

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

TATYANE DE FREITAS BEZERRA

**DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO
NEUROLÓGICO DE PACIENTES ALCOOLIZADOS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO
CRÂNIOENCEFÁLICO**

MOSSORÓ
2017

TATYANE DE FREITAS BEZERRA

**DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO
NEUROLÓGICO DE PACIENTES ALCOOLIZADOS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO
CRÂNIOENCEFÁLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides

MOSSORÓ
2017

B469d

Bezerra, Tatyane de Freitas

Diretrizes de enfermagem para a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânioencefálico. / Tatyane de Freitas Bezerra – Mossoró, 2017. 55f.

Orientador: Prof^o. Esp. Diego Henrique Jales Benevides.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Trauma Craniano. 2. Escala de Coma de Glasgow. 3. Alcoolismo. I. Título.

CDU: 616.8:351.761.1

TATYANE DE FREITAS BEZERRA

**DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO
NEUROLÓGICO DE PACIENTES ALCOOLIZADOS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO
CRÂNIOENCEFÁLICO**

Monografia apresentado pela aluna TATYANE DE FREITAS BEZERRA do curso de bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Dr. Wesley Adson Costa Coelho (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Gildemberton Rodrigues de Oliveira
MEMBRO

Dedico esta monografia a Deus e a minha família, bem como todas as demais conquistas, vocês foram peças fundamentais para que eu tenha chegado até aqui. A vocês devo a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Todos nós temos sonhos que nos despertam o desejo de viver e de acreditar em nossa caminhada. Quando encontramos um desafio, descobrimos que a realização de nossos sonhos vem pela luta, esforço, persistência e, quando tudo parece impossível, percebemos que podemos ir muito mais longe depois de pensar que não podemos mais, pois nada termina, até o momento em que se deixa de tentar. A caminhada foi longa, parecia não ter fim, não foi fácil, mas seria impossível sem Deus e meus pais que me deram a vida e me ensinaram a viver com dignidade. De Deus vem tudo o que sei, tudo o que sou e tenho. É ele o meu maior mestre.

Agradeço primeiramente a **Deus** Senhor de tudo, que com seu amor e misericórdia me concedeu o dom da vida e que em todos os momentos da minha existência, me segura pela mão e demonstra de várias maneiras que me ama e está comigo.

Agradeço aos meus pais por toda dedicação, apoio, incentivo e luta para que eu chegasse até aqui, vocês se sacrificaram, se dedicaram, abdicaram de tempo e de muitos projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional, mas também pessoal. Eu agradeço a vocês, como agradeço pela vida que me deram, e por serem os melhores pais do mundo. Eu dedico este título a vocês. Obrigada meu pai e minha mãe! Sem vocês, nada disso seria possível. Eu amo muito vocês. Vocês me educaram com amor, se dedicaram à minha educação como ser humano, me deram amor. Vocês fizeram de mim a pessoa que hoje sou, e eu só tenho motivos para agradecer ao meu pai **Francinildo Bezerra** a quem abdica de todas as suas madrugadas de sono para me dá o melhor, a minha mãe **Francileide Freitas** por toda preocupação e todo o esforço para que no fim tudo desse certo, vocês são o meu maior orgulho!

Agradeço a minha irmã **Tissiany Bezerra**, por estar presente em todas etapas da minha vida, obrigada por todo o apoio que me destes e por toda preocupação sendo minha segunda mãe, você será meu espelho como profissional, alguém em quem irei me espelhar todos os dias, obrigada por todo o incentivo.

Agradeço a toda a minha família por aos demais familiares por estarem presentes nessa caminhada e que contribuíram de várias maneiras para que eu chegasse até aqui!

Agradeço ao meu namorado **Vinicius Ferreira** por todo companheirismo, carinho e atenção nos momentos que mais precisei, agradeço pela paciência quando eu estava nos dias de estresse, obrigada por acreditar em mim e por sempre me abraçar de forma confortante passando confiança que eu seria capaz de chegar até aqui. A minha sogra **Marcia Araújo** por todos os conselhos e preocupação com o meu futuro, acreditando sempre no meu potencial, a **Jucier Amorim** por também fazer parte dessa trajetória. Vocês fazem parte de mim!

Meus agradecimentos também aos colegas de sala pelo companheirismo e pela amizade gerada e mantida nesses anos: **Silvana, Luane, Gabrielly, Yngrid, Brenda, Samara, Juliana, Lídia.**

Não poderia deixar de citar aqueles que me ajudaram nessa caminhada, para que eu pudesse conciliar duas faculdades: **Beatriz Moraes, Nalana Thaise e Josaias Oliveira** , a você minha gratidão por toda a ajuda nessa caminhada.

E por fim, aos meus orientadores e participantes de banca: **Diego Jales, Gildemberton Rodrigues, Wesley Adson**, agradeço por toda dedicação e conhecimento transmitido, sendo isso peça fundamental para a conclusão de tudo isso! Vocês acreditaram em mim, me ouviram pacientemente as minhas considerações partilhando comigo suas ideias, conhecimento e experiências. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela competência de vocês. Enfim, consegui! E que essa seja a primeira de muitas etapas vencidas!

A Deus toda honra e toda Glória!

Os sonhos não determinam o lugar onde vocês vão chegar, mas produzem a força necessária para tirá-los do lugar em que vocês estão. Sonhem com as estrelas para que vocês possam pisar pelo menos na Lua. Sonhem com a Lua para que vocês possam pisar pelo menos nos altos montes. Sonhem com os altos montes para que vocês possam ter dignidade quando atravessarem os vales das perdas e das frustrações. Bons alunos aprendem a matemática numérica, alunos fascinantes vão além, aprendem a matemática da emoção, que não tem conta exata e que rompe a regra da lógica. Nessa matemática você só aprende a multiplicar quando aprende a dividir, só consegue ganhar quando aprende a perder, só consegue receber, quando aprende a se doar.

Augusto Cury

RESUMO

O estudo discute sobre o trauma crânioencefálico (TCE), sendo ele uma das principais causas de morbimortalidade e considerado grande problema de saúde pública. O TCE ocorre devido uma pancada ou abalo violento sobre o crânio, que ocasiona uma agressão ao cérebro provocando alteração no nível de consciência, habilidades cognitivas e físicas. A avaliação do rebaixamento do nível de consciência é feita mundialmente utilizando-se a Escala de Coma de Glasgow (ECGL), a qual analisa três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal, obtidos por vários estímulos, desde atividade espontânea e estímulos verbais até estímulos dolorosos. Um paciente vítima de TCE, já possui chances de alterações na obtenção de respostas cognitivas e perceptivas em virtude dos danos causados pelo mecanismo do trauma em si. Se além disso, ele estiver alcoolizado terá suas respostas prejudicadas ainda mais em virtude do efeito do álcool, dificultando assim a obtenção do resultado preciso. Este trabalho tem como objetivo estabelecer as diretrizes de enfermagem para a avaliação de pacientes alcoolizados vítimas de TCE. Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/ RN. A amostra participante é composta de 11 enfermeiros com titulação mínima de mestrado que julgaram as diretrizes de enfermagem para a avaliação de pacientes alcoolizados vítimas de TCE. A construção e validação do instrumento realizou-se em duas etapas, a primeira com a construção do instrumento sobre as diretrizes e a segunda à submissão desde a validação. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do CEP. Os dados foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem obtidos através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0. A pesquisa obedeceu todas as recomendações, preconizadas pelas resoluções 466/12 e 311/07, do conselho nacional de saúde. Nos resultados da pesquisa esteve, gênero sexo feminino (63,6%), titulação 90,9 % mestres, faixa etária 31 a 40 anos (54,5%), experiência "até 05 anos" (45,5%). Dos itens avaliados 9 (nove) atingiram valores de IVC considerados adequados e que 10 obtiveram valores menores de 0,8. O resultado final mostrou ainda a relevância imensurável da inserção da avaliação do estado neurológico, a partir da escala de coma de Glasgow. Pode-se concluir que o instrumento encontra-se validado em seu conteúdo e apto a ser utilizado no serviço de saúde. Considera-se que o Instrumento de avaliação construído, possui validade de conteúdo sendo compatível ao fim a que se propõe.

Descritores: Trauma craniano. Escala de coma de Glasgow. Alcoolismo.

ABSTRACT

This study discusses the traumatic brain injury (TBI), being one of the main causes of morbimortality and considered a major public health problem. The TBI occurs due to a violent blow or shock on the skull, which causes an aggression to the brain, thus altering the consciousness level, cognitive and physical abilities. The evaluation of the consciousness level decrease is made worldwide using the Glasgow Coma Scale (GCS), which analyzes three parameters: ocular opening, motor reaction and verbal response, obtained by various stimuli, from spontaneous activity and verbal stimuli to painful stimuli. A patient who is a victim of TBI already has a chance of altering the achievement of cognitive and perceptual responses due to the damage caused by the trauma mechanism itself. If, in addition, he is drunk he will have his responses hindered even more by the effect of the alcohol, making it difficult, in this way, to obtain a precise result. This study aims to establish the nursing directives for the evaluation of alcoholic patients, victims of TBI. This is a methodological research of quantitative approach. The research was carried out at the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró - FACENE / RN. The participating sample is composed of 11 nurses with a minimum of master degree who judged the nursing directives for the evaluation of alcoholic patients, victims of TBI. The construction and validation of the instrument was carried out in two stages, the first with the construction of the instrument of the directives and the second one for the submission since the validation. Data collection was done after the approval of the Research Ethics Committee. Data were expressed as mean and standard deviation, as well as minimum, maximum, simple frequency and percentage values obtained through the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 20.0. The research complied with all the recommendations, in accordance with resolutions 466/12 and 311/07, of the National Health Council. It was obtained as a result in the characterization of the participants of the research: female gender (63.6%), master degree (90.9%), age group 31 to 40 years (54.5%), and "up to 05 years" experience (45.5%). Of the evaluated items, 9 reached Content Validation Index values considered adequate and 10 obtained values less than 0.8. The final result also showed the immeasurable relevance of the insertion of neurological status assessment, from the Glasgow Coma Scale. It can be concluded that the instrument is validated in its content and suitable for use in the health service. It is considered that the Instrument of Evaluation once built, has valid content and appearance and is currently compatible with its purpose.

Keywords: Brain trauma. Glasgow Coma Scale. Alcoholism.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização e justificativa	11
1.2 Hipóteses	12
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo geral	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Caracterização do estado de consciência	14
2.2 Ativação cortical pelo sistema ativador reticular ascendente – sara	14
2.3 Trauma crânio encefálico	15
2.3.1 Epidemiologia do TCE	16
2.4 Método de avaliação do nível de consciência: escala de coma de Glasgow – ECGL	17
2.5 O efeito do álcool no sistema nervoso central	20
2.6 Considerações sobre a validação	20
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	22
3.1 Tipo da pesquisa	22
3.2 Local da pesquisa	22
3.3 População e amostra	22
3.4 Delineamento da pesquisa	23
3.4.1 Construção e validação de instrumento	23
3.5 Procedimento para coleta de dados	23
3.6 Análise de dados	24
3.7 Aspectos éticos	24
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
4.1 Caracterização dos juízes entrevistados	26
4.2 Avaliação do instrumento	27
4.3 Instrumento final após adequação dos juízes	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	47
APÊNDICE B - Instruções para o processo de validação	49
APÊNDICE C - Questionário final	52
ANEXO A – Certidão	55

1 INTRODUÇÃO

Motivo de grande discussão na atualidade, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no mundo inteiro, o trauma é reconhecido como um grave problema de saúde pública, pois afeta principalmente a faixa etária ativa da população, favorecendo o aumento do número de pessoas invalidadas ou incapacitadas para o trabalho. Enquanto patologia o trauma é classificado em Trauma de Crânioencefálico (TCE), Trauma Raquimedular (TRM), Trauma de Tórax (TT), Trauma de Abdômen (TA) e Trauma de Extremidades (TE). Sendo que o principal tipo de trauma, e o que causa mais vítimas é o TCE. (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

O TCE é causado devido a uma agressão, ou por uma aceleração ou desaceleração, que ocorre no cérebro sendo consequente de alta intensidade dentro do crânio, ocorrendo assim um processo fisiopatológico complexo, incluindo múltiplas reações concorrentes e interações que acarretam alterações na hemodinâmica cerebral, mudanças celulares e moleculares, além de edema cerebral e hipertensão intracraniana. (SETTERVALL; SOUSA, 2012)

Um dos grandes desafios da medicina durante muito tempo foi a avaliação e mensuração do grau de acometimento do coma em pacientes vítimas de TCE. Até que em 1974 na Escócia, um estudo desenvolvido por Tesdale e Jannett, na universidade de Glasgow, possibilitou avaliar e mensurar os diferentes estados de nível de consciência do paciente vítima de TCE, durante os diferentes graus de sua evolução clínica. A partir de então ficou estabelecida a Escala de Coma de Glasgow (ECGL), como principal instrumento de avaliação neurológica em pacientes vítimas de TCE. Permitindo assim avaliação mais precisa do nível de consciência e possíveis comprometimentos neurológicos. (OLIVEIRA et al, 2014).

Nesse contexto a ECGL, trouxe uma grande colaboração ao processo de recuperação das vítimas de TCE, não só por auxiliar o trabalho realizado e avaliado pelos profissionais, mas também por fundamentar as metas e as expectativas das vítimas e dos familiares, proporcionando assim o enfrentamento e a superação de disfunções e incapacidades vivenciadas. (SETTERVALL; SOUSA, 2012).

Estima-se que anualmente 5,8 milhões de pessoas morrem vítimas de trauma em todo o mundo, com isso a mortalidade do trauma corresponde a 10% do total de todas as causas de mortes, sendo as lesões traumáticas a principal causa de morte em pessoas entre 5 e 44 anos (ALBUQUERQUE et al, 2016)

Segundo os dados do SIM/MS obtidos via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), durante o ano de 2014, último ano cujos os dados estão disponíveis para levantamento, o trauma ou lesões por causas externas (CID 10 – Classificação Internacional das Doenças) teve um total de 156.942 mortes, predominando no sexo masculino, sendo 129.174 mortes. No Nordeste, nesse mesmo ano, ocorreram 49.866 mortes, sendo 2.979 no Rio Grande do Norte e 394 na cidade de Mossoró.

É de fundamental relevância a avaliação neurológica para a identificação do diagnóstico e planejamento das intervenções e quando administrada eficientemente, a mesma fornece subsídios valiosos sobre a abordagem da vítima e levando assim a um melhor tratamento. Um dos principais parâmetros na avaliação neurológica é o nível de consciência e é um dos aspectos mais importantes que deve ser bastante valorizado na avaliação da vítima de TCE. (OLIVEIRA et al, 2014).

O escore total varia de 3 até 15 onde pode ser avaliado os níveis de trauma sendo eles de natureza leve, moderado ou grave, os parâmetros são obtidos por meio da observação de atividades espontâneas e também através de estímulos. A escala busca basicamente por três atividades: Abertura Ocular (AO), Melhor Resposta Verbal (MRV) e Melhor Resposta Motora (MRM). (BAPTISTA, 2003)

É sabido que alguns fatores podem alterar no resultado final da pontuação da escala, sobretudo na avaliação da Melhor Resposta Verbal (MRV), fatores esses como surdez do paciente, comprometimento da fala, abuso de álcool e outras drogas. Dentre tais fatores o álcool se coloca como uma problemática desafiadora aos serviços de saúde, por tratar-se de uma droga lícita, de fácil aquisição e de grande consumo entre a população em geral. Assim, surge um desafio para os profissionais de saúde que necessitam avaliar o nível de consciência de pacientes sob efeito de álcool.

1.1 Problematização e Justificativa

A elaboração deste estudo surgiu diante da necessidade que os profissionais de saúde encontram em avaliar pacientes alcoolizados vítimas de TCE. A importância e relevância científica, consistiu na elaboração das diretrizes de enfermagem para a avaliação de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânioencefálico tendo

uma avaliação mais precisa com resultado mais aproximado caso não fosse o efeito hipnótico do álcool no paciente.

A consolidação do trabalho trará benefícios em diversos aspectos, para a sociedade, para a academia e para profissionais de saúde, visto que a elaboração das diretrizes possibilitará ao paciente alcoolizado, uma avaliação mais apurada do estado neurológico, facilitando assim o tratamento, a tomada de decisões da equipe de saúde, apontando para um melhor prognóstico e recuperação dos pacientes.

Conhecendo a necessidade da avaliação de pacientes vítimas de TCE, e sabendo que a ingestão de álcool é um dos fatores que contraindica a aplicação da ECGL, visto que afeta diretamente na obtenção de respostas e comandos simples, surge a seguinte problemática: Como se dá a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de TCE?

1.2 Hipótese

Um paciente vítima de TCE, já possui chances de alterações na obtenção de respostas cognitivas e perceptivas em virtude dos danos causados pelo mecanismo do trauma em si. Se, além disso, ele estiver alcoolizado terá suas respostas prejudicadas ainda mais em virtude do efeito do álcool, dificultando assim a obtenção do resultado preciso. Todavia acreditamos que é possível a partir da elaboração de um instrumento avaliativo que seja construído, a obtenção de uma resposta assistencial mais precisa ou mais aproximada da realidade.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Estabelecer as diretrizes de enfermagem para a avaliação de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânio encefálico.

1.3.2 Objetivos específicos

- Criar um formulário baseado em literatura científica e em experiência de profissionais atuantes.

- Efetuar validação de conteúdo do instrumento que possibilite avaliação de pacientes sob efeito de álcool e apresentando TCE.
- Contribuir com a enfermagem a partir do direcionamento dado pelo instrumento do estudo ao paciente com TCE sob efeito alcoólico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Caracterização do estado de consciência

A consciência é considerada uma entidade complexa que requer muitas funções cerebrais trabalhando harmoniosamente. A alteração do estado de consciência indica algum grau de falência cerebral, que pode ser decorrente de lesão estrutural, desordem metabólica ou psicológica (CELEGATO et al, 2007).

Dentre os aspectos mais relevantes para avaliação neurológica, é destacado a apreciação do nível de consciência, da qual faz segmento a avaliação dos sinais pupilares, movimentos respiratórios, oculares e dos sinais vitais (BAPTISTA, 2003).

A avaliação do nível de consciência do paciente dará informações do funcionamento global do encéfalo. Uma contribuição importante para esta avaliação foi a Escala de Coma de Glasgow (ECGI) usada mundialmente e que tem por grande mérito retirar critérios subjetivos na avaliação do nível de consciência (MUNIZ et al, 1997).

Conceituando que o nível de consciência “é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta”, percebe-se uma ampla possibilidade que ocorra uma variação desse parâmetro em pacientes. É necessário a utilização de escalas que permitam que a linguagem seja padronizada sendo utilizada para facilitar a comunicação oral e escrita desses subsídios, bem como, estabelecer um sólido sistema que seja capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência (CANOVA et al., 2010).

2.2 Ativação cortical pelo Sistema Ativador Reticular Ascendente – SARA

O córtex cerebral é a classe mais externa e fina de substância cinzenta que reveste o cérebro. É uma das cruciais partes do sistema nervoso. Esses impulsos que saem das vias de sensibilidade vão para o córtex cerebral, onde passam a se tornar conscientes e dessa forma serão interpretados. De certa forma, os impulsos nervosos que se iniciam e dominam os impulsos voluntários saem do córtex e com ele estão relacionados aos fenômenos psíquicos (MACHADO, 2006).

A composição reticular do tronco encefálico regula a atividade elétrica do córtex cerebral, de que dependem os diversos níveis de consciência. O fato de a formação

reticular ser capaz de ativar o córtex cerebral concebeu o conceito de Sistema Ativador Reticular Ascendente (SARA), sendo relevante na regulação do sono e da vigília (MACHADO, 2006).

A ação do SARA mostra-se no tronco encefálico e progride até a área do córtex, condizendo de forma referente ao nível de consciência. A ativação cortical origina-se dos neurônios da parte superior da ponte e do mesencéfalo, os quais recebem informações da maioria das vias ascendentes, que apreciam estimulações intrínsecas (proprioceptivas e viscerais) e extrínsecas (paladar, olfato, visão, tato e audição) (CABREIRA et al, 2012).

2.3 Trauma crânioencefálico

O trauma é uma das principais causas de morbimortalidade sendo considerado problema de saúde pública que afeta principalmente a faixa etária ativa da população. O principal trauma e o que mais causa vítimas é o TCE (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

O trauma pode ser consequência de acidentes (quedas, afogamentos, acidentes por veículos automotores, queimaduras, envenenamentos), de causas intencionais (guerras, suicídios, homicídios e violências) e desastres naturais (raios, terremotos, tsunamis, vendavais) gerando sequelas variáveis (KLEIN et al, 2015).

O TCE é uma lesão decorrente de um traumatismo extrínseco, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou dilaceração, acarreta também o comprometimento funcional das meninges, encéfalo e seus vasos relacionados, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes (BRASIL, 2015).

O TCE ocorre devido uma pancada ou abalo violento sobre o crânio, que ocasiona uma agressão ao cérebro provocando alteração no nível de consciência, habilidades cognitivas e físicas (CARDOS et al, 2017).

As lesões primárias são aquelas que acontecem no instante do trauma. Os ferimentos que penetram o crânio, causados por projétil de arma de fogo e arma branca, por exemplo, causam um trauma direto ao parênquima encefálico (ANDRADE et al, 2009).

Resultam das lesões primárias, as movimentações cerebrais, estando associadas à energia cinética do acidente, de maneira que esses traumas se caracterizam pela aproximação com o conteúdo intracraniano, existindo também as

lesões que são resultantes de forças de aceleração e desaceleração, onde não há necessidade que ocorram colisão de estruturas externas com o crânio (ANDRADE et al, 2009).

As lesões secundárias são originárias das agressões que se iniciam posteriormente ao traumatismo, decorrentes da interação dos fatores intra e extracerebrais. Algumas intercorrências se destacam para fatores de lesões secundárias: hipotensão arterial, hipoglicemia, hipercapnia, hipóxia respiratória, hipóxia anêmica e distúrbios eletrolíticos (ANDRADE et al, 2009).

De acordo com as diretrizes do PHTLS, mostra-se com o objetivo de tentar diferenciar uma lesão primária de uma secundária a abordagem de um paciente com TCE deve-se iniciar na obtenção dos dados em relação ao trauma, primeiramente deve-se saber o intervalo entre o acidente e o atendimento da equipe, o histórico de atendimento prévio, se existente, as condições do paciente no instante após o acidente, dando ênfase no nível de consciência e déficits focais (ATENDIMENTO..., 2007)

A avaliação do rebaixamento do nível de consciência é feita mundialmente utilizando-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a qual analisa três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal, obtidos por vários estímulos, desde atividade espontânea e estímulos verbais até estímulos dolorosos (CELEGATO et al, 2007).

2.3.1 Epidemiologia do TCE

De acordo com Andrade (2009) o TCE é a maior causa de morte e invalidez em crianças e adultos nas idades mais ativas. Estima-se que ocorram aproximadamente 1,6 milhões de traumas cranianos a cada ano nos Estados Unidos, sendo maior que 250 mil, o número destes pacientes que foram internados em serviços hospitalares. As análises estatísticas contabilizam a cada ano cerca de 60 mil mortes por TCE, sendo 1/3 pela lesão primária e 2/3 pela lesão secundária, e que 70 a 90 mil pacientes ficam com invalidez neurológica permanente.

Acidentes de trânsito são a maior causa de traumatismo craniano e acontecem mais frequentemente com adolescentes e adultos jovens. Quedas são responsáveis pelo segundo maior número de traumas e são mais comuns em pessoas idosas. O

álcool também é um importante fator que contribui em mais de 40% dos casos mais graves de trauma.

Segundo os dados do SIM/MS obtidos via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), durante o ano de 2014, último ano cujos dados estão disponíveis para levantamento, o trauma ou lesões por causas externas (CID 10 – Classificação Internacional das Doenças) teve um total de 156.942 mortes, predominando no sexo masculino, sendo 129.174 mortes. No Nordeste, nesse mesmo ano, ocorreram 49.866 mortes, sendo 2.979 no Rio Grande do Norte e 394 na cidade de Mossoró (BRASIL, 2014).

2.4 Método de avaliação do nível de consciência: escala de coma de Glasgow - ECGL

Oficialmente a escala de coma de Glasgow foi publicada na revista Lancet por Teasdale e Jennett no ano de 1974, fornecendo apoio para a avaliação da profundidade e duração clínica de inconsciência e coma (TEASDALE; JENNETT, 2004).

Esse instrumento tornou-se indispensável na avaliação neurológica. Os estudos mostram que para que a pontuação seja confiável e eficaz é necessário que os profissionais apliquem a escala de forma correta e coerente. (TEASDALE; JENNETT, 2004).

Na avaliação do nível de consciência através da ECGL, o TCE pode ser classificado como leve (13 a 15 pontos), moderado (9 a 12 pontos) ou grave (3 a 8 pontos). Pela gradação obtida com a aplicação da escala de Glasgow, pode-se ter uma indicação dos cuidados assistenciais requeridos pela pessoa com TCE. Assim, sabe-se, por exemplo, que todo o paciente com ECGL < 8 deve ser intubado para proteção de vias aéreas e manutenção da ventilação. (BRASIL, 2015).

Os quesitos que são utilizados na escala são: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Cada um é avaliado independentemente, onde receberam pontuação, considerando a melhor resposta apresentada e os critérios para aplicação (MUNIZ et al, 1997). Segue quadro abaixo a Escala de Coma de Glasgow.

Quadro 1 – Escala de Coma de Glasgow

PARÂMETROS		ESCORES
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhum	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece aos comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada á dor	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Nenhum	1

Fonte: Adaptado de Koizumi e Araújo (2005, p.142)

A ECGL sugere a classificação da lesão no TCE de acordo com o somatório de seus parâmetros, onde a abertura ocular é avaliada de 1 a 4 pontos, já a melhor resposta verbal tem como pontuação para ser a avaliada de 1 a 5 pontos e melhor resposta motora de 1 a 6 pontos (STTERVALL, 2010).

Cada componente dos três parâmetros recebe uma pontuação, variando de 3 a 15, sendo o melhor 15 e o pior 3. Pacientes com pontuação 15 apresentam nível de consciência satisfatória. Pacientes com pontuação menor que 8 apresentam coma, representando estado de extrema urgência (OLIVEIRA et al, 2014).

Cerca de 80% dos pacientes que têm TCE são classificados como traumas leves e evoluem sem intercorrências, e, apenas 3% apresentam quadro de disfunção neurológica. O TCE leve é definido com uma pontuação de 14 a 15 pontos na ECGL, podendo ser atribuídos níveis de risco, como baixo, médio e alto risco de desenvolver alguma seqüela neurológica (GENTILE et al, 2011).

Cerca de 10% dos pacientes que são atendidos nos serviços de urgência diagnosticados com TCE são classificados como trauma moderado. O trauma moderado classifica-se como um nível de consciência entre 9 e 13, onde esses pacientes frequentemente apresentam-se confusos e/ou sonolentos, podendo apontar déficits neurológicos focais (GENTILE et al, 2011).

Lesões que apresentam maior risco de mortalidade e de morbidade se enquadram no TCE grave que é definido como um nível de consciência entre 3 e 8. Em decorrência do trauma, os pacientes podem apresentar quadros associados de hipotensão (GENTILI et al, 2011).

Os criadores da escala sugerem que o estado neurológico fosse avaliado novamente com um intervalo de pelo menos 6 horas, tendo em vista que nas primeiras horas após o trauma o paciente é sedado para que seja realizada a intubação, ou mesmo para o alívio da dor, o que pode interferir na pontuação obtida (OLIVEIRA et al, 2014).

Figura 1 – Classificação de acordo com a gravidade do TCE



Fonte: Teasdale e Jennett (2004)

A escala de coma de Glasgow tornou-se um componente integral de uma avaliação neurológica abrangente para o paciente com lesões traumáticas, uma vez

que estabelece uma abordagem padronizada para a avaliação real e precisa do nível de consciência. Devido à simplicidade do instrumento, cuidadores pré-hospitalares, enfermeiras e médicos podem aplicar sua pontuação para comensurar e investigar as tendências da disfunção neurológica (TEASDALE; JENNETT, 2004).

2.5 O efeito do álcool no sistema nervoso central

A fase inicial do consumo alcoólico produz relaxamento e desinibição do usuário, podendo ser inadequado para o convívio social. De certa forma, com o excesso de sua concentração no sangue, os efeitos adversos passam a reduzir a consciência do indivíduo, assim como a memória, sensibilidade, passando a dificultar a percepção do indivíduo, devido a ação dessa droga lícita sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) (COSTA, 2003).

As consequências do álcool sobre o SNC são conhecidas há bastante tempo, mas algumas permanecem sem esclarecimentos baseados em evidências científicas. Seus efeitos podem ocorrer em qualquer nível do eixo, incluindo o encéfalo, nervos periféricos e músculos. Não podemos esquecer, ainda, dos danos causados pelo uso de álcool no trânsito, podendo levar a graves acidentes automobilísticos, com consequências diretas ao SNC, por meio do TCE. (HAES et al, 2010)

O SNC sofre interferência direta da ação do álcool, entorpecendo-o e rebaixando os reflexos. Essas causas são indícios para as mortes ou lesões corporais graves em acidentes de trânsito, que envolve pessoas embriagadas (COSTA, 2003).

2.6 Considerações sobre a validação

A validade de um instrumento, em termos gerais, é entendida como a “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir”. Significa que um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade se torna de forma possível uma mensuração fidedigna daquilo que se pretende mensurar. Quando se relata em validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais renomadas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo. (BELLUCCI JUNIOR ; MATSUDA , 2012)

O processo metodológico faz parte da validação de conteúdo, delimitando a capacidade de exatidão que o instrumento possui para aferir o fato estudado. Sendo

assim, quando um protocolo ou instrumento é elaborado, há necessidade que o seu conteúdo seja validado, para que seja aplicado com segurança, o que é o foco do estudo em evidência. (GUIMARÃES; HADDAD; MARTINS, 2015)

A validação de conteúdo é o tipo de validação presente nesta investigação, sendo a delimitação da representatividade dos itens que emitem um determinado conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. Significa que a validação de conteúdo aborda se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado. (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA ,2012)

Desta forma, definem a validação de conteúdo, aquele que investiga, organiza e analisa os dados na construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa, sendo um aspecto de grande importância para a legitimidade e credibilidade dos resultados das pesquisas (POLIT; BECH ,2011).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem quantitativa que como afirma Baffi (2000) a pesquisa metodológica é um tipo de pesquisa voltada para a averiguação de paradigmas dos métodos e técnicas da produção científica e a incorporação da aplicabilidade na prática. Para Fontelles et al (2009), o estudo quantitativo é a organização numérica dos dados coletados a fim de apresentar características de uma população a partir da mensuração das informações apresentadas de forma estatística.

3.2 Local da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/ RN, que está em funcionamento desde Fevereiro de 2007, localizando-se na Avenida Presidente Dutra, nº 701 Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000, no Município de Mossoró- RN.

A FACENE tem sua sede em João Pessoa, no Estado da Paraíba, implantando uma unidade em Mossoró- RN, esta possui graduações em Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

A Faculdade é composta por laboratórios, salas de aulas, biblioteca, setor de informática, uma área de convivência social, que inclui: auditório, sala de conferência, refeitório, capela e o Serviço de Ouvidoria.

3.3 População e amostra

De acordo com Richardson (2010) a população pode ser definida como um conjunto de elementos que possuem delimitadas características. Segundo Gil (2010) o mesmo aborda que a amostra é composta por um subconjunto do universo da população.

A amostra participante foi constituída por 11 enfermeiros que estivessem no corpo de docentes da referida faculdade onde ocorreu a pesquisa, com titulação mínima de mestrado que avaliarão as diretrizes de enfermagem para a avaliação do

estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de TCE. Estes foram considerados juízes e a seleção se deu a partir dos critérios de inclusão descritos a seguir.

Sendo considerados como critérios de inclusão, enfermeiros docentes, mestres ou doutores com conhecimento específico no assunto abordado e experiência com validações. Como critérios de exclusão aqueles que estivessem de licença médica, licença maternidade, em gozo de férias e os que se recusarem a participar da pesquisa, mesmo após os esclarecimentos realizados sobre o estudo.

3.4 Delineamento da pesquisa

3.4.1 Construção e validação de instrumento

A primeira etapa se deu a partir da construção de um instrumento sobre as diretrizes de enfermagem para a avaliação de pacientes alcoolizados vítimas de TCE. Tal construção foi baseada nas experiências dos pesquisadores e em publicações acerca da temática. Foram consultados materiais disponibilizados em bases de dados como a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Portal de Periódicos online da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SCIELO e DATASUS.

Em uma segunda etapa, o instrumento produzido foi submetido a uma validação de conteúdo, desenvolvida junto aos juízes. Após a apresentação do instrumento aos juízes, foi estimado um prazo de duas semanas para que fossem dadas suas considerações. Logo após, os juízes retornaram para o pesquisador responsável com as correções e o pesquisador realizou as correções solicitadas e apresentou o instrumento final com as devidas correções para os juízes.

3.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados iniciou logo após a publicação do parecer de aprovação do projeto de pesquisa junto ao CEP, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, submetendo-se a correção e posteriormente ser aprovado, e regularmente ser aplicado.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) é um termo no qual é explicado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar, sendo posteriormente enviado ao CEP e a Comissão Nacional de ética em pesquisas (CONEPE), para submissão e posterior publicação.

Nesta fase, os participantes da pesquisa, receberam o formulário elaborado pelo pesquisador responsável, os quais julgarão cada item do instrumento em classificações do tipo Adequado, Adequado com alteração ou Inadequado, levando-se em consideração todos os aspectos como consistência, clareza, objetividade, simplicidade, vocabulário e aplicabilidade clínica (MEDEIROS et al., 2015). Desta forma promoveu-se as devidas correções, sugestões e contribuições, para o aperfeiçoamento do instrumento proposto, além de emitirem o parecer favorável ou desfavorável ao instrumento.

3.6 Análise de dados

Os dados foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem obtidos através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0 (SPSS. Inc, Chicargo, IL, EUA).

Primariamente, o instrumento foi submetido a validação de conteúdo com juízes obtendo-se Índice de Validade de Conteúdo (IVC), no qual se mediu a concordância dos juízes levando-se em consideração todos os aspectos (consistência, clareza, objetividade, simplicidade, vocabulário e aplicabilidade clínica). Para cálculo do IVC foram considerados somente as respostas tidas como adequadas, dos quais foram divididas pelo número de juízes. Valores acima de 0,80 indica pertinência e boa qualidade do item julgado (GUIMARÃES; HADDAD; MARTINS, 2015).

3.7 Aspectos éticos

Durante a coleta e análise dos dados obtidos foram obedecidas às prerrogativas da resolução número 466/2012 que aborda as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa que envolve os seres humanos, será utilizado também a resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) que aprovou a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem

A pesquisa atendeu os seguintes preceitos: a) seguridade da beneficência, que considera riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos, sempre entendendo a relação risco/benefício; b) previsão da não-maleficência, esse busca garantir que riscos previstos serão evitados, alcançando o máximo de benefícios; c) respeito à autonomia do sujeito, aqui busca a preservação da dignidade considerando a vulnerabilidade do indivíduo e d) intenção de promover a justiça e a equidade, colaborando com a ênfase para a relevância social da pesquisa e promovendo benefícios para os sujeitos envolvidos no estudo (BRASIL, 2012).

Os benefícios contribuíram com a produção de conhecimento profissional, além de propiciar uma possibilidade de referência para estudos de profissionais da área, assim como acadêmicos e a sociedade um conhecimento mais aprofundado diante do assunto proposto.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos juízes entrevistados

Dos 11 juízes convidados a participar da pesquisa, foi satisfatório a participação de todos. De acordo com a tabela 01, constatou-se prevalência do sexo feminino (63,6%), sendo para titulação 90,9 % Mestres e 9,1% Doutores. Quanto a idade predominou a faixa etária de 31 a 40 anos (54,5%), enquanto para o tempo de experiência sobressaiu na amostra “até 05 anos” (45,5%). Desta forma para o referido trabalho, optou-se por trabalhar somente com os juízes que tivessem a titulação mínima de mestrado e que contribuíssem do início ao final da validação.

Tabela 1 – Estatística descritiva dos juízes (n=11) de acordo com as diferentes variáveis estudadas.

Variável	Freq.	%
Sexo		
Masculino	04	36,4
Feminino	07	63,6
Titulação		
Mestre	10	90,9
Doutor	01	9,1
Idade (anos)		
20 a 30	04	36,4
31 a 40	06	54,5
Acima de 40	01	9,1
Média ± desvio padrão		33,0 ± 4,0
Mínimo – máximo		29 – 43
Tempo de experiência		
Até 05 anos	05	45,5
06 a 10	04	36,4
Acima de 10	02	18,2
Média ± desvio padrão		08 ± 5,0
Mínimo – máximo		02 – 20

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

4.2 Avaliação do instrumento

A avaliação do instrumento foi composta por 19 itens e proporcionou equilíbrio e consenso de opiniões dos juízes acerca de cada item do questionário inicial quanto à adequação do instrumento. Dos itens avaliados 9 atingiram valores de IVC considerados adequados (N03, N05, N06, N07, N08, N10, N16, N18, N19) ao passo que 10 obtiveram valores menores de 0,8 (N01, N02, N04, N09, N11, N12, N13, N14, N15, N17). Dessa forma valores com IVC abaixo de 0,8 é indicativo de retirada da questão. Foi levado em consideração as diversas sugestões dos juízes avaliadores e assim estabelecendo o instrumento final (Tabela02).

Questionário Inicial

Tabela2 – Valores de IVC dos juízes (n=11) para validação da adequação do instrumento proposto

N°	Item	Adequado		Adequado c/ Alteração		Inadequado		IVC
		N	%	N	%	N	%	
01	Anamnese e Abordagem primária: O paciente/acompanhante refere histórico de saúde compatível com etilismo na chegada ao setor de urgência e emergência?	06	54,5	05	45,5			0,54
02	O paciente/acompanhante menciona ingestão de álcool em ambiente prévio? Apresenta Ataxia? Apresenta disartria ou afonia?	06	54,5	05	45,5			0,54
03	O paciente apresenta hálito alcoólico?	10	90,9	01	9,1			0,91
04	Realização da verificação da responsividade através do toque nos ombros do paciente com força e verificação simultânea da expansão torácica	07	63,6	04	36,4			0,64
05	Realização da monitorização dos sinais vitais através da mensuração da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória	09	81,8	02	18,2			0,82
06	Avaliação da glicemia capilar e mensuração da Oximetria de pulso	09	81,8	02	18,2			0,82
07	Manutenção da permeabilidade das vias aéreas e Controle da Coluna Cervical	10	90,9	01	9,1			0,91
08	Verificar a Ventilação (Elevação do tórax ou fala de uma frase inteira) Administração de O2 ou realização de ventilação assistida (se necessário)	09	81,8	02	18,2			0,82
09	Verificar a perfusão (cor, pulso, temperatura, umidade e enchimento capilar)	08	72,7	02	18,2	01	9,1	0,73

10	<p>Verificar o nível de consciência a partir da Escala de Coma de Glasgow mensurada através da somatória de cada aspecto avaliado (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).</p> <p>Abertura Ocular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olhos abertos previamente à estimulação (4 pontos) • Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta (3 pontos) • Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos (2 pontos) • Ausência persistente de abertura ocular (1 ponto) <p>Resposta Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta adequada quando questionado ao nome, local e data (5 pontos) • Resposta não orientada, mas com comunicação apresentando coerência (4 pontos) • Palavras isoladas inteligíveis (3 pontos) • Gemidos (2 pontos) • Ausência de resposta audível (1 ponto) <p>Resposta Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de ordens com duas ações (6 pontos) • Elevação da mão acima do nível da clavícula quando estimulado a cabeça e pescoço (5 pontos) • Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo (Flexão normal) (4 pontos). • Flexão do membro superior ao nível do cotovelo (flexão anormal) (3 pontos). • Extensão do membro superior ao nível do cotovelo (2 pontos). • Ausência de movimentos dos membros inferiores (1 ponto). 	09	81,8	02	18,2	0,82
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	------	----	------	------

	Se houver a impossibilidade de aplicar algum estímulo, informe Não Testado (NT)							
11	Realização da avaliação pupilar, através da observação do diâmetro, forma, simetria, fotoreação e velocidade da reação.	08	72,7	03	27,3			0,73
12	Avaliação do Estado Geral	06	54,5	04	36,4	01	9,1	0,54
13	Realização de medidas de aquecimento (se necessário)	06	54,5	04	36,4	01	9,1	0,54
14	Exame Secundário							
	Avaliação e detecção de déficit neurológico motor (movimentação espontânea, assimetrias, limitações, paresias e plegias)	07	63,6	04	36,4			0,64
15	Observação da presença de pele pálida, fria e turgor diminuído	08	72,7	03	27,3			0,73
16	Observação de tremores de língua, mãos e presença de sudorese profusa.	09	81,8	02	18,2			0,82
17	Avaliação para presença de taquicardia, pressão arterial sistólica elevada, hipotermia, náuseas e vômitos.	06	54,5	05	45,5			0,54
18	Avaliação para presença de agitação, alucinações, confusão, fraqueza e desorientação.	09	81,8	02	18,2			0,82
19	Avaliação para presença de contusões, fraturas e dores musculares.	09	81,8	02	18,2			0,82

IVC = Índice de validade de conteúdo

As sugestões dos juízes foram agrupadas por item a fim de sintetizar os pontos críticos de cada questão, facilitando e melhorando o nível de adequação das mesmas em seus aspectos julgados e desfavoráveis. (Quadro 01)

Quadro 2 - Sugestão dos juízes, acerca dos itens do questionário da versão inicial do instrumento.

Itens	Questão analisada	Requisitos avaliados	Sugestões dos mestres e doutores
01	Anamnese e Abordagem primária: O paciente/acompanhante refere histórico de saúde compatível com etilismo na chegada ao setor de urgência e emergência?	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Etilismo não é um estado de doença.
02	O paciente/acompanhante menciona ingestão de álcool em ambiente prévio? Apresenta Ataxia? Apresenta disartria ou afonia?	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Confuso , retirar palavra ambiente , desmembrar em 3 itens
03	O paciente apresenta hálito alcoólico?	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Melhorar redação , sugestão hálito etílico
04	Realização da verificação da responsividade através do toque nos ombros do paciente com força e verificação simultânea da expansão torácica	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Melhorar redação , alterar verbo
05	Realização da monitorização dos sinais vitais através da mensuração da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo , acrescentar dor como sinal vital

06	Avaliação da glicemia capilar e mensuração da Oximetria de pulso	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo. Sugiro: mensuração da glicemia capilar e oximetria de pulso , desmembrar item
07	Manutenção da permeabilidade das vias aéreas e Controle da Coluna Cervical	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Verbo que indique ação e descrever manobras, conduta Item antecede SSVV
08	Verificar a Ventilação (Elevação do tórax ou fala de uma frase inteira) Administração de O2 ou realização de ventilação assistida (se necessário)	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Expor condições que justifiquem essa conduta:FR, SPO2, uso da musculatura acessória. Melhorar redação
09	Verificar a perfusão (cor, pulso, temperatura, umidade e enchimento capilar)	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Já foi avaliada a oximetria com mensuração na porcentagem de oxigênio Rever redação: perfusão não engloba tudo
10	Verificar o nível de consciência a partir da Escala de Coma de Glasgow mensurada através da somatória de cada aspecto avaliado (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora). Abertura Ocular <ul style="list-style-type: none"> • Olhos abertos previamente à estimulação (4 pontos) • Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta (3 pontos) 	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Sem sugestões

	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos (2 pontos) • Ausência persistente de abertura ocular (1 ponto) <p>Resposta Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta adequada quando questionado ao nome, local e data (5 pontos) • Resposta não orientada, mas com comunicação apresentando coerência (4 pontos) • Palavras isoladas inteligíveis (3 pontos) • Gemidos (2 pontos) • Ausência de resposta audível (1 ponto) <p>Resposta Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de ordens com duas ações (6 pontos) • Elevação da mão acima do nível da clavícula quando estimulado a cabeça e pescoço (5 pontos) • Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo (Flexão normal) (4 pontos). • Flexão do membro superior ao nível do cotovelo (flexão anormal) (3 pontos). • Extensão do membro superior ao nível do cotovelo (2 pontos). • Ausência de movimentos dos membros inferiores (1 ponto). <p>Se houver a impossibilidade de aplicar algum estímulo, informe Não Testado (NT)</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

11	Realização da avaliação pupilar, através da observação do diâmetro, forma, simetria, fotorreação e velocidade da reação.	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Adicionar o que será feito em relação a estimulação Alteração do verbo e auxílio do estímulo luminoso
12	Avaliação do Estado Geral	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Todos os quesitos já teriam esse propósito de forma indireta. Especificar termos que serão usados
13	Realização de medidas de aquecimento(se necessário)	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Esclarecer em que condições essa ação seria realizada.
14	Exame Secundário Avaliação e detecção de déficit neurológico motor (movimentação espontânea, assimetrias, limitações, paresias e plegias)	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo Exclusão da expressão déficit neurológico motor.
15	Observação da presença de pele pálida, fria e turgor diminuído	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo
16	Observação de tremores de língua, mãos e presença de sudorese profusa.	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade	Alterar verbo

		Simplicidade	
17	Avaliação para presença de taquicardia, pressão arterial sistólica elevada, hipotermia, náuseas e vômitos.	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo Indicação de exclusão de item , pois já foi visto em SSVV
18	Avaliação para presença de agitação, alucinações, confusão, fraqueza e desorientação.	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo
19	Avaliação para presença de contusões, fraturas e dores musculares.	Pertinência teórica Consistência Clareza Objetividade Simplicidade	Alterar verbo

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

O atendimento ao paciente alcoolizado efetua-se com presteza quando o enfermeiro segue uma abordagem qualificada priorizando a anamnese e abordagem primária e secundária.

Foi considerado no item 01 e 02 do questionário final (quadro 03) a avaliação da ataxia, disartria e afonia como fundamental na investigação do paciente alcoolizado, por representar achados específicos dessa avaliação proposta. Estes são avaliados em sequência para identificação planejada do quadro apresentado pelo indivíduo no serviço de urgência.

Notamos a importância do item 03 quando se trata da investigação do hálito etílico, sendo esse um aspecto fundamental na identificação do indivíduo alcoolizado. Destaca-se como achado típico da alcoolemia constatada nos indivíduos atendidos.

Os sinais vitais (item 04) foram pertinentes no estudo e representam parâmetros vitais do indivíduo na abordagem pelo serviço de urgência e emergência. Os sinais vitais (SSVV) indicam determinado estado de saúde e de garantia das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo, que podem servir como mecanismos de comunicação de forma universal sobre o determinado estado do paciente e da gravidade da doença.

Esses parâmetros contribuem para que o enfermeiro identifique os diagnósticos de enfermagem, avalie as intervenções implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica (TEIXEIRA et al, 2015).

A glicemia capilar foi pertinente no instrumento final (item 05), considerada parâmetro de mensuração da resposta metabólica do álcool ao organismo, onde a tendência desse paciente especificamente é a diminuição do valor glicêmico, o que pode representar um atendimento de urgência para o episódio denominado hipoglicemia. Nos itens 11 e 12 do instrumento final também notamos achados que aproximam desse evento e que fundamenta efetivamente a necessidade da realização desse procedimento em paciente alcoolizado.

É de suma importância ressaltar a relevância de realizar o exame de glicemia capilar em todos os pacientes com intoxicação alcoólica, uma vez que a libação alcoólica aguda aumenta a chance do paciente apresentar hipoglicemia e sintomas de ambas as condições podem ser superponíveis (HAES et al, 2010).

No estudo reforça-se ainda a mensuração da oximetria de pulso (item 06), sendo uma ferramenta fundamental na avaliação cardiorrespiratória rápida no

atendimento inicial, deve fazer parte da rotina do paciente alcoolizado, em virtude da inconsistência metabólica e circulatória possível desse indivíduo.

A monitorização oferta avaliação do nível de oxigenação em tempo real. A oximetria de pulso é bastante utilizada para pacientes que necessitam de monitoramento contínuo em unidades de internação, ambulatório de teste de função pulmonar, pronto atendimento e terapia intensiva. Sua finalidade é a detecção precoce de hipoxemia e a monitorização da perfusão e circulação (DICCINI et al, 2011).

Foi plausível também no instrumento final a importância do seguimento do ABCDE da abordagem primária (item 07) com a relevância presente para manutenção da permeabilidade das vias aéreas e controle da coluna cervical. Entende-se como iniciativa sequencial e resolutiva na qualidade do atendimento prestado no serviço de urgência, pois estabelece prioridades vitais como manutenção de órgãos nobres do paciente. O objetivo da avaliação primária é determinar a condição atual da vítima, priorizando as ações que causam risco de vida para o paciente.

A pesquisa apontou plausibilidade para verificação da ventilação (item 08), por entender que as necessidades de reconhecimento dos esforços respiratórios devem ser investigadas no alcoolizado, como também é relevante já que elenca a sequência da abordagem primária já citada.

O resultado final mostrou ainda a relevância imensurável da inserção da avaliação do estado neurológico, a partir da escala de coma de Glasgow (item10). Trata-se de uma ferramenta de fundamental importância para o atendimento inicial, como ainda é imprescindível na caracterização do quadro clínico, já que apresenta grande capacidade objetiva de avaliação e classificação neurológica.

A escala de coma de Glasgow é utilizada internacionalmente, tendo utilidade no auxílio da identificação das disfunções neurológicas e acompanhamento da evolução do nível de consciência; predizendo prognóstico; e padronizando a linguagem entre os profissionais de saúde principalmente quando relacionado a vítimas de TCE (SANTOS et al, 2016).

Por fim notou-se a pertinência da avaliação para a exposição do indivíduo no item 13, percebe-se a relevância do exame físico nesse momento é fundamental para suspeição diagnóstica de contusões, fraturas e dores musculares.

De acordo com regra do ABCDE, na avaliação primária a exposição corporal é a última etapa a ser realizada (item 13). Neste momento, os ferimentos que ainda não haviam sido visualizados serão avaliados e tratados. Toda vítima de poli traumatismo

é necessário realizar a retirada das vestes à procura de outras lesões sempre preservando o pudor da vítima e em seguida realizar aquecimento. (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

Os itens que não foram considerados adequados, foram retirados do instrumento, de forma que valores com IVC abaixo de 0,8 são indicativos de exclusão do item. Os itens que obtiveram resultado inadequado de acordo com os juízes avaliadores foram (N01, N02, N04, N09, N11, N12, N13, N14, N15, N16). Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80. (GUIMARÃES; HADDAD; MARTINS, 2015).

4.3 Instrumento final após adequação dos juízes

Diante dos resultados apontados a partir da avaliação do IVC, considerando os pareceres emitidos pelos juízes, seguindo a metodologia proposta no estudo, apresento o instrumento com os itens.

Quadro 3 - Questionário Final

Nº	Itens
01	O paciente apresenta ataxia?
02	O paciente apresenta disartria ou afonia?
03	O paciente apresenta hálito etílico?
04	Realizar monitorização dos sinais vitais através da mensuração da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória
05	Mensurar glicemia capilar
06	Mensurar oximetria de pulso
07	Inspeccionar a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e realizar controle da coluna cervical

08	Verificar a Ventilação (Elevação do tórax ou fala de uma frase inteira)
09	Administrar O2 ou realizar ventilação assistida a partir da avaliação da FR, SPO2 e uso da musculatura acessória.
10	<p>Verificar o nível de consciência a partir da Escala de Coma de Glasgow mensurada através da somatória de cada aspecto avaliado (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).</p> <p>Abertura Ocular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olhos abertos previamente à estimulação (4 pontos) • Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta (3 pontos) • Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos (2 pontos) • Ausência persistente de abertura ocular (1 ponto) <p>Resposta Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta adequada quando questionado ao nome, local e data (5 pontos) • Resposta não orientada, mas com comunicação apresentando coerência (4 pontos) • Palavras isoladas inteligíveis (3 pontos) • Gemidos (2 pontos) • Ausência de resposta audível (1 ponto) <p>Resposta Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de ordens com duas ações (6 pontos) • Elevação da mão acima do nível da clavícula quando estimulado a cabeça e pescoço (5 pontos) • Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo (Flexão normal) (4 pontos). • Flexão do membro superior ao nível do cotovelo (flexão anormal) (3 pontos).

	<ul style="list-style-type: none">• Extensão do membro superior ao nível do cotovelo (2 pontos).• Ausência de movimentos dos membros inferiores (1 ponto). <p>Se houver a impossibilidade de aplicar algum estímulo, informe Não Testado (NT)</p>
11	Observar tremores de língua, mãos e presença de sudorese profusa.
12	Avaliar presença de agitação, alucinações, confusão, fraqueza e desorientação.
13	Avaliar presença de contusões, fraturas e dores musculares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido em etapas, junto a juízes, os quais possibilitaram de forma conjunta e multidisciplinar, a validação do instrumento que avalia o estado neurológico dos pacientes alcoolizados vítimas de TCE.

O instrumento encontra-se validado em seu conteúdo e apto a ser utilizado no serviço de saúde. Composto por 13 itens, o mesmo servirá de instrumento para obtenção de conhecimento científico para outros estudos. Desse modo a pesquisa alcançou os objetivos propostos deixando claro que existe uma carência de trabalhos que promovam o conhecimento dessa avaliação a pacientes vítimas de TCE mais especificamente o indivíduo alcoolizado.

Considera-se que o Instrumento de avaliação construído, possui validade de conteúdo e de aparência e no momento, é compatível ao fim a que se propõe qual seja, avaliar o estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de TCE. Dessa forma a hipótese proposta neste estudo foi confirmada visto que elaborou-se e validou-se o instrumento apto a fornecer uma avaliação mais próxima da realidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Almir Ferreira de et al. Mecanismos de Lesão Cerebral no Traumatismo Cranioencefálico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Brasil, v. 55, n. 01, p. 75-81. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000100020&script=sci_abstract&tling=pt>. Acesso em: 20 maio 2017.
- ATENDIMENTO Pré-Hospitalar ao Traumatizado – PHTLS. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- BAFFI, M. A.T. **Modalidades de pesquisa**: um estudo introdutório. 2000. Disponível em: http://usuarios.upf.br/~clovia/pesq_bl/textos/texto02.pdf Acesso em: 20 maio 2017.
- BAPTISTA, M. N.; Dias, R. R. (Orgs.). **Psicologia hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.5, p.751-757, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf> Acesso em: 08 jun. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de saúde. Estatísticas vitais**: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>>. Acesso em: 2 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. Brasília – DF: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 2 jun. 2017.
- CABREIRA, Janieli Monteiro Lima et al. Estado Vegetativo e Estado Minimamente Consciente: Como Diferenciá-los Clinicamente? Neurobiologia Da Consciência, Sistema Reticular Ativador Ascendente, Mecanismos Da Atenção. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS DA GRANDE DOURADOS, 3, 2012. **Anais...** Grande Dourado – MS: SinGraD, 2012.
- CANOVA, Jocilene de C. M. et al. Traumatismo Cranioencefálico de Pacientes Vítimas de Acidentes de Motocicleta. **Arq Ciênc Saúde**, Brasil, v. 17, n. 01, p. 9-14. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616482&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 fev.2017

CARDOS, Aylia Virginia de O. et al. Uso da Escala de Coma de Glasgow para avaliação do nível de consciência de pacientes com traumatismo crânio encefálico. **REAS**, Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. Sup. 5, 2017.

CELEGATO, Bianca S. et al. A importância do componente ocular para o enfermeiro na avaliação neurológica em pacientes críticos. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 11., E ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO – UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 7., Rio de Janeiro, 2007. **Anais...** Rio de Janeiro: UNIVAP, 2007. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00509_01C.pdf Acesso em: 08 jun. 2017

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>. Acesso em: 04 abr. 2017.

COSTA, Rita Mara Reis. **O álcool e seus efeitos no sistema nervoso**. 18f. Monografia (Graduação em Biologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

DICCINI, Solange et al. Avaliação das medidas de oximetria de pulso em indivíduos sadios com esmalte de unha. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.6, p.784-788, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a09v24n6.pdf> Acesso em: 20 nov. 2017

FONTELLES, M. J. et al. **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf Acesso em: 08 jun. 2017

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; LEÃO, Gustavo de Moura. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Revista Neurociências**, Brasil, v. 21, n. 03, p. 427-434. 2013. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2017.

GENTILE, João Kleber de Almeida et al. Conduas no paciente com trauma crânioencefálico. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Brasil, v. 09, n. 01, p. 74-92. 2011. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf. Acesso em: 15.mar.2017

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.

GUIMARÃES, Percival Vitorino; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Validação de instrumento para avaliação de pacientes graves em ventilação mecânica, segundo o ABCDE. **Rev. Eletr. Enf.**, v.17, n.1, p.43-50, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n1/pdf/v17n1a05.pdf Acesso em: 08 jun. 2017

HAES, Tissiana M. de et al. Álcool e sistema nervoso central. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.153-163, 2010. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp7_%C1lcool%20e%20sistema%20nervo%20central.pdf Acesso em: 08 jun. 2017

KLEIN, P. H. et al. **Epidemiologia do trauma**. [S.l]: Cobralt, 2015.

KOIZUMI, Maria Sumie; ARAÚJO, Giane Leandro de. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.2, p.136-142, 2005.

MACHADO, Angelo. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MATTOS, Leandro Sanceverino; SILVÉRIO, Maria Regina. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.25, n.2, p. 182-191, abr./jun., 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/408/40823359008/> Acesso em: 20 nov. 2017

MEDEIROS, Rosana Kelly da Silva et al. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.17, n.2, p.278-289, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a12.pdf> Acesso em: 8 jun. 2017.

MUNIZ, E. C. S. et al. Utilização da escala de Coma de Glasgow e escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 31, n. 02, p. 287-303. 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/34974/37712>. Acesso em: 22 maio 2017.

OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão et al. Escalas para a avaliação do nível de consciência em trauma crânioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurociência. **Arq. Bras. Neurociência**, v. 33, n. 01, p. 22-32. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>. Acesso em: 03.mar.2017

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. Ed. São Paulo: Artmed, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, Wesley Cajaíba et al. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. **Einstein**, v.14, n.2, p.213-218, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0213.pdf Acesso em: 20 nov. 2017

SETTERVALL, Cristina Helena Costanti; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de. Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma cranioencefálico. **Acta Paul. Enferm.**, v .25, n.3, pp.364-370 , 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300008 Acesso em: 11 fev. 2017

TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. **Einstein**, v.2, n.2, p.129, 2004.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.4, p.1071-1078, out./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf Acesso em: 20 nov. 2017

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr (a).

A seguinte pesquisa que tem por título Diretrizes de enfermagem para a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânioencefálico, desenvolvido por Tatyane de Freitas Bezerra pesquisadora associada e aluna do curso de graduação em enfermagem da faculdade de enfermagem nova esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação do pesquisador responsável, o Prof. Esp . Diego Henrique Jales Benevides.

A pesquisa tem como objetivo geral: Estabelecer as diretrizes de enfermagem para a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânio encefálico. E como objetivos específicos: Criar um formulário baseado em literatura científica e em experiência de profissionais atuantes. Efetuar validação de conteúdo do instrumento que possibilite avaliação neurológica de pacientes sob efeito de álcool e apresentando TCE.

A mesma justifica-se que a elaboração deste estudo se deu diante a necessidade que os profissionais de saúde encontram em avaliar o nível de consciência de pacientes alcoolizados vítimas de TCE, sua importância e relevância científica, consiste na elaboração das diretrizes de enfermagem para a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânio-encefálico tendo uma avaliação mais precisa com resultado mais aproximado caso não fosse o efeito hipnótico do álcool no paciente.

Uma vez consolidado este trabalho trará benefícios em diversos aspectos, para a sociedade, para a academia e para profissionais de saúde, visto que a elaboração das diretrizes possibilitara ao paciente alcoolizado, uma avaliação mais apurada do estado neurológico, facilitando assim o tratamento, a tomada de decisões da equipe de saúde, apontando para um melhor prognóstico e recuperação dos pacientes.

Com relação aos riscos e benefícios da pesquisa, os riscos serão mínimos, como desconforto ou constrangimento em relação a temática abordada. Por outro lado, visto que os resultados serão benéficos aos profissionais de saúde em virtude da possibilidade de ampliar suas reflexões acerca do assunto abordado.

Desta forma, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicito a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins

científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido o seu anonimato, bem como será assegurada a sua privacidade e o seu direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Portanto, não é obrigatório fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam quaisquer riscos.

O pesquisador e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias iguais, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____/____/2017.

Prof. Esp . Diego Henrique Jales Benevides

Participante da Pesquisa

¹Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Instruções para o processo de validação

INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEUDO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Prezado (a) Juiz (a),

O instrumento tem o objetivo de obter o parecer dos juízes acerca dos itens de avaliação do instrumento das diretrizes de enfermagem para a avaliação do estado neurológico de pacientes alcoolizados vítimas de traumatismo crânio encefálico

Este instrumento é composto por um quadro demonstrativo (quadro 1) com os requisitos a serem analisados em cada um dos itens dos instrumentos de coleta.

JULGUE:

Requisitos = Notas de **0,0** a **10,0**, onde 10,0 é **Excelente**

Adequação geral da questão = **A** para Adequado;

AC para adequado com alterações;

I para Inadequado.

Caso inadequado, escrever os motivos da inadequação

Quadro 1: Requisitos a serem analisados para cada item do instrumento

CODIGO	REQUISITOS A SEREM ANALISADOS	CRITERIOS DE ANÁLISE
1	Pertinência teórica	O instrumento apresenta relevância teórica
2	Consistência	O conteúdo representa profundidade suficiente para compreensão da questão
3	Clareza	Expressando de forma clara, simples e inequívoca.
4	Objetividade	Permite resposta pontual
5	Simplicidade	O item expressa uma única ideia.
6	Vocabulário	Palavras escolhidas sem gerar ambiguidades
7	Aplicabilidade clínica	O instrumento pode ser aplicado nas intervenções clínicas

Espaço extra

Sugestões ou motivos da inadequação da questão

APÊNDICE C - Questionário final

Nº	Itens
01	O paciente apresenta ataxia?
02	O paciente apresenta disartria ou afonia?
03	O paciente apresenta hálito etílico?
04	Realizar monitorização dos sinais vitais através da mensuração da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória
05	Mensurar glicemia capilar
06	Mensurar oximetria de pulso
07	Inspeccionar a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e realizar controle da coluna cervical
08	Verificar a Ventilação (Elevação do tórax ou fala de uma frase inteira)
09	Administrar O2 ou realizar ventilação assistida a partir da avaliação da FR, SPO2 e uso da musculatura acessória.
10	<p>Verificar o nível de consciência a partir da Escala de Coma de Glasgow mensurada através da somatória de cada aspecto avaliado (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).</p> <p>Abertura Ocular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olhos abertos previamente à estimulação (4 pontos) • Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta (3 pontos) • Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos (2 pontos) • Ausência persistente de abertura ocular (1 ponto)

	<p>Resposta Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta adequada quando questionado ao nome, local e data (5 pontos) • Resposta não orientada, mas com comunicação apresentando coerência (4 pontos) • Palavras isoladas inteligíveis (3 pontos) • Gemidos (2 pontos) • Ausência de resposta audível (1 ponto) <p>Resposta Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de ordens com duas ações (6 pontos) • Elevação da mão acima do nível da clavícula quando estimulado a cabeça e pescoço (5 pontos) • Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo (Flexão normal) (4 pontos). • Flexão do membro superior ao nível do cotovelo (flexão anormal) (3 pontos). • Extensão do membro superior ao nível do cotovelo (2 pontos). • Ausência de movimentos dos membros inferiores (1 ponto). <p>Se houver a impossibilidade de aplicar algum estímulo, informe Não Testado (NT)</p>
11	Observar tremores de língua, mãos e presença de sudorese profusa.
12	Avaliar presença de agitação, alucinações, confusão, fraqueza e desorientação.
13	Avaliar presença de contusões, fraturas e dores musculares.

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 14 de Setembro 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "DIRETRIZES DE ENFERMAGEM PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO DE PACIENTES ALCOOLIZADOS VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO", Protocolo CEP: 146/2017 e CAAE: 76272317.0.0000.5179, Pesquisador Responsável: DIEGO HENRIQUES JALES BENEVIDES e dos Pesquisadores Associados: TATYANE DE FREITAS BEZERRA; WESLEY ADSON COSTA COELHO; e GILDEMBERTON RODRIGUES DE OLIVEIRA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para dezembro de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 14 de Setembro de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

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