observação e entrevistas para fins de elaboração da monografia de conclusão de curso e poderá apresentar os resultados do estudo em eventos científicos, mantendo a identificação dos sujeitos sob anonimato, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os dados coletados ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 196/96 e após serão destruídos.

6 DIVULGAÇÃO

Os dados da pesquisa serão utilizados na elaboração da monografia para obtenção do grau de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, sendo esta

monografia apresentada à banca examinadora e comissão científica da Escola Grupo Hospitalar Conceição. Esta pesquisa poderá ser divulgada através de feiras e eventos de iniciação científica, publicação em periódicos da área de saúde, mantendo o sigilo dos sujeitos, cujos prontuários fizerem parte do estudo.

Ao término da pesquisa, será entregue cópias impressas da monografia a equipe da Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor e Centro de Resultados da Enfermagem do Hospital Cristo Redentor. Será entregue exemplares da pesquisa concluída ao Centro de Documentação e Gerência de Pesquisa e Ensino (GEP) do Grupo Hospitalar Conceição para consulta dos interessados

7 CRONOGRAMA

A seguir, apresenta-se o plano de execução das atividades:

| ETAPAS | 2011 | 2011 | 2011 | 2011 | 2011 | 2012 | 2012 |
|--|------|------|------|------|------|----------|----------|
| | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN- AGO | SET- DEZ |
| Elaboração do projeto de pesquisa | X | X | X | | | | |
| Revisão da literatura | X | X | X | X | X | X | X |
| Apresentação do projeto de pesquisa | | | | | X | | |
| Apreciação do CEP | | | | | X | X | |
| Coleta de dados | | | | | | X | |
| Análise e interpretação de dados | | | | | | | X |
| Elaboração e divulgação dos resultados | | | | | | | X |

8 ORÇAMENTO

A seguir, apresenta-se a previsão orçamentária para execução do estudo:

| Recursos Humanos | Valor em Reais R\$ |
|--------------------------------------|---------------------------|
| - Digitação e Formatação | 100,00 |
| - Revisão ortográfica | 84,00 |
| - Versão | - |
| - Tradução | - |
| Total parcial | 184,00 |
| | |
| Recursos materiais | |
| - Papel A4 | 50,00 |
| - Tinta para impressora | 20,00 |
| - Transporte | 90,00 |
| - Encadernação (3 unid.) | 9,00 |
| - Cópias xerográficas | 60,00 |
| - Busca de artigos em banco de dados | - |
| - CD-ROM | 2,00 |
| Total parcial | 229,00 |
| | |
| Total | 415,00 |

OBS: Os custos deste estudo são de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Janaina Pasquali

REFERÊNCIAS

1. SOUZA, L. M. de; WEGNER, W. e GORIN, M. I. P. C.. Educação em saúde: Uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 15, n.2, p. 219-228, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.
2. SCHÄFER, P.S.; MENEGOTTO, L. O e TISSER, L. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Ciência e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 202-215, 2010. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724960>> . Acesso em: 01 nov. 2011.
3. WERNER, C.; ENGELHARD, K. Pathophysiology of traumatic brain injury. **British Journal of Anaesthesia**, London, v.99, n.1, p.4-9, mês. 2007. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/99/1/4>>. Acesso em: 30 mar. 2009.
4. GONÇALVES, A. M. T et al. Aspectos epidemiológicos da lesão medular traumáticas na área de referencia do Hospital Estadual Mario Covas. **Arq. Med. ABC**. São Paulo, v. 32, n.2, p. 64-66, 2007. Disponível em: <<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/32amabc064.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2011.
5. SOUZA, R.G et al, Alterações neurológicas e grau de dependência de enfermagem em pacientes com tumores intracranianos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 28, n.2, p. 180-86, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/3161>> Acesso em: 01 nov. 2011.
6. LACERDA, M. R. e OLINISKI, S. R.. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v.26, n. 1, p. 239-48, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402499&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01. Nov. 2011.
7. GOMES, W. D. e RESCK Z. M. R. A. Percepção dos Cuidadores domiciliares no Cuidado a Clientes com Sequelas Neurológicas. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 496-501, Out./Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a07.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.
8. MERHY, E. E. Porque gerenciar o cuidado? Texto retirado da tese de livre docência **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Unicamp. Campinas. 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-28.pdf>> Acesso em: 06 set. 2011.
9. _____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.(org); MATTOS, R. A.. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.
10. CECÍLIO L. C. O, MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

11. CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Capítulo 23 Acidente Vascular Cerebral, Trauma Cranioencefálico, Trauma Raquimedular, Neuromiopias – Aspectos Gerais. In: _____. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo** 2.ed. São Paulo: Editora Ateneu, 2008. p 391-406
12. KAWAMOTO, E. E. Capítulo 4 – Sistema Nervoso. In: _____. **Anatomia e Fisiologia Humana**. 2ª Ed. Rev. Ampl. São Paulo: EPU, 2003. p 27 – 40
13. DÂNGELO, J. G. e FANTTINI, C. A. Capítulo V – Sistema Nervoso. In: **Anatomia Humana Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p 52-88
14. UNE, D. S e BIANCHIN M. A. A Importância do Cuidador em Pacientes Portadores de Acidente Vascular Cerebral. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Paulo v. 12, n. 2, p. 101-04, 2004. Disponível em: <<http://cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/183/140>>. Acesso em: 28 set. 2011
15. POLESE, J.C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurociência**. São Paulo v. 16, n.3, p. 175-78, 2008. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2003/Pages%20from%20RN%2016%2003-3.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.
16. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Unidade IV Saúde neurológica e Sensorial, capítulo 15 Distúrbios neurológicos. In: **Brunner e Sudarth:: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P. 425- 492
17. JONES, H. R. J. **Neurologia de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
18. MELO, J. R. T. et al. Fatores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma cranioencefálico. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.63, n.4, p.1054-1057, dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a26v63n4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2009
19. _____. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.63, n.3, p.711-715, dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/anp/v62n3a/a27v623a.pdf>. Acesso em: 20. Dez. 2009.
20. KOIZUMI, M. S. et al. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.58, n.1, p.81-89, mar. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/anp/v58n1/1262.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2009
21. MOPPETT, I. K. Traumatic brain injury: assessment, resuscitation and early management. **British Journal of Anaesthesia**, Inglaterra, v.99, n.1, p.18-31, jul. 2007. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/99/1/18>> Acesso em: 28 mar. 2009.
22. PAROLIN, M. K. F; OLIVEIRA, B. F. M.; TEIXEIRA J. R. **Trauma Atendimento Pré-Hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
23. PECLAT, K. C. **Traumatismo Cranioencefálico**. 2004. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/variedades/trauma_cranio.htm>. Acesso em: 03 maio 2009.
24. GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. 19 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 1999.
25. FERREIRA, M. et al. **Assistência de enfermagem prestada a vítima de traumatismo crânio-encefálico em jovens e adultos**. 2009. Disponível em:

- <http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo023.pdf>. Acesso em: 02 maio 2009.
26. NASI, N. A. **Rotinas em Pronto Socorro**. 2 ed. Porto alegre: Artmed, 2005.
 27. PRADO, A. L. C. **Trauma Crâneo Encefálico (TCE)**, 2002. Disponível em: <<HTTP://www.alucianeuro.hpg.ig.com.br/trauma.htm>>. Acesso em: 03 maio.2009.
 28. MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B. e FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vitima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, p. 246-51, mar./abr. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a12v62n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.
 29. ZIMERMAN, D. E. Parte 1 – Revisão Geral sobre Grupos. 1. Fundamentos teóricos. In: _____. **Como trabalhamos com grupos** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 23-31, 1997.
 30. MACHADO, M. DE F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 335-4, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 24 ago. 2011.
 31. PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2009
 32. MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Capítulo 2 Fase exploratória da pesquisa**, 2ª Ed. HUCITEC – ABRASCO – SP/RJ, 1993. p. 89-104
 33. GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: Projetos e Relatórios**. São Paulo, SP: Loyola, 2003.
 34. VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70 jan./abr. 2002.
 35. FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H., **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 36. DESLANDES, S. F. et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. **Capítulo I Ciência, técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. Petrópolis/RJ: vozes, 1994.
 37. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em seres Humanos**, 1996.

APÊNDICES

| |
|---|
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidadores/Familiares |
|---|

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa institucional intitulada “GRUPO EDUCATIVO PARA CUIDADORES DOMICILIARES DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS”. O objetivo principal desta pesquisa é o desenvolvimento de um grupo de educação em saúde para familiares e/ou cuidadores leigos de pacientes neurocirúrgicos com necessidade de cuidados contínuos, este tema tem sua importância destacada pela necessidade de auxiliar o aprendizado da prática dos cuidados domiciliares em pacientes neurocirúrgicos portadores de necessidades crônicas.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira Janaina Pasquali orientada pela Nutricionista Aline Marcadenti. Para alcançar os objetivos do estudo você deverá participar dos encontros propostos na unidade de neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor. Esses encontros serão realizados quinzenalmente e durarão aproximadamente 1 (uma) hora. Além de participar dos encontros, você deverá responder a um questionário com questões referentes aos cuidados dispensados no domicílio ao paciente.

Os seus dados de identificação e de seu familiar serão reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Os seus dados de identificação

EU _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro também que fui informado:

- Da total garantia de que qualquer pergunta ou esclarecimentos acerca desta pesquisa e dos assuntos relacionados a ela serão respondidos de forma clara pela pesquisadora.
- De que a participação neste estudo é voluntária e que terei total liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento deixando de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo para minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que a utilização das informações serão somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- De que em caso de dúvidas ou novos questionamentos sobre este projeto de pesquisa e sua condução poderei entrar em contato com a pesquisadora: Janaina Pasquali (51) 3357. 4100 ramal 4186, endereço: Av. Domingos Rubbo, 457 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS ou Aline Marcadenti (51) 3357.22 76, endereço: Av. Francisco Trein, 457 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS.

- Em caso de dúvidas quanto a questões éticas o Dr. Daniel Demetrio da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407.

Declaro que recebi copia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Nome completo (legível):

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Nome completo (legível):

Data: ____/____/____

Sujeito de pesquisa analfabeto:

Este formulário foi lido para _____

_____ em ____/____/____ pelo
_____ enquanto eu estava
presente.

Assinatura da Testemunha

Nome:

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa institucional intitulada “GRUPO EDUCATIVO PARA CUIDADORES DOMICILIARES DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS”. O objetivo principal desta pesquisa é o desenvolvimento de um grupo de educação em saúde para familiares e/ou cuidadores leigos de pacientes neurocirúrgicos com necessidade de cuidados contínuos, este tema tem sua importância destacada pela necessidade de auxiliar o aprendizado da prática dos cuidados domiciliares em pacientes neurocirúrgicos portadores de necessidades crônicas.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira Janaina Pasquali orientada pela Nutricionista Aline Marcadenti. Para alcançar os objetivos do estudo você está sendo convidado a participar de uma série de encontros que serão desenvolvidos na unidade de neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor para construção de material educativo interdisciplinar que será utilizado nas atividades desenvolvidas durante os encontros do grupo educativo, além de participar das atividades desenvolvidas com os cuidadores/familiares durante as reuniões do grupo educativo. Esses encontros serão previamente agendados, com duração média de 1 (uma) hora, quinzenalmente.

Os seus dados de identificação serão reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro também que fui informado:

- Da total garantia de que qualquer pergunta ou esclarecimentos acerca desta pesquisa e dos assuntos relacionados a ela serão respondidos de forma clara pela pesquisadora.
- De que a participação neste estudo é voluntária e que terei total liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento deixando de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo para minha vida pessoal e ou profissional dentro da instituição que se desenvolve este projeto de pesquisa.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que a utilização das informações serão somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- De que em caso de dúvidas ou novos questionamentos sobre este projeto de pesquisa e sua condução poderei entrar em contato com a pesquisadora: Janaina Pasquali (51) 3357. 4100 ramal 4186, endereço: Av. Domingos Rubbo, 457 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS ou Aline Marcadenti (51) 3357.22 76, endereço: Av. Francisco Trein, 457 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS.

- Em caso de dúvidas quanto a questões éticas o Dr. Daniel Demetrio da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407.

Declaro que recebi copia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Nome completo (legível):

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Nome completo (legível):

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – Cronograma de Encontros da Equipe Multidisciplinar para Organização da Cartilha Educativa e Atividades do Grupo de Cuidadores Domiciliares de Pacientes Neurocirúrgicos

| Janeiro 2012 | | |
|---------------------|-------------|--|
| Data | Encontro | Atividade Proposta |
| 04/01/12 | 1° Encontro | Apresentação do projeto de pesquisa, identificação dos profissionais participantes de cada equipe assistencial e organização das atividades dos próximos encontros |
| 11/01/12 | 2° Encontro | Definição do conteúdo de cada equipe na cartilha |
| 18/01/12 | 3° Encontro | Estruturação da cartilha e encaminhamentos para os encontros com os cuidadores |
| 25/01/12 | 4° Encontro | Identificação dos possíveis familiares e/ou cuidadores para participação dos encontros e finalização da organização dos temas a serem abordados. |

APÊNDICE D - Instrumento para coleta de dados do Perfil do Paciente

| | | |
|----------------------------|---|---------------------------------------|
| Ficha de coleta nº: _____ | | Data da Coleta: ___/___/___ |
| Idade: | | Data da Internação: ___/___/___ |
| Sexo: | (1) Masculino | (2) Feminino |
| Grau de Escolaridade: | Alfabetizado? | (1) Sim (2) Não |
| Se sim: | | |
| Quantos anos de Estudo? | (1) 1 a 5 anos (3) 10 a 13 anos | (2) 6 a 9 anos (4) 14 anos ou mais |
| Trabalha? | (1) Sim (2) não | Qual atividade profissional? _____ |
| Se Não: | Aposentado? | (1) Sim (2) Não |
| Renda Familiar: | (1) menos de 1 salário mínimo (2) de 1 a 3 salários mínimos (3) Acima de 3 salários mínimos | |
| Tipo de Lesão? | (1) TRM (3) AVCH (5) Outras | (2) TCE (4) Tumor Quais? _____ |
| Patologias Pré existentes: | (1) sim (2) Não | Quais? _____ |
| Sonda para alimentação: | (1) Sim (2) Não | Qual? |
| Sonda Vesical de Demora? | | |
| | (1) Sim | (2) Não |
| Sondagem Vesical de | | (2) Não |

| | | |
|---------------------------|---------|--------------------|
| Alívio? | (1) Sim | |
| Eliminações em Fralda? | (1) Sim | (2) Não |
| Úlceras de Pressão? | (1) Sim | Localização: _____ |
| | (2) Não | |
| Curativos? | (1) Sim | Localização: _____ |
| | (2) Não | |
| Traqueostomia? | (1) Sim | (2) Não |
| Utilização de | | |
| Oxigenoterapia? | (1) Sim | Via? _____ |
| Acamado? | (1) Sim | (2) Não |
| Utiliza Cadeira de rodas? | (1) Sim | (2) Não |
| Andador para locomoção? | (1) Sim | (2) Não |
| Muletas para locomoção? | (1) Sim | (2) Não |

APÊNDICE E - Instrumento para acompanhamento da presença dos cuidadores/familiares aos encontros

| Encontro n° | | |
|---|----------|---------|
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |
| Ficha N° | Presença | |
| | Sim | Não |
| Se não: Justificou a ausência? | (1) Sim | (2) Não |
| Se Justificou: qual motivo da ausência? | | |