



CHARACTERIZATION OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY VICTIMS AND ITS NURSING DIAGNOSES

CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO GRAVE E SEUS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

CARACTERIZACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE Y SUS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹, Carlos Umberto Pereira², Edilene Curvelo Hora³, Ana Maria Calil Sallum⁴, Mariangela da Silva Nunes⁵, José Antonio Barreto Alves⁶

ABSTRACT

Objective: to characterize the profile of the severe traumatic brain injury victims and to identify its nursing diagnoses. **Method:** this is an exploratory study developed in the Intensive Care Unit of a public hospital in Aracaju, Sergipe, Brazil, which is a reference for the care of trauma victims in the State. The data collection period was from October 2007 to November 2007, with 18 victims of traumatic brain injury, after the approval of the Ethics and Research Committee of the Federal University of Sergipe, under the number CAAE-0068.0.107.380-05. For the identification of Nursing Diagnoses, it was utilized the NANDA. **Results:** the severe traumatic brain injury victims (n=18) were mostly men (77.8%), aged between 16 and 45 years-old (72.2%), who suffered transport accidents trauma (55.6%), on public roads (64.7%) and were submitted to surgical treatment. It was identified a total of 25 Nursing Diagnoses, which were 72% real and 28% of risk. The Nursing Diagnoses were gathered in dominions and categories. The dominions which presented the highest quantitative of Nursing Diagnoses were the dominion 4-activity/rest and dominion 11-safety/rest. **Conclusion:** the identification of nursing diagnoses through the NANDA taxonomy contributed to the identification of nursing problems presented by traumatic brain injury victims, with a view to an individualized nursing care. It is suggested new studies in order to enhance the data found in this research. **Descriptors:** brain injuries; nursing care; intensive care units; nursing diagnosis.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil das vítimas de trauma craneoencefálico grave e identificar os diagnósticos de enfermagem destas. **Método:** trata-se de estudo exploratório desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Aracaju, Sergipe, Brasil, referência no atendimento às vítimas de trauma no Estado. O período de coleta de dados foi outubro a novembro de 2007, com 18 vítimas de trauma craneoencefálico graves, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob número CAAE-0068.0.107.380-05. Para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, utilizou-se a NANDA. **Resultados:** as vítimas de trauma craneoencefálico grave (n=18) em sua maioria eram homens (77,8%), com idade entre 16 a 45 anos (72,2%), que sofreram trauma por acidente de transporte (55,6%), em via pública e (64,7%) submeteram-se a tratamento cirúrgico. Identificou-se um total de 25 diagnósticos de enfermagem, sendo 72% reais e 28% de risco. Os diagnósticos de enfermagem foram agrupados em domínios e classes. Os domínios que apresentaram o maior quantitativo de diagnósticos de enfermagem foram o domínio 4- atividade/repouso e domínio 11- segurança/repouso. **Conclusão:** a identificação dos diagnósticos de enfermagem por meio da taxonomia da NANDA contribuiu para a identificação dos problemas de enfermagem apresentados pelas vítimas de trauma de crânio, com vistas a uma assistência de enfermagem individualizada. Sugerem-se novos estudos a fim de aprofundar os dados encontrados nessa pesquisa. **Descritores:** traumatismos encefálicos; cuidados de enfermagem; unidades de terapia intensiva; diagnóstico de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil de las víctimas de trauma craneoencefálico grave e identificar los diagnósticos de enfermería de estas. **Método:** se trata de estudio exploratorio desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público de Aracaju, Sergipe, Brasil, referencia en el atendimento a las víctimas de trauma en el Estado. El período de recolecta de datos fue octubre y noviembre de 2007, con 18 víctimas de lesión cerebral traumática, después de la aprobación del Comité de Ética y pesquisa de la Universidad Federal de Sergipe, bajo número CAAE-0068.0.107.380-05. Para la identificación de los Diagnósticos de Enfermería, se utilizó la NANDA. **Resultados:** las víctimas de trauma craneoencefálico grave (n= 18) en su mayoría eran hombres (77,8%), con edad entre 16 a 45 años (72,2%), que sufrieron trauma por accidente de transporte (55,6%), en vía pública y (64,7%) se sometieron al tratamiento quirúrgico. Se identificó un total de 25 diagnósticos de enfermería, siendo 72% reales y 28% de riesgo. Los Diagnósticos de Enfermería fueron agrupados en dominios y clases. Los dominios que presentaron el mayor cuantitativo de diagnósticos de enfermería fueron el dominio 4-actividad/reposo y dominio 11-seguridad/reposo. **Conclusión:** la identificación de los diagnósticos de enfermería a través de La taxonomía NANDA contribuyó para la identificación de los problemas de enfermería presentadas por las víctimas de trauma craneoencefálico, con miras a una atención de enfermería individualizada. Se sugieren nuevos estudios con la finalidad de ahondar los datos encontrados en esa pesquisa. **Descriptores:** traumatismos encefálicos; atención de enfermería; unidades de terapia intensiva; diagnóstico de enfermería.

¹Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/UFS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: enfer2@yahoo.com.br; ²Médico. Doutor em Medicina - Clínica Cirúrgica, Professor do Departamento de Medicina, da UFS e do NPGME/CCBS/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: umberto@infonet.com.br; ³Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do NPGME/CCBS/UFS. Aracaju (SE), Brasil. Doutora pela Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem/EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: edilenechs@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira. Pós-Doutora pela EEUSP e Consultora em Dor do Hospital Sírio Libanês. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: casallum.fnr@terra.com; ⁵Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem da UFS. Lagarto (SE), Brasil. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: mariangela.tao@yahoo.com.br; ⁶Enfermeiro. Professor Mestre do Departamento de Enfermagem da UFS. Lagarto (SE), Brasil. Doutorando em Ciências da Saúde pela UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: antonioalves@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Trauma cranioencefálico (TCE) é um problema de saúde pública que provoca altas taxas de morbimortalidade. As vítimas de TCE que sobrevivem apresentam significativas sequelas cognitivas e motoras, que representam impacto socioeconômico e emocional tanto para os pacientes como para a família. Destaca-se que o sexo masculino tem maior probabilidade de sofrer TCE, uma vez que, os homens estão associados à violência e acidentes com veículos motorizados.¹⁻²

O TCE decorrente de acidentes motociclísticos provoca o aumento da morbidade e mortalidade, portanto a prevenção de acidentes por meio do uso de dispositivos de segurança, o tratamento e reabilitação das vítimas de trauma, bem como o planejamento de ações que reduzam a gravidade das lesões decorrente das causas externas são fundamentais para minimizar esse grave problema de saúde pública.³⁻⁴

As vítimas de TCE apresentam lesões graves e risco de morte. Para minimizar os danos cerebrais decorrentes da injúria traumática e criar condições adequadas para a recuperação dos pacientes, geralmente, torna-se necessário o tratamento precoce em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em virtude da instabilidade hemodinâmica apresentada por essas vítimas e com vistas à melhoria da qualidade da assistência, a identificação dos diagnósticos de enfermagem contribui para um melhor atendimento, por meio de um plano assistencial direcionado as mesmas, o que constitui uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).⁵

As razões para a utilização dos diagnósticos de enfermagem são muitas, entre elas, citam-se: possibilidade do uso seguro de linguagem padronizada facilita o processo de comunicação entre os profissionais, traçar planos de cuidados com objetividade, prover qualidade na avaliação e na forma de documentar as ações realizadas, estabelecer prioridades frente aos problemas detectados, individualizar o cuidado, prover maior satisfação ao cliente/paciente, detectar os resultados das ações planejadas e carências de conhecimento do paciente e da família, prover educação específica sobre um tema e documentar o processo de enfermagem.⁶

A motivação desse estudo surgiu durante o acompanhamento dos ensinamentos clínicos com alunos de graduação em enfermagem, em que se observou a inexistência de metodologia da

assistência de enfermagem na UTI pesquisada, com cuidados de enfermagem prestados de forma assistemática, focado nas necessidades do momento e nas prescrições médicas.

A carência de estudos em nosso estado e a perspectiva de que a identificação dos diagnósticos de enfermagem possa despertar o interesse dos profissionais da enfermagem quanto a essa temática, justifica o desenvolvimento deste estudo.

Frente a essa problemática foram elaborados os seguintes questionamentos: Qual o perfil das vítimas de TCE grave? Quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes destas vítimas?

Espera-se que os resultados desse estudo possam subsidiar a elaboração de um modelo assistencial específico para as vítimas de TCE e que ofereçam novos rumos para a prática dos profissionais de enfermagem. Desse modo, estabeleceram-se como objetivos da pesquisa: caracterizar o perfil das vítimas de trauma cranioencefálico grave internadas na UTI e identificar os diagnósticos de enfermagem destas.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa, desenvolvida na UTI de um Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) localizado na capital do estado, Aracaju, Sergipe, Brasil, referência no atendimento às vítimas de trauma no Estado. As vítimas de TCE grave inicialmente são atendidas no Pronto-socorro e após a estabilização são conduzidas para a UTI, que é composta por 17 leitos e interna pacientes com diversas patologias. Apesar da gravidade dos pacientes que se internam no setor, os cuidados de enfermagem são prestados sem o uso de uma metodologia assistencial, uma vez que a SAE ainda não foi implantada na instituição.

A coleta de dados com as vítimas de TCE ocorreu de outubro a novembro de 2007, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, com nº CAAE-0068.0.107.380-05. A casuística do estudo foi constituída por 18 pacientes que atenderam os seguintes critérios de inclusão: serem vítimas de TCE grave e internadas na UTI. Todos participantes da pesquisa e ou responsável legal assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme assegura a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A sistemática da coleta de dados iniciou com a análise documental por meio da revisão de prontuários das vítimas de TCE e exame físico céfalo-caudal com o intuito de

identificar sinais e sintomas para subsidiar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, pela própria pesquisadora.

Utilizou-se um instrumento previamente validado⁸ quanto à aparência e ao conteúdo, que consta de informações sobre: dados de identificação, idade, número do prontuário, dias de internamento hospitalar, gênero, estado civil, naturalidade, nacionalidade, local do acidente, causa externa, tratamento realizado, dados referentes às categorias das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

A análise dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) foi realizada por meio da identificação dos principais diagnósticos, descritos conforme critérios da taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association*⁹ por meio do título do diagnóstico, da avaliação das características definidoras e fatores relacionados quando se tratava de diagnósticos de enfermagem reais e os fatores de risco quando envolvidos diagnósticos de risco.

A confirmação dos diagnósticos de enfermagem realizou-se conforme descrito a seguir: foram convidados três mestres e uma doutora com experiência no ensino de Sistematização da Assistência de Enfermagem para participar de um grupo focal e explicou-se o objetivo do grupo focal. A seguir, entregaram-se para cada docente, cópias dos formulários de avaliação da vítima de TCE. A autora apresentou dezoito diagnósticos identificados na amostra pesquisada e as docentes confrontaram com a NANDA, buscando as características definidoras e fatores de risco para a confirmação dos diagnósticos apresentados.

Ao término da reunião do grupo focal, chegou-se à seguinte súmula: inicialmente foram identificados dezoito DE pela pesquisadora, sendo associados a mais sete

encontrados pelas docentes, alcançando um total de vinte e cinco. Finalizou-se a reunião com a leitura de todos os diagnósticos encontrados nas vítimas de TCE graves, obtendo a concordância plena de validade dos mesmos. Após essa etapa, os DE foram separados em domínios e classes, conforme preconizado.⁹

Na análise dos DE, utilizou-se o Excel 2007, obtendo, assim, resultados de frequência relativa. Posteriormente, os dados foram quantificados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

Quanto ao gênero e faixa etária das vítimas de TCE (n=18), observou-se que a grande maioria era do gênero masculino 14 (77,8%) com idade entre 16 a 45 anos 13 (72,2%), e 9 (50%) eram casados.

Em relação às causas do TCE, 10 (55,6%) das vítimas apresentou acidentes de transporte (atropelamento, acidente automobilístico, acidente de bicicleta, entre outros) como causa externa. Constatou-se também que a maioria das vítimas perdeu a consciência no momento do acidente 13 (72,2%). Em relação à conduta terapêutica, 12 (66,7%) pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por craniotomia.

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, verificou-se que 72% dos diagnósticos de enfermagem são reais (compatíveis) com suas características definidoras e fatores relacionados, e uma menor parte 28% são diagnósticos potenciais relacionados aos fatores de risco.

Na Tabela 1 são descritos os diagnósticos de enfermagem encontrados segundo a Taxonomia II da NANDA. Os mesmos foram divididos em domínios e classes para facilitar a apresentação dos dados. Nesta tabela são apresentados dos domínios dois a quatro.

Tabela 1. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de TCE nos domínios dois a quatro. HUSE, 2007.

Domínio/Classe/Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Domínio 2- Nutrição - Classe 1 - Ingestão e Classe 5 Hidratação		
Deglutição prejudicada	18	100,0
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	15	83,3
Volume de líquidos excessivo	14	77,8
Domínio 3 - Eliminação/troca - Classe 2 Função gastrointestinal, Classe 4 - Função Respiratória		
Risco de Constipação	18	100,0
Desobstrução ineficaz das vias Aéreas	18	100,0
Domínio 4 - Atividade/repouso - Classes 4 Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares e Classe 5 Autocuidado		
Mobilidade física prejudicada	18	100,0
Risco de síndrome do desuso	18	100,0
Déficit no autocuidado para banho/higiene	18	100,0
Déficit no autocuidado para alimentação	18	100,0
Perfusão tissular cerebral ineficaz	18	100,0
Ventilação espontânea prejudicada	18	100,0
Padrão respiratório ineficaz	18	100,0
Perfusão tissular renal ineficaz	09	50,0

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem e os domínios cinco a onze são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de TCE nos domínio cinco a onze. HUSE, 2007.

Domínio/Classe/Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Domínio 5 - Percepção/cognição - Classe 3 Sensação Percepção, Classe 5 - Comunicação		
Percepção sensorial cinestésica perturbada	18	100,0
Comunicação verbal prejudicada	18	100,0
Domínio 6 - Auto percepção - Classe 1 Autoconceito		
Risco de solidão	18	100,0
Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse - Classe 3 Estresse neurocomportamental		
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	18	100,0
Domínio 11- Segurança/proteção - Classe 1 - Infecção - Classe 2 - Lesão Física - Classe 6 - Termorregulação		
Risco de infecção	18	100,0
Risco de aspiração	18	100,0
Risco de lesão	18	100,0
Mucosa oral prejudicada	18	100,0
Risco de integridade da pele prejudicada	18	100,0
Integridade tissular prejudicada	12	66,7
Integridade da pele prejudicada	11	61,1
Hipertermia	03	16,7

DISCUSSÃO

Os dados revelam neste estudo alta frequência em homens jovens em idade produtiva. Acredita-se que o fácil acesso às bebidas alcoólicas associadas aos programas de multimídia que incentivam a agressividade torna o homem mais propenso em envolver-se em violência, o que pode ter contribuído para a maior ocorrência do TCE nesse gênero. Destaca-se também que o TCE provoca altas taxas de mortalidade e que parte das vítimas que sobrevivem à injúria traumática apresenta incapacidades graves que comprometem a qualidade de vida.⁴⁻¹⁰

Em relação à gravidade das lesões em vítimas de causas externas, não há dúvida em afirmar que o TCE ocupa o primeiro lugar em gravidade da lesão. É importante ressaltar que a região de cabeça é a que congrega mais lesões Abbreviated Injury Scale (AIS) maior ou igual a quatro.¹¹

As vítimas de TCE grave apresentam diversas alterações orgânicas advindas principalmente do estado de choque com consequente alteração de parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, que são fatores que contribuem para a morte precoce dessas vítimas. Ressalta-se que o atendimento inicial e o tratamento eficaz são de fundamental importância para evitar complicações decorrentes da injúria traumática e, por conseguinte, a morte desses pacientes.¹²

Outro dado importante encontrado neste estudo foi à perda de consciência após o evento traumático. O nível da consciência é um dos aspectos de grande importância que deve ser valorizado na avaliação de vítima de TCE, pois determina alterações no estado da

função cerebral e previne complicações decorrentes da lesão.¹

Quanto à conduta terapêutica, a maioria dos pacientes submeteu-se a craniotomia. A opção pelo tratamento cirúrgico varia conforme o tipo, extensão, local e profundidade da lesão. De um modo geral, o tratamento é conservador, porém alguns pacientes necessitam de tratamento cirúrgico. Os procedimentos cirúrgicos realizados nas vítimas de TCE, muitas vezes são emergenciais como é o caso da craniotomia com autoenxerto, aloenxerto e os biomateriais. Destaca-se que nem sempre esses materiais são disponíveis em hospitais públicos em decorrência do alto custo.¹³

Embora os dados desta pesquisa tenham revelado uma predominância dos diagnósticos de enfermagem reais, torna-se necessário ressaltar que as ações do enfermeiro também devem estar voltadas para os diagnósticos de risco, uma vez que as ações de enfermagem preventivas são de fundamental importância para o não estabelecimento dos primeiros.

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais e deglutição prejudicada, ambos estiveram relacionados a gravidade clínica apresentada pelas vítimas de TCE. A incapacidade de deglutição deve ser considerada como um dado relevante para os profissionais que lidam com pacientes neurológicos, a fim de prevenir complicações.¹⁴ Ambos DE são comuns nas vítimas de TCE grave em decorrência da lesão encefálica e do uso da sedação.

A totalidade dos pacientes apresentou o DE risco de constipação. É importante ressaltar que embora seja um diagnóstico de risco, existe uma grande probabilidade de se tornar real e provocar desconforto intenso nos

pacientes. A hospitalização e o estado de coma apresentados pelas vítimas de TCE são fatores de risco para o surgimento da constipação intestinal. Ressalta-se que o enfermeiro e sua equipe desempenham um papel importante na prevenção e tratamento precoce da constipação intestinal.¹⁵⁻¹⁶

O diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada, apresentado pelas vítimas de TCE, esteve relacionado ao estado de coma. Esses pacientes podem apresentar deficiências e limitações físicas temporárias ou permanentes, com necessidades de cuidados intensivos, portanto o enfermeiro deve estar atento a limitação física destes pacientes e planejar a assistência de enfermagem com vistas à prevenção de complicações decorrentes da falta de mobilidade.

Quanto ao DE déficit no autocuidado para banho/higiene e alimentação, evidenciou-se na totalidade dos pesquisados, sendo definido como a incapacidade para realizar atividades relativas a banho e alimentação em seu próprio benefício.⁹ Esses são diagnósticos prováveis de serem evidenciados na população pesquisada, uma vez que estas apresentam lesões cerebrais graves que as impossibilita de realizar essas atividades.

Outros DE encontrados nessa pesquisa foram: perfusão tissular renal ineficaz e perfusão tissular cerebral. O enfermeiro deve considerar a necessidade de fazer a avaliação geral dos pacientes internados, em especial, os que apresentam maior instabilidade do quadro clínico. Acredita-se que por meio da mensuração das necessidades fisiológicas e monitorização de parâmetros hemodinâmicos pode-se atuar na prevenção de agravos à saúde dessas vítimas.

O diagnóstico de enfermagem volume excessivo de líquidos caracteriza-se por retenção de líquidos isotônicos.⁹ Nas vítimas de TCE grave ocorrem aumento do volume de líquidos que podem ser evidenciados por meio do aumento da pressão intracraniana o qual constitui um fator preditivo para o resultado da lesão cerebral.¹⁷

Neste estudo os DE ventilação espontânea prejudicada, desobstrução ineficaz das vias aéreas e padrão respiratório ineficaz estiveram relacionados à lesão cerebral, que impossibilita a manutenção da ventilação adequada. Salienta-se que os pacientes que apresentam estes diagnósticos de enfermagem requerem cuidados quanto à higienização oral e manutenção da permeabilidade da via aérea com intuito de evitar a colonização bacteriana e o surgimento de infecções.¹⁸⁻⁹

Outro DE encontrado nesta pesquisa foi percepção sensorial cinestésica perturbada. Por meio deste diagnóstico, o enfermeiro pode estabelecer a gravidade das lesões intracranianas, prever a evolução do quadro clínico e direcionar a assistência de enfermagem.

Quanto ao DE risco de solidão e comunicação verbal prejudicada foram evidenciados na totalidade dos pacientes. O paciente grave quase sempre é submetido a procedimentos invasivos e desconhecidos, consequentemente faz-se necessário que a enfermagem estabeleça meios de comunicação com esses pacientes.¹⁹ Acredita-se que a comunicação com o paciente grave é uma importante ferramenta para reestabelecer funções cognitivas que se encontram prejudicadas, além de evitar o isolamento social e o surgimento do DE risco de solidão.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados à integridade da pele e a integridade tissular têm como consequências as úlceras por pressão, o que torna os pacientes propensos ao risco de infecção hospitalar, septicemia e óbito. A implementação de medidas preventivas como higiene, mudança de decúbito e hidratação da pele e proteção das proeminências ósseas, minimizam a possibilidade do surgimento de úlceras por pressão.²⁰⁻²¹

Em relação ao DE mucosa oral prejudicada pode ser evidenciado no presente estudo pelo uso de intubação endotraqueal. O doente nestas condições necessita de cuidados de enfermagem específicos com o objetivo de manter a mucosa oral íntegra, evitar infecções respiratórias bem como propiciar uma assistência de qualidade.

O DE capacidade adaptativa intracraniana caracteriza-se por aumentos desproporcionais na pressão intracraniana em resposta a estímulos nocivos e não-nocivos.¹⁰ Este é outro diagnóstico de enfermagem esperado, devido à lesão neurológica provocada pelo trauma, realização de procedimentos cirúrgicos e o estado de coma.

Evidenciou-se o diagnóstico de enfermagem hipertermia em 16,7% das vítimas de TCE, porém não foi possível associar a presença de infecções. Merece ser destacado que, o enfermeiro deve orientar a equipe de enfermagem quanto ao uso de medidas terapêuticas em pacientes que apresentem este DE, a fim de evitar alterações hemodinâmicas e complicações no quadro clínico.

O DE risco de aspiração é comum nos pacientes que perdem a capacidade de deglutir. As vítimas de TCE apresentam alterações do sistema nervoso central que prejudicam o reflexo da tosse e a capacidade de deglutição e, por conseguinte, pode corroborar com a possibilidade de aspiração do conteúdo gástrico. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem é necessário o conhecimento do enfermeiro sobre fisiopatologia do sistema respiratório e dos fatores ambientais que interferem nos referidos sistemas, bem como discernimento para evitar complicações nas vítimas de TCE.

CONCLUSÃO

As vítimas de TCE (n=18) em sua maioria eram homens 77,8% com idade entre 16 a 45 anos 72,2%, casados 50%, que sofreram trauma por acidente de transporte 55,6%, em via pública 72,2%, perda da consciência em 72,2%, e 64,7% submeteu-se a tratamento cirúrgico. Quanto aos diagnósticos de enfermagem, identificou-se um total de 25 DE, sendo 72% reais e 28% de risco.

Os diagnósticos de enfermagem foram agrupados em domínios e classes, com quantitativo distribuído da seguinte forma: no domínio 2- nutrição, encontrou-se três diagnósticos de enfermagem; domínio 3- eliminação/troca, dois; domínio 4- atividade/repouso, oito; domínio 5- percepção/cognição, encontrou-se dois DE; tanto no domínio 6- autopercepção, como no domínio 9- enfrentamento/tolerância ao estresse identificou-se um diagnóstico em cada domínio e por fim, no domínio 11- segurança/proteção, agrupou-se oito diagnósticos de enfermagem.

Uma possível limitação deste estudo refere-se ao tamanho da amostra, entretanto, ela representa os pacientes que são atendidos no único hospital público do Estado, centro de referencia em vítimas de trauma. Por conseguinte, espera-se contribuir com os enfermeiros que assistem vítimas de TCE, oferecendo-lhes a possibilidade de aprimorar o conhecimento da identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, com vistas a propostas de intervenções, auxiliando-as a qualificar a assistência.

Acredita-se ter contribuído, para a reflexão das competências do enfermeiro frente ao paciente grave/crítico, como também para a realização de novos estudos que possam complementar tais resultados e possibilitar a elaboração de novas propostas de intervenção nos pacientes tão necessitados de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Helmy A, Vizcaychipi M, Gupta AK. Traumatic brain injury: intensive care management. Br J Anaesth. 2007;99(1):32-42.
2. Morgado FL, Rossi LA. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. Radiol Bras. 2011 jan/fev;44(1):35-41.
3. Nwadiaro HC, Ekwe KK, Akpayak IC, Shitta H. Motorcycle Injuries in north-central Nigeria. Nigerian Journal of Clinical practice. 2011 Apr/Jun;4(Issue 2).
4. Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro MCO, Santos ACFS. Characterization of victims of trauma treated in an emergency hospital. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2011 nov [acesso em 2011 nov 06];5(9):2136-42. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2020>
5. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto contexto - enferm. 2006 out/dez;15(4):617-28.
6. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto contexto - enferm. 2008 jan/mar;17(1):141-49.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996 [acesso em 2011 nov 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>
8. Ribeiro MCO, Pereira CU, Hora EC. Diagnósticos de Enfermagem em Vítimas de TCE Grave: Uma Contribuição para a Assistência de Enfermagem [Dissertação]. Aracaju: Núcleo de Pós-graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe; 2008.
9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Myburgh JA, Cooper DJ, Finfer SR. Epidemiology and 12-month outcomes from traumatic brain injury in Australia and New Zealand. J Trauma. 2008;64:854-62.

11. Calil AM, Sallum EA, Nogueira L, Domingues C. Mapeamento de lesões em vítimas de acidentes de transporte: revisão sistemática da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(1):120-5.
12. Probst C, Zelle BA, Sittaro NA, Lohse R, Krettek C, Pape HC. Late Death After Multiple Severe Trauma: When Does It Occur and What Are the Causes? *J Trauma*. 2009;66(4):1212-17.
13. Souza JWT, Araújo KP, Roberto M, Silva VJ, Oliveira GN. Traumatismo Cranioencefálico (TCE). Artigonal on line [periódico na internet]. 2009[acesso em 2011 out 29]. Disponível em: <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/traumatismo-cranioencefalico-tce-872123.html>
14. Rosado CV, Amaral LKM, Galvão AP, Guerra SD, Fúria CLB. Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. *Rev CEFAC*. 2005 jan/mar;7(1):34-41.
15. Torres AC, Diccini S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 maio/jun;14(3):397-404.
16. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):119-24.
17. Farahavar A, Gerber LM, Chui Ya-Lin, Harti R, Froelich M, Carney, N ET al., Response to intracranial hypertension treatment as a predictor of death in patients with severe traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*. 2011 May;114(5):1471-8.
18. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev bras enferm* [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2012 Feb 11]; 59(3):321-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300013>.
19. Santos VFR, Figueiredo AEPL. Intervenção e atividades propostas para o diagnóstico de enfermagem - ventilação espontânea prejudicada. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):824-30.
20. Diccini S, Camaduro C, Lida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009 jul;22(2):205-09.
21. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Pröfener F, Renteln-Kruse WV. Decubitus Ulcers: Pathophysiology and Primary Prevention. *Medicine*. 2010;107(21): 371-82.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/11/14
Last received: 2012/02/04
Accepted: 2012/02/04
Publishing: 2012/03/01

Corresponding Address

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Núcleo de Pós-graduação em Medicina
Universidade Federal de Sergipe
Rua Cláudio Batista, S/N, Bairro Sanatório
CEP: 49000-000 – Aracaju (SE), Brazil