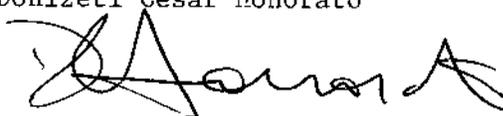


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Área de Ciência Biomédicas FCM/UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área Ciências Biomédicas da aluna Kátia Stancato de Aquino.

Campinas, 22 de julho de 1999.

Prof. Dr. Donizeti César Honorato
Orientador



**PROPOSTA PARA A QUALIDADE EM SAÚDE, VISANDO O
PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIENCEFÁLICO EM
VIRTUDE DE ACIDENTES DE TRABALHO E O PAPEL DO
ENFERMEIRO EM SUA RECUPERAÇÃO NO HC - UNICAMP**

Kátia Stancato de Aquino

Campinas - SP

1999

KÁTIA STANCATO DE AQUINO

**PROPOSTA PARA A QUALIDADE EM SAÚDE, VISANDO O
PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIENCEFÁLICO EM
VIRTUDE A ACIDENTES DE TRABALHO E O PAPEL DO
ENFERMEIRO EM SUA RECUPERAÇÃO NO HC - UNICAMP**

**Tese de doutorado apresentada à
Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de Doutor.**

Orientador: Prof.-Dr. Donizete César Honorato

Campinas - SP

1999

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
V.	Aq56p
Ex.	
TOMBO BC/	38604
PROC.	229/99
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	31/08/99
N.º CPD	

CM-00125817-4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

Aq56p Aquino, Kátia Stancato de
Proposta para a qualidade em saúde, visando o paciente com traumatismo craniencefálico em virtude de acidentes de trabalho e o papel do enfermeiro em sua recuperação no HC - UNICAMP / Kátia Stancato de Aquino. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador: Donizete César Honorato
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Neurologia. 2. Enfermagem. 3. Traumatismo. I. Donizete César Honorato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Orientador: PROF.-DR. DONIZETE CÉSAR HONORATO

Membros:

1. Prof. Dra. Maria Eugênia Costanzo - Maria Eugênia Costanzo
2. Prof. Dr. Antonia Luis Elias Falcão - Antonia Elias Falcão
3. Prof. Dra. Sylvia Maria Ciara - Sylvia Maria Ciara
4. Prof. Dr. José Jorge Faure - José Jorge Faure
5. Prof. Dr. Donizete César Honorato - Donizete César Honorato

Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data:

22/7/99

DEDICATÓRIA

A Maria José, minha mãe, que sempre acreditou no valor da cultura e orientou meus passos neste sentido.

A Roberto, meu pai, pelo apoio, pela compreensão e pelo carinho nas longas horas de realização deste trabalho.

A José Luís, meu esposo, pelo apoio e pela compreensão de todas as horas e pelo amor de toda uma vida.

Aos meus sobrinhos Felipe, Rafael, Nelson Júnior, João Roberto, Roberta e Maria Luiza, com fé.

A José Roberto, meu irmão:

"A vida privou-nos de vosso convívio, em nossos corações vossa eterna presença."

AGRADECIMENTOS

Ao Prof.-Dr. Donizete Honorato, orientador preciso e dedicado à minha formação profissional, a quem devo o estímulo ao estudo e ao aperfeiçoamento científico.

Ao Prof.-Dr. Nubor Facure, exemplo de mestre e amigo, com quem aprendi a conhecer o doente como um todo, pelo constante incentivo à minha carreira universitária, desde seu início. Agradeço também pelas oportunas e preciosas sugestões que muito enriqueceram esta tese.

Aos Mestres

Nossa homenagem e nossa profunda gratidão a todos que, pela dedicação, pela amizade, pela abnegação ou pelo simples convívio ao longo destes anos, a nós se ligaram pelo vínculo da experiência comum.

Aos Funcionários

Nossa homenagem de gratidão aos funcionários desta casa que nos auxiliaram por meio da tolerância, amizade e dedicação.

À Equipe multidisciplinar do Pronto Socorro do HC - Unicamp

Agradecemos a todos pela disponibilidade, pelo carinho e pela atenção, permitindo a execução deste trabalho.

Aos Professores e Funcionários do Departamento de Enfermagem da F.C.M. - Unicamp, pelo constante apoio e pela criação de espaço para o desenvolvimento e a conclusão deste estudo.

Agradeço a todos os amigos que foram companheiros nesta tarefa e que de uma forma ou de outra contribuíram, seja por meio de estímulo, conselhos ou afeto, para tornar possível a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	x
I. INTRODUÇÃO.....	01
1. Objetivos do trabalho.....	04
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	05
2. Traumatismo craniencefálico: causas e conseqüências.....	05
2.1. Traumatismo craniencefálico: um problema de saúde pública que merece ser tema de estudo constante.....	09
2.2. O que é traumatismo?.....	12
2.3 A importância da Escala de Coma de Glasgow.....	15
2.4. Como proceder clinicamente diante de um TCE.....	20
2.5. Emprego dos recursos humanos e técnicos na recuperação do paciente com TCE a partir do resultado das pesquisas.....	21
3. O enfermeiro.....	25
3.1. Assistência de enfermagem ao tratamento do paciente com traumatismo craniano.....	29
4. Qualidade em saúde.....	32
5. Saúde do trabalhador no Brasil.....	36
5.1. A saúde do trabalhador no SUS - Campinas.....	45
5.2. Considerações sobre a economia no município de Campinas.....	46
III. MATERIAL E MÉTODOS.....	48
3.1 População.....	48
3.2. Fonte de dados.....	48
3.3. Período de coleta.....	49
3.4. Tratamento e análise dos dados.....	49

	Página
3.5. Resultados e discussão.....	51
3.6. Caracterização dos acidentes de trabalho admitidos com TCE no PS do HC da Unicamp (1996, 1997 e 1998).....	64
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
V. SUMMARY.....	90
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
VII. ANEXOS.....	99

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar uma população de pacientes, vítimas de acidentes de trabalho com traumatismo craneencefálico, registrados no HC - Unicamp.

Tendo em vista que grande parte destes pacientes, em fase produtiva, não retorna à sua vida social, econômica e familiar com a mesma qualidade de vida anterior, a caracterização deste triste quadro serve-nos para estabelecer uma proposta de assistência a estes pacientes, visando sua qualidade de vida e saúde. Nossa proposta baseia-se no conceito de que essa assistência, enfocada no paciente e em suas reais necessidades, deve ser mais abrangente. Nesse sentido, deve haver uma integração que envolva a equipe multiprofissional de saúde, centrada, sobretudo, nos serviços do pessoal de enfermagem, a família e os órgãos governamentais, oferecendo o respaldo financeiro que é indispensável. Só a participação e o suporte de cada um destes elementos, de forma integrada, podem contribuir para a luta que o paciente trava na busca por sua reabilitação.

I. INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade moderna veio propiciar maior exposição do homem às lesões traumáticas, principalmente nos centros urbanos e nas estradas que conectam estes centros, por intermédio de fatores sociais, urbanísticos e tecnológicos.

A subnotificação compromete as informações sobre o número de acidentados. A maioria dos trabalhadores do mercado informal - os autônomos - não notificados. A notificação deveria ser feita pelos serviços de saúde e, para isso, seria necessário que todos os profissionais se comprometessem a fazer o registro adequado.

Em 1981, a Organização Mundial de Saúde - OMS - definiu violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. A violência afronta a civilização, pois não faz parte da natureza humana. Ela surge nas relações sociais, onde os cidadãos passam a ser ao mesmo tempo sujeitos e objetos da violência. Cerca de 3,5 milhões de pessoas, segundo a OMS, morrem a cada ano no mundo por causas violentas. Cada morte pode significar de 30 a 40 anos de vida potencial perdidos. A mortalidade por causas externas (que é como se define óbitos relacionados a algum tipo de violência) aumenta a cada dia, em virtude, entre outros motivos, da urbanização sem planejamento, do crescimento demográfico, do aumento do número de veículos, da criminalidade e das desigualdades sociais. Esta afeta, particularmente, grupos sociais vulneráveis como os pobres, os marginalizados, os jovens, as mulheres, as crianças e os idosos.

Nos grandes centros, as mortes resultam numa realidade por vezes banalizada pela imprensa, que se repete dia após dia. Em algumas faixas etárias - entre os mais jovens e mais produtivos -, a morte por violência chega a ocupar o primeiro lugar entre as causas de óbito.

Seja pelo número de vítimas ou pela gravidade das seqüelas que produz na saúde física e mental das pessoas, a violência pode ser considerada uma epidemia. Como tal, há muito se transformou em um complexo problema de saúde pública. Para os especialistas, conscientes das questões sociais, ela deve e precisa, em caráter de urgência, ser tratada como uma "doença" que pode ser prevenida, que precisa ser evitada.

No Brasil, estudos revelam que o número de mortes, dentre estas por acidentes de trabalho, vem crescendo ao longo dos anos. A partir de 1987, o Ministério da Saúde avaliou um aumento excessivo da mortalidade.

É preciso pensar em soluções, pois elas existem, sim. A estabilização ou diminuição do número de mortos e feridos em acidentes de trânsito e acidentes de trabalho em alguns centros prova que é possível, com determinação política e adesão da sociedade, prevenir essa devastadora causa externa. A posse de arma de fogo, o abuso de álcool e o consumo de drogas têm relação direta com a violência.

Por causa do impacto das vítimas na demanda de Prontos Socorros, Serviços de Urgência e Emergência, Hospitais, Unidades de Saúde e Institutos de Medicina Legal passamos a conviver cada vez mais com a medicalização da violência. A equipe multidisciplinar atua na reparação de danos físicos, lesões orgânicas e emocionais. Além do atendimento médico, as vítimas quase sempre exigem atenção especializada em saúde mental, reabilitação física, assistência social e assistência de enfermagem. O atendimento das vítimas prevê investimento de recursos humanos e materiais, o que significa interferência no orçamento destinado à saúde e na organização dos serviços.

Na discussão sobre os custos deste grave problema fica evidente que a sociedade paga um preço alto. Aos custos diretos - referentes ao tratamento da vítima desde sua entrada no serviço de saúde até sua reabilitação ou óbito - somam-se os indiretos, como a perda de produtividade, de anos de vida, a incapacidade temporária ou permanente e até péssimas condições de qualidade de vida.

A partir do consenso de que a violência deve ser repudiada e combatida, há uma consciência coletiva do seu caráter negativo e prejudicial para todos. Mas falta associar o estágio de não-violência à conquista de justiça social e à defesa intransigente dos direitos humanos. Ações globais e articuladas, calcadas em um esforço coletivo e solidário, devem exigir a adoção de políticas públicas capazes de prevenir e atenuar as conseqüências.

A possibilidade de cuidar de pessoas, promover a saúde, ser agente co-participante e co-responsável pela recuperação de indivíduos doentes mobiliza sentimentos valorizados pela sociedade. Este fato torna-se, então, estimulante, motivador e impulsionador para o profissional de saúde.

O contato com essa realidade vai acontecendo de forma gradativa e crescente, sobretudo quando a atividade de campo efetiva-se e é exigida uma atuação pronta, objetiva e, principalmente, segura, para não colocar a vida do paciente em risco.

A meta principal da equipe multiprofissional da saúde e, sobretudo, da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado é atingir o pronto restabelecimento das funções vitais do paciente, dentro de uma estrutura que lhe proporcione um máximo de segurança.

Visando, portanto, o bem-estar do paciente com traumatismo craniocéfálico (TCE), é indispensável que haja uma sistematização da assistência prestada a este indivíduo, permitindo uma continuidade de sua vida num ambiente familiar, profissional e social.

1. Objetivos do trabalho

O presente estudo tem por objetivo analisar uma população de pacientes vítimas de acidentes de trabalho com traumatismo craniencefálico, registrados no HC - Unicamp para:

1. Identificar, no universo, as vítimas de traumatismo craniencefálico;
2. Registrar as principais causas de acidentes de trabalho que levaram ao traumatismo craniencefálico;
3. Propor a integração do paciente na sociedade visando sua qualidade de vida e saúde, a partir da assistência prestada a ele;
4. Repensar a prática da assistência prestada ao paciente com TCE, enfocando a responsabilidade da atuação da equipe multidisciplinar.

II. REVISÃO DA LITERATURA

2. Traumatismo cranecefálico: causas e conseqüências

O avanço da tecnologia e sua aplicação nas sociedades industriais modernas têm propiciado ao homem, com certeza, maior conforto e bem-estar em muitos aspectos, mudando radicalmente seu modo de viver. Todavia, essa transformação tecnológica, sobretudo no setor automobilístico, expõe o homem a perigos e riscos de vida constantes. Com veículos cada vez mais sofisticados e avançados, ele convive, hoje, nos grandes centros urbanos e nas rodovias movimentadas, com níveis de velocidade jamais experimentados. De um lado, diminuíram as distâncias e o homem conseguiu, além de outros benefícios, ganhar tempo, de outro, a maior incidência de acidentes de trânsito revela o lado amargo do progresso conquistado pela civilização moderna, contribuindo para um número cada vez mais crescente de pacientes com traumatismo cranecefálico.

Além da maior velocidade atingida pelos veículos de transporte, a pressa parece constituir outro elemento que vem colaborar para a maior recorrência de acidentes. Ela também modela o comportamento do homem moderno, impulsionado por uma sociedade capitalista a produzir cada vez mais, em busca de alimentar seus hábitos de consumo, tornando-se assim escravo do trabalho.

Dessa forma, o tempo, contraditoriamente, é seu inimigo. Com o tempo cada vez mais raro, a "estrada", segundo o provérbio popular, "é o lugar de se tirar o atraso".

POSSAS (1989) mostra que o Brasil, em 1980, ficou, ironicamente, no ranking de países campeões de mortes em acidentes de trânsito. Segundo o autor, a taxa de mortalidade foi de 17/100.000, com custo social estimado em um bilhão e meio de dólares. Estudos epidemiológicos sobre traumatismo craniocéfálico vêm relatando a dimensão deste problema social.

Um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde e do Laboratório de Aplicação em Epidemiologia da Universidade Estadual de Campinas constatou que, na cidade de Campinas, com aproximadamente um milhão de habitantes, mortes violentas, por assassinato e acidentes, são as maiores responsáveis pelos óbitos em pessoas com idade inferior a 50 anos, conforme FALCÃO (1993, 1996).

No caso brasileiro especificamente, sabemos que o título de recordista em acidentes de trânsito deve-se à impunidade aos assassinos do volante em função de uma legislação ineficiente. Só com o novo código de legislação do trânsito, em vigor desde 1998, e a instalação de radares, lombadas eletrônicas entre outros espalhados pelos grandes centros urbanos é que a sociedade vem se prevenindo.

Segundo BAKER (1976), FIUZA (1988), KOSMOS (1989) e MC GINNIS (1989), as lesões decorrentes de causas externas, isto é, acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e demais acidentes e violências, são identificadas como um dos maiores problemas de saúde pública das sociedades industrializadas. De acordo com JENNETT (1976), KOSMOS (1989) e MC GINNIS (1989), tal fato se deve aos altos índices de mortalidade e de incapacidade temporária ou definitiva de indivíduos jovens, em idade produtiva para a sociedade, além de resultar em alto custo para o Estado, já que essas vítimas necessitam, na maioria das vezes, de um longo período de hospitalização e recuperação.

Segundo GARDNER (1986), KOSMOS (1989) e MC GINNIS (1989), nos Estados Unidos da América ocorrem mais de 140.000 injúrias fatais ao ano, atingindo crianças e adultos

jovens (pessoas com menos de 40 anos), com um custo anual em torno de 75 a 100 bilhões de dólares.

No Brasil, 9,35% do total de mortes ocorridas em 1980 foram decorrentes de causas externas, de acordo com KOIZUMI (1985). Em 1987, pelas estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde, houve um aumento nestes valores. As causas externas passaram a representar 11,81% do total de mortes ocorridas, ocupando o terceiro lugar no índice de mortalidade geral, sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas afecções mal definidas. Em 1980, 28,27% das mortes violentas ocorreram por acidentes de trânsito. Em 1987, os acidentes de trânsito de veículo a motor foram responsáveis por 29,24% do total das mortes, não havendo alterações estatísticas significativas neste tipo de acidente, segundo BRASIL (1988).

O traumatismo craniencefálico (TCE) é a lesão mais freqüente e a principal causa de morte nos pacientes de causas externas, de acordo com COPES (1988) e MC GINNIS (1989). Um fato importante a ser assinalado é que essas vítimas, quando gravemente feridas, geralmente apresentam além do TCE, lesões em outras regiões corporais, caracterizando-as como politraumatizadas.

Os pacientes com injúrias traumáticas requerem um atendimento especializado, tanto na fase pré-hospitalar, onde ocorre cerca de 2/3 das mortes, como também nas fases hospitalar e de reabilitação, segundo BEAVER (1990), JESTER (1988) e MC GINNIS (1989).

É preciso enfatizar que a proporção de feridos nos acidentes de moto é muito maior do que nos demais acidentes de trânsito de veículo a motor. Há autores que estimam essa proporção em cerca de 90% para os acidentes de motocicleta e 9% para os demais veículos (CARRARO, 1979; CLARK, 1971; COOKRO, 1979; DODSON, 1976 e KELLEY, 1976), fato também constatado no município de São Paulo (KOIZUMI, 1990). Entretanto, nessa mesma área verificou-se também que a proporção de vítimas dos demais acidentes foi muito alta (61,06%), provavelmente em virtude dos atropelamentos.

Julga-se que tal proporção de feridos nos acidentes de motocicleta decorre da vulnerabilidade dos usuários deste veículo. Este poderia ser também um dos fatores causais da mortalidade mais elevada nessa modalidade de acidente de trânsito. Assim como nos atropelamentos, a gravidade dos ferimentos do motociclista ou de seu passageiro, quando envolvidos em acidentes, parece ser muito maior do que nos demais acidentes de veículo a motor.

Um outro fato que continua a chamar a atenção é a utilização dos equipamentos de segurança, particularmente os capacetes. A Lei Federal nº 7.031, de 20 de setembro de 1982, estendeu o uso obrigatório dos capacetes para as vias urbanas.

Nesse sentido, HARROP (1982) afirmam que nos Estados Unidos da América, onde há exigência legal, o uso do capacete fica próximo dos 100%; onde essa lei não existe, a utilização cai para cerca de 46% e se a exigência abrange somente os menores de 18 anos, o uso varia de 39% a 63%. Por outro lado, enquanto a eficácia do capacete em relação à gravidade das lesões ainda é discutida por alguns autores, a diminuição da incidência de traumas cefálicos e a redução da mortalidade pelo uso dos capacetes está comprovada em muitas publicações (CARRARO, 1979; COOKRO, 1979; KELLEY, 1976; LIPE, 1985; TRUNKEY, 1989).

Para evitar a grande ocorrência de óbito antes que as vítimas recebam os primeiros socorros, é necessário fazer um trabalho de prevenção (FALCÃO, 1996).

Outro fator também pode ser citado como causador do TCE: o aumento da violência nos grandes centros urbanos que, aliás, é reflexo da desestruturação social gerada pelos impactos da tecnologia.

FACURE (1981) ainda mostra outros perigos com os quais o homem moderno convive em seu dia-a-dia. Segundo ele, o maquinário industrial, apesar de toda a sofisticação, ainda coloca-o como peça frágil à mercê do acidente em que o crânio é uma das principais áreas atingidas. Mesmo no lar, continua o autor, adultos e crianças encontram armadilhas que traem seu frágil equilíbrio.

Em síntese, o traumatismo é, nos tempos atuais, uma das causas mais freqüentes e importantes de morbidade e mortalidade. Dados oficiais revelam que, no Brasil, o número de mortes violentas vem crescendo ao longo do tempo, sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas afecções mal definidas.

2.1. Traumatismo craniencefálico: um problema de saúde pública que merece ser tema de estudo constante

De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 100 mil brasileiros morrem por ano vítimas da violência - uma galeria de horrores que vai de atropelamento, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito até homicídios.

É a conta que se paga pela nossa selvageria; vidas seriam preservadas apenas se as pessoas prestassem mais atenção ou não fossem imprudentes. A selvageria é tamanha que quase ninguém sequer ouviu falar sobre as estatísticas das 100 mil vítimas.

"(...) Quanto mais penso, mais me convenço de que educação para a cidadania é a prioridade das prioridades: não é só uma questão de justiça ou moral. Mas de desenvolvimento do potencial econômico. A imensa maioria dos mortos é de jovens, no auge de sua capacidade criativa." (DIMENSTEIN, 1999)

Investir na cidadania é, com certeza, segundo DIMENSTEIN (1999), a solução mais sensata contra a selvageria e a favor da preservação da vida. Neste texto, o autor mostra os dados estarrecedores de brasileiros que morrem de forma violenta, vítimas do uso de drogas, especialmente do uso do álcool. O raciocínio aplica-se também à redução das vítimas com TCE. Mesmo porque, na maioria das vezes, o álcool é o grande responsável por tantos acidentes de trânsito.

Por sua enorme dimensão, o trauma constitui-se, no Brasil, um problema de saúde pública. Por esta razão, é indispensável para o próprio bem-estar da sociedade brasileira que este tema seja alvo constante de pesquisa e análise, como defende FACURE (1981).

Conforme as pesquisas envolvendo o tema revelam, a maioria das vítimas são adultos jovens do sexo masculino, os quais estão em idade produtiva para a sociedade. Ou seja, as vítimas são fundamentalmente pessoas que compõem a força de trabalho de uma nação.

FALCÃO (1996) mostra que os pacientes com atividade de vida economicamente produtiva corresponderam à maioria dos casos, todos na faixa etária inferior a 60 anos. Esses dados fazem supor que a população de jovens está mais exposta às principais causas do TCE em nosso meio.

Isto resulta, então, em alto custo para o Estado, tendo em vista que os pacientes necessitam, na maioria das vezes, de um longo período de hospitalização e recuperação.

Os pacientes com traumatismo craniencefálico requerem um atendimento especializado, tanto na fase pré-hospitalar, onde ocorrem 2/3 das mortes, como também nas fases hospitalar e de reabilitação (IMAI, 1994).

FACURE (1981) aponta que ao lado do índice crescente de risco que a vida moderna oferece, aumentando sempre a frequência das lesões craniencefálicas, há aspectos novos que a medicina moderna introduziu ao criar centros de cuidados intensivos, dotados de recursos quase miraculosos. Com este arsenal, montado em benefício dos doentes graves, como qualifica o autor, foi possível aumentar o índice de sobrevivência do paciente em TCE.

Os avanços nas medidas utilizadas em Unidade de Terapia Intensiva, apesar de extremamente caras, têm reduzido a mortalidade e a intensidade das seqüelas.

Todavia, FACURE (1981) alerta-nos para a questão de que se, por um lado, houve benefícios expressivos e insubstituíveis, todos estes recursos, introduzidos como meios de diagnósticos e terapêuticos, trouxeram problemas cujo preço pode ser muito alto para o doente.

Felizmente, o avanço da ciência na área médica tem, de fato, revolucionado o tratamento das doenças graves como as da área da neurologia (TCE). Hoje, é possível deparar com métodos de diagnóstico e tratamentos modernos e de alto custo, os quais necessitam ser bem conduzidos para que cumpram efetivamente sua função na busca de uma qualidade de vida pós-tratamento.

A preocupação com a qualidade de vida que os traumatizados irão "desfrutar", como explicita FACURE (1981), relaciona-se ao fato de que "muitos dos que sobrevivem ao infortúnio do acidente permanecem em situações subumanas, extremamente amargas para seus familiares". Ou seja, representam um ônus muito elevado para a família, tendo em vista que muitos deles ficam improdutivos social e economicamente, além de gerarem gastos elevadíssimos que oneram os cofres públicos.

Todos estes argumentos, que revelam, enfim, o triste quadro que envolve as vítimas com traumatismo craniocéfálico, acabam por justificar a necessidade constante de se fazer estudos e pesquisas que abordem essa problemática de interesse público. A ciência médica lança, pois, uma questão que envolve, sobretudo, um entendimento cada vez mais claro do que realmente significa o traumatismo craniocéfálico com o intuito de aumentar a sobrevivência desses pacientes, por meio de tratamentos adequados. Além do mais, esse conhecimento deve ser aplicado na melhoria da prevenção dos acidentes que levam ao TCE. Dados revelam que 60% das mortes ocorrem dentro das primeiras 24 horas como pode ser constatado em MANREZA & RIBAS (1991).

O desafio, portanto, é combinar os avanços médicos que resultam de métodos modernos de monitorização, de novas abordagens terapêuticas, bem como da melhor compreensão do TCE e de seus efeitos secundários (hipóxia, hipotensão, hipertensão intracraniana e infecções, entre outros) com a prestação de serviços de assistência, de modo mais eficiente na recuperação do paciente com TCE.

2.2. O que é traumatismo?

Segundo FALCÃO (1993), "trauma craniano, como uma definição geral, refere-se a uma lesão aguda na face, couro cabeludo, parte óssea, dura-máter ou encéfalo, causada por energia mecânica externa (energia cinética) e pode ser classificado de acordo com a estrutura envolvida. Dependendo da intensidade e do tipo de agressão, essas estruturas podem estar envolvidas de maneira isolada ou associada e, portanto, mostrar diferentes padrões clínicos. Quando as lesões envolvem o encéfalo, no trauma craniocéfálico (TCE), a gravidade do insulto aumenta por envolver estruturas nobres."

O traumatismo craniocéfálico é a lesão mais freqüente e a principal causa de morte nos pacientes de causas externas. Normalmente, grande parte dessas vítimas, quando sofre ferimentos muito graves, apresenta lesões, também graves, em outros lugares do corpo, além do TCE, o que as caracterizam como vítimas politraumatizadas.

Nos serviços de emergência, um índice de gravidade importante muito utilizado para a avaliação da gravidade do TCE é a Escala de Glasgow (ECG).

A Escala de Coma de Glasgow é um índice de gravidade cujos critérios são de base fisiológica. Desenvolvido em 1974, na Universidade de Glasgow, visa a avaliação do nível de consciência dos pacientes com TCE na fase aguda (IMAI, 1994).

Esta escala é baseada em três indicadores (IMAI, 1994), conforme Anexo 4:

1. Abertura dos olhos com 4 níveis de oscilação, de espontâneo a nenhuma abertura ocular;
2. A melhor resposta verbal, com 5 níveis, de orientado a nenhuma resposta verbal;
3. A melhor resposta motora, com 6 níveis, de obedecer a comandos a nenhuma resposta motora.

Esses indicadores são avaliados independentemente e o escore final reflete o estado funcional do encéfalo. De acordo com a escala de Coma de Glasgow, os TCE podem ser classificados como graves, moderados ou leves.

Desenvolvida nos EUA pela American Association's Committee on Medical Aspects of Automotive Safety, com o objetivo inicial de oferecer um método acurado aos pesquisadores para avaliar e comparar lesões decorrentes de acidentes automobilísticos e, ao mesmo tempo, uniformizar a linguagem utilizada para descrever as lesões, a Abbreviated Injury Scale - AIS - é um sistema que classifica injúria de acordo com o tipo de gravidade em uma escala ordinal de 6 pontos (DALOSS, 1993).

Este sistema vem sendo utilizado, ao longo dos anos, não só para classificar a gravidade de lesões ocorridas por acidentes automobilísticos, como se pretendia, mas também para mensurar lesões decorrentes de outros tipos de trauma.

Lançada em 1971, contendo 75 descrições de lesões, a AIS sofreu alterações até 1990. A cada edição revisada, as descrições das lesões foram aperfeiçoadas e outros tipos foram acrescentados, chegando à versão de 1990, a mais atual, que apresenta 2.000 descrições de lesões, formando assim o Manual AIS.

O Manual AIS está dividido em sete seções e cada uma corresponde a uma região do corpo, ou seja: superfície externa, cabeça, pescoço, tórax, abdome e conteúdos pélvicos, coluna vertebral e medula espinhal, membros superiores e inferiores e cintura pélvica. As lesões foram organizadas em regiões anatômicas por ser a maneira habitual de avaliação de vítimas de trauma e, também, para auxiliar o usuário na localização do escore de gravidade da lesão (DALOSS, 1993).

Desenvolvidos com base em critérios anatômicos, fisiológicos e mistos para determinarem a gravidade do trauma de pacientes hospitalizados, o Injury Severity Score - ISS -, derivado da Abbreviated Injury Scale (AIS), de base anatômica, tem sido reconhecido como o mais promissor, por ser dotado de sensível poder prognóstico com vistas à sobrevivência e mortalidade (DALOSS, 1993).

Em síntese, o ISS fornece um escore de gravidade do trauma somente sobre a perspectiva da gravidade da lesão anatômica. Dependendo do tamanho e da localização da lesão, é sabido que a lesão anatômica pode determinar alterações fisiológicas importantes. Já a ECG fornece um escore de gravidade do TCE considerando os aspectos fisiológicos (nível de consciência) que podem se alterar em decorrência do tempo e de outros fatores como, por exemplo, a ingestão de álcool.

DALOSS (1993) aponta para a necessidade de se reconhecer a magnitude do TCE com base nos índices de gravidade, os quais vêm sendo estudados nas três últimas décadas.

O desenvolvimento desses índices, que permitem determinar a gravidade de um TCE de acordo com classificações numéricas vinculadas a características selecionadas do paciente, constitui-se como meio confiável e válido para avaliar a probabilidade de mortalidade e morbidade resultante de um insulto traumático.

O uso de uma linguagem uniforme, ao se avaliar um paciente com TCE, favorece a avaliação e a comparação da assistência prestada por diversos serviços de atendimento ao traumatizado, ajuda no acompanhamento da evolução da assistência ao longo do tempo, assim como contribui para a efetividade das medidas preventivas instituídas, de acordo com estudos estrangeiros.

DALOSS (1993) afirma que os índices de gravidade podem ser usados pela equipe de saúde, pelos pesquisadores das diversas áreas ligadas a acidentes e violências e pelos administradores de serviços de assistência a pacientes traumatizados. Ainda do ponto de vista do autor, dadas as suas potencialidades, eles podem fornecer subsídios para as áreas de prevenção, assistência, ensino, pesquisa e administração.

2.3. A importância da Escala de Coma de Glasgow

TEASDALE & JENNETT (1974) relatam que para ser totalmente aceito, um sistema deve ser prático para ser usado por um grande número de hospitais e pela equipe, sem a necessidade de um treinamento especial. Mas a busca pela simplicidade não deve ser uma desculpa para a procura de distinções absolutas onde nada existe: por essa razão, não é feita nenhuma tentativa para definir a consciência ou o coma em termos absolutos. Na verdade, é conceitualmente falso esperar uma linha divisória clara na série entre estes estados. Ao invés disso, é necessário um método eficaz de descrição dos diversos estados de redução de consciência encontrados na prática clínica. Além disso, isto pode não depender somente de um único tipo de resposta, pois pode, por várias razões, não ser passível de teste. Os três diferentes aspectos de resposta comportamental que escolhemos para examinar foram resposta motora, resposta verbal e abertura dos olhos, cada um sendo avaliado de maneira independente do outro.

- Respostas motoras

A facilidade com que as respostas motoras podem ser elucidadas nos membros do corpo, juntamente com uma ampla faixa de diferentes padrões que podem ocorrer, torna a atividade motora um guia adequado do estado de funcionamento do sistema nervoso central. De fato, cada uma das escalas relatadas que revimos incluía algum aspecto de resposta motora como um critério.

Obediência a comandos é a melhor resposta possível, mas o observador deve ter cuidado para não interpretar um reflexo de segurar ou um ajuste postural como uma resposta a um comando. Os termos “intencional” e “voluntário” são evitados, pois acreditamos que eles não podem ser julgados com objetividade.

Se não houver uma resposta a um comando, um estímulo doloroso é aplicado. A significância da resposta à dor nem sempre é fácil de ser interpretada, a menos que o estímulo seja aplicado de uma maneira padrão e seja mantido até que uma resposta máxima seja obtida. Uma pressão inicial é aplicada à raiz da unha com um lápis; isto pode resultar em uma flexão ou extensão do cotovelo. Se a flexão for observada, um estímulo é aplicado à cabeça, ao pescoço e

ao tronco para testar a localização. No caso de morte cerebral, um reflexo espinhal pode fazer com que as pernas se flexionem rapidamente em resposta a uma dor aplicada localmente. Por esta razão e pelo fato de os braços apresentarem uma maior variedade de respostas, aconselha-se sempre a testá-los, a menos que um trauma local torne o exame impossível.

Uma *resposta localizada* indica que um estímulo em mais de um local faz com que um membro do corpo se mova, numa tentativa de retirá-lo.

Uma *resposta do flexor* pode variar do retraimento rápido, associado à abdução do ombro, até uma reação menor, estereotipada da postura hemiplégica ou decorticada com adução do ombro. Observadores experientes podem distinguir prontamente entre flexão normal e anormal, mas, de uma maneira geral, nos primeiros dias após um dano cerebral, aconselha-se registrar somente se a resposta for flexor.

A *Postura extensora* é obviamente anormal e está normalmente associada à adução, rotação interna do ombro e pronação do antebraço. O termo “rigidez do sem cérebro” é evitado, pois implica uma correlação fisioanatômica específica.

A *Falta de resposta* está normalmente associada à hipotonia e é importante excluir a transecção espinhal como uma explicação para a falta de resposta; e, também, para ter certeza de que um estímulo adequado foi aplicado.

Ao registrar uma resposta motora como uma indicação do estado funcional do cérebro como um todo, registra-se a melhor resposta ou a resposta mais alta de qualquer um dos membros do corpo. Durante um exame simples, alguns pacientes deram respostas variáveis, que melhoraram bastante, à medida que o paciente tornava-se mais consciente; as respostas dos membros direitos ou esquerdos do corpo também podem diferir. Qualquer diferença entre a reação de um membro e outro pode indicar dano cerebral focal e, por esta razão, pode ser observada uma resposta pior (mais anormal). Mas com a finalidade de estimar o grau de consciência alterada, registra-se a melhor resposta do melhor membro do corpo.

- Respostas verbais

Provavelmente a definição mais comum do final do coma, ou da recuperação da consciência, é a primeira declaração compreensível do paciente; fala figurada em quase todas as escalas registradas revisadas. Com certeza, o retorno da fala indica a recuperação de um alto grau de integração dentro do sistema nervoso, mas a falta da fala pode se dar em virtude de causas que não sejam a consciência diminuída (por exemplo, traqueostomia ou disfasia).

A *Orientação* implica na percepção de si mesmo e do ambiente. O paciente deve saber quem ele é, onde está e por que está lá; saber o ano, a estação e o mês. As palavras “racional” e “sensato” são evitadas, pois não podem ser definidas com clareza.

Conversação confusa é registrada se a atenção puder ser mantida e o paciente responder a questões de uma maneira coloquial, mas as respostas indicarem graus variados de desorientação e confusão. É aqui que o registro literal das respostas individuais do paciente pode ser útil.

Fala inadequada descreve articulação ininteligível, mas implica que a fala é usada somente de uma maneira exclamatória ou aleatória, normalmente gritando ou praguejando; não é possível a troca coloquial.

A *Fala incompreensível* refere-se à lamentação e ao gemido, mas sem quaisquer palavras reconhecíveis.

- Abertura dos olhos

Abertura espontânea dos olhos, com ritmos de abrir/fechar, é a melhor avaliação nesta parte da escala e indica que os mecanismos de estímulos no cérebro estão ativos. Mas o estímulo não implica consciência e acreditamos que seja imprudente tentar decidir se um paciente está atento com base nos movimentos dos olhos. Os parentes, os enfermeiros e até mesmo os médicos de pacientes em estado vegetativo persistente, que se mostram estar conseqüentemente decorticados estruturalmente, normalmente acreditam que estejam reagindo visualmente às

pessoas ao redor deles; provavelmente os reflexos oculares primitivos podem ser executados em um nível subcortical.

Abertura dos olhos em resposta à fala é uma resposta a qualquer abordagem verbal, quer falada ou gritada, não necessariamente o comando para abrir os olhos.

Abertura dos olhos em resposta à dor deve ser testada por um estímulo nos membros do corpo, pois a careta associada à pressão supra-orbital ou do ângulo maxilar pode causar fechamento dos olhos.

- Aplicações práticas da Escala

Diferentes observadores foram capazes de inferir as respostas nesta escala com um alto grau de consistência e a probabilidade de registros ambíguos parece ser pequena. Isto foi demonstrado por diversos médicos e enfermeiros que examinaram o mesmo grupo de pacientes. As divergências foram raras. Isto foi um contraste pronunciado ao ocorrido quando foi perguntado aos observadores, ao invés de aos peritos, se os pacientes estavam conscientes ou inconscientes; um em cada cinco observadores discordou da opinião da maioria.

Pode ser que seja impossível testar um ou outro componente desta escala e este fato pode ser registrado. Os membros do corpo podem estar imobilizados por talas em virtude de fraturas, a traqueostomia pode impossibilitar a fala e o inchaço das pálpebras ou lesões no terceiro nervo bilateral pode impossibilitar a abertura dos olhos. Na rara “síndrome de bloqueio”, um paciente com os membros do corpo totalmente inativos pode obedecer comandos para mover os olhos e pode até mesmo ser capaz de sinalizar suas necessidades.

Os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos adotaram voluntariamente este método para formalizar as observações que foram usadas anteriormente para registrar como um comentário descritivo. Assim, eles marcaram essas observações em um gráfico similar ao formato, mas não no conteúdo, e que também fornecia registro convencional de temperatura, pulso e respiração, do tamanho da pupila em milímetros e dos sinais motores focais. Este método já foi

adotado com sucesso para fazer observações em ferimentos na cabeça em um hospital geral. Nesses hospitais, os pacientes com ferimentos na cabeça formam uma proporção considerável de admissões cirúrgicas críticas e, nesse caso, as observações dependem das equipes médica e de enfermagem que não possuem experiência especial em neurologia e neurocirurgia.

- Influência do tipo de lesão intracraniana em consequência de ferimentos graves na cabeça

GENNARELLI *et al.* (1992) relatam que estudos recentes tentando definir a consequência de ferimentos graves na cabeça sugeriram, direta ou indiretamente, que a gravidade do ferimento (conforme determinado pela Escala de Coma de Glasgow [ECG]) é o único determinante do resultado. Pouca atenção foi dada ao tipo de lesão que resultou em uma baixa marca na ECG e existe uma hipótese não relatada de que o tipo de lesão não é um determinante importante de resultado. Nenhuma tentativa foi feita para determinar se os pacientes que possuem a mesma marca na ECG, causada por diferentes lesões, possuem resultados iguais ou diferentes.

Considerando que é impossível testar sem que haja um grande número de casos, os dados foram obtidos de sete diferentes centros de ferimentos na cabeça em pacientes que corresponderam aos critérios de Glasgow para ferimento grave na cabeça ($ECG \leq 8$ por pelo menos 6 horas). Os pacientes foram distribuídos em categorias de acordo com um sistema de classificação simples que compreendia sete tipos de lesões, sendo que cada uma era subdividida, posteriormente, em duas faixas de marcas na ECG (3 a 5 e 6 a 8). De 1.107 pacientes, a mortalidade total foi de 41%, mas oscilou de 9% a 74% entre as diferentes categorias de lesões. Inversamente, 26% tiveram boa recuperação (em 3 meses), mas entre os diferentes grupos de lesões, a faixa foi de 6% a 68%. O hematoma subdural agudo com marcas na ECG de 3 a 5 foi, em geral, o pior problema (74% de mortalidade e 8% de boa recuperação), enquanto que o coma por ferimento difuso de 6 a 24 horas com marcas na ECG de 6 a 8 teve 9% de mortalidade e 68% de incidência de boa recuperação. Os resultados deste estudo demonstraram heterogeneidade acentuada dentro deste grupo de ferimentos graves na cabeça e indicaram que pacientes com a mesma marca na ECG tinham notadamente resultados diferentes, dependendo do causador da

lesão. O tipo de lesão é, portanto, tão importante para um fator determinante de resultado quanto a marca na ECG e ambos devem ser considerados ao descrever os pacientes com ferimentos graves na cabeça.

2.4. Como proceder clinicamente diante de um TCE

A abordagem do paciente com TCE é realizada em três fases, conforme apontam MANREZA & RIBAS (1991).

1ª Fase: Atendimento correto no local do acidente e remoção adequada ao centro hospitalar.

2ª Fase: Atendimento na Sala de Emergência para avaliação diagnóstica e terapêutica com a finalidade básica de reanimação e estabilização hemodinâmica do paciente.

3ª Fase: Tratamento clínico e/ou tratamento cirúrgico em unidades especializadas com medidas de suporte básico e de suporte específico.

Prioriza-se a estabilização das alterações cardiorrespiratórias, vitais para a sobrevivência, e, simultaneamente, as alterações do sistema nervoso central. A avaliação do nível de consciência é, dentro dos procedimentos usuais, um importante parâmetro para se conhecer a gravidade do trauma cefálico.

No entanto, segundo IMAI (1994), em pacientes que apresentam outras lesões corporais além do TCE, isto é, os politraumatizados, somente a avaliação do nível de consciência é insuficiente para avaliar a gravidade global do trauma, indicando a necessidade de se observar o conjunto das lesões ocorridas.

FALCÃO (1993, 1996) explicita que, hoje, na avaliação neurológica inicial do paciente com TCE inclui-se a ECG, em virtude de sua fácil aplicação, sendo utilizada em numerosas unidades de terapia intensiva. Porém, ele alerta que, além do estudo do nível de consciência pela ECG, é de relevante importância na avaliação do TCE o tipo de atendimento recebido na fase pré-hospitalar.

Autores como MANREZA & RIBAS (1991) revelam que em consequência "da demora no atendimento inicial no local do acidente, do atendimento inicial inadequado, do transporte em condições precárias", os pacientes com TCE, em sua maioria, quando dão entrada na Sala de Emergência já apresentam os efeitos do "segundo trauma", como eles denominam; efeitos estes que, muitas vezes, são tão ou mais comprometedores que o traumatismo inicial.

2.5. Emprego dos recursos humanos e técnicos na recuperação do paciente com TCE a partir do resultado das pesquisas

Como defende FALCÃO (1996), as equipes de saúde, constituídas pelo pessoal da área médica, de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional, da assistência social e da psicologia, envolvidas com o tratamento destes pacientes têm como meta principal tirá-los da fase grave, por meio de um tratamento inicial na unidade de terapia intensiva (Anexo 4), onde se aplica, como já se demonstrou anteriormente, conhecimento do mais elevado nível e complexidade, culminando em atividade multidisciplinar de alto custo e benefício: "Reintegrá-los e devolvê-los à sociedade é nosso maior objetivo".

Para que essa equipe multidisciplinar cumpra efetivamente sua função na reabilitação do paciente com TCE deve ter conhecimento adequado deste tipo de patologia, além de ter "uma sistemática relativamente rígida, onde não sejam criadas improvisações e/ou arranjos momentâneos", como concluem MANREZA & RIBAS (1991).

Pesquisas revelam a relação entre estudos e desempenho do pessoal de Recursos Humanos na recuperação do doente com TCE.

DALOSI (1993) aponta a importância da determinação precoce da gravidade do trauma, em nossa sociedade, assim como os norte-americanos defendem como subsídio para as áreas de prevenção, assistência, ensino, pesquisa e administração dos serviços de atendimento a pessoas traumatizadas.

Por sua vez, o estudo de IMAI (1994), intitulado "Avaliação da Gravidade do Traumatismo Cranioencefálico por Índices Anatômicos e Fisiológicos", partindo das considerações da literatura internacional que defende a combinação de índices anatômicos e fisiológicos como procedimento que melhor reproduz a gravidade do trauma de pacientes com traumatismo, mostrou que a associação dos índices (AIS/ISS e a ECG) pode auxiliar as equipes que atuam tanto em UTI quanto em qualquer outro setor hospitalar no qual se encontre um paciente com TCE, uma vez que ela permite uma avaliação rápida e eficiente, propiciando-lhe uma melhor assistência.

Como ela afirma, os índices fornecem subsídios para a avaliação do risco de vida, norteando a prática diária em relação à assistência destes pacientes, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de condutas a eles dispensadas.

KOIZUMI (1990) desenvolveu uma pesquisa para investigar a natureza das lesões quanto ao tipo, à localização e ao grau de intensidade nas vítimas de acidentes de motocicleta segundo algumas variáveis consideradas importantes do ponto de vista epidemiológico. O autor acreditou que redimensionar a magnitude e a evolução dos acidentes após a obrigatoriedade do uso de capacetes era algo relevante na medida em que poderia fornecer subsídios para a assistência dessas vítimas, bem como contribuiria para os programas de prevenção de acidentes de moto, na área da saúde.

Ele faz reflexões importantes em torno de dois pontos (prevenção e tratamento), formulando sugestões que contribuiriam em muito para os referidos programas.

De fato, a prevenção do acidente é uma medida de suma importância e, dessa forma, o uso de capacete é, segundo o autor, uma das formas de diminuir os custos diretos e também os indiretos gerados pelas suas vítimas. Todavia, considerando que o capacete é obrigatório por lei,

parece, do ponto de vista do autor, profundamente incoerente que seu uso continue muito aquém do esperado e que não sejam tomadas nem medidas educativas, nem coercitivas que melhorem sua implementação.

Como o autor observa, para aqueles que já foram atingidos, uma assistência adequada não pode deixar de ser prestada. Sendo assim, tanto na prevenção quanto na assistência é importante colher informações sobre localizações e graus de intensidade das injúrias das vítimas de acidentes de trânsito. Apesar de difíceis de serem colhidas, são informações necessárias para subsidiar os programas de prevenção, bem como os de assistência às vítimas, tanto nas fases pré-hospitalar hospitalar, como nas de reabilitação.

KOIZUMI (1990) relata que uma das maiores dificuldades de ordem metodológica para a realização de seu trabalho, que consistia numa análise retrospectiva do acidentado com TCE, foi a falta de informações tanto no que se refere a causas externas como a informações sobre a rotina de assistência hospitalar. A ausência de um banco de dados com informações sobre o local da ocorrência do acidente, principalmente na ficha de registro de internação, a especificação quanto ao tipo e circunstâncias do acidente, se o capacete estava sendo usado, se a vítima foi o condutor ou o passageiro da moto, impede, como o autor aponta, a realização de um efetivo trabalho de prevenção.

Semelhantemente, outro ponto negativo, agora em relação aos dados hospitalares, é a falta de uniformidade nos registros dos conteúdos dos prontuários dos pacientes.

Durante o exame do conteúdo dos prontuários refletiu-se sobre a importância e a necessidade da assistência integral a esses pacientes, principalmente nas fases hospitalar e de reabilitação. Ao mesmo tempo, continua KOIZUMI (1990), a concretização de uma assistência que conte com equipe multiprofissional e multidisciplinar habilitada para o atendimento de pacientes politraumatizados parece estar muito distante. Contudo, como aponta, acredita-se que para a otimização da assistência a esses pacientes, tais recursos humanos precisariam ser preparados e, pela prática, ter comprovada sua efetividade e necessidade.

É, portanto, com sua equipe médica devidamente treinada que se poderia fazer, por exemplo, um bom uso da UTI que, apesar de oferecer recursos "miraculosos", como define FACURE (1981), aumentando a sobrevida do paciente com TCE, pode apresentar riscos para o doente.

3. O enfermeiro

AQUINO (1991) afirma que a dedicação do ser humano ao seu próximo doente, até o início da Era Cristã, era indício de bondade e de solidariedade num momento de sofrimento. Durante a Idade Média, período em que a religião católica predominou em todos os sentidos e aspectos da vida do homem europeu, cabia aos homens religiosos a manutenção dos hospitais (construídos sempre ao lado de uma igreja) e às mulheres, os cuidados diretos com o paciente.

É importante chamar a atenção para o motivo de a enfermagem ser um trabalho predominantemente feminino; desde os tempos antigos, cuidar de doentes fazia parte das tarefas domésticas, das quais se encarregava exclusivamente a mulher. Como havia uma divisão precisa entre o trabalho do homem e o da mulher, a ela cabia o dever de cuidar dos enfermos, dando origem ao costume da enfermagem de empregar um grande número de mulheres, caracterizando a profissão manual em que são necessárias muita paciência e devoção. Esse estereótipo da profissão esconde profundos problemas sociais: o de emprego de pessoal não preparado para a prática da profissão; o emprego de mulheres por deterem o perfil ideal para desempenhar as tarefas; o rebaixamento dos salários do profissional; problemas estes que se estendem aos outros profissionais de enfermagem - auxiliares e técnicos e os ocupacionais de enfermagem ou atendentes.

A dicotomia entre trabalho manual e chefia (administração) leva, na grande maioria das vezes, o profissional de enfermagem graduado a se distanciar dos pacientes e, conseqüentemente, dos problemas do dia-a-dia dos técnicos e auxiliares que lidam, na prática, diretamente com o doente. Essa dicotomia foi herdada da escola de Florence Nightingale que atribuía às *ladies* (mulheres da alta burguesia britânica), o trabalho de chefia e às *nurses* (enfermeiras advindas de classe menos abastada), o trabalho direto com o paciente.

O fato de os enfermeiros não participarem diretamente dos problemas que envolvem o paciente e o pessoal que está sob sua chefia impede uma relação mais democrática entre estes profissionais que possuem diferentes níveis de formação: técnicos e auxiliares. Além de prejudicar o relacionamento entre os profissionais, o distanciamento entre a administração e a prática do

trabalho de enfermagem dentro do hospital impede que haja uma avaliação do desenvolvimento do trabalho dentro da instituição, o que KURCGANT (1986) descobriu ser desejado pelas enfermeiras dos hospitais municipais de São Paulo.

Hoje, no Brasil, sabe-se que a maioria dos profissionais de enfermagem trabalha em hospitais e centros de saúde. No entanto, dos anos 30 até recentemente era a saúde pública que absorvia a quase totalidade da mão-de-obra dos enfermeiros. A migração da enfermagem de uma instituição para outra, entretanto, pouco representa em termos de reconhecimento e valorização profissional. Na prática, o que se vê hoje é um profissional mal remunerado, tanto na rede pública, quanto na privada.

É preciso haver uma mudança de mentalidade a respeito da prática do enfermeiro. Embora ele tenha estereótipo calcado sobre o modelo de "doação e caridade" da Idade Antiga, o enfermeiro é um profissional que desempenha sua função por mérito de seus conhecimentos, devendo ser remunerado por isso.

É contraditória a maneira como a comunidade considera o trabalho deste profissional, pois sabendo que seu serviço se desenvolve dentro de um sistema moderno de produção, numa empresa que é a instituição hospitalar ou o centro de saúde, justifica seu baixo salário baseando-se numa imagem histórica do enfermeiro como sendo alguém cuja realização está em doar-se ao próximo.

Não podemos mais levar adiante o discurso de que os enfermeiros são mal pagos por pertencerem a uma profissão feminina, ou porque nos primórdios de sua história eram pessoas pobres que ajudavam os doentes em troca de teto e pão. Esse determinismo é uma forma de fazer as pessoas aceitarem seus problemas como advindos de fatos históricos e indiscutíveis e, portanto, difíceis de solucionar.

A realidade invade qualquer discurso que queira escamotear a verdadeira situação: a Saúde, assim como a Educação, está controlada pelo Estado que pouco interesse tem em investir nesses setores que cuidam diretamente da população. A reflexão sobre sua própria condição é um

meio de o profissional de enfermagem começar a enfrentar seus problemas e a reivindicar o direito de exercer sua profissão.

Considerando os progressos que a profissão vem alcançando (principalmente depois de configurar-se como área do saber, tendo se firmado como escola no âmbito da universidade), não podemos restringir a enfermagem apenas aos cuidados com o paciente e à administração hospitalar.

A prática da enfermagem pode e deve realizar uma pessoa profissional ou mesmo pessoalmente.

A ciência, no entanto, não é o único fator que permite nossa profissão organizar-se para prestar melhores serviços e ser mais valorizada pela sociedade em geral. Se dependesse somente deste fator, já deveríamos ter um status diferente dentro do contexto social, dado o grande número de trabalhos publicados (entre teses e artigos). Sabemos ainda que o número de profissionais enfermeiros formados tem ultrapassado o número de empregos criados, fazendo com que não falem profissionais especializados.

O que vemos, principalmente em alguns hospitais privados, é a falta de espaço para o trabalho do enfermeiro, pois, por ele representar maiores gastos, a empresa nega a necessidade deste profissional.

Assim, os esforços do enfermeiro de refletir seu verdadeiro status e procurar meios de inserir-se de maneira positiva junto à comunidade serão inúteis se não houver uma mudança na atitude dos indivíduos. Devem ser reconsiderados alguns preconceitos quanto à profissão: sua característica feminina e seu caráter manual em virtude do contato físico com o paciente.

Quem é o enfermeiro, afinal? Resumindo o que foi dito aqui, podemos definir o enfermeiro como o profissional que trabalha numa equipe multiprofissional.

A qualificação do enfermeiro é a graduação, devidamente reconhecida; o diploma registrado no Conselho Regional de Enfermagem. O profissional é responsável pelo planejamento, pela coordenação e pela supervisão das atividades administrativas e assistenciais.

O enfermeiro em busca de sua autonomia, como diz MENDES (1980), tem que definir sua prática e estar consciente de seu lugar político e social. Outros autores que discutem essa temática são ANGERAMI & ALMEIDA (1983) que falam do espaço do profissional da enfermagem.

É preciso delinear com exatidão a posição do profissional de enfermagem no contexto social. O primeiro problema que surge ao se tentar definir o papel do enfermeiro é a disparidade entre o que se aprende na faculdade e a realidade dos hospitais e centros de saúde onde o enfermeiro desempenha efetivamente seu papel.

De acordo com DREYER (1997), "as enfermeiras têm responsabilidade profissional, social, moral e científica, amplamente reconhecida, de avaliar e garantir a qualidade dos cuidados prestados aos usuários" (PHANEUF & WANDELT, 1974; BLAKE, 1981; HINSHAW, 1983).

Um programa de garantia da qualidade tem por objetivo assegurar ao usuário um grau específico de excelência (SCHMADL, 1979) ou, conforme uma tendência mais recente, melhorar a qualidade de maneira contínua (MEISENHEIMER, 1992). Segundo GRENIER (1992), um programa destes comporta dois processos: o primeiro inclui a mensuração e a avaliação de diversos aspectos da estrutura organizacional, da execução dos cuidados e de seus resultados; o segundo comporta a planificação de estratégias para sua melhoria. Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem consiste em comparar a assistência realmente dada ao usuário com normas e critérios aceitos (GRENIER, DRAPEAU, DÉSAUTELS, 1989). Assim, o primeiro passo de um processo de avaliação são a identificação e a redação de normas e critérios de qualidade (N&CQ). Estes são baseados em valores sociais e profissionais que determinam a qualidade da assistência de enfermagem num momento e num contexto determinados (LANG, 1975).

Para os autores FURCOLIN *et al.* (1997), o enfermeiro na Educação Continuada é a essência para a busca da qualidade, que norteia toda a linha filosófica, técnica, científica e humana para a equipe de enfermagem. Investir na Educação Continuada tem sido uma meta permanente no planejamento da enfermagem.

3.1. Assistência de enfermagem ao tratamento do paciente com traumatismo craneencefálico

Para atendimento adequado aos pacientes com TCE e/ou politraumatizados necessitamos de uma equipe que tenha uma sistemática relativamente rígida, em que não sejam criadas improvisações e/ou arranjos momentâneos.

São importantes o atendimento correto no local do acidente e a remoção adequada ao centro hospitalar mais próximo.

O atendimento inicial na Sala de Emergência para avaliação diagnóstica e terapêutica, com a finalidade básica de reanimação e estabilização da função ventilatória e de estabilização hemodinâmica do paciente, também é de suma importância.

- Avaliação inicial

Consiste na identificação e no tratamento imediato dos problemas que coloquem o paciente em risco iminente de vida, seguindo uma ordem de prioridades.

A) Vias aéreas com controle da coluna cervical

B) Respiração e ventilação

C) Circulação e controle de hemorragias

D) Rápido exame neurológico

E) Exposição completa do paciente

Quando o paciente politraumatizado ou com TCE dá entrada na Sala de Emergência, uma equipe multidisciplinar avalia o caso imediatamente, tomando providências de diagnóstico e terapêutica de suporte básico fundamental que são:

- Monitorar sinais vitais

- Manter a ventilação adequada

- Estabilizar a função hemodinâmica

- Manutenção de ventilação adequada

Em pacientes inconscientes podemos ter queda da língua com obstrução da orofaringe, ou depressão dos reflexos laringeos de proteção, o que facilita a aspiração de sangue ou de suco gástrico. Conduta: limpar a cavidade oral, estender a cabeça tendo cuidado, pois existe a possibilidade de traumatismo cervical associado. Com a desobstrução das vias aéreas, o paciente deve apresentar respiração espontânea, ainda que insuficiente por alterações do ritmo respiratório. Quando identificada a insuficiência ventilatória, devemos instituir rapidamente as medidas usuais de assistência respiratória mecânica.

- Estabilização da função hemodinâmica

Enquanto se realiza a reanimação ventilatória, devemos observar sinais clínicos que indiquem insuficiência hemodinâmica. Porém, de rotina, cateterizamos uma veia de bom calibre para o aporte de fluidos e medicação. Devemos lembrar que uma lesão cerebral raramente produz choque, então é necessário verificar possíveis fraturas múltiplas, hemorragias intraperitoniais, entre outras quando há hipotensão associada.

- Medidas adicionais

Para rápida e melhor monitorização do paciente crítico são instaladas sonda vesical para controle de diurese horária e sonda de aspiração nasogástrica com esvaziamento do conteúdo gástrico para evitar aspiração.

Após estas medidas básicas, devemos realizar a avaliação neurológica inicial, a fim de identificarmos a presença de lesão cerebral e detectarmos precocemente uma possível lesão secundária.

Para a avaliação neurológica inicial, utilizamos a pontuação da Escala de Glasgow que nos permite avaliar o grau de alteração do nível de consciência, bem como os sinais de localização da lesão cerebral.

Uma outra medida importante é a posição do paciente, fazendo a mudança de decúbito, se necessário.

Após a alta hospitalar, dar atendimento assistencial e orientação diretamente ao paciente e familiares.

4. Qualidade em saúde

Os impactos da tecnologia no mundo moderno e a intensa globalização dos mercados, derrubando fronteiras geográficas e econômicas, trouxeram mudanças em todas as áreas do conhecimento humano. Todavia, alguns segmentos como os da educação e saúde têm levado algum tempo para, de fato, acompanhar todas as transformações que vêm ocorrendo.

Em decorrência das grandes transformações necessárias na era da globalização houve a necessidade de mudança constante nos enfoques econômicos, políticos, técnicos, sociais e filosóficos. As numerosas e rápidas mudanças tornaram as pessoas mais conscientes e mais exigentes em busca de melhor qualidade de vida. Toda organização social que comercializa um dado produto, para acompanhar as revoluções do mercado atual e sobreviver nele, precisa se reestruturar, se redesenhar, conforme mostram os estudiosos do setor administrativo e gerencial. Portanto, grande revolução e mudança no campo gerencial, principalmente nas organizações privadas, vêm ocorrendo. As organizações governamentais, para garantir sua própria sobrevivência, também vêm se reestruturando. A maior competitividade, nas diferentes áreas, leva as empresas a buscarem maior qualidade e produtividade.

Aproveitando o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento humano, as organizações reduzem os níveis hierárquicos, tornam-se menos verticalizadas, incentivam a formação de equipes, estimulam a criação de líderes e valorizam os pacientes interno e externo.

Segundo MELLO & CAMARGO (1998), a área da saúde não ficou isenta de todo este processo. Em virtude de sua grande e talvez maior participação na qualidade, tem sido a área mais cobrada em seus resultados e uma das mais criticadas na gestão de suas responsabilidades, quer operacionais, quer administrativas.

Sabemos que, no Brasil, a área da saúde está há muitos anos desamparada e desassistida pelo governo. A inadequação da verba e a sua má administração fazem com que ainda convivamos com patologias comuns a todas as nações, acrescentando-se aquelas próprias de países subdesenvolvidos como doenças infecciosas, parasitárias e aquelas decorrentes da desnutrição

(MELLO & CAMARGO, 1998). Os surtos do sarampo e da dengue, recentemente, ilustram bem tal situação.

Os autores mencionados acima revelam que tal crise pode ser superada, ou pelo menos atenuada, com a aplicação de maiores verbas pelo governo, "desde que mais dirigidas e administradas por intermédio de auditorias consistentes, sólidos programas de qualidade, medicina preventiva atuante e garantia de saneamento básico à população". Citam os autores, como bons exemplos de qualidade, as iniciativas privadas dentre as quais hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e laboratórios particulares, entendidos como organizações sociais, comparáveis aos de Primeiro Mundo. Tal qualidade é "conseqüência natural" como elas dizem, "da aplicação da gestão moderna de empresa que sabe, entre outras coisas, o significado da missão, visão e valores, reconhece a importância dos pacientes interno e externo e que se desenvolve em base de estrutura qualificada, enfoque em processos e avaliação de resultados por meio de monitorização de indicadores".

A respeito desta nova forma de gerir que vem promovendo mudanças positivas e avanços em quase todas as áreas da indústria e de serviços, defendem os autores que "a medicina do futuro não será exercida somente agregando novas tecnologias". Para tanto, do ponto de vista delas, "torna-se urgente a compreensão da adequada e moderna forma de administrar".

NOGUEIRA (1994) também defende que qualidade em saúde é "o novo imperativo que enfrenta o sistema de saúde brasileiro na década de 1990, após ter passado por uma radical descentralização e municipalização de seus serviços". O autor continua argumentando que o compromisso que precisa ser assumido por todos, o qual poderá conferir um sentido concreto de humanidade aos esforços organizacionais, realizados nos últimos anos, tanto pelo setor público como pelo privado, é a satisfação das expectativas dos pacientes e de seus familiares, mediante um atendimento digno e eficaz.

Do ponto de vista de NOGUEIRA (1994), é preciso rever os pressupostos filosóficos e as bases metodológicas que devem orientar as organizações de saúde para oferecerem serviços enfocados na promoção contínua da satisfação de seus pacientes e dos recursos humanos que

empregam. É preciso, portanto, de acordo com o autor, romper com a idéia habitual que vê a qualidade em saúde como idêntica ao acúmulo de tecnologias ultramodernas e de pessoal altamente especializado.

Como explicita o autor, a qualidade em saúde não deve ser vista como "uma substância ou uma 'coisa em si', mas uma referência resultante das formas como se dá o processo de produção dos serviços".

Ainda citando NOGUEIRA (1994), a qualidade é expressão objetiva de certas condições subjetivas como as arroladas abaixo:

" - uma preocupação em criar e manter, entre todos os que estão ocupados na unidade de saúde, gerentes e trabalhadores, uma consciência quanto às propriedades, benefícios, malefícios, dos serviços prestados (lançando mão para tanto, inclusive de metodologias estatísticas específicas);

- uma preocupação em satisfazer demandas explícitas e necessidades urgentes dos usuários dos serviços de saúde."

SILVEIRA (1997) entende "qualidade" como um sinônimo de gestão. Ele esclarece que os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde, em alguns países, sobretudo nos de Primeiro Mundo, são mais eficientes que outros em função das características culturais e sociais da comunidade em foco, da disponibilidade de recursos e do modelo de gestão adotado.

Para ele, a relação entre "gestão" e "qualidade dos serviços" parece clara, tendo em vista que quanto melhor a gestão de uma determinada instituição, pública ou privada, melhor a qualidade dos serviços prestados por essa instituição.

Adaptados às características de cada instituição, os modelos de gestão devem incorporar diversos conceitos apontados por SILVEIRA (1997):

- definição da missão, visão, valores

- desenvolvimento e manutenção do sistema de liderança

- desenvolvimento da estrutura organizacional

- envolvimento dos usuários/pacientes

- foco em resultados

- desenvolvimento de recursos humanos

- envolvimento da equipe multidisciplinar

Sobre o envolvimento dos usuários/pacientes, é natural encarar este aspecto como algo fundamental para o sucesso de qualquer estratégia destinada a melhorar a qualidade dos serviços e produtos a eles destinados.

Uma organização que queira ter sucesso, e este depende basicamente da aceitação de seus produtos e serviços pelo mercado, necessita investir continuamente no desenvolvimento e treinamento de seus colaboradores, pondo em disponibilidade a oportunidade para o aprendizado contínuo, a experimentação de novas habilidades e o exercício de criatividade (SILVEIRA, 1997).

5. Saúde do trabalhador no Brasil

Apesar do avanço científico nas diferentes áreas de conhecimento, a saúde do trabalhador tem sido um tema relativamente novo (data deste século) na história da saúde no Brasil e, por essa razão, deve ser tema de elaboração de estudos constantes também. Pesquisadores têm revelado que o caminho para se conquistar a saúde dos trabalhadores na perspectiva da defesa da vida está ainda muito distante. SPEDO (1998), analisando o modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS), mostra que são necessárias muitas lutas, conquistas mais abrangentes no campo social e transformações de caráter democrático nos ambientes e na organização do trabalho. Continua o autor dizendo que o setor saúde, isoladamente, não tem capacidade e nem competência para enfrentar e responder essa questão. Conclui, enfim, que tanto para os profissionais de saúde quanto para os trabalhadores, ter consciência sobre essa limitação é fundamental.

Atualmente, para garantir a saúde do trabalhador, existem algumas leis, muitas delas resultantes de reivindicações e movimentos dos trabalhadores. Porém, na verdade, o número de acidentes e doenças no trabalho, as condições adversas da maioria dos locais de trabalho mostram que as garantias legais não bastam para, de fato, preservar-se a vida dos trabalhadores. Mais do que isso, é necessário "o exercício da cidadania", como defende DIAS (1995), por parte dos trabalhadores, empresários e profissionais da saúde, assumindo-se como agentes responsáveis pelos direitos e deveres, cada um a seu modo.

Estudos revelam que a preocupação com a saúde da classe trabalhadora no Brasil se desenvolveu a partir de um modelo excludente, privilegiando os trabalhadores do setor formal da economia e esteve sempre vinculada aos interesses do capital de controle da força de trabalho.

Somente no início do século XX, com a evolução do processo de industrialização e urbanização do país e com o aparecimento dos movimentos de reivindicação dos trabalhadores urbanos, no Brasil, o Estado passou a intervir nas relações de trabalho. A criação das primeiras regulamentações de alguns aspectos da relação trabalho-saúde eclodiu na primeira Lei de Acidente do Trabalho, de 1919.

Até a década de 1980, apenas os trabalhadores com vínculo formal de emprego, ou seja, com carteira de trabalho assinada e previdência social gozavam de uma assistência médica, ainda que prestada pelo Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho. Já os trabalhadores sem vínculo empregatício, ou seja, aqueles pertencentes ao mercado informal, ficavam excluídos dessa assistência, tendo que recorrer basicamente à filantropia.

Autores como OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989) e CAMPOS (1992) mostram que os serviços públicos estaduais e/ou municipais existentes, como os Centros ou Postos de Saúde, desenvolviam ações predominantemente de caráter preventivo e dirigidas exclusivamente à criança e à mulher, não priorizando o atendimento à população adulta.

O Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) foi regulamentado na década de 1980, pelo então governo militar como parte de sua pretensa política para controlar o crescente número de acidentes do trabalho, pois o Brasil despontava como um dos países recordistas nessa área. É importante dizer que esse serviço era vinculado e subordinado organicamente à estrutura da empresa, restringindo-se às grandes empresas, não possuindo qualquer relação com o sistema de saúde. Ou seja, o setor saúde não tinha participação nessa área.

SPEDO (1998), como já expusemos anteriormente, revela que as ações e os serviços de saúde para os trabalhadores se desenvolveram a partir de um modelo excludente, o qual estava subordinado aos interesses do capital e com os objetivos centrados na manutenção e reposição da força de trabalho. Assim, como diz o autor, o controle sobre o ambiente de trabalho sempre esteve dissociado da assistência médica, a qual se caracterizava por ser predominantemente individual e curativa.

MENDES & DIAS (1993), DIAS (1994) e LACAZ (1994) destacam que um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador é introduzido de forma expressiva só na década de 1980, com o processo de redemocratização do país, apesar de algumas tentativas ocorridas já na década de 1970. Essas experiências faziam parte do movimento da Reforma Sanitária e incorporavam o referencial teórico-prático da determinação social do processo saúde-doença-trabalho, a partir do questionamento dos tradicionais modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

A saúde coletiva, na visão dessa corrente, é vista como um processo social e político, estudado à luz do materialismo histórico do pensamento marxista do trabalho.

Atrelada desde o início aos interesses do capital, controlando diretamente a força de trabalho, surgiu a Medicina do Trabalho no século XIX, na Inglaterra. Somente a partir da década de 1920, com o processo de industrialização tardio, surgem, no Brasil, os primeiros serviços médicos voltados exclusivamente aos trabalhadores e ainda assim por iniciativa dos empresários.

NOGUEIRA (1995) ressalta que uma das funções notórias desses serviços era verificar as condições de saúde do trabalhador, as quais provocavam faltas no serviço. Em outras palavras, a medicina do trabalho surge com a finalidade de dar respostas à necessidade fundamental da produção capitalista, cujos objetivos relacionam-se à manutenção da força de trabalho. Tendo em vista um acelerado e desumano processo de produção, a medicina do trabalho aparece como uma intervenção do processo capitalista "sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo", nas palavras de MENDES & DIAS (1991).

NARDI (1996) mostra que a regulamentação da Medicina do Trabalho, no Brasil, ocorreu no período da ditadura militar, assumindo um caráter autoritário e vinculado com o capital. Em suas palavras, "no momento de seu nascimento, tomar como ponto de partida para o exercício profissional a existência de um conflito entre capital e trabalho e que este conflito poderia ter conseqüências nefastas para a saúde do trabalhador era considerado ato subversivo e um atentado contra a segurança nacional".

MENDES & OLIVEIRA (1995) mostram que, como especialidade médica, essa prática centra-se no profissional médico e está voltada exclusivamente para o tratamento da doença (efeito) e a recuperação da saúde do indivíduo. Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho são abordados como problemas individuais, desvinculados da produção capitalista. Nessa ótica, o trabalhador é visto como mero paciente e objeto de sua ação, como NARDI (1996) expõe abaixo:

"O foco central desta medicina, como o próprio nome denota, é a 'patologia' do trabalho, os entraves para a produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador. Essa prática médica nasce

e se constitui a partir da regulação de um corpo de normas legais. Não é autônoma, pois depende deste corpo de leis, que por sua vez expressa, como todo corpo legal, as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe."

Após a II Guerra Mundial, com o desenvolvimento da industrialização, a utilização de novas tecnologias e as mudanças ocorridas nos processos de produção, a Medicina do Trabalho, segundo DIAS (1995), mostrou-se incapaz de resolver os problemas de saúde resultantes do processo de produção, acentuando o descontentamento de trabalhadores, de empregadores. Por essas razões, surge a saúde ocupacional, novamente com o intuito de intervir numa situação que representa ameaças ao capital.

Neste intuito, a atuação médica direcionada ao trabalhador necessita ampliar-se, buscando subsídios em outras disciplinas e profissões, de acordo com MENDES & DIAS (1991). Dentre as disciplinas que ganham relevo na compreensão da saúde do trabalhador, têm-se a psicologia e a sociologia que, segundo SILVA (1986), surgem dentro do cenário do início do modelo de produção capitalista em função da necessidade de se compreender as mudanças resultantes deste processo.

Voltada ao estudo do comportamento humano, ainda segundo este último autor, a "ciência psicológica aplicada ao nível produtivo começa a tomar um rumo mais efetivo, em seu compromisso com o sistema de produção dominante", formulando pesquisas sobre motivação com o intuito de potencializar a produtividade do ser humano. A partir destes estudos, intensificam-se diversas teorias e abordagens de administração e organização do trabalho, na busca de mecanismos facilitadores da adaptação e motivação do homem ao trabalho com o objetivo constante de possibilitar maior produtividade", conforme SILVA (1986). Além disso, a Psicologia Social tem contribuído com diversas reflexões, mas há muito ainda por explorar para o amadurecimento da concepção de saúde como processo de cidadania, DIAS (1995).

MENDES (1980) mostra que, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Saúde Ocupacional estabelece como objetivos:

"A promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade."

No parecer de DIAS (1995), essa concepção ainda predomina nos dias atuais. Ainda hoje é comum, em muitas empresas, tratar-se de determinados males - o vício, por exemplo (álcool ou cigarro) - como um problema individual, pessoal e externo ao trabalho e não como consequência do estresse desencadeado pelo trabalho.

A empresa investe no tratamento de dependentes de droga e álcool sempre com o argumento de que o custo desse tratamento é menor que a demissão do trabalhador. Além disso, o trabalhador dependente gera baixa produtividade e aumenta a possibilidade de acidentes. Portanto, investe-se na recuperação do trabalhador para, como diz o autor, "recuperar" o lucro, pois o custo da demissão do dependente, da contratação e do treinamento de outro funcionário para ocupar seu cargo é maior.

A crítica levantada pelo autor refere-se ao enfoque da empresa que, ao oferecer o tratamento, individualiza o problema, culpabiliza o trabalhador e, dessa forma, supervaloriza os efeitos, não questiona as causas e não analisa as condições do trabalho, se são adequadas ou não. Perguntaria o autor: o pessoal de saúde da empresa, por ventura, não deveria refletir se o processo de trabalho estaria contribuindo para que o trabalhador busque o vício como forma de relaxar sua tensão?

SPEDO (1998) mostra que, na ótica da saúde ocupacional, o trabalhador continua sendo objeto das ações, adaptado às necessidades da produção, ou seja, dos interesses capitalistas.

A mudança de "saúde ocupacional" para "saúde do trabalhador", no início da década de 1980, pretende assumir um enfoque mais globalizante sobre a relação trabalho-saúde (MENDES, 1986). Segundo a Organização Panamericana de Saúde:

"(...) o enfoque de 'saúde dos trabalhadores' inclui os da saúde ocupacional: concentrados tradicionalmente na identificação e no controle dos riscos profissionais dentro dos ambientes de trabalho, porém, acrescenta à compreensão das relações trabalho-saúde, uma visão do tipo 'estrutural', de ocupação determinante social deste processo. Contempla os trabalhadores enquanto categoria ou grupo da comunidade, e enfoca a entrega da saúde como um todo indivisível."

Surgiram, também nesse mesmo período, movimentos, cujos objetivos eram superar a visão e a capacidade de intervenção da saúde ocupacional em função dos referenciais da saúde do trabalhador. Assim, concebe-se o trabalho como categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença, incorporando a concepção de trabalhador-sujeito da ação, conforme SPEDO (1998). Essa nova prática emerge dentro de um contexto de lutas sociais por uma sociedade mais democrática e pela busca da cidadania. Dentre os direitos do cidadão, a saúde é um deles e, por isso, deve ser conquistado.

De objeto central e passivo das ações médicas, tal como é concebido nos modelos tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o trabalhador passa a ser o sujeito dessas ações. Com essa nova prática, a saúde do trabalhador ganhou um grande avanço, uma vez que superou a prática voltada à doença, centrada no poder médico e controlada direta ou indiretamente pelos interesses do capital. Para a defesa da saúde dos trabalhadores exige-se que essa prática esteja centrada na atuação multiprofissional que requer conhecimentos da medicina social, psicologia social, psicopatologia do trabalho, sociologia, dentre outras.

Nesta perspectiva, assume-se com o trabalhador, como detentor do poder, compromisso de resgatar e preservar sua saúde, intervindo e modificando o ambiente e a organização do trabalho", como afirma SPEDO (1998).

Como bem define DIAS (1995), a saúde do trabalhador:

"trata-se de uma prática que resgata a cidadania, necessária à garantia da saúde dos trabalhadores, enquanto condição básica de potência de ação, mas não se reduz a ações individualistas, que responsabilizem e culpabilizem o sujeito pela sua saúde. É um problema de ordem pública, já que a saúde de cada um é uma questão de saúde pública."

É verdade que a automação e a informatização revolucionaram as sociedades modernas oferecendo ao homem praticidade em muitos aspectos de seu viver. Todavia, olhando para o lado perverso desses avanços, notamos que eles não contribuíram para a melhoria das condições de trabalho e para a libertação do homem. Trouxeram novos riscos à saúde dos trabalhadores desde a sua exposição ao maquinário industrial que, apesar de toda a sofisticação, vem representando perigo sobretudo à fragilidade física do homem, até as doenças geradas pelas péssimas condições de insalubridade e outros tipos de sofrimento como a repetitividade, a monotonia e a falta de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho.

Repensar, portanto, o papel do trabalho no sistema capitalista e suas relações com a vida dos trabalhadores, o papel da saúde e as questões de cidadania seria o canal que levaria o homem a libertar-se da opressão gerada por um sistema em que o trabalhador não tem controle sobre seu próprio trabalho. Neste sistema desumano, o trabalhador deixa de ser sujeito da ação para sujeitar-se a ela, tendo em vista a alienação do trabalho que transforma o homem em não-sujeito da produção capitalista.

BERLINGER (1983) revela que a prevenção das doenças e dos acidentes do trabalho "depende, de fato, sobretudo dos investimentos, das opções tecnológicas, das relações de trabalho, do sistema de poder, da equação de todo o sistema de produção às exigências dos trabalhadores".

Lutar, então, contra esse estado de alienação que põe em risco a saúde do trabalhador só pode ocorrer com "a legitimação da cidadania, isto é, com o resgate da autonomia e do sentimento dos indivíduos de que têm direito, o que possibilitará a mobilização para lutar por eles", segundo DIAS (1995).

Ainda conforme DIAS (1995), cuja proposta deste trabalho era investigar as transformações que ocorrem na vida de portadores de LER (Lesão por Esforços Repetitivos), verificando se tais transformações potencializam a ação para a cidadania, o autor busca uma definição de saúde atrelada à condição histórica do homem. Ou seja, em suas palavras, "a base essencial para a saúde do homem é a sua capacidade de ocupar o lugar de sujeito de sua história"; a seguir, mostra que "o trabalho, como é essencial na vida do homem, é também fundamental na sua saúde", tendo em vista, então, que esta trata-se de um processo social. A saúde, enfim, é "uma questão de autonomia, liberdade de desejos, em que o trabalho ganha destaque porque, pelo modo como é organizado, muitas vezes não permite autonomia e liberdade, prejudicando, portanto, a conservação da vida" (DIAS, 1995).

Apesar de em sua essência o trabalho ser visto como uma atividade consciente e criativa, no modo de produção capitalista, torna-se algo que aliena a grande maioria de trabalhadores. Esse caráter de alienação pode, segundo DIAS (1995), "provocar danos à saúde e à vida dos trabalhadores" e "a reação a este desgaste depende do controle que eles tenham sobre o processo de produção e reprodução social".

Em linhas gerais, DIAS (1995) mostra que "a questão principal da saúde do trabalhador é a busca da reapropriação do seu lugar de sujeito da própria história". Em outras palavras, como o autor afirma, "saúde é uma questão de cidadania".

A cidadania, para o autor, implica na possibilidade de ação que transforma a realidade, que modifica as relações na sociedade, de forma a defender as necessidades dos indivíduos cuja máxima é a defesa da vida e as necessidades daí decorrentes como a saúde, a qualidade de vida, o trabalho humanizado.

O autor é enfático em mostrar que a única forma de defender os direitos reais do trabalhador é exercer uma cidadania plena, fazendo valer os princípios expressos nas leis, as quais, muitas delas, são resultantes das reivindicações e dos movimentos dos trabalhadores. Do ponto de vista de DIAS (1995), as garantias legais não bastam para, de fato, preservar a vida dos

trabalhadores dos acidentes e das doenças do trabalho, das condições adversas da maioria dos locais de trabalho.

Para o autor é preciso valer o princípio da cidadania que envolve não apenas os trabalhadores, mas também empresários e profissionais da saúde, assumindo-se como agentes responsáveis, cada um a seu modo, pelos direitos e deveres. Todavia, o elemento importante na garantia destes direitos é o trabalhador se posicionar como sujeito desse processo.

Em seu trabalho intitulado "Violência no Trabalho e na Cidade", Machado mostra que o conceito de Acidente de Trabalho, conforme previsto na Lei 6.367/76 Anexo 3, é fortemente influenciado por teorias conjunturais que geram historicamente conceitos jurídicos institucionais, que, embora sejam operacionais para fins de pagamento de benefícios, não apresentam uma precisão nosológica, constituindo uma imagem de "Acidente de trabalho em geral".

Para o autor, a falta de especificação das populações expostas a acidentes de trabalho acaba por limitar uma análise de risco epidemiológico mais precisa, caracterizando uma impossibilidade na construção de taxas de mortalidade pela ausência de denominadores nas várias categorizações em que o autor estratificou a população previdenciária.

Os acidentes de trabalho em geral são mais registrados no ramo industrial e isso, talvez, deve-se ao desempenho industrial dos estados brasileiros mais industrializados e ao referente número total de acidentes de trabalho registrados na previdência social.

Segundo MACHADO (1991), a construção de uma tipologia do acidente é fundamental no sentido de analisá-lo no contexto de uma rede de violência de processos em permanente movimento das pessoas em uma cidade, e de observar a relação com a criminalidade e com os trabalhos urbanos a partir da complexidade e dinâmica dos fenômenos sociais.

O processo da violência é construído numa relação de classe e de mercado, em que as cidades são espaços construídos historicamente como locais de trabalho, de trânsito, de moradia e lazer, relacionados entre si por trajetórias pessoais em que a morte por acidente de trabalho é um

final típico somente por ser comum a todos e por ser comum a violência da interrupção prematura da vida dos trabalhadores. Portanto, segundo MACHADO (1991), o típico é a violência, não como um fenômeno inerente do processo produtivo mas, sim, determinado por este na construção de espaços que possibilitem a acumulação, onde a violência no trabalho e no trajeto são dois fenômenos com a mesma determinação social. A outra vantagem dessa classificação, como alega o autor, é a transparência da aberração do morrer no trabalho ou indo e vindo do trabalho ou por doenças ligadas direta ou indiretamente ao processo de trabalho.

5.1. A saúde do trabalhador no SUS - Campinas

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990), em seu art. 6º, par. 3º, define a área de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) como "... um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho..." e, dessa forma, envolve serviços relacionados com a vigilância em saúde, atendimento individual e de reabilitação, incluindo serviços básicos, hospitalares, especializados e de referência.

Em Campinas, o SUS possui um modelo estruturado em uma rede de serviços que se diferencia de acordo com o tipo de demanda atendida e o grau de complexidade exigido para a resolução dos problemas da clientela que a procura.

As ações em relação à saúde do trabalhador estão organizadas seguindo as diretrizes do SUS, de descentralização e hierarquização.

5.2. Considerações sobre a economia no município de Campinas

É pertinente ressaltar a grande diversidade de atividades econômicas do município que se constituiu forjando riscos possíveis e prováveis, capazes de desenhar um modo específico de fazer viver e adoeecer a sua população economicamente ativa.

O setor primário (agropecuária) possui pequena participação na economia do município, em virtude da acentuada redução que sofreu ao longo dos últimos anos. Existe uma crescente importância do setor de serviços, destacando-se o aumento da participação de trabalhadores do sexo feminino.

A estrutura industrial encontrada na cidade revela que a maior parte da mão-de-obra ao longo da década de 1980 encontrava-se nas indústrias de grande portes, com mais de 500 empregados (43%). As empresas de grande e médio porte absorviam cerca de 70% da mão-de-obra em 1983. Observa-se que cerca de 70% das indústrias de grande porte, nesse ano, correspondiam aos ramos de mecânica, material elétrico, comunicações e material de transporte.

No período de 1975/1983, observava-se uma tendência de crescimento das indústrias de pequeno e médio portes, em conjunto, que foram responsáveis pela maior parcela da absorção de mão-de-obra.

Na década de 1990 vem ocorrendo uma mudança considerável na forma de organização do trabalho industrial visando, principalmente, aumento de produtividade. Com isso, tem-se notado aumento da terceirização, do desemprego e da transferência de mão-de-obra para o setor terciário da economia com crescimento da economia informal.

Ressalta-se que a região de Campinas ainda detém um perfil de compra de tecnologia estrangeira, importando também os riscos ambientais e ocupacionais, convivendo indústrias de tecnologia avançada com outras de processos produtivos arcaicos.

Segundo o Boletim da Secretaria da Saúde de Campinas, a cidade de Campinas está assumindo a forma de gestão plena à saúde, o que significa adotar amplamente os princípios fundamentais do SUS, quais sejam: Universalidade, Integralidade e Controle Social. Durante o ano de 1997 foram traçadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) diretrizes que visam aprofundar a descentralização das ações, contidas na proposta de Distritalização da Saúde, e promover ações integrais (assistenciais e de vigilância) desde o nível básico, com planejamento a partir das necessidades locais.

A Saúde do Trabalhador tem sido firmada, dentro das atividades oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em prestação de serviços de cunho preventivo e curativo, individual e coletivo. Para tal vem dispondo de diversas disciplinas que relacionam condições de saúde e trabalho, tanto do indivíduo como da sociedade. Entre estas podem ser citadas a medicina do trabalho, a epidemiologia, a ergonomia, a engenharia (principalmente de segurança, de produção, sanitária e mecânica), a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, o direito sanitário e trabalhista, a sociologia, a economia etc. Isto só tem sido possível com a utilização racional de recursos de áreas institucionais que nem sempre possuem a tradição de trabalho em conjunto, tanto no âmbito público como no privado. Temos, no momento, o desafio de implementar e integrar estas ações em todos os níveis, de acordo com as diretrizes acordadas.

III. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. População

A população de estudo foi constituída por 1.811 vítimas de acidente do trabalho admitidas para tratamento no Hospital das Clínicas da Unicamp.

Os pacientes deste estudo obedeceram ao critério de inclusão por terem sido admitidos, via pronto-socorro, como vítimas de acidente do trabalho.

3.2. Fonte de dados

As fontes de dados deste estudo foram:

- Relação de pacientes atendidos em consequência de acidente do trabalho fornecida pelo sistema de pré-matrícula.

- Boletins de Atendimento de Urgência do Pronto-Socorro - HC da Unicamp, correspondentes às relações de pacientes atendidos em consequência de acidente do trabalho (Anexos 1, 2 e 3).

3.3. Período de coleta

O sistema de pré-matricula forneceu as relações de pacientes atendidos em consequência de acidente do trabalho durante os anos de 1996, 1997 e 1998 (Anexo 1).

3.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram processados eletronicamente e os resultados analisados basicamente sob a forma de números absolutos e percentuais, e organizados em tabelas e gráficos.

Os pacientes foram classificados por sexo, faixa etária e classe de acidente de trabalho.

A cada paciente se atribuiu apenas uma classe de acidente de trabalho, escolhida entre os diagnósticos como o mais importante, podendo ser algumas vezes o próprio diagnóstico médico, como por exemplo trauma de tórax; algumas vezes a circunstância do acidente de trabalho, como por exemplo exposição cutânea e taturana; e algumas vezes um grupo de diagnósticos, como por exemplo mordeduras.

Assim sendo, as classes de acidentes de trabalho são:

LS - Lesão Superficial ou Simples - incluídos nesta classe os diagnósticos do tipo escoriações, ferimentos cortantes, ferimentos corto-contusos, dores localizadas, contusões simples e hematomas.

Lesão superficial em hospital - são incluídos nesta classe os ferimentos cortantes, as perfurações, os ferimentos e o contato direto com material ou produto proveniente de paciente possivelmente contaminado. Por exemplo, perfuração no dedo da enfermeira com agulha que havia sido usada em paciente.

Ortopedia - foram incluídos nesta classe os diagnósticos que envolviam fraturas, amputação traumática, torções, entorses, lesões em coluna, lombalgias e lombociatalgias.

TCE - Trauma craniencefálico - foram classificados como TCE os traumas craniencefálicos já diagnosticados e também as lesões na cabeça que envolviam perda de consciência.

Oftalmologia - foram incluídos nesta classe os diagnósticos que envolviam lesões no olho.

Queimaduras - foram incluídos nesta classe os diagnósticos de queimaduras de I, II e III graus provenientes de contato com fogo, água quente ou óleo quente.

Otorrinolaringologia - foram incluídos nesta classe os diagnósticos como corpo estranho no ouvido ou nariz.

FAF - Ferimento com arma de fogo - foram incluídos nesta classe os pacientes que foram vítimas de arma de fogo, porém que não tiveram complicações, ou seja, outro diagnóstico que não se sobrepusesse ao FAF, como por exemplo fratura ou TCE.

Exposição a agrotóxico ou inseticida - foram incluídos nesta classe os diagnósticos de exposição a inseticidas, carbamatos, organofosforados, glifosato ou agrotóxicos.

Exposição a produto de limpeza - foram incluídas nesta classe as exposições a cloro, cândida e a produtos de limpeza em geral.

Exposição a solventes - foram incluídas nesta classe as exposições a solventes, tiner e nitrobenzeno.

Exposição a produtos químicos - foram incluídas nesta classe as queimaduras químicas, as exposições a óleo diesel, chumbo, ácido muriático, paranitroanelina, amônia, glutanaldeído e anelina.

Picadas de insetos - foram incluídas nesta classe as picadas de cobras, escorpiões e aranhas.

Mordeduras - foram incluídas nesta classe as mordeduras de animais como cavalo, macaco, porco, cão, gato, gambá e ariranha.

Trauma de tórax, trauma de testículos, ingestão de corpo estranho, suspeita de raiva animal, choque elétrico, LER (Lesão por esforços repetitivos), dermatite alérgica e exposição cutânea a taturana - são classes cujos nomes se auto-explicam.

Ausência de dados vitais, parada cardiorrespiratória e hemotórax - foram os diagnósticos que caracterizaram os pacientes que já chegaram em óbito ao PS.

3.5. Resultados e discussão

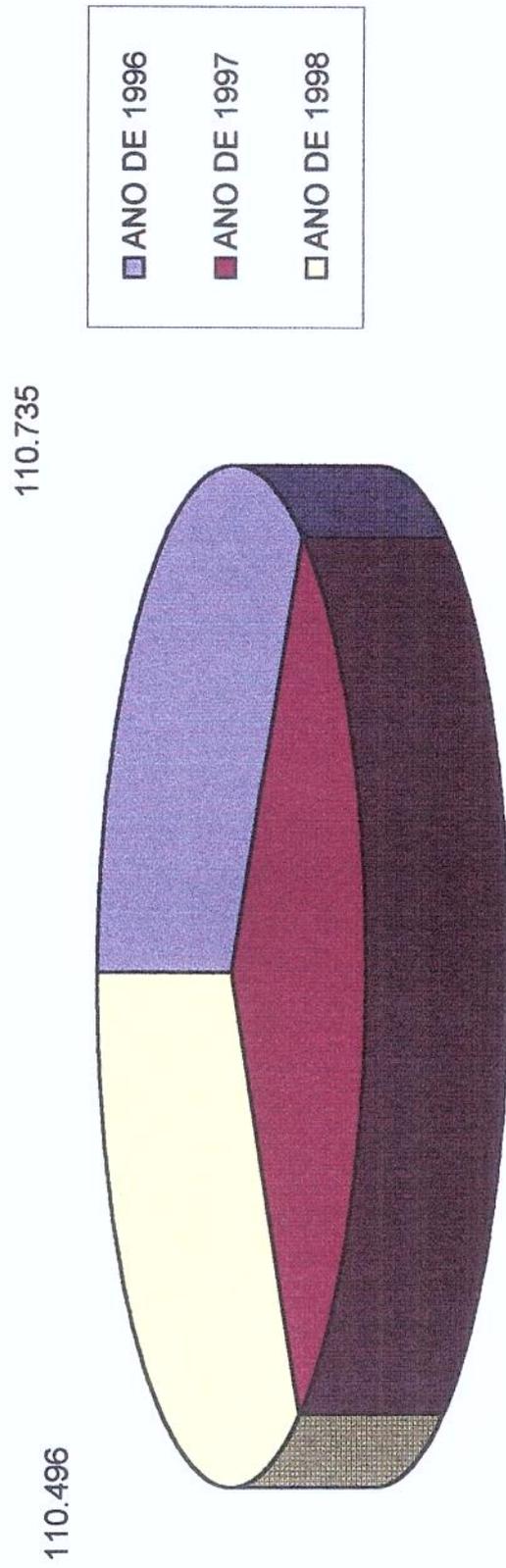
A população de estudo constou de 1.811 pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da Unicamp, via Pronto-Socorro, por acidente de trabalho.

Os 1.811 pacientes estão distribuídos nos anos de 1996, 1997 e 1998, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com acidente de trabalho atendidos via PS, por ano de atendimento - HC - Unicamp.

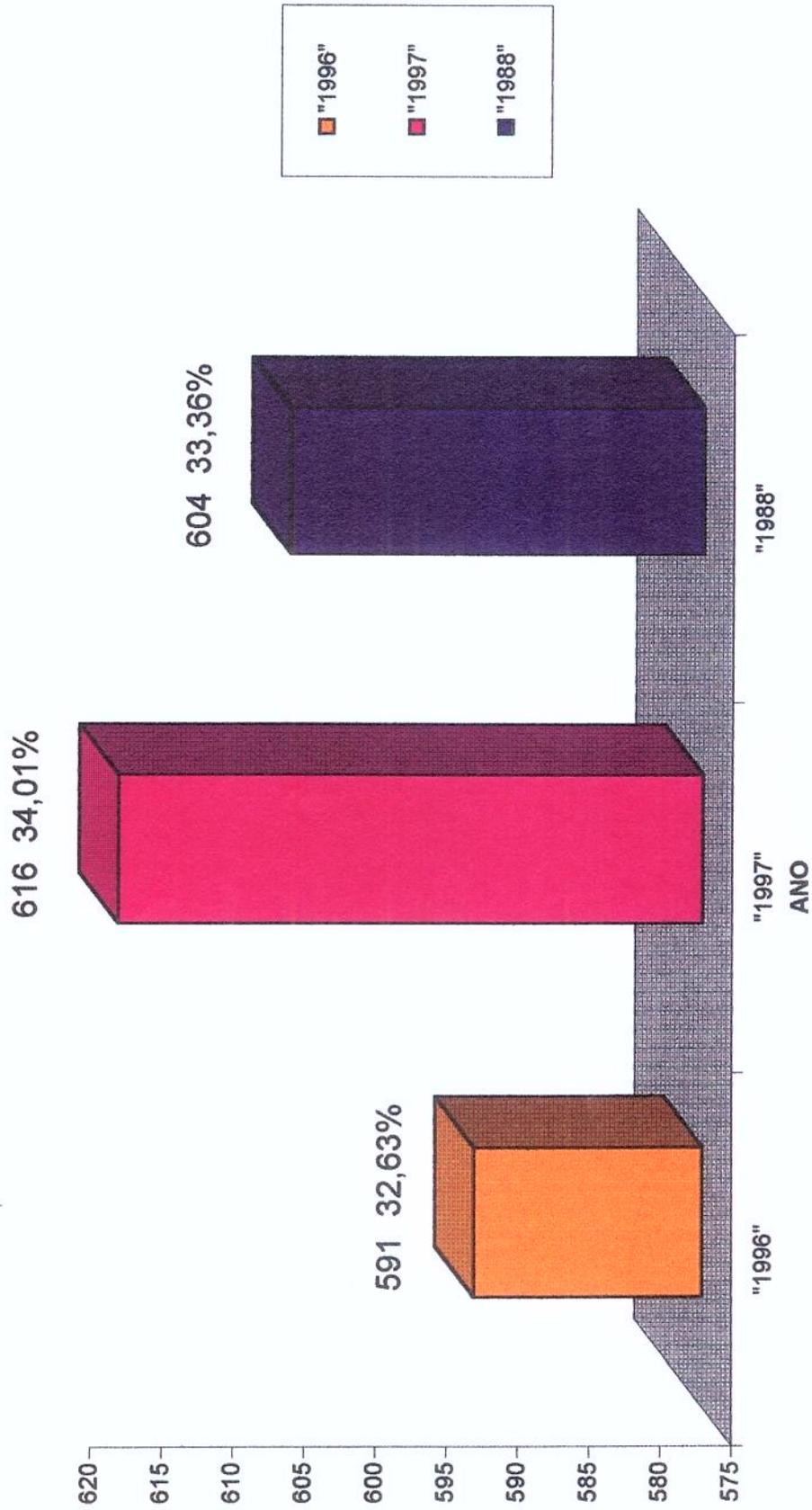
	1996 Nº (%)	1997 Nº (%)	1998 Nº (%)	Total Nº (%)
Nº pacientes	591 (32,63)	616 (34,01)	604 (33,36)	1.811 (100,0)
Nº de dias de atendimento	209 (28,40)	263 (35,73)	264 (35,87)	736 (100,0)
Média de pacientes/dia	2,83	2,34	2,29	2,46

PACIENTES ATENDIDOS NO PS - HC - UNICAMP



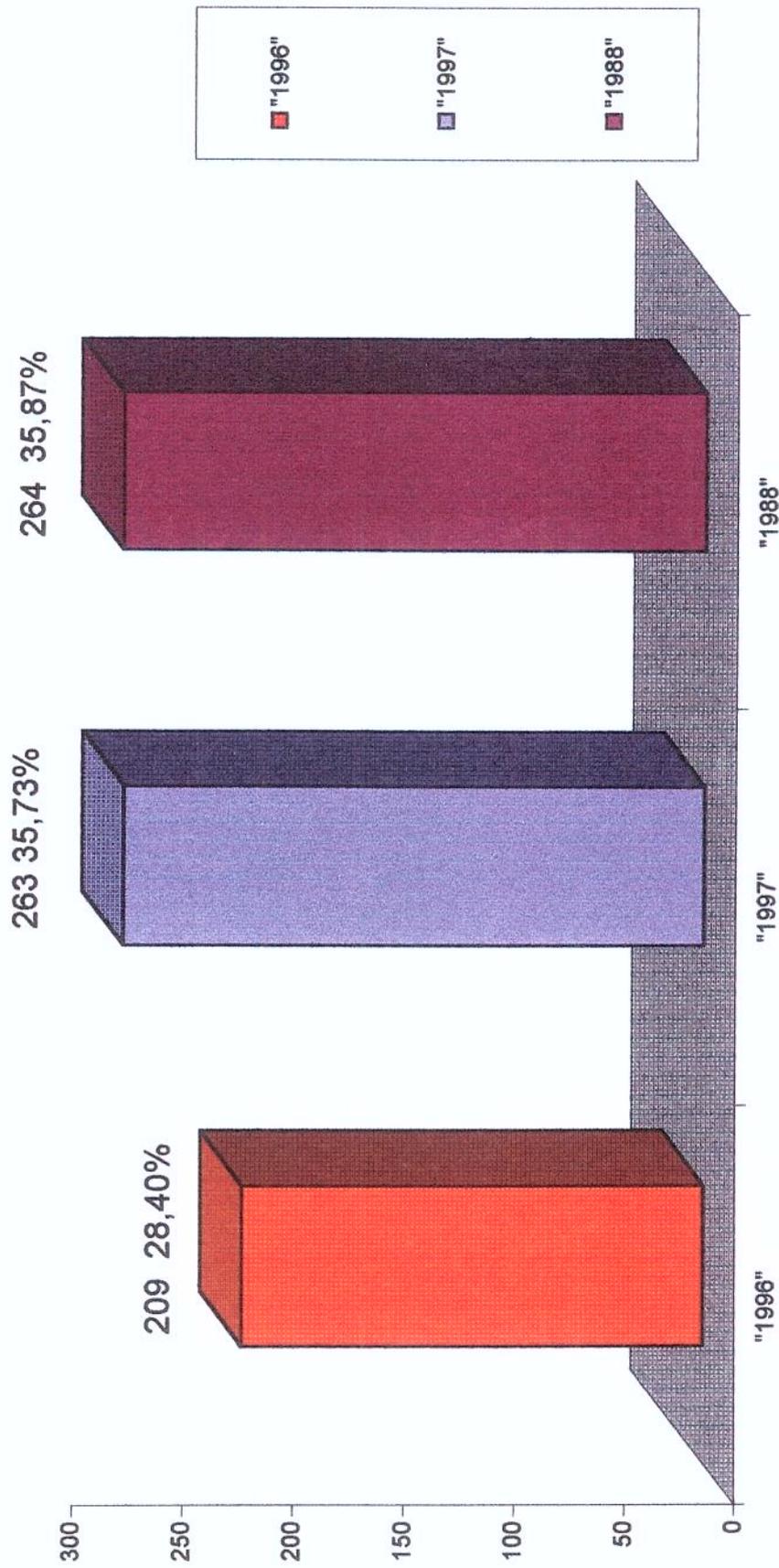
FONTE: SERVIÇO DE RECEPÇÃO - PS - HC/UNICAMP

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM ACIDENTES DE TRABALHO ATENDIDOS NO HC - UNICAMP



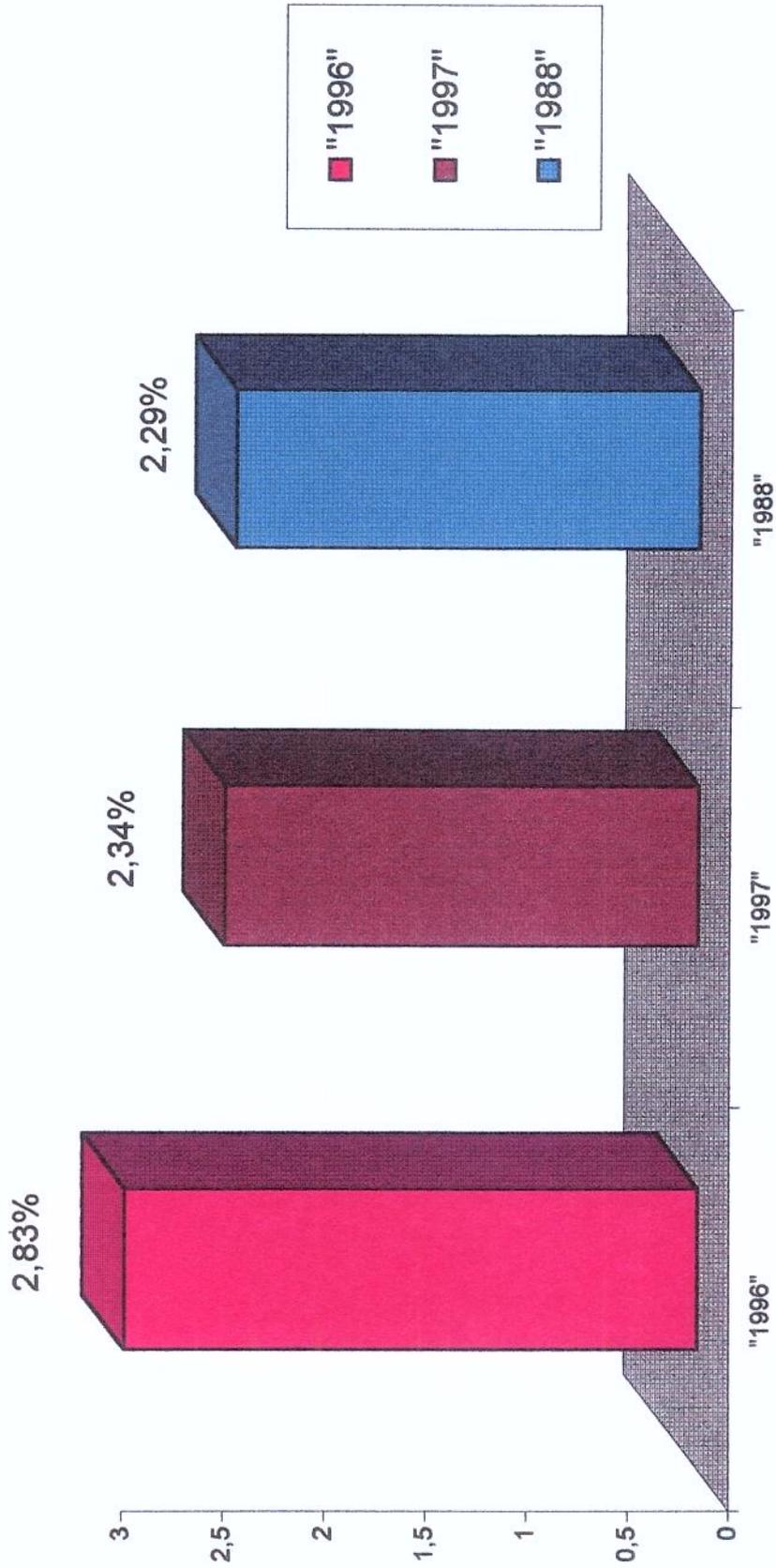
FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

**DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM ACIDENTE DE TRABALHO
EM RELAÇÃO AO Nº DE DIAS DE ATENDIMENTO - PS/HC - UNICAMP**



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

**DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE DE TRABALHO
MÉDIA PAC/DIA - PS/HC - UNICAMP**



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

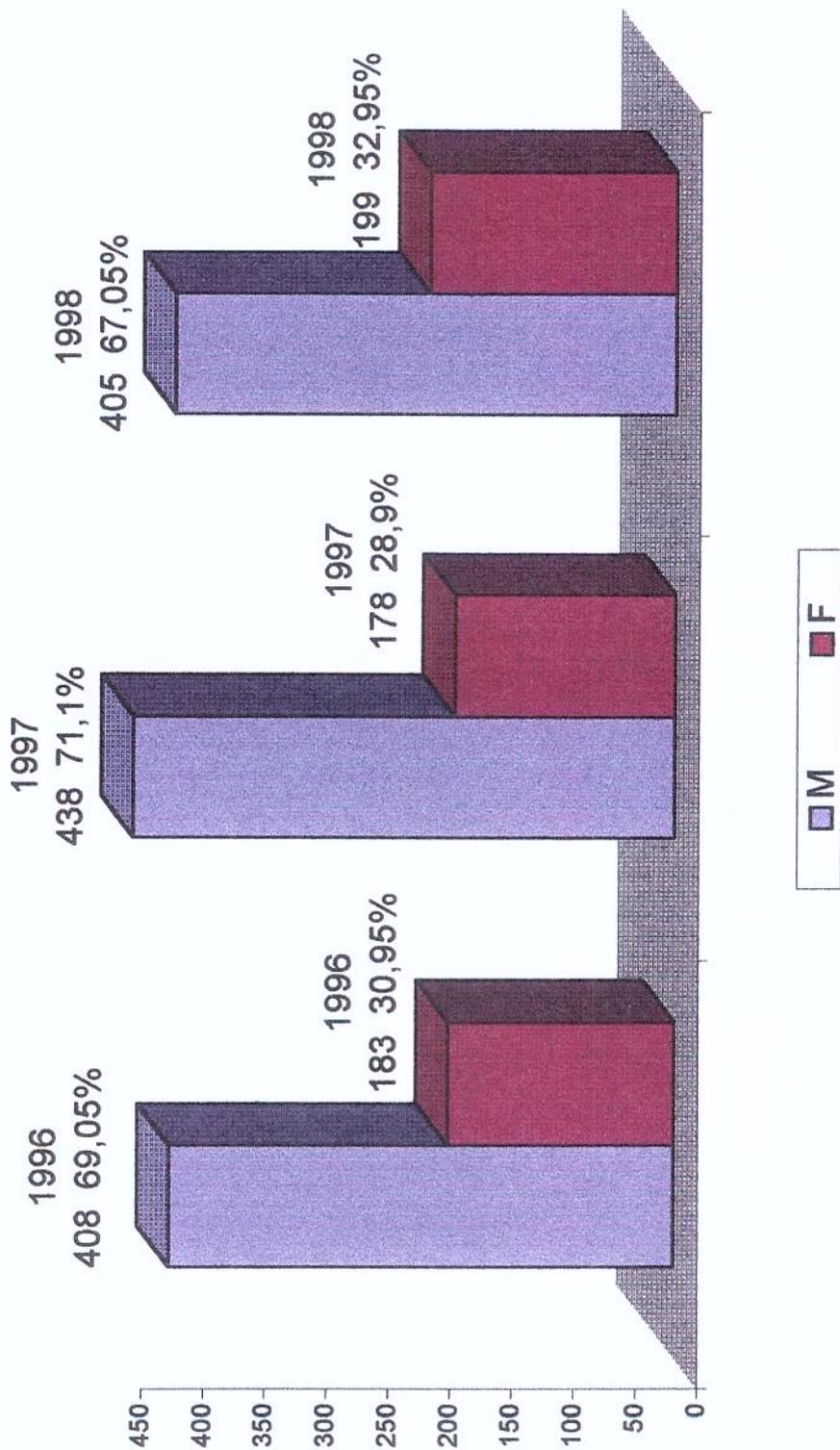
A Tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes conforme o sexo.

Tabela 2. Distribuição das vítimas de acidente de trabalho, segundo o sexo e o ano de atendimento no PS do HC - Unicamp.

	1996 N ^o (%)	1997 N ^o (%)	1998 N ^o (%)	Total N ^o (%)
Masculino	408 (69,05)	438 (71,10)	405 (67,05)	1.252 (69,13)
Feminino	183 (30,95)	178 (28,90)	199 (32,95)	559 (30,87)
Total	591 (100,00)	616 (100,00)	604 (100,00)	1.811 (100,00)

Conforme podemos verificar, a maioria dos pacientes é do sexo masculino, ficando em torno de 70% do total.

**DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO POR SEXO
PS-HC - UNICAMP**



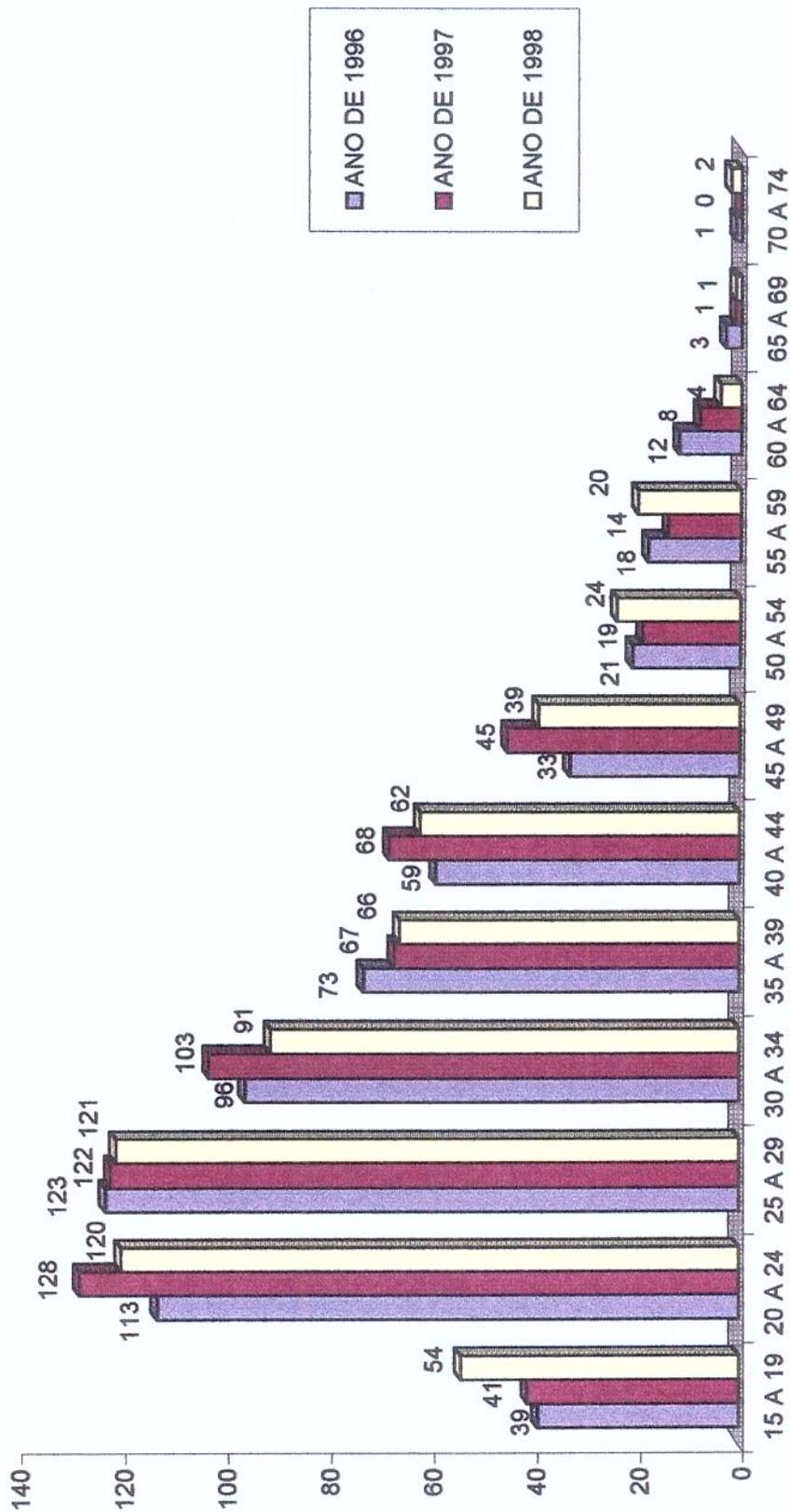
FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

Tabela 3. Distribuição dos pacientes atendidos por acidente de trabalho, segundo a idade, para os anos de 1996, 1997 e 1998 - PS do HC-Unicamp.

Idade Anos	1996 N ^o (%)	1997 N ^o (%)	1998 N ^o (%)	Total N ^o (%)
15 a 19	39 (6,60)	42 (6,66)	54 (8,94)	134 (7,40)
20 a 24	113 (19,12)	128 (20,78)	120 (19,87)	361 (19,93)
25 a 29	123 (20,81)	122 (19,80)	121 (20,03)	366 (20,21)
30 a 34	96 (16,24)	103 (15,07)	91 (15,07)	290 (16,01)
35 a 39	73 (12,35)	67 (10,88)	66 (10,93)	206 (11,37)
40 a 44	59 (9,98)	68 (11,04)	62 (10,26)	189 (10,44)
45 a 49	33 (5,58)	45 (7,30)	39 (6,46)	117 (6,46)
50 a 54	21 (3,55)	19 (3,08)	24 (3,97)	64 (3,53)
55 a 59	18 (3,06)	14 (2,27)	20 (3,31)	52 (2,87)
60 a 64	12 (2,03)	8 (1,30)	4 (0,66)	24 (1,33)
65 a 69	3 (0,51)	1 (0,17)	1 (0,17)	5 (0,28)
70 a 74	1 (0,17)	0 (0,00)	2 (0,33)	3 (0,17)
Total	591 (10,00)	616 (100,00)	604 (100,00)	1.811 (100,00)

A faixa etária varia de 15 a 74 anos, com média de 30 anos, sendo que esta variação permanece semelhante para os anos analisados.

**DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR ACIDENTE DE TRABALHO - ATENDIMENTOS NO PS
SEGUNDO A IDADE - HC - UNICAMP**



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

Observando a Tabela 3 podemos verificar que os pacientes com idade até 29 anos somam 46,53% do total dos pacientes em 1996. Igualmente, podemos observar para o ano de 1997, cuja porcentagem é de 47,24%. E para 1998 verificamos que é de 48,84% a porcentagem dos pacientes com idade até 29 anos. Isto é, quase metade dos acidentes de trabalho ocorre com pacientes com menos de 30 anos.

Isto confirma o resultado da maioria das pesquisas que vêm sendo realizadas, na área da neurocirurgia, que atestam que a maioria das vítimas com TCE são adultos jovens do sexo masculino, os quais compõem a força de trabalho de uma nação. Este dado também demonstra hipóteses levantadas de que essa população é a que está mais exposta às principais causas do TCE em nosso meio. Repensar, portanto, sobre essa questão é algo extremamente importante para a sociedade já que o tratamento de pacientes com TCE é bastante alto, onerando os cofres públicos.

Tabela 4. Distribuição dos acidentes de trabalho por classe durante os anos de 1996, 1997 e 1998
- PS do HC - Unicamp.

	1996 Nº (%)	1997 Nº (%)	1998 Nº (%)
LS	349 (59,05)	216 (35,06)	322 (53,31)
LS em hospital	26 (4,40)	31 (5,03)	37 (6,13)
Ortopedia	86 (14,55)	230 (37,34)	123 (20,36)
TCE	35 (5,92)	42 (6,82)	24 (3,97)
Oftalmologia	28 (4,74)	32 (5,19)	30 (4,97)
Queimaduras	16 (2,71)	15 (2,44)	25 (4,14)
Otorrinolaringologia	4 (0,68)	0	1 (0,17)
FAF	5 (0,85)	6 (0,97)	2 (0,33)
Tr. tórax	1 (0,17)	0	2 (0,33)
Tr. testículos	0	1 (0,16)	0
Ing. corpo estr.	1 (0,17)	0	0
Susp. raiva an.	2 (0,34)	0	0
Choque elétrico	0	2 (0,32)	2 (0,33)
LER	0	0	1 (0,17)
Dermatite alérgica	0	2 (0,32)	1 (0,17)
Exp. taturana	0	4 (0,65)	1 (0,17)
Exp. agrot. e inseticidas	7 (1,18)	1 (0,16)	5 (0,83)
Exp. produtos limpeza	3 (0,51)	1 (0,16)	2 (0,33)
Exp. a solventes	3 (0,51)	1 (0,16)	2 (0,33)
Exp. a prod. químicos	7 (1,18)	12 (1,95)	7 (1,16)
Picadas de insetos	2 (0,34)	9 (1,46)	6 (0,99)
Picadas de peçonhentos	9 (1,52)	6 (0,97)	9 (1,49)
Mordeduras	4 (0,68)	3 (0,49)	2 (0,33)
Hemotórax	0	1 (0,16)	0
Aus. dados vitais	3 (0,51)	0	0
PCR	0	1 (0,16)	0
Total	591 (100,00)	616 (100,00)	604 (100,00)

Observando a Tabela 4, podemos constatar que a maioria dos acidentes de trabalho pode ser classificada como lesões simples ou superficiais e problemas relacionados à ortopedia (78,00% em 1996; 77,43% em 1997 e 79,80% em 1998).

É importante destacar que as lesões simples ou superficiais que ocorreram em hospitais referem-se a profissionais da saúde que se acidentaram com material ou com seu próprio paciente que poderiam estar contaminados.

Em 1996 tivemos 26 casos:

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Unicamp	1	11	12
Funcamp	1	6	7
Boldrini	0	1	1
Center Limpadora	0	6	6
Total	2	24	26

Para o ano de 1997 os acidentes em hospitais foram em número de 31:

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Unicamp	1	18	19
Funcamp	1	2	3
Boldrini	0	0	0
Center Limpadora	3	5	8
Alternativa	0	1	1
Total	5	26	31

Em 1998 tivemos 37 casos:

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Unicamp	4	16	20
Funcamp	2	9	11
Boldrini	0	1	1
Center Limpadora	0	4	4
Hosp. Mun. Jaguar.	0	1	1
Total	6	31	37

3.6. Caracterização dos acidentes de trabalho admitidos com TCE no PS do HC da Unicamp (1996, 1997 e 1998)

Tabela 5. Distribuição dos casos de TCE admitidos como acidente de trabalho no PS do HC - Unicamp

	TCE Nº (%)	TCE internado na Neurocirurgia Nº (%)	Total Nº (%)
1996	35 (100,00)	0 (0,00)	35 (100,00)
1997	38 (90,47)	4 (9,53)	42 (100,00)
1998	22 (91,67)	2 (8,33)	24 (100,00)
Total	95 (94,05)	6 (5,95)	101 (100,00)

Segundo a Tabela 5, observamos que os casos de TCE apontados foram 35 em 1996, não ocorrendo nenhuma internação na Neurocirurgia; 42 em 1997, com 4 (9,53%) internações; e 24 casos, com 2 (8,33%) internações em 1998.

Os casos de 1996 que não geraram nenhuma internação na Neurocirurgia foram todos considerados como TCE leve.

Tabela 6. Casos de acidentes de trabalho internados na Neurocirurgia com TCE em 1997

Idade (anos)	Sexo	Data Admissão	Ocorrência	Conduta	CGS na Admissão
26	M	03/97	Vítima de queda após choque elétrico	Drenado Hematoma	14
25	M	06/97	Vítima de paulada na cabeça	Drenado Hematoma	9
46	M	06/97	Queda caixa d'água 3 m de altura	Drenado Hematoma	11
16	M	12/97	Queda de ônibus em movimento	Drenado Hematoma	14

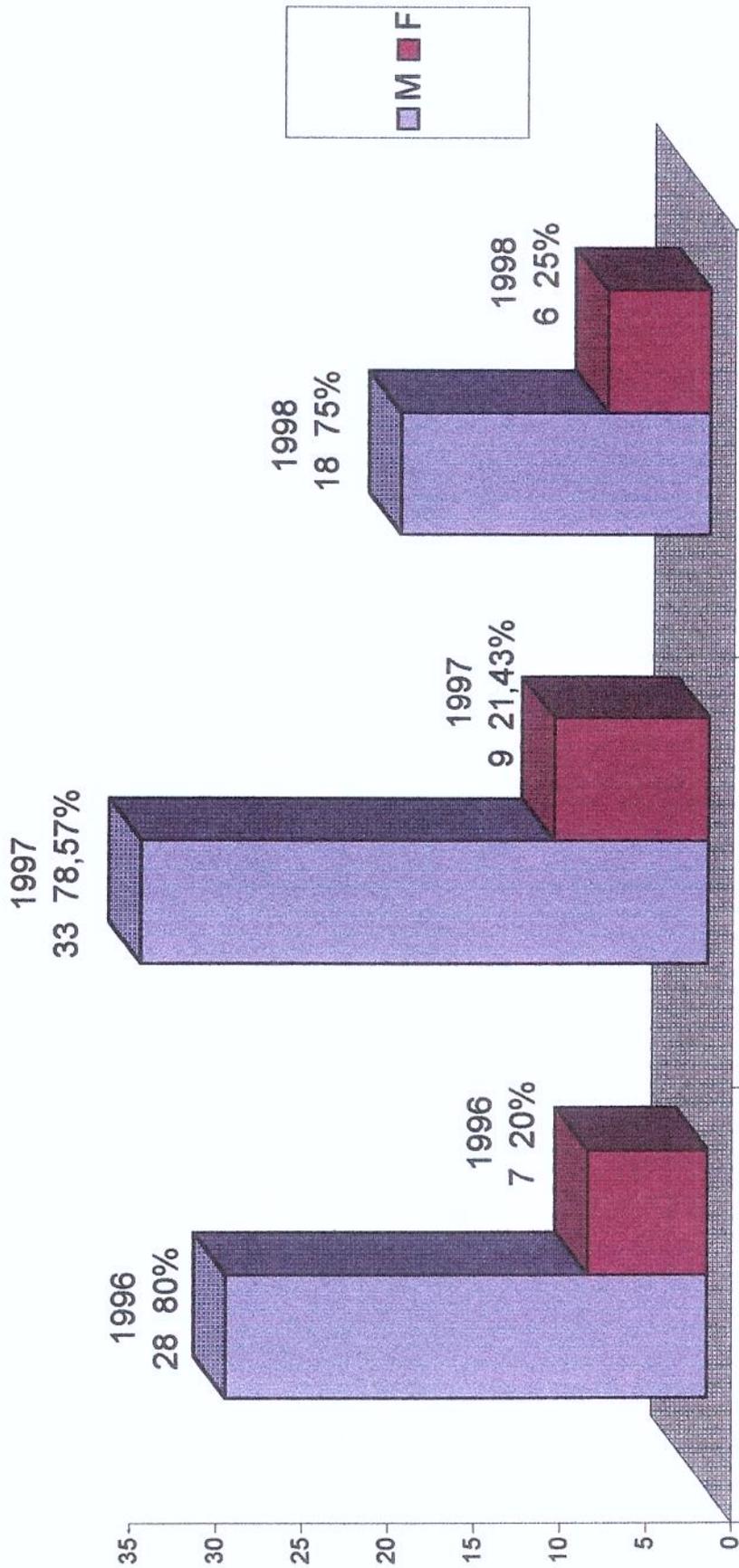
Tabela 7. Casos de acidentes de trabalho internados na Neurocirurgia com TCE em 1998

Idade (anos)	Sexo	Data Admissão	Ocorrência	Conduta	CGS na Admissão
31	M	06/98	Vítima de acidente automobilístico	Óbito	3
45	M	07/98	Vítima de acidente automobilístico	Drenado Hematoma	15

Tabela 8. Distribuição dos casos de TCE admitidos como acidente de trabalho no PS do HC - Unicamp, segundo o sexo, nos anos de 1996, 1997 e 1998

	1996	1997	1998
	N ^o (%)	N ^o (%)	N ^o (%)
Masculino	28 (80,00)	33 (78,57)	18 (75,00)
Feminino	7 (20,00)	9 (21,43)	6 (25,00)
Total	35 (100,00)	42 (100,00)	24 (100,00)

**DISTRIBUIÇÃO POR SEXO COM TCE
ADMITIDOS COMO ACIDENTE DE TRABALHO NO PS/HC - UNICAMP**

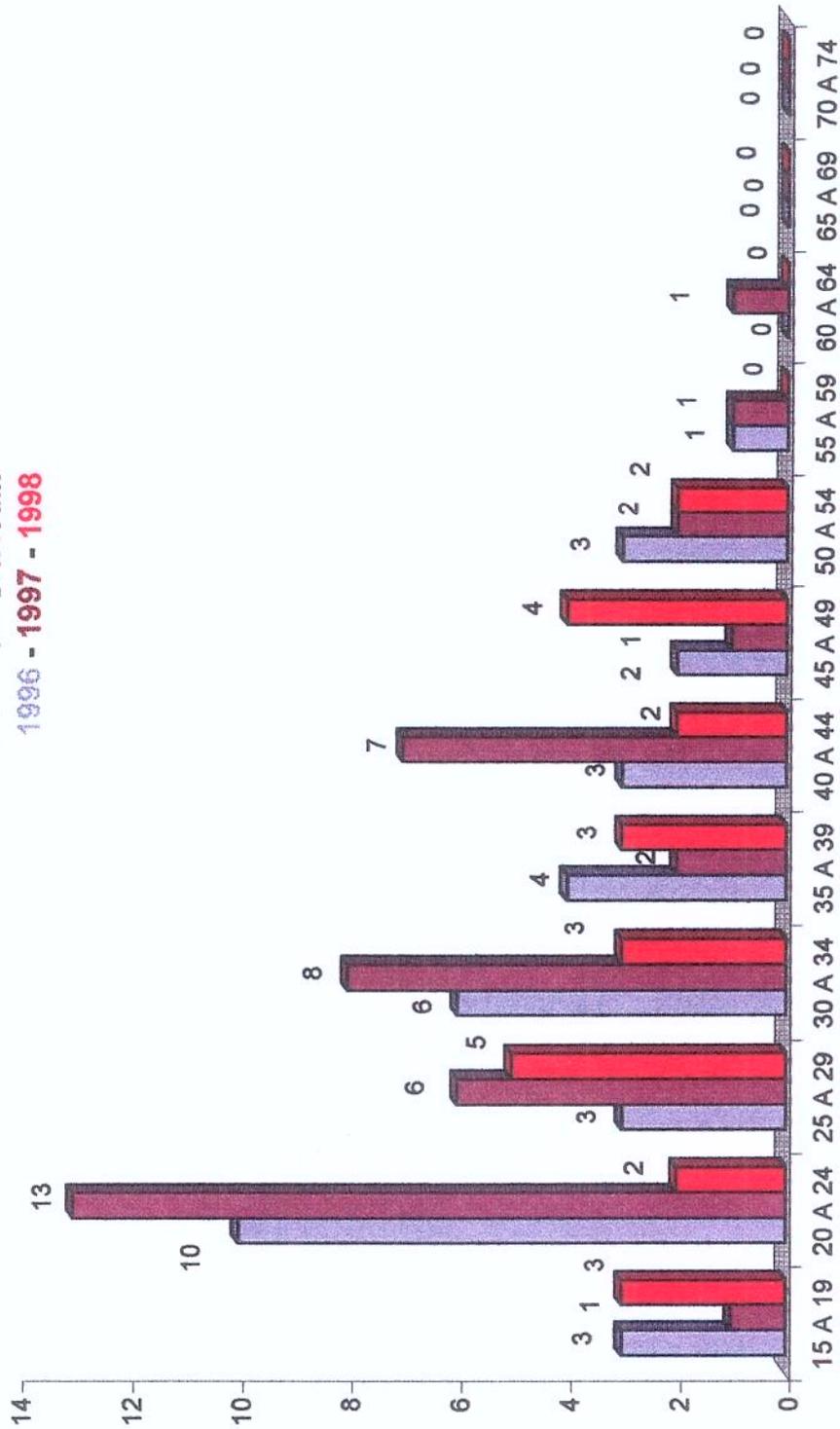


FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

Tabela 9. Distribuição dos casos de TCE admitidos como acidente de trabalho no PS do HC - Unicamp, segundo a faixa etária, nos anos de 1996, 1997 e 1998

	1996 N ^o (%)	1997 N ^o (%)	1998 N ^o (%)
15 a 19	3 (8,57)	1 (2,38)	3 (12,50)
20 a 24	10 (28,57)	13 (30,95)	2 (8,33)
25 a 29	3 (8,57)	6 (14,29)	5 (20,84)
30 a 34	6 (17,15)	8 (19,05)	3 (12,50)
35 a 39	4 (11,43)	2 (4,76)	3 (12,50)
40 a 44	3 (8,57)	7 (16,67)	2 (8,33)
45 a 49	2 (5,71)	1 (2,38)	4 (16,67)
50 a 54	3 (8,57)	2 (4,76)	2 (8,33)
55 a 59	1 (2,86)	1 (2,38)	0
60 a 64	0	1 (2,38)	0
65 a 69	0	0	0
70 a 74	0	0	0
Total	35 (100,00)	42 (100,00)	24 (100,00)

**DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TCE COM
ACIDENTES DO TRABALHO POR FAIXA ETÁRIA
PS - HC - UNICAMP
1996 - 1997 - 1998**



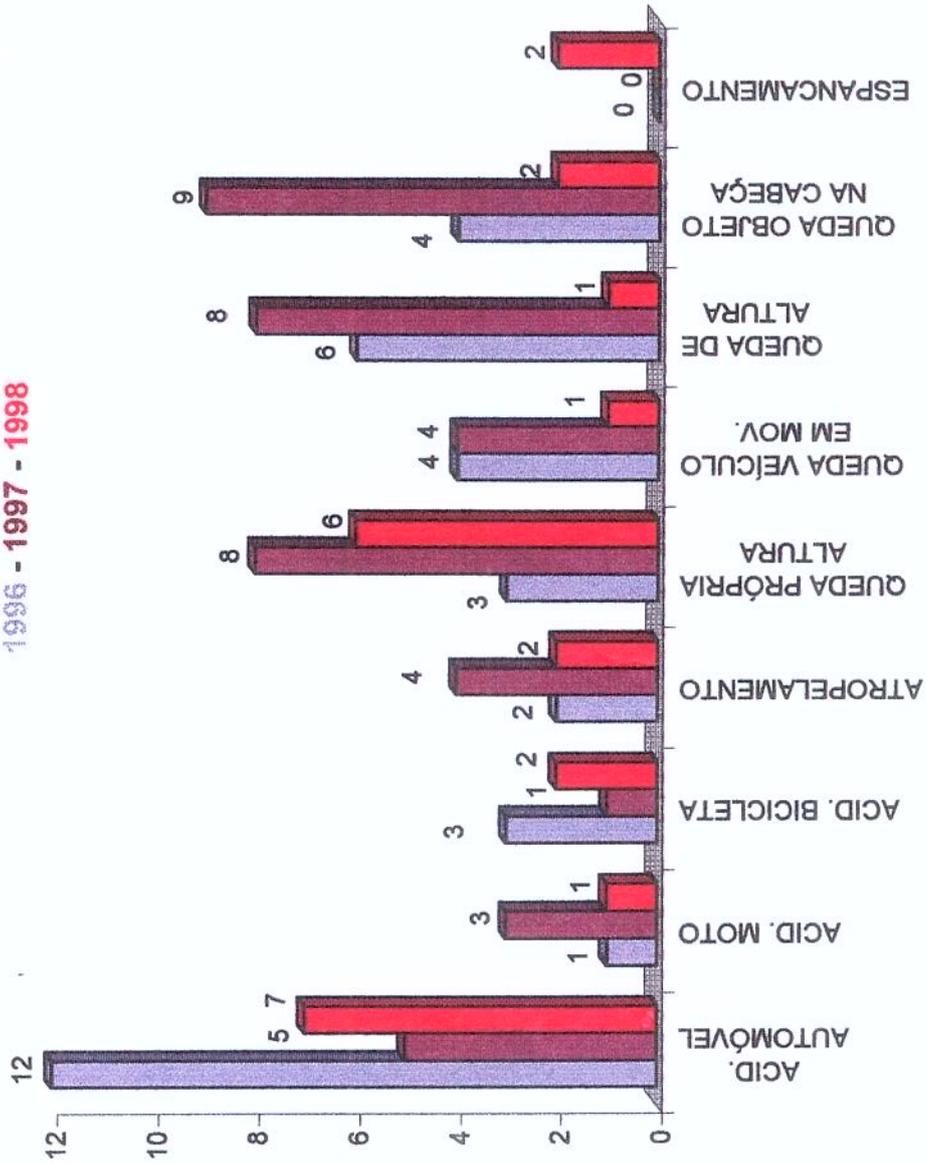
FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

Tabela 10. Distribuição dos casos de TCE admitidos como acidente de trabalho no PS do HC - Unicamp, segundo a causa do acidente, nos anos de 1996, 1997 e 1998

Causa do Acidente	1996 Nº (%)	1997 Nº (%)	1998 Nº (%)
Acidente automobilístico	12 (34,29)	5 (11,90)	7 (29,17)
Acidente de moto	1 (2,86)	3 (7,14)	1 (4,17)
Acidente de bicicleta	3 (8,57)	1 (2,38)	2 (8,33)
Atropelamento	2 (5,71)	4 (9,52)	2 (8,33)
Queda própria altura	3 (8,57)	8 (19,05)	6 (25,00)
Queda veículo em movim.	4 (11,43)	4 (9,52)	1 (4,17)
Queda de altura	6 (17,14)	8 (19,05)	2 (8,33)
Queda de objeto na cabeça	4 (11,43)	9 (21,44)	2 (8,33)
Espancamento	0	0	2 (8,33)
Total	35 (100,00)	42 (100,00)	25 (100,00)

Igualmente graves foram os 5 casos de óbito que foram atendidos no PS:

**CAUSA DO ACIDENTE COM TCE
COM ACIDENTE DE TRABALHO - PS/HC - UNICAMP
1996 - 1997 - 1998**



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS LEVANTADOS PELA AUTORA

1996 - 3 casos:

40 anos, sexo masculino, ausência de dados vitais.

28 anos, sexo masculino, acidente automobilístico, ausência de dados vitais.

39 anos, sexo masculino, acidente automobilístico, ausência de dados vitais.

1997 - 1 caso:

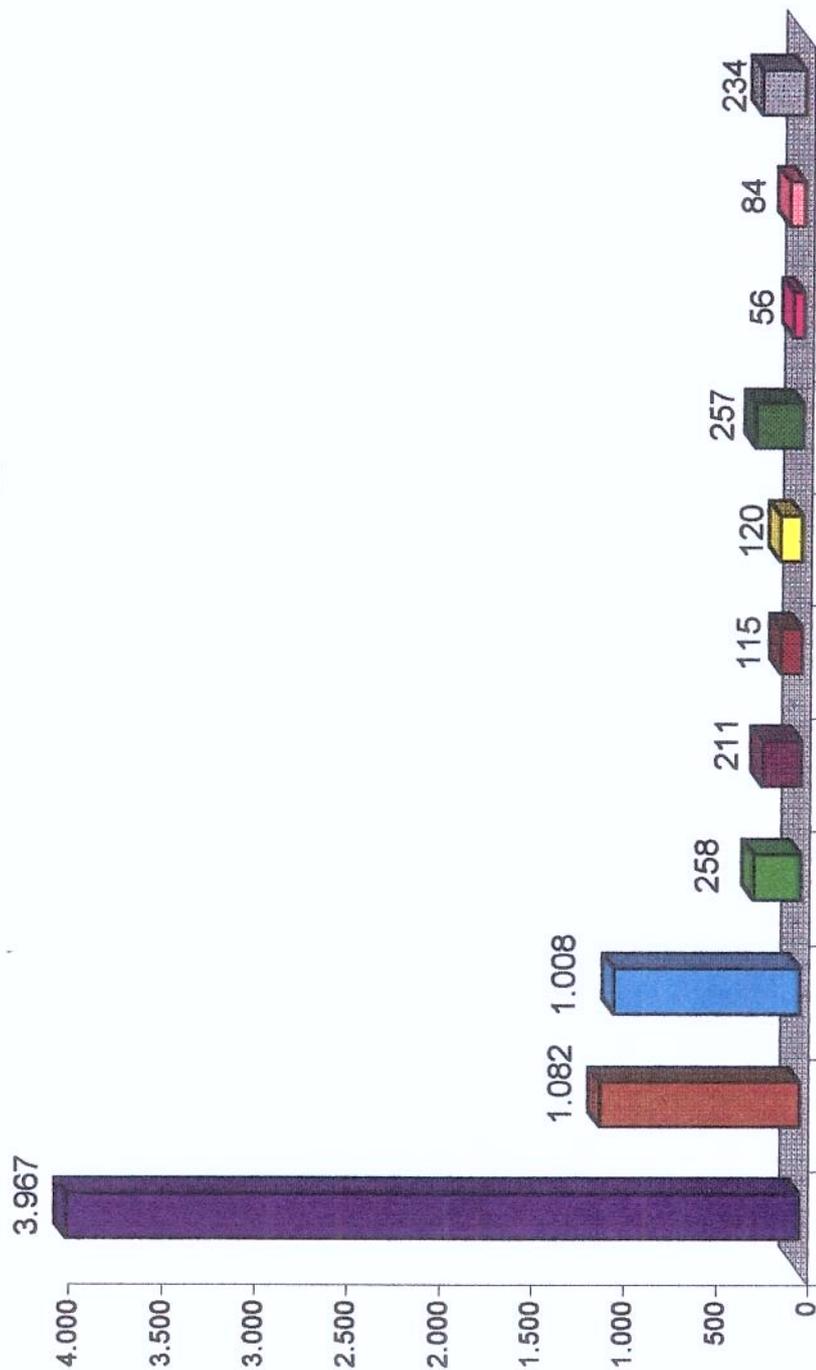
21 anos, sexo masculino, acidente automobilístico, hemotórax esquerdo.

1998 - 1 caso:

48 anos, sexo masculino, ferimento com arma branca, PCR.

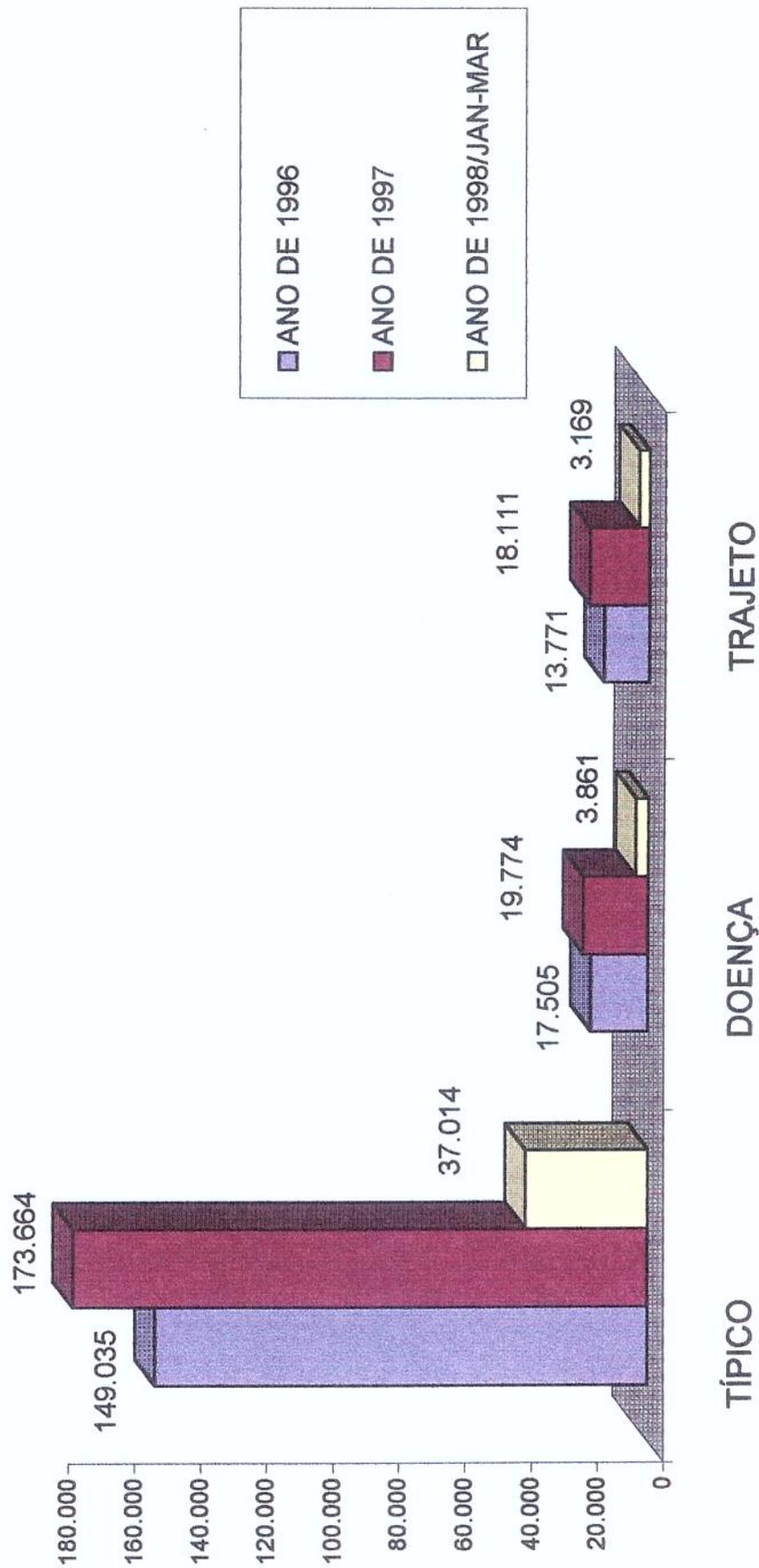
A apresentação dos resultados mostra-nos a necessidade patente e urgente de refletirmos não só em torno das causas que acarretaram o traumatismo craniocéfálico, a fim de buscarmos programas de prevenção a serem seguidos e adotados pelas empresas, como também levam-nos a refletir sobre a prática assistencial empregada nas instituições hospitalares na recuperação do paciente com TCE. Repensar sobre o conceito de assistência, a fim de se chegar a uma proposta adequada que visa a reinserção do paciente com traumatismo craniocéfálico, um trabalhador acidentado, é a nossa meta. É isso, portanto, que esperamos fazer nas considerações finais.

**MORTES POR ACIDENTES DE TRABALHO
1996**



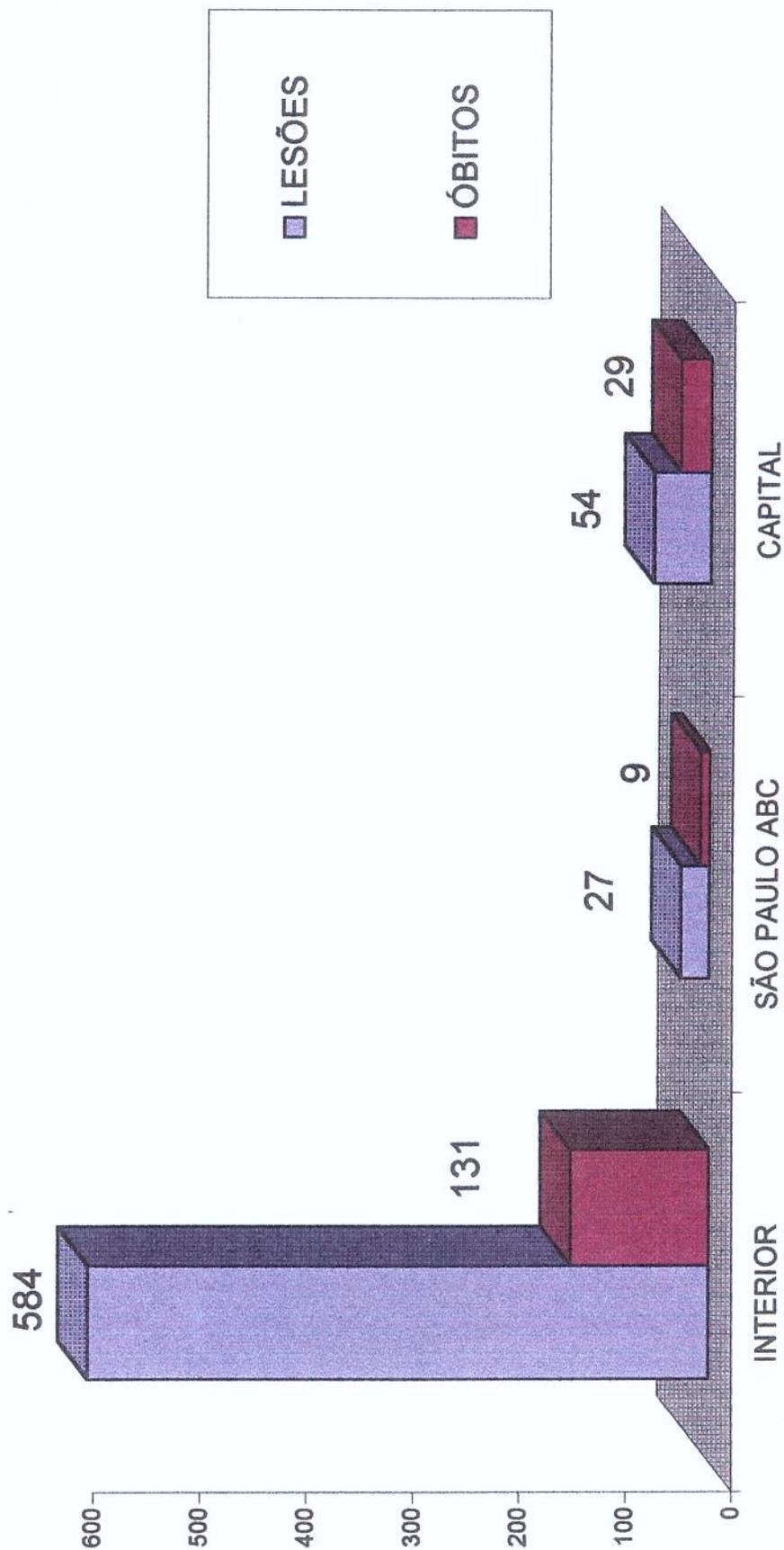
FONTE: BRASIL PREVIDÊNCIA SOCIAL INTERNACIONAL DO TRABALHO

ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS COM BASE NO INSS
1998



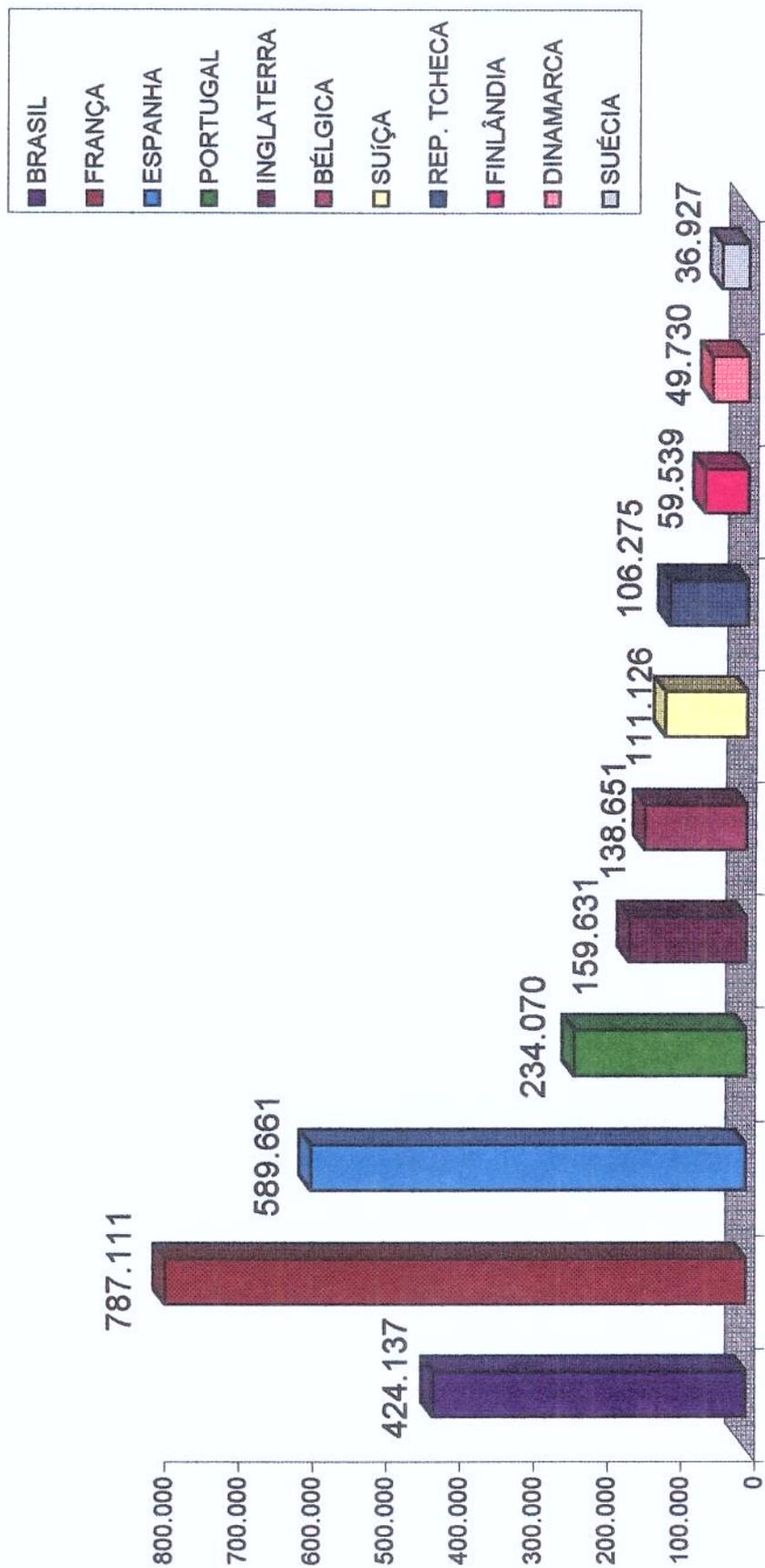
FONTE: DATAPREV/FGTS

**ACIDENTES DE TRABALHO COM OCORRÊNCIA POLICIAL
PERÍODO: NOV/1997 A JUL/1998**



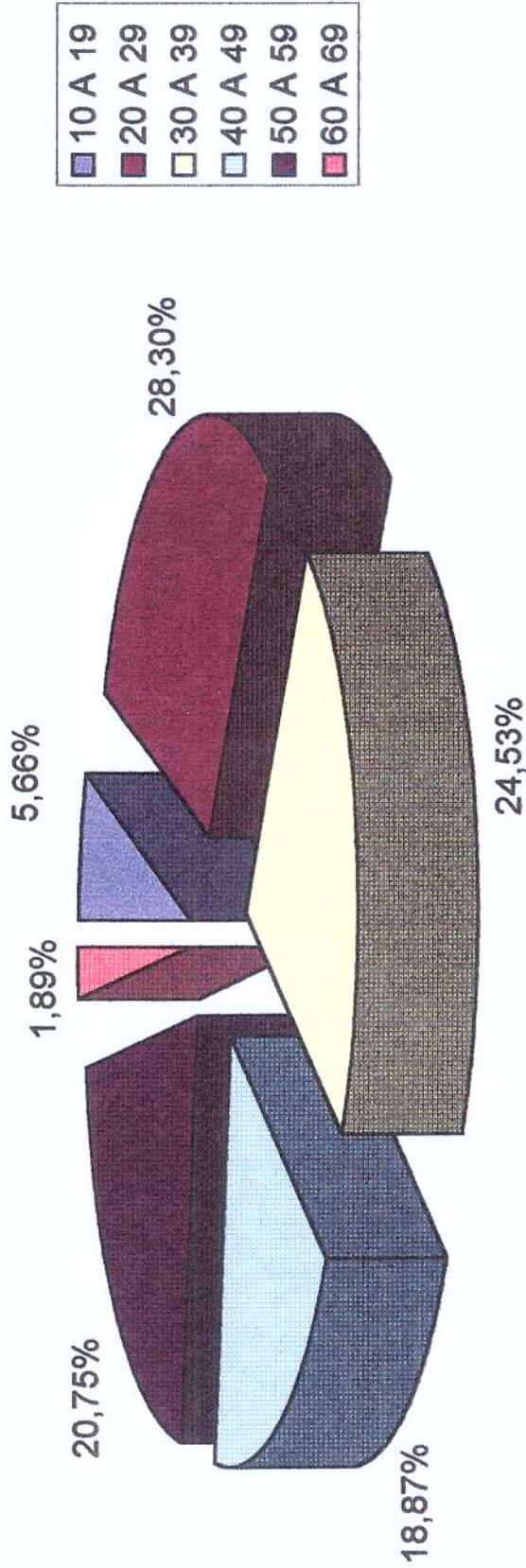
FORNE: POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO

ACIDENTES DE TRABALHO - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - 1996



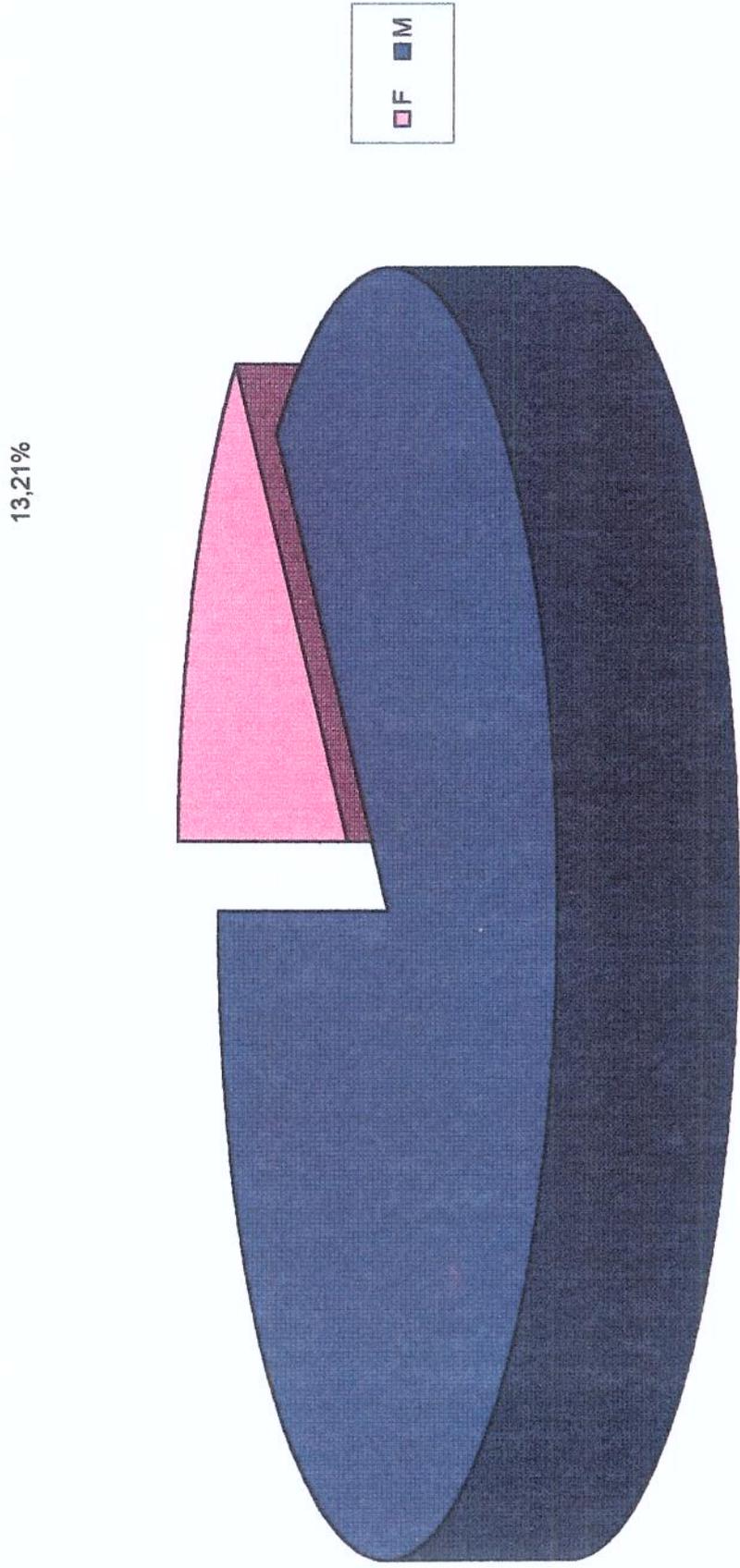
FONTE: BRASIL: PREVIDÊNCIA SOCIAL E INTERNACIONAL

FAIXA ETÁRIA DE CAUSA DE ACIDENTES NO TRABALHO
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1996



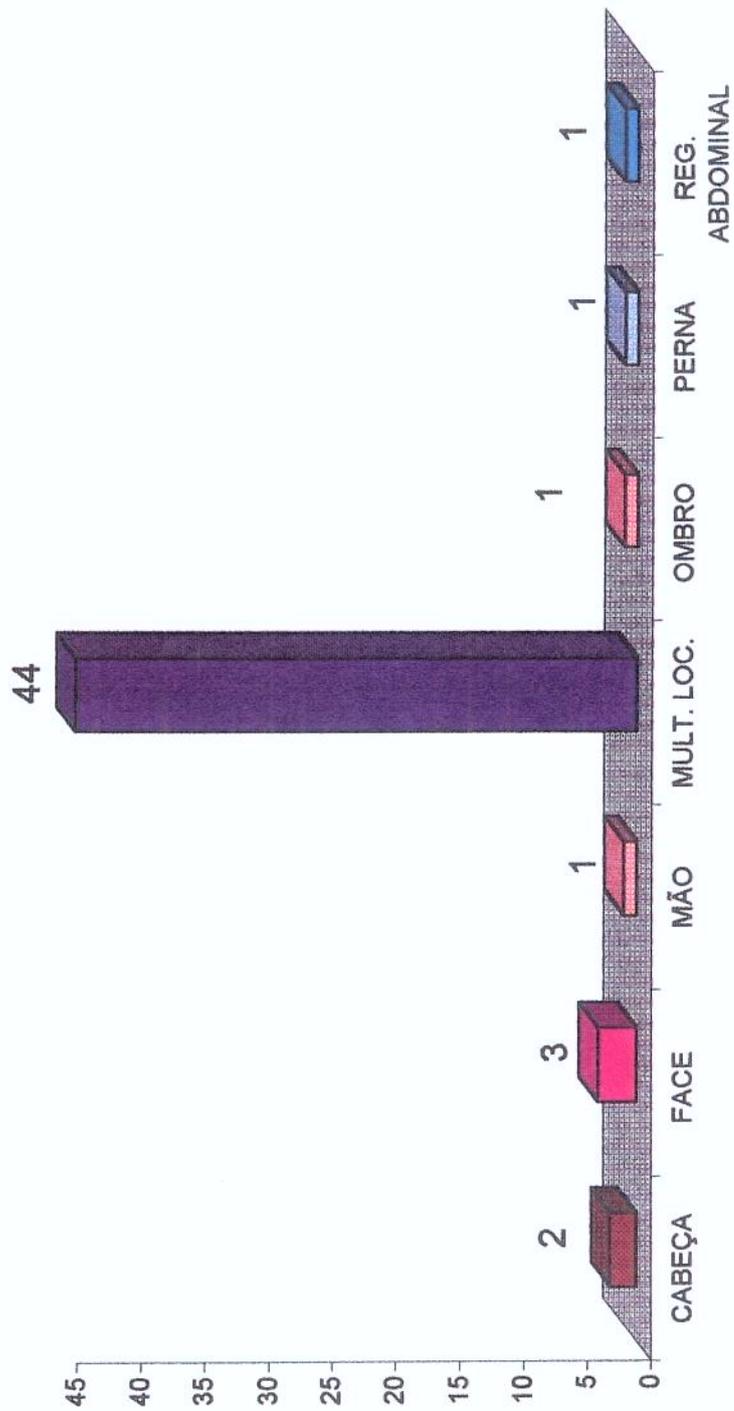
FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

GRÁFICO POR SEXO
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1996



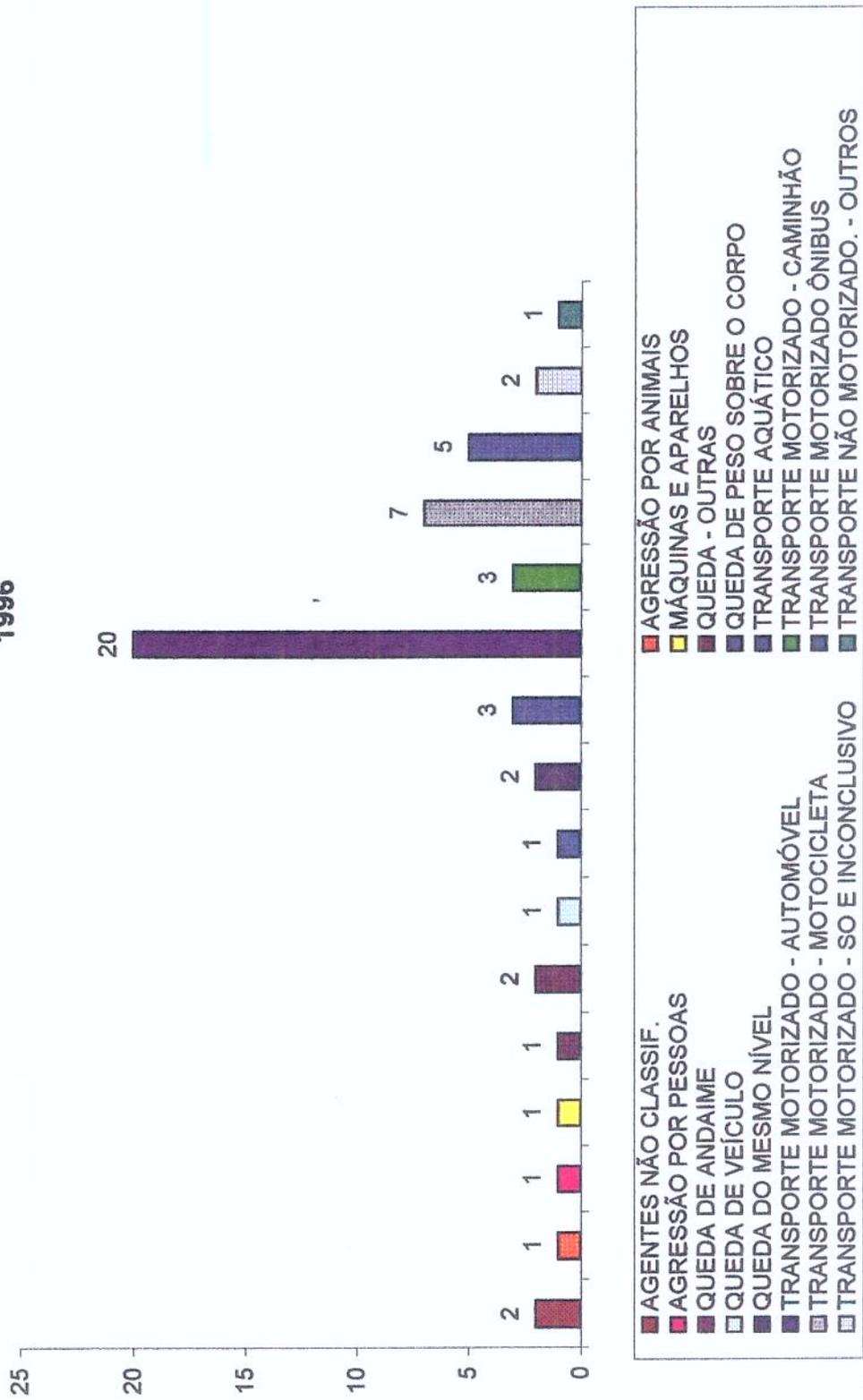
FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

LOCAL DO CORPO ATINGIDO NO ACIDENTE
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1996



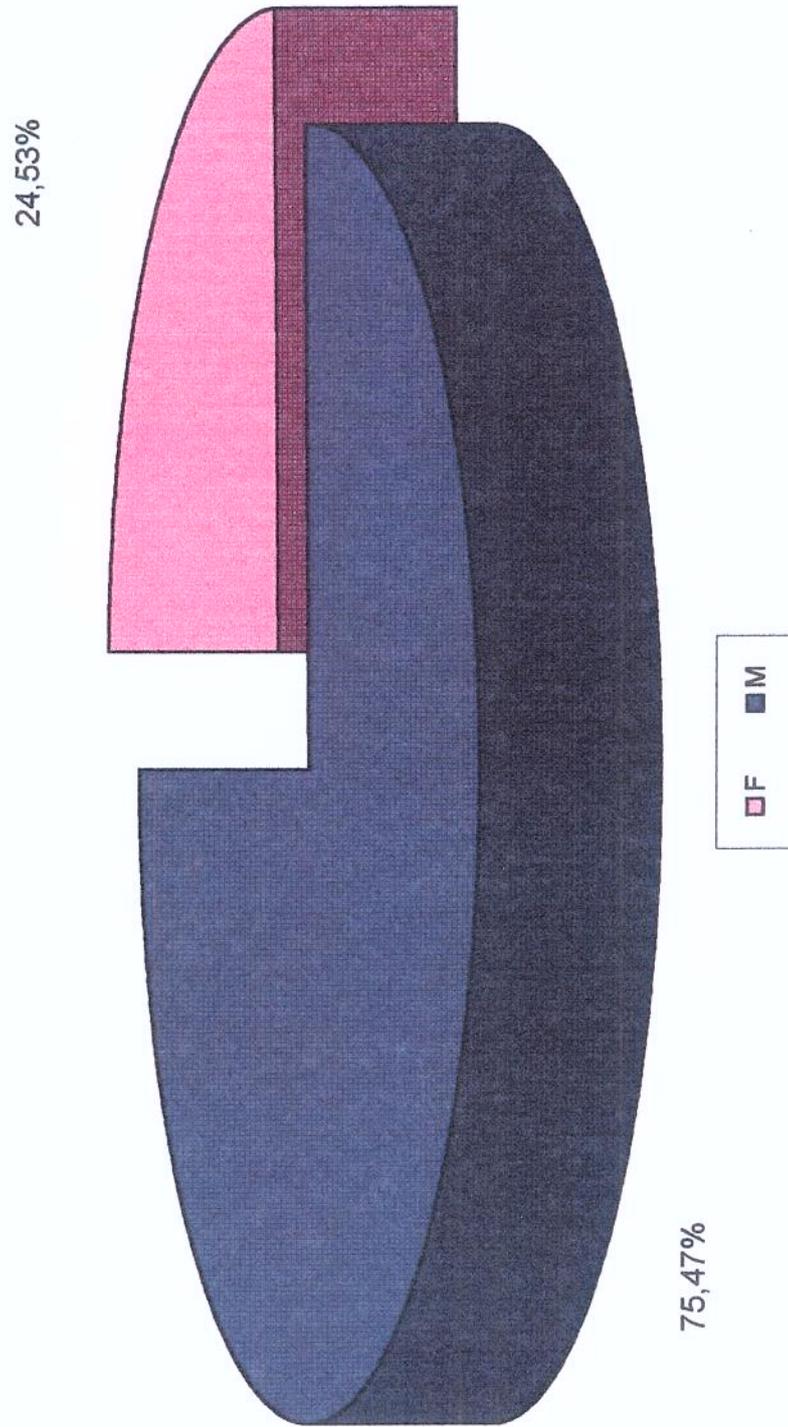
FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

DESCRIÇÃO DA CAUSA DO ACIDENTE
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1996



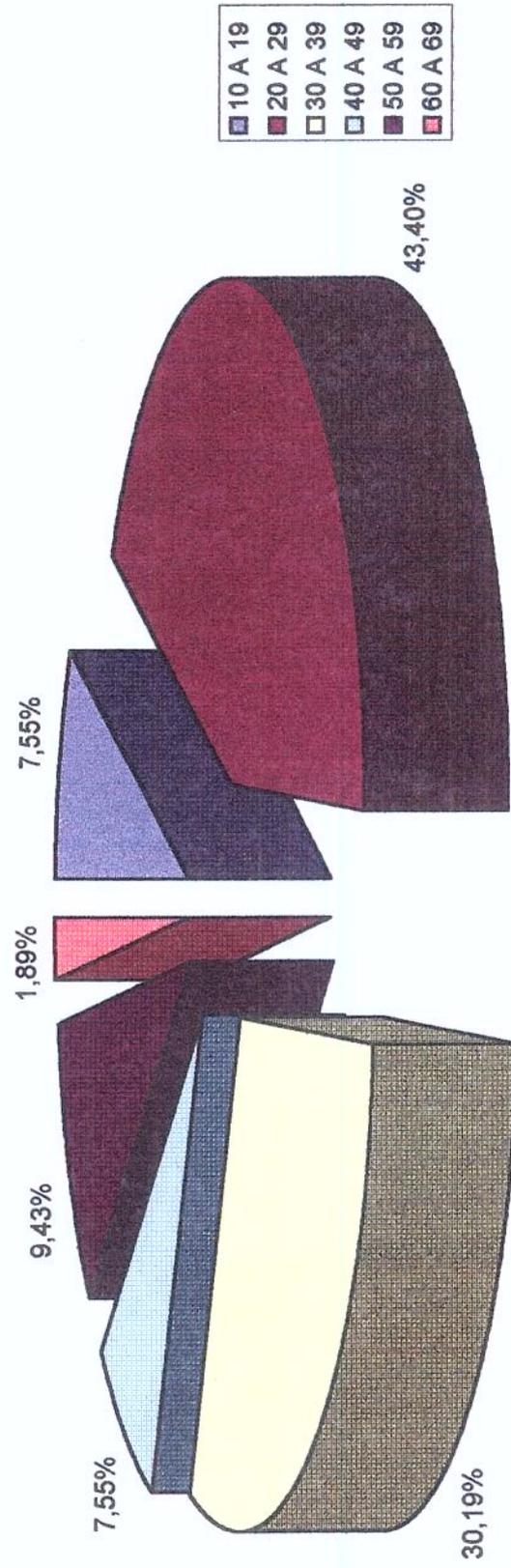
FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

**GRÁFICO POR SEXO
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1997**



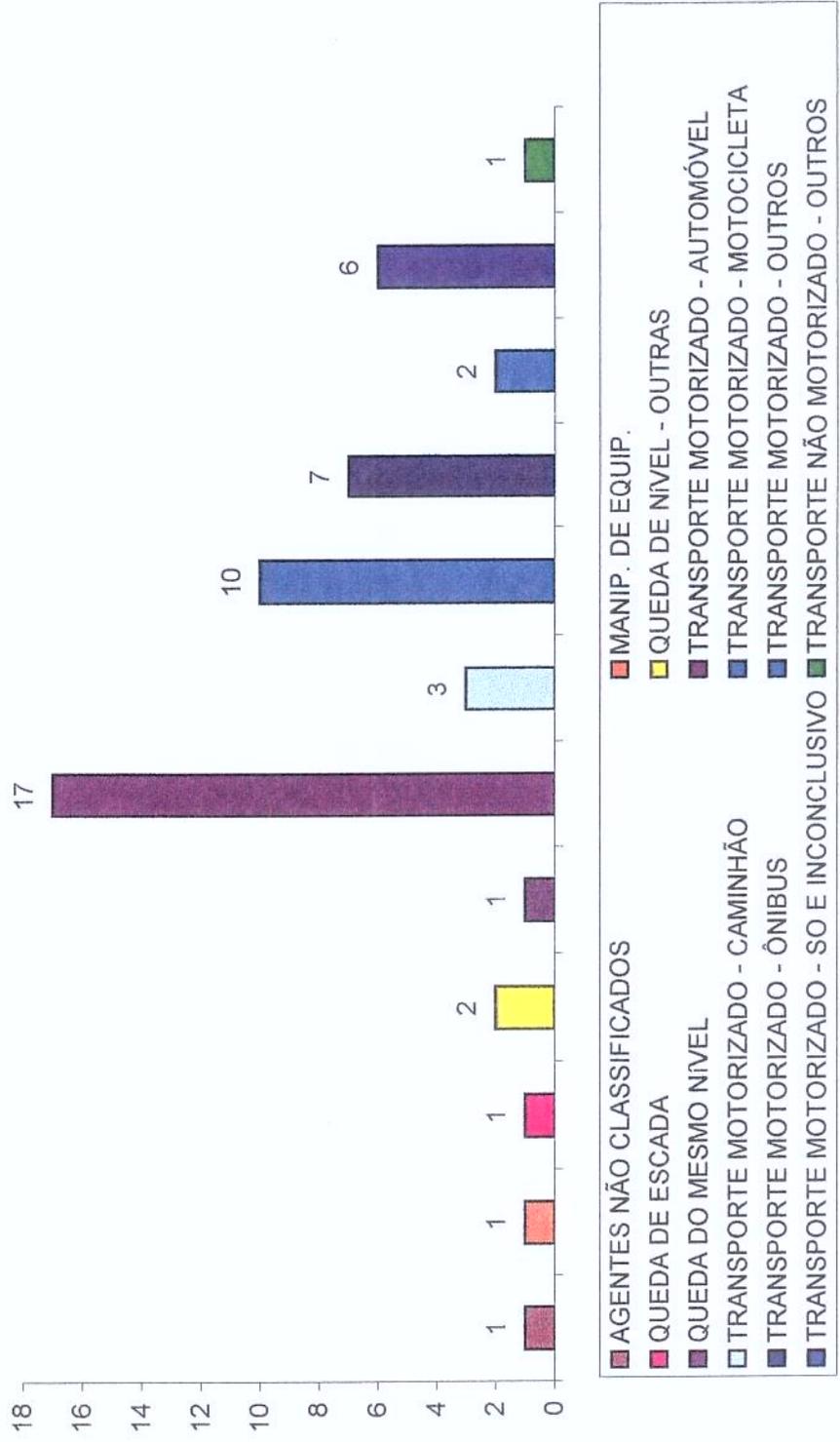
FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

FAIXA ETÁRIA DE CAUSA DE ACIDENTES NO TRABALHO
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1997



FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

**DESCRIÇÃO DA CAUSA DO ACIDENTE
SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SAÚDE DO TRABALHADOR
1997**



FONTE: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios da sociedade brasileira, nesta virada de século, marcada pelos impactos tecnológicos e globalizantes, é melhorar a qualidade de produtos e serviços. Como já se expôs anteriormente, o movimento em busca da qualidade tem-se concentrado de forma mais contundente naqueles setores mais competitivos como é o caso da área industrial, seguida pela de prestação de serviços. Setores como educação e saúde, bem tardiamente, vêm despertando para esta necessidade de inovação: busca da qualidade do serviço que oferece. Devemos salientar que o atraso na prestação de serviços públicos, voltados sobretudo para a educação e a saúde, é ainda muito grande e este fato tem que ser reavaliado.

Nosso objetivo neste momento final do trabalho é refletir sobre a qualidade em saúde, oferecida pelo HC - Unicamp, a qual envolve particularmente o paciente com TCE em virtude de acidentes de trabalho. Nossa proposta é, enfim, ajudar a transformar os serviços de saúde prestados por esta instituição de forma a atender com eficiência seus usuários.

Repensar sobre essa qualidade implica avaliar aspectos como: prevenção, diagnóstico correto e os planos de tratamento que requeiram trabalho em equipe, o que pode salvar a vida de milhares de pacientes.

Ao se refletir especificamente sobre o restabelecimento do paciente com TCE, vê-se que essa recuperação dependerá exclusivamente da assistência que lhe foi prestada.

Primeiro, devemos esclarecer que por restabelecimento do paciente entendemos aquele paciente que, após ter sofrido traumatismo craniencefálico e passado por atendimentos médico-hospitalares, conseguiu, depois de tudo, reintegrar-se à sociedade onde ele estava inserido, mesmo levando algumas seqüelas. Tal reintegração à sociedade implica no seu retorno ao trabalho, de forma que tenha uma vida produtiva do ponto de vista intelectual e econômico, ou seja, de forma que esse paciente sinta-se útil à sociedade da qual faz parte e possa produzir para seu próprio sustento e de seus dependentes, caso os tenha, e não viver dependendo da família ou mesmo das migalhas oferecidas pelo sistema previdenciário. Tal reintegração implica também no fato de este paciente voltar a ter uma vida dentro dos padrões que elegera para si, de acordo com seus costumes e escolhas próprias. Implica, ainda, voltar a ter uma vida saudável no âmbito familiar, resgatando os mesmos papéis e vínculos afetivos, de autoridade e submissão.

Segundo, outro ponto que merece um maior esclarecimento refere-se ao tipo de assistência prestada. Entendemos que essa assistência engloba: o tipo de atendimento prestado no local do acidente e a remoção adequada ao centro hospitalar; o atendimento adequado e rápido no Pronto-Socorro; o tratamento clínico e/ou tratamento cirúrgico em unidades especializadas; o momento correto da alta e, sem dúvida alguma, a assistência familiar, que não pode deixar de ser mencionada como um passo fundamental na recuperação do paciente. A família é o suporte na busca desse indivíduo pela qualidade de vida. Para finalizar, não podemos nos esquecer de que o Estado exerce papel muito importante no restabelecimento do bem-estar desse paciente.

Cabe ao governo, na esfera estadual ou municipal, responsabilizar-se pelo custo não só do que se refere ao tratamento médico-hospitalar do paciente com TCE, mas também pelo custo da recuperação depois que ele recebe alta. Ao governo compete custear uma equipe multidisciplinar, fora do âmbito hospitalar, a fim de oferecer serviços médicos de: fisioterapia, psicologia, assistência social, enfermagem, médicos, fonoaudiologia, por meio de um Programa de Assistência ao politraumatizado.

Caberia à assistência social, por exemplo, recolocar o paciente reabilitado em outra atividade de trabalho, caso ele não tenha condições de voltar a exercer a função/cargo que desempenhava anteriormente. Outro serviço que poderia ser prestado pela assistência social poderia ser o de informar ao paciente quanto aos seus direitos trabalhistas, a fim de ele poder exigir a garantia dos mesmos. Para que ele, de fato, possa valer seus direitos junto à empresa onde trabalhava é fundamental que em seu prontuário hospitalar contenha informações que revelem a causa do acidente e que este sirva como testemunho a seu favor. Para uma noção da dimensão deste prontuário, pode-se verificar a ficha "Avaliação dos traumatizados cranianos", em anexo.

Retornando o pensamento de DIAS (1995) de que "saúde é uma questão de cidadania", é relevante apontarmos que para o trabalhador posicionar-se como sujeito do processo, a instituição hospitalar pode contribuir oferecendo documentos que registrem devidamente informações quanto ao tipo de lesão, à sua localização e ao grau de intensidade, a fim de apurar as causas do acidente.

Uma vez comprovada a causa como sendo relacionada a acidente de trabalho, fica mais fácil para esse "trabalhador, vítima de TCE", reivindicar seus direitos.

Muitas vezes, o paciente sofreu um traumatismo craniocéfálico em virtude de um acidente no trabalho e isto não fica caracterizado como acidente de trabalho. O acidente de trabalho é mais difícil de não ser aceito pela empresa, uma vez que está associado diretamente a uma falha no maquinário industrial ou à queda de um andaime mal colocado, por exemplo. Já o acidente no trabalho, mesmo sendo consequência de um desmaio, por exemplo, que o levou a cair do andaime, também deve ser de responsabilidade da empresa e que deve arcar com os gastos na recuperação deste empregado acidentado, bem como da indenização do mesmo. Bem sabemos pela literatura, que versa sobre a saúde do trabalhador, que o trabalho e, conseqüentemente, tudo o que ocorrer dentro da empresa (a doença, por exemplo) precisam ser entendidos dentro das relações de produção desse trabalho. Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho não devem ser abordados como problemas individuais, desvinculados da produção capitalista, como já bem disseram pesquisadores como NARDI (1996), DIAS (1995), dentre outros.

Dentro dos moldes de produção capitalista, que visa sobretudo o lucro, onde o trabalhador não tem controle sobre seu próprio trabalho, é comum a empresa avaliar o acidente de trabalho supervalorizando os efeitos e não questionando as causas relacionadas às condições de trabalho, se adequadas ou não à saúde do trabalhador. Muitas vezes, a desmotivação gera o acidente de trabalho.

Por essa razão, é prioritário que as instituições hospitalares, que cuidam do paciente com TCE, façam notificações, registrando informações desde os primeiros socorros, passando pela evolução do tratamento aplicado até os procedimentos de reabilitação pós alta, promovidos pela equipe multiprofissional, para que o trabalhador acidentado tenha como exigir o cumprimento da lei e, assim, garantir seus direitos como cidadão.

Uma vez tendo posse da notificação enviada pelos centros hospitalares, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRT), órgão vinculado à Prefeitura, da qual recebe verbas, verifica os direitos do trabalhador-acidentado com base nesse documento e só assim consegue fazer a inter-relação com as empresas e os sindicatos.

No processo de recuperação do paciente em busca da qualidade de vida, o papel da enfermagem é de extrema importância também. O pessoal de enfermagem tem a responsabilidade profissional, social, moral e científica para avaliar e garantir a qualidade dos cuidados prestados ao paciente. O programa de garantia de qualidade ao paciente com TCE, visando a qualidade de maneira contínua, deve assegurar a este usuário um grau específico de cuidado por excelência. Os serviços de enfermagem têm uma importância extrema na recuperação do paciente, tendo em vista que o enfermeiro é o profissional da saúde que está presente durante as 24 horas do dia, estabelecendo uma relação direta e contínua com o paciente, e realizando um trabalho de "corpo a corpo" com ele. É sobretudo o pessoal da enfermagem que pode registrar no prontuário do acidentado todas as informações necessárias para fazer a notificação do CRT, para que este ajude o trabalhador a exigir seus direitos legais. O registro destas informações também pode subsidiar os programas de prevenção aos acidentes que causam o traumatismo craniocéfálico como os de assistência às vítimas, tanto nas fases pré-hospitalar, como nas de reabilitação, conforme aponta KOIZUMI (1990).

A equipe de enfermagem exerce um papel importante no que se refere ao Programa de Assistência ao politraumatizado, destacado anteriormente. Além de prestar cuidados específicos, a enfermagem faz uma sistematização da assistência prestada com o objetivo de avaliar as condições de vida do paciente com TCE, apontando fatores que se correlacionam com a reabilitação do mesmo. Muitas vezes, uma alimentação inadequada ou mesmo a sua ausência impede o restabelecimento de sua saúde. Então, cabe ao pessoal de enfermagem detectar os problemas sociais inter-relacionados no processo de recuperação deste paciente.

Tendo em vista que a recuperação do paciente com TCE é lenta e, às vezes, deixa seqüelas que o incapacitam a retornar à sua vida anterior e até mesmo acabam por desestruturar a vida de sua família, uma vez que são pais, filhos(as), esposos(as), o papel da família na recuperação deste indivíduo também é vital. Mesmo tendo gerado uma crise familiar, a família compõe um sistema em que os membros são significativos para o acidentado do ponto de vista psicológico em virtude das relações sobretudo afetivas que se desenvolveram entre eles (FARIA, 1996). Portanto, cabe à equipe multiprofissional instituir um tratamento no qual leve em consideração este grupo em que está inserido, continuam os autores. É importante, conforme aponta FRIEDMAN (1992), atentar-se para os sentimentos que os familiares estão vivendo por ocasião do TCE. A participação e o suporte da família, desde o momento em que tomou conhecimento da tragédia que envolveu seu ente querido até depois que este sair do hospital, são elementos cruciais para o sucesso do processo de reabilitação do paciente com TCE, tendo em vista que este precisará muito desse amparo familiar em detrimento do longo processo de reabilitação pelo qual passará.

Estatísticas revelam que os pacientes politraumatizados carregam um pesado ônus que os dificulta na busca da qualidade de vida que possuíam anteriormente: são indivíduos nervosos, não retornam à sua vida produtiva e acabam sendo dependentes de seus familiares, tiveram perda da capacidade motora e intelectual, enfim, são indivíduos sem perspectiva de vida.

Com base nos dados assim fundamentados na proposta que visa a recuperação do paciente com TCE, a partir da idéia de que a assistência prestada a este indivíduo deve ser feita numa perspectiva mais abrangente que envolva o atendimento prestado pela equipe multiprofissional de

saúde, dentro e fora do âmbito hospitalar. É a integração destes elementos que garantirá o retorno do paciente com TCE a uma melhor qualidade de vida (Anexo 6).

Poderá reconhecer as principais causas de TCE, avaliando as complicações e quais foram as seqüelas físicas, mentais e, sobretudo, como ficou a sua relação familiar e como se transformou sua qualidade de vida.

V. SUMMARY

The present study has the objective of analysing a group of patients victims of work accident with brain trauma, registered at HC - Unicamp.

Having in mind that a great amount of these patients, in productive phase, do not return to their social, economical and familiar life, with the same former quality of life, the characteristics of this sad picture make us establish an assistance proposal to these patients, looking for their quality life and health. Our proposal is based on the concept that this assistance, focused on the patient and his real necessities, must be more extended. In this sense, there must be an integration that involves the health multiprofessional team, centered, above all, on the nursing staff services, financial the family and the government bodies, offering the backing that is extremely necessary. Only the participation and support of each of these elements, in an integrated way, can contribute on the struggle that holds out the patient in his search of his recover.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, E. & ALMEIDA, M.C.P. De como o enfermeiro está inserido no seu espaço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, R.S., 36(2):123-129, abril/maio/junho, 1983.

AQUINO, K.S. **Fatores geradores da rotatividade dos enfermeiros de um hospital geral governamental da cidade de São Paulo**. Tese de Mestrado da Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1991.

BAKER, S.P. The Injury Severity Score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. **J. Trauma**, v.33, n.2, pp.219-20, 1992.

BAKER, S.P. & O'NEILL, B. The Injury Severity Score: an update. **J. Trauma**, v.16, n.11, pp.882-5, 1976.

BEAVER, B.M. Care of the multiple trauma victim. **Nursing Clin North Am.**, v.25, n.1, pp.11-21, março, 1990.

BERLINGUER, G. **A Saúde nas Fábricas**. ROTHSCCHILD, H.A. (trad.), São Paulo, Cebes/Hucitec, 1983.

- BLAKE, B.L.K. Quality assurance: an ethical responsibility. **Supervisor Nurse**, 12(2):32-38, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Subsistema de informações sobre mortalidade. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1985**, Brasília, Centro de Doc. do Ministério da Saúde, 1988.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma. Repensando a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CARRARO, B. Update, motorcycle accident in 1977. **Traffic Saf.**, v.79, n.2, pp.9-11, 1979.
- CLARK, D.W. & MORTON, J.H. The motorcycle accident: a growing problem. **J. Trauma**, v.11, n.3, pp.230-7, 1971.
- COOKRO, D.V. Motorcycle safety: an epidemiologic view. **Ariz. Med.**, v.36, n.8, pp.605-7, 1979.
- COPEL, W.S. The Injury Severity Score Revisited. **J. Trauma**, v.28, n.1, pp.69-77, 1988.
- DALOSSO, T. Determinação precoce do nível de gravidade do trauma. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- DIAS, E.C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese de Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- _____. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro, Atheneu, pp.59-85, 1995.
- DIMENSTEIN, G. **Autópsia da insensatez**. Artigo publicado no jornal Folha de S. Paulo, 30 de junho de 1999.

DODSON, Jr., C.F. Motorcycle injuries: problem without solutions. *J. Arkansas Med. Soc.*, v.73, n.2, pp.115-9, 1976.

DREYER, E. **Definição operacional da qualidade da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola.** II Encontro de Administração em Enfermagem, 1997.

FACURE, N.O. Avaliação do prognóstico e risco terapêutico no traumatismo craniocéfálico grave. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1981.

FALCÃO, A.L.E. Estudo de pacientes com trauma craniocéfálico internados na Unidade de Terapia Intensiva. Tese de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

_____. Hemometabolismo cerebral: variações na fase aguda do coma traumático. Tese de Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

FARIA, A.B. **Diagnósticos de enfermagem em clientes com traumatismo crâneo-encefálico e em seus familiares e/ou pessoas significativas.** Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

FIUZA, R.M. Traumatismo craniocéfálico em acidentes de motocicleta. *Arq. Bras. Neurocir.*, v.7, n.4, pp.191-201, 1988.

FRIEDMAN, M.M. **Family Nursing Theory and Practice.** 3ª ed., Connecticut. Appleton; Lange, 1992, cap. 2, pp.21-36: Family Nursing: Focus. Evolution and Godes.

- FURCOLIN, M.I.R.; ROGANTE, M.M.; OLIVEIRA, L.M.R.; PEREIRA, F.B.G. **Implantação da administração participativa na enfermagem em um hospital público universitário. II Encontro de Administração em Enfermagem, 1997.**
- GARDNER, D. Acute management of the head injury adult. **Nursing Clin. North Am.**, v.21, n.4, pp.555-62, dezembro, 1986.
- GENNARELLI, T.A.; SPIELMAN, G.M.; LANGFITT, T.W.; GILDENBERG, P.L.; HARRINGTON, T.; JANE, J.A.; MARSHALL, L.F.; MILLER, J.D.; PITTS, L.H. Influence of the type of intracranial lesion on outcome from severe head injury - a multicenter study using a new classification system. **J. Neurosurg.**, 56:26-32, 1992.
- GRENIER, R. Optimiser les retombées de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. **Gésiqualité**, 10(4):1-3, 1992.
- GRENIER, R.; DRAPEAU, J.; DÉSAUTELS, J. **Normes et critères de qualité des soins infirmiers.** Montréal: Décarie, 1989.
- HARROP, S.N. & WILSON, R.Y. Motorcycle fatalities in south west Cumbria. **Injury**, v.13, n.5, pp.382-7, 1982.
- HINSHAW, A. The image of nursing research: issues and strategies. **Western Journal of Nursing Research**, 5(3):1-13, 1983.
- IMAI, M.F.P. Avaliação da gravidade do traumatismo crânio-encefálico por índices anatômicos e fisiológicos. Tese de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- JENNETT, B. & BOND, M. Assessment of outcome after severe brain damage. **Lancet**, pp.1.031-34, 15 de maio de 1976.

- JENNETT, B.; TEASDALE, G.; BRAAKMAN, R.; MINDERHOUD, J.; KNILL-JONES, R.
Predicting outcome of individual patients after severe head injury. **Lancet**, 15:1.031-1.034,
1976.
- JESTER, D.L. Trauma assessment form. **Nursing**, pp.46-7, março de 1988.
- KELLEY, A.B. Motorcycle and public apathy. **Am. J. Publ. Health.**, v.66, n.5, pp.475-6, 1976.
- KOIZUMI, M.S. **Aspectos epidemiológicos dos acidentes de motocicleta no Município de São Paulo.** Tese de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.
- _____. Acidentes de motocicleta no Município de São Paulo, SP (Brasil): 1. Caracterização do acidente e da vítima. **Rev. Saúde Públ.**, v.19, n.5, pp.475-89, 1985.
- _____. Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. Tese de Livre-Docência da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- KOSMOS, C.A. Emergency nursing management of the multiple trauma patient. **Orthopaedic nursing**, v.8, n.6, pp.33-36, 1989.
- KURCGANT, P. Estudo sobre avaliação de desempenho de enfermeiras: metodologia utilizada e resultados encontrados - Parte II. **Rev. Esc. Enf., USP**, São Paulo, 20(2):143-160, 1986.
- LACAZ, F.A.C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, 3(1):41-59, 1994.
- LANG, N.M. Issues in quality assurance in nursing. In American nurses' association. **Issues in evaluation research**, 44-56 (ANA no G-1242M9/76), 1975.

- LIPE, H.P. Prevention of nervous system trauma from travel in motor vehicles. **J. Neurosurg. Nurs.**, v.17, n.2, pp.77-82, 1985.
- MACHADO, J.M.H. **Violência no Trabalho e na Cidade. Epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988.** Tese de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- MANREZA & RIBAS, G.C. Traumatismos craneencefálicos. In: NITRINI, R. e BACHESCHI, L.A. **A neurologia que todo médico deve saber.** Maltese, cap. 8, pp.149-66, 1991.
- MC GINNIS, G.S. An introduction to injury severity scaling. **J. Neurosci. Nurs.**, v.21, n.3, pp.201-3, 1989.
- MEISENHEIMER, C.G. **Improving quality, a guide to effective programs.** Gaithersburg: Aspen Publishers, 1992.
- MELLO, J.B. & CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde. Práticas e Conceitos. Normas ISO nas Áreas Médico-hospitalar e Laboratorial.** São Paulo, Best Seller, 1998.
- MENDES, R. Introdução à Medicina do Trabalho. In: _____ (org.). **Medicina do Trabalho e Doenças dos Profissionais (cap. 1)**, São Paulo, Sarvier, pp.4-42, 1980.
- _____. **Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde.** Tese de Livre-Docência da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1986.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Ren. Saúde públ.**, São Paulo, 25(5):341-9, 1991.
- _____. Saúde do trabalhador. In: ROUQUAYROL, M.Z. (ed.). **Epidemiologia & Saúde (cap. 14)**, 4ª ed., Rio de Janeiro, Medsi, pp.383-402, 1993.

- MENDES, J.M. & OLIVEIRA, P.A.B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S.I. **Medicina Básica do Trabalho (vol. IV)**, 2ª ed., Curitiba, Genesis, pp.33-40, 1995.
- NARDI, H.C. **Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador: O conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente**. Dissertação de Mestrado do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS, Porto Alegre, 1996.
- NOGUEIRA, D.P. Medicina do trabalho no Brasil: passado, presente e futuro. In: VIEIRA, S.I. **Medicina Básica do Trabalho (vol. IV)**, 2ª ed., Curitiba, Genesis, pp.23-31, 1995.
- NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark., 1994.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência Social. 60 Anos de História da Previdência no Brasil (1985)**. 2ª ed., Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1989.
- PHANEUF, M. & WANDELT, M. Quality assurance in nursing. **Nursing Forum**, 13(4):328-465, 1974.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**. São Paulo, Hucitec, 1989.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Subsídio para planejamento das ações em saúde do trabalhador**. Boletim da Secretaria da Saúde, março de 1998.
- SCHMADL, J.C. Quality assurance: examination of the concept. **Nursing Outlook**, 27(7):462-465, 1979.
- SILVA, M.C. Crise Social e Cultura em Transição: uma abordagem psicossocial das relações de trabalho. In: ANGERAMI, V.A. (org.). **Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil**, São Paulo, Traço, 1986.

- SILVEIRA, J.P. Entrevista: É Preciso Construir Pontes no Brasil. *Qualidade na Área Pública e Privada*. CQ - **Qualidade**, 66, pp.42-46, 1997.
- SOARES, L.M.C.A.; ALMEIDA, R.P.; GONÇALVES, V.C.S. **Manual do curso de atendimento avançado em emergência para enfermeiros**. Grupo de atenção às urgências/SES/São Paulo, 1996.
- SPEDO, S.M. **Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tese de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- TEASDALE, G. & JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness - A practical scale. University Department of Neurosurgery, Institute of Neurological Sciences, Glasgow G51 4TF. **The Lancet**, 7:81-84, 1974.
- TRUNKEY, D.D. & BLAISDELL, F.W. Epidemiology of trauma. In: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - **Care of surgical patients**, New York, Scientific American, 1989.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

A N E X O 2

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT)



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

(ART. 14 DA LEI N.º 8367/76)

CARIMBO PADRONIZADO DO CGC

EMPRESA

RAZÃO SOCIAL _____

ENDEREÇO _____

MUNICÍPIO (CIDADE) _____ ESTADO _____ MATRÍCULA _____

CODIGO DA ATIVIDADE _____

ACIDENTADO

NOME _____

ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE) _____

TRABALHADOR AVULSO? S N

APOSENTADO? S N

REINICIO TRAT.? S N

DATA DO NASCIMENTO / / IDADE _____ SEXO _____ EST. CIVIL _____ N.º/SERIE DA CTPS _____

PROFISSÃO _____ SAL. CONTRIBUIÇÃO _____ POR: HORA DIA MÊS

CR\$ _____

PIS _____

PASEP _____

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE / / HORA _____ APOS _____ H. DE TRABALHO _____ DATA DO AFAST. DO TRABALHO / /

LOCAL DO ACIDENTE _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL? S N OBJETO CAUSADOR _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) _____

PARA USO DO INSS

RECEBIDA EM / / CODIGO DA AGENCIA _____

TESTEMUNHAS

NOME _____

ENDEREÇO _____

NOME _____

ENDEREÇO _____

ACIDENTE	N.º	ANO	CODIGO		
			01	02	03

CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO? <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> </table>	S	N	INGRESSOU NO REGIME DA PREV. SOCIAL APOS 60 ANOS? <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> </table>	S	N
S	N				
S	N				

Serviço Médico a que foi encaminhado _____

SALARIO A CONSIDERAR	
DE CONTRIBUIÇÃO CR\$ _____	DE BENEFICIO CR\$ _____
DATA / /	RUBRICA E N.º DO SERVIDOR _____

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA _____

NOTA IMPORTANTE:

1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita no prazo máximo de 24 horas, sob pena de multa de 1 a 10 vezes o maior valor de referência.

LAUDO DE EXAME MÉDICO

1 - Apresentação do acidentado		
serviço médico	/ /	HORA
2 - Descrição da(s) lesão(ões)	3 - Diagnóstico provável	
4 - Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso? <input type="checkbox"/>	5 - Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria provocado? <input type="checkbox"/>	
6 - Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado: <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL	7 - Duração provável do tratamento: <input type="text"/> dias	
8 - O acidentado foi hospitalizado em:		
/ /	LOCAL	/ /
DATA		DATA GH / AT
9 - Devera o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho? <input type="checkbox"/>	11 - Observações:	
10 - Condições patológicas pré-existentes ao acidente:	LOCALIDADE	
	/ /	
	DATA	
	(MÉDICO - DE - ATENDIMENTO (ASSINATURA E CARIMBO))	

ANEXO 3

LAUDO DE EXAME MÉDICO



UNICAMP

1. APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO

LAUDO DE EXAME MÉDICO

BOLETIM DE CONSULTA No.

HORÁRIO

DATA

SERVIÇO MÉDICO

2. DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES)

3. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

4. Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso?

5. Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria provocado?

6. Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:

HOSPITALAR

AMBULATORIAL

7. Duração provável do tratamento: dias

8. O acidentado foi hospitalizado em:
DATA LOCAL

DATA GHVAT

9. Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?

11. OBSERVAÇÕES:

10. Condições patológicas preexistentes ao acidente:

LOCALIDADE

DATA

MÉDICO-ASSINATURA E CARIMBO

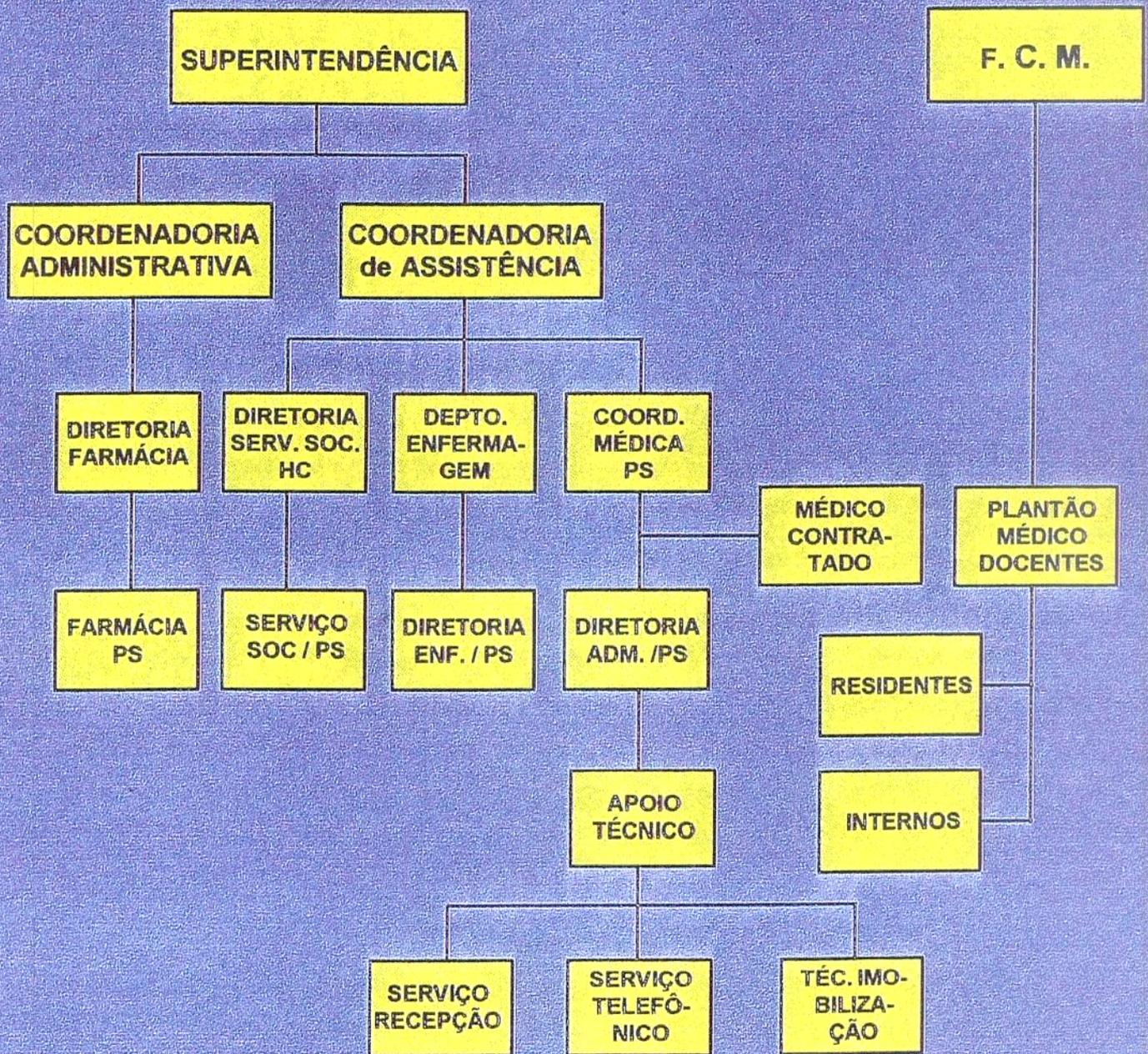
ANEXO 4

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ANEXO 5

ORGANOGRAMA DO NÚCLEO ADMINISTRATIVO DO PRONTO-SOCORRO DO HC - UNICAMP

ORGANOGRAMA NÚCLEO ADMINISTRATIVO DO PRONTO SOCORRO



ANEXO 6

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA FICHA DE AVALIAÇÃO
DOS TRAUMATIZADOS CRANIANOS**

AUTORES: BROOKS, D.N.; TRUELLE, J.-L. & COLL., 1994

AVALIAÇÃO DOS TRAUMATIZADOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS

DOCUMENTO E.B.I.S.

EUROPEAN BRAIN INJURY SOCIETY



E. B. I. S.

D.N. BROOKS E J.-L. TRUELLE

*com a colaboração do grupo de trabalho E.B.I.S.
e o apoio da Direcção Geral da Ciência,
da Investigação e do Desenvolvimento - DG XII -
da Comissão da União Europeia
(Contrato M.R. 4* 10201)
Agradecemos a M. E. Faguer
pela sua colaboração técnica*

Copyright D. N. Brooks, J.-L. Truelle & coll - 1994

Todos os direitos de reprodução, de tradução e adaptação reservados para todos os países.
Versão em português: Santos, M. E. e Guerreiro, M. Laboratório de Estudos de Língua
Centro de Estudos Egas Moniz, Lisboa, Portugal

AVALIAÇÃO DOS TRAUMATIZADOS CRANIANOS

DOCUMENTO E.B.I.S.

EUROPEAN BRAIN INJURY SOCIETY

INFORMAÇÃO PRELIMINAR

I A informação contida neste documento é inteiramente confidencial.

Este documento não deve ser entregue a ninguém sem autorização do doente ou da pessoa por ele responsável.

II Este documento tem dois objectivos:

1. Clínico:

Obter um perfil das capacidades e incapacidades nos diferentes estádios após o traumatismo e durante a reabilitação e, assim, guiar os diferentes profissionais ligados à reabilitação e reinserção do doente.

O documento cobre todos os aspectos - médicos e sociais - do traumatismo craniano e pode ser usado como instrumento global de avaliação (e por isso deve ser repetida a sua aplicação) e para fins médicos-legais.

2. Científico:

Fornecer dados que melhorem os conhecimentos sobre o traumatismo craniano e as suas consequências; definir as necessidades específicas dos doentes; julgar a eficácia da reabilitação e definir os padrões de qualidade dos programas de intervenção.

O objectivo principal é definir linhas directrizes para uma avaliação mínima do traumatizado craniano susceptíveis de representar uma base comum para a maior parte dos profissionais e dos centros que têm a cargo estes doentes. Isto quer dizer que a avaliação clínica de cada doente necessita muitas vezes de *investigações complementares*. São feitas sugestões em cada sector de avaliação sob o título "Opção".

III Para preencher o documento, são necessários 3 participantes:

- um profissional familiarizado com a intervenção na área dos traumatismos crânio-encefálicos,
- o próprio traumatizado,
- um acompanhante (se possível o familiar que após o traumatismo foi ou é responsável pelo doente).

O documento pode ser preenchido, na sua maior parte, através de uma entrevista. Convém que seja preenchido por uma só pessoa

(mas para os dados médicos, pode ser necessário o apoio de um médico). A informação inicial e o seguimento médico-social são preenchidos, habitualmente, em etapas diferentes. Cada uma das partes do documento demora cerca de uma hora a ser preenchida.

Agradecemos que enviem ao Dr. D.N. BROOKS uma cópia dos documentos preenchidos, pelo menos os 12 primeiros. Eles serão incluídos numa base de dados que pode ser consultada para obter dados estatísticos gerais ou dados relativos ao seu centro. Agradecemos que preencham os documentos com caneta preta para facilitar a leitura dos dados.

A elaboração deste documento foi patrocinada pela Comissão das Comunidades Europeias (MR4* 10201) e foi coordenada pela E.B.I.S. (European Brain Injury Society).

Este documento está disponível em disquette em Word Perfect 5.1 e em Microsoft Word para Windows 2.0, em francês e em inglês. Em disquette Microsoft Word para Windows 7.0 em português. Pode ser adquirido junto da E.B.I.S.:

E.B.I.S.

17 rue de Londres
1050 BRUXELLES
BÉLGICA

Telefone (32) 2 502 34 88
Fax (32) 2 514 47 73

Doutor D.N. BROOKS

Presidente da E.B.I.S.
29 Shenley Pavilions
MILTON KEYNES MK5 6LB
INGLATERRA
Telefone 01908 50 70 30
Fax 01908 50 70 31

Professor J.-L. Truelle

Antigo Presidente da E.B.I.S.
Service de Neurologie
Centre Médico-Chirurgical Foch
40, rue Worth, B.P. 36
92151 SURESNES CEDEX
FRANÇA
Telefone (33) 1 46 25 24 15
Fax (33) 1 46 25 21 54

AVALIAÇÃO DOS TRAUMATIZADOS CRANIANOS

DOCUMENTO E.B.I.S. - PRIMEIRA PARTE

ENTREVISTA PRELIMINAR

Explique o interesse desta avaliação e o método que vai ser seguido (refira-se à folha precedente). Em seguida deixe que o traumatizado e o acompanhante expressem, com as suas próprias palavras, a sua história, os seus problemas e as suas necessidades. Registe os aspectos mais importantes desta aproximação preliminar.

HISTÓRIA

EXPRESSÃO ESPONTÂNEA DAS QUEIXAS E DAS NECESSIDADES DO DOENTE

PONTO DE VISTA DO ACOMPANHANTE

1 ESTADO INICIAL

Esta parte (parâmetros 1 a 52) deve ser preenchida na primeira avaliação e, se possível, durante a hospitalização inicial; caso não seja possível, pode reconstituir-se esta avaliação inicial. O examinador não deve hesitar em completar as respostas codificadas acrescentando os seus próprios comentários, de preferência no espaço deixado livre à direita. A informação em falta ou inapropriada deve ser sempre codificada 9, 99, 999, etc...

Nome do examinador

Morada e telefone

Qualificação

Serviço/Departamento

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

- 01 Código de identificação.....I _ I 01-08
Para o país (ver anexo 3),
utilizar o código telefónico internacional
País Centro Nº
- 02 Data de nascimento (d/m/a).....I _ I 09-14
- 03 Idade no dia do exame.....I _ I _ I 15-16
- 04 Data do exame (d/m/a).....I _ I 17-22
- 05 Data do acidente (d/m/a).....I _ I 23-28
- 06 Sexo:.....I _ I 29
Masculino..... 0
Feminino..... 1
- 07 Situação familiar.....I _ I 30
Solteiro.....0
Viúvo (a).....1
Casado (a).....2
Em coabitação.....3
Divorciado(a)/Separado(a).....4
- 08 Domicílio:.....I _ I 31
Onde dormia o traumatizado nas noites antes do acidente?
Domicílio pessoal..... 0
Domicílio dos pais..... 1
Domicílio do cônjuge
(se diferente do domicílio pessoal).....2
Lar ou residência com objectivos terapêuticos....3
Hospitalização.....4
Outro.....5
Especifique _____
- 09 Número de anos de escolaridade normal.....I _ I _ I 32-33
(incluindo escola, instituto, universidade)
Pode acrescentar informação qualitativa específica do seu país.

10	Actividade antes do acidente.....	I__I	34
	<i>Codifique as donas de casa de acordo com a sua actividade antes do casamento. Como para o parâmetro precedente, pode acrescentar a informação qualitativa própria do seu país e especificar a profissão exacta do traumatizado.</i>		
	- Grandes empresários, profissões liberais, quadros superiores.....		0
	- Profissões intermédias, quadros médios, grandes agricultores.....		1
	- Trabalhadores qualificados, comerciantes, artesãos, pequenos agricultores, operários qualificados.....		2
	- Trabalhadores semi-qualificados, empregados.....		3
	- Tabalhadores não qualificados.....		4
	- Estudantes ou crianças na escola.....		5
	- Outra.....		6
	- Especifique _____		

11	Situação no momento do acidente.....	I__I	35
	Actividade a tempo completo.....		0
	Actividade a tempo parcial.....		1
	Reformado (a).....		2
	Desempregado (a).....		3
	Invalído (a).....		4
	Dona de casa.....		5
	Criança não escolarizada.....		6
	Criança escolarizada/Estudante.....		7
	Outro.....		8
	Especifique _____		

1.2 ANTECEDENTES PRÉ-TRAUMÁTICOS

De acordo com a sua apreciação clínica, há evidência, nos antecedentes pré-traumáticos, de problemas ou de doenças que tenham tido consequências funcionais significativas? Para cada parâmetro, indicar a natureza do problema no espaço à esquerda da codificação. Salvo indicação em contrário: Não = 0 e Sim = 1

12	Informante.....	I__I	36
	O próprio doente.....		0
	Cônjuge.....		1
	Pai ou mãe.....		2
	Amigo.....		3
	Tutor.....		4
	O doente e outra pessoa.....		5
	Outro.....		6
	Especifique _____		

13	Problema médico ou cirúrgico tratado no hospital.....	I__I	37
14	Traumatismo craniano anterior com sequela(s).....	I__I	38
15	Antecedentes psiquiátricos tratados por um especialista ou num hospital.....	I__I	39
16	Epilepsia.....	I__I	40
17	Toxicomania (álcool/droga).....	I__I	41

18	Deficiência física ou sensorial pré-existente.....	I__I	42
19	Deficiência mental pré-existente.....	I__I	43
20	Instabilidade familiar (e.g. separação ou divórcio do traumatizado ou dos seus pais).....	I__I	44
21	Instabilidade social.....	I__I	45
	(e.g. problemas com o tribunal ou com a polícia)		
22	Instabilidade profissional ou escolar.....	I__I	46
	(Despedimentos, desemprego repetido ou prolongado) (Mais de uma reprovação ou ensino especial)		

ASPECTOS POSITIVOS

O examinador deve investigar os aspectos positivos e relevantes da situação pré-traumática (profissional, social, sindical, escolar, desportiva). Indique os êxitos, os sucessos, as responsabilidades que podem constituir, posteriormente, suportes da reabilitação.

1.3 CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

23	Tipo de acidente:.....	I__I	47
	Acidente na via pública:		
	- Condutor de automóvel ou camião.....	0	
	- Passageiro de automóvel ou de camião.....	1	
	- Peão.....	2	
	Outro acidente da via pública:		
	- Moto.....	3	
	- Bicicleta.....	4	
	Desporto ou lazer.....	5	
	Acidente doméstico.....	6	
	Agressão (inclui factos de guerra).....	7	
	Outro.....	8	
	Especifique _____		
24	Acidente de trabalho.....	I__I	48
	Não.....	0	
	Durante o trajecto para o trabalho.....	1	
	No local de trabalho.....	2	
25	Outros feridos graves ou mortos no acidente.....	I__I	49
	Nem familiar nem amigo ferido.....	0	
	Familiar ou amigo ferido.....	1	
	Familiar ou amigo morto.....	2	
	Outra pessoa gravemente ferida.....	3	
	Outra pessoa morta.....	4	
	Combinação.....	5	
	Especifique _____		

1.4 GRAVIDADE DO TRAUMATISMO

Esta parte deve ser preenchida por um médico ou através de registos médicos.

1.4.1 ALTERAÇÕES DA VIGILÂNCIA

Escala de coma de Glasgow

1. Abertura dos olhos	2. Resposta motora	3. Resposta verbal
ausência de resposta.....1	ausência de resposta.....1	ausência de resposta.....1
à dor.....2	extensão.....2	incompreensível.....2
sob comando verbal.....3	flexão.....3	inapropriada.....3
espontânea.....4	fuga.....4	confusa.....4
	localiza o estímulo.....5	orientada.....5
	obedece a ordens.....6	

26 Pontuação de Glasgow.....I__I__I 50-51

Indicar a pontuação mais baixa registada na escala de coma de Glasgow (ECG) nas primeiras 24 horas (mínimo: 3; máximo: 15)

27 Duração do coma.....I__I__I__I 52-54

Número de dias até que o doente possa obedecer a ordens simples (e não uma simples abertura de olhos)

28 Amnésia pós-traumática.....I__I 55

(Intervalo de tempo entre o traumatismo e a recuperação das memórias do dia a dia)

Esta avaliação pode ser feita retrospectivamente

0 a 1 hora..... 0

1h a 1 dia..... 1

1 a 7 dias..... 2

8 a 28 dias..... 3

29 a 60 dias..... 4

Mais de 60 dias..... 5

OPÇÃO: Um estudo científico da amnésia pós-traumática necessita de uma escala como a de G.O.A.T. (LEVIN H.S. et al. The Galveston Orientation and Amnesia Test, Journal of Nervous and Mental Diseases, 1979, 167, 675-684. Morada: Neurosurgery University Center, Baltimore, Maryland 21201-1595, USA).

Incluir aqui o resumo ou a conclusão dos resultados das neuro-imagens (TAC, RNM, ...)

1.4.2 CONSEQUÊNCIAS INICIAIS

29 Traqueotomia.....I__I 56

Não.....0

Sim.....1

30	Respiração assistida.....	I__I	57
	Não.....		0
	Sim.....		1
31	Sedação precoce.....	I__I	58
	Não.....		0
	< 24 horas.....		1
	1 a 7 dias.....		2
	> 7 dias.....		3
32	A vigilância diminuiu relativamente ao nível inicial?.....	I__I	59
	(excluir os efeitos da sedação)		
	Não.....		0
	Sim.....		1

Lesões ósseas do crânio

33	Fractura da base.....	I__I	60
	Não.....		0
	Sim.....		1
34	Outra fractura.....	I__I	61
	Ausente.....		0
	Linear.....		1
	Cominutiva.....		2
	Linear + cominutiva.....		3
	Outra situação.....		4
	Especifique _____		

Lesões cerebrais

35	Ferida penetrante.....	I__I	62
	Ausente.....		0
	Dura-mater visível.....		1
	Cérebro exposto.....		2
36	Hematoma (excluídas as contusões hemorrágicas).....	I__I	63
	Ausente.....		0
	Extra-dural.....		1
	Sub-dural.....		2
	Intracerebral.....		3
	Associação.....		4
	Especifique _____		
37	Outras lesões (para além dos hematomas).....	I__I	64
	Nenhuma.....		0
	Contusão hemorrágica focalizada.....		1
	Contusão hemorrágica difusa.....		2
	Outra lesão focalizada.....		3
	Outra lesão difusa.....		4
	(lesões axiais difusas identificáveis nas neuro-imagens, TAC ou RNM).....		5
	Combinação.....		6
	Especifique _____		

38	Localização da lesão principal (Hematoma ou outra).....	I__I	65
	Ausência de lesão identificável		
	na neuro-imagem.....		0
	Frontal direita.....		1
	Frontal esquerda.....		2
	Frontal bilateral.....		3
	Hemisférica posterior direita.....		4
	Hemisférica posterior esquerda.....		5
	Fossa posterior.....		6
	Peri-ventricular.....		7
	Difusa.....		8

39	Intervenção neurocirúrgica (excluída a medição da pressão intra-craniana).....	I__I	66
	Não.....		0
	Hematoma.....		1
	Outra.....		2
	Especifique _____		

Complicações extra-cranianas

40	Cardio-vasculares.....	I__I	67
	Não.....		0
	Choque ou paragem cardíaca.....		1
	Tromboflebite ou embolia (excepto pulmonar).....		2
	Múltiplas.....		3
	Outra.....		4
	Especifique _____		

41	Pulmonares.....	I__I	68
	Não.....		0
	Hemo ou pneumotorax.....		1
	Embolia pulmonar.....		2
	Infecção.....		3
	Múltiplas.....		4
	Outra.....		5
	Especifique _____		

42	Infecções (excepto pulmonares).....	I__I	69
	Não.....		0
	Urínárias.....		1
	Buco-faciais.....		2
	Septicémia.....		3
	Múltiplas.....		4
	Outra.....		5
	Especifique _____		

Traumatismos extra-cranianos (descrever as lesões)

43	Torax (excluídas fracturas simples das costelas).....	I__I	70
	Não.....		0
	Sim.....		1

44	Abdómen.....	I__I	71
	Não.....		0
	Sim.....		1

45	Bacia.....	I__I	72
	Não.....	0	
	Sem lesão do aparelho urinário.....	1	
	Com lesão do aparelho urinário.....	2	
46	Coluna vertebral.....	I__I	73
	Nenhuma lesão.....	0	
	Lesão sem complicação neurológica.....	1	
	Complicação neurológica.....	2	
47	Membro superior direito.....	I__I	74
	Nenhuma lesão.....	0	
	Osso.....	1	
	Tendões.....	2	
	Músculos e/ou pele.....	3	
	Lesões múltiplas.....	4	
48	Membro superior esquerdo (cf. 47).....	I__I	75
49	Membro inferior direito (cf. 47).....	I__I	76
50	Membro inferior esquerdo (cf. 47).....	I__I	77
51	Face e mandíbula.....	I__I	78
	Nenhuma lesão.....	0	
	Dentes.....	1	
	Mandíbula.....	2	
	Outros ossos da face.....	3	
	Tendões.....	4	
	Músculos ou pele.....	5	
	Lesões múltiplas.....	6	
	Especifique.....		
52	Queimaduras implicando investigação ou intervenção.....	I__I	79
	Não.....	0	
	Sim.....	1	

OPÇÃO Para um estudo mais detalhado da gravidade do traumatismo pode utilizar-se o ISS (BAKER SP, O' NEILL B, HADDON W, LONG WB. The Injury Severity Score: a method of describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 1974; 14: 187-197).

Para um estudo mais detalhado do estado inicial pode utilizar-se o documento canadiano: "Histoire et Examen des Traumatisés Crânio-encéphaliques", version neurochirurgicale abrégée, PROVOST J., BOULANGER Y. L., 1993. Morada: Institut de Réadaptation de Montréal, 6300, avenue Darlington. Montréal, Québec. CANADA.

Atenção! O examinador deve incluir aqui o resumo conciso das lesões cranianas e extra-cranianas que permita a preparação de um relatório médico inicial:

AVALIAÇÃO DOS TRAUMATIZADOS CRANIANOS

DOCUMENTO E.B.I.S. - SEGUNDA PARTE

2. SEGUIMENTO MÉDICO-SOCIAL

Um novo exemplar deste segundo capítulo deve ser preenchido em cada avaliação. Principais etapas de avaliação sugeridas: hospitalização inicial, 3 meses +/- 1 mês, 6 meses +/- 1 mês, 1 ano +/- 1 mês, 3º ano, 5º ano. Quando do exame inicial, esta segunda parte deve ser preenchida da forma mais completa possível. Para os traumatismos mais graves, este capítulo só pode ser parcialmente preenchido. A participação de um membro da família é essencial (se possível, a pessoa responsável pelo doente).

Relembramos que a informação inexistente ou inadequada deve ser codificada 9, 99, 999, etc...

Se o acompanhante e/ou o examinador não são os mesmos, relativamente ao exame inicial, indique:

Nome

Profissão

Serviço/Departamento

Morada e Telefone

REGISTO 2

- 53 Seguimento médico-social.....I__I 01
Primeiro exame.....1
Segundo exame.....2
Terceiro exame.....3
etc...
- 54 Código de identificação.....I I I I I I I I I 02-09
Para o país (ver anexo 3) País Centro Nº
- 55 Data (d/m/a).....I I I I I I I 10-15

2.1 QUEIXAS

Peça ao traumatizado sem lhe fazer sugestões, para descrever os problemas de que se queixa no seu dia-a-dia. Faça o mesmo pedido ao acompanhante sobre os problemas do traumatizado (interrogando-o sózinho, se necessário):

DOENTE:

ACOMPANHANTE:

2.2 SITUAÇÃO ACTUAL

Este parágrafo deve ser preenchido durante a hospitalização inicial e em cada fase do seguimento médico-social.

2.2.1 VIDA ACTUAL (no momento do exame)

- 56 Actividade quotidiana actual.....I__I 16
- Trabalho/Escola.....0
 - Formação profissional.....1
 - Serviço de reabilitação.....2
 - Hospital (excepto reabilitação).....3
 - Centro psiquiátrico.....4
 - Em casa , sem actividade.....5
 - Centro de dia.....6
 - Instituição para pessoas com deficiência.....7
 - Outra situação.....8
 - Especifique _____
- 57 Onde dorme habitualmente o traumatizado?.....I__I 17
- Domicilio pessoal.....0
 - Domicilio familiar.....1
 - Alojamento c/ objectivos terapêuticos/repouso.. 2
 - Alojamento institucional/Lar.....3
 - Outro.....4
 - Especifique _____
- 58 Duração do internamento hospitalar.....I__I__I__I__I 18-21
(em dias)(excluindo a reabilitação)
- 59 Número de dias de internamento em centros de reabilitação.....I__I__I__I__I 22-25
- 60 Número de dias em ambulatório.....I__I__I__I__I 26-29
(e.g. centro de reabilitação ou ocupacional)

O examinador deve indicar aqui, com a respectiva morada, a lista de todos os serviços e centros frequentados pelo traumatizado (Incluindo os tratamentos iniciais, a reabilitação e a reinserção):

2.2.2 COMPLICAÇÕES

Neurológicas

- 61 Epilepsia pós-traumática.....I__I 30
- Não.....0
 - Generalizada.....1
 - Focalizada.....2
 - Combinação.....3

62	Frequência das crises	I__I	31
	Nenhuma.....	0	
	Só 1 crise durante a 1ª. semana.....	1	
	Só 1 crise depois da 1ª. semana.....	2	
	Mais de 1 crise depois da 1ª. semana.....	3	
63	Meningite ou meningo-encefalite	I__I	32
	Não.....	0	
	Sim sem sequelas.....	1	
	Sim com sequelas.....	2	
	Especifique _____		
64	Hidrocefalia	I__I	33
	Não.....	0	
	Sim, tratado com sucesso.....	1	
	Outra.....	2	
	Especifique _____		
65	Hematoma sub-dural crónico	I__I	34
	Nenhum.....	0	
	Tratado com sucesso.....	1	
	Outra.....	2	
	Especifique _____		
66	Urinárias	I__I	35
	Nenhuma.....	0	
	Infecção.....	1	
	Outra.....	2	
	Especifique _____		
67	Cutâneas	I__I	36
	Nenhuma.....	0	
	Apenas cicatrizes residuais.....	1	
	Escaras necessitando tratamento.....	2	
	Escaras necessitando cirurgia.....	3	
	Combinação.....	4	
	Especifique as localizações _____		
68	Outras complicações	I__I	37
	Não.....	0	
	Sim.....	1	
	Especifique (traqueais, endocrinas, outras complicações neurológicas e ortopédicas): _____		

2.2.3 TRATAMENTO ACTUAL (em relação com o acidente)

Salvo indicação em contrário: Não = 0 e Sim = 1

Tratamento medicamentoso

69	Anti-epilépticos.....	I__I	38
70	Neurolépticos.....	I__I	39

71	Benzodiazepinas ou outros tranquilizantes/hipnóticos.....	I__I	40
72	Anti-depressivos.....	I__I	41
73	Analgésicos.....	I__I	42
74	Outros (anti-espásticos, etc....).....	I__I	43
	Especifique _____		
Intervenção pluridisciplinar (no decurso dos 3 meses que precedem o exame actual)			
75	Fisioterapia.....	I__I	44
76	Terapia ocupacional.....	I__I	45
77	Terapia da fala e/ou de outras funções intelectuais.....	I__I	46
78	Psiquiatria, psicologia.....	I__I	47
79	Fisiatra.....	I__I	48
80	Assistente social e/ou técnico de orientação vocacional/profissional.....	I__I	49
81	Outra terapia.....	I__I	50
	Especifique _____		
82	Tratamento cirúrgico.....	I__I	51
	<i>Se se tratar da primeira avaliação:</i>		
	<i>especifique todas as intervenções cirúrgicas consequentes do acidente.</i>		
	<i>Se se tratar da segunda avaliação ou de uma avaliação posterior:</i>		
	<i>especifique as intervenções efectuadas desde a avaliação precedente.</i>		
	Nenhuma.....	0	
	Neurocirurgia.....	1	
	Ortopedia.....	2	
	Cirurgia plástica.....	3	
	Outra intervenção.....	4	
	Associação		
	de vários tipos de intervenção.....	5	
	Especifique a natureza e a data _____		

2.3 DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES (segundo a classificação da O.M.S.)

A maior parte dos parâmetros deste capítulo reflecte as deficiências mas, a quantificação da gravidade da perturbação é deliberadamente baseada nos critérios de incapacidade, com o objectivo de planificar a intervenção.

Baseie a sua apreciação em primeiro lugar no exame do traumatizado, seguidamente na informação dada pelo acompanhante e pelo traumatizado. Se não houver concordância, exerça o seu julgamento clínico.

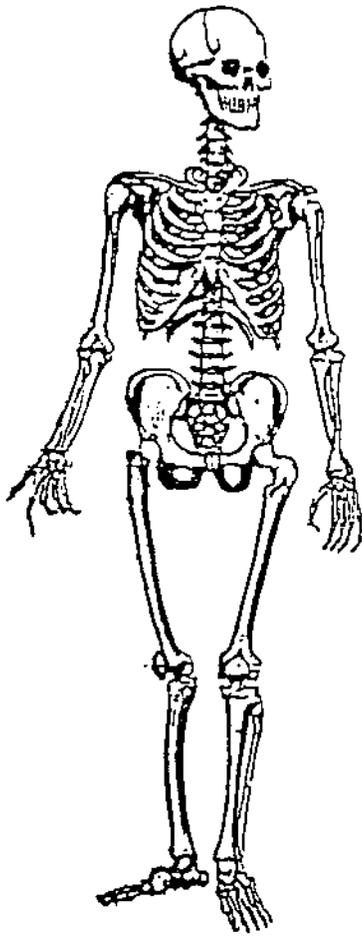
É necessário apreciar a gravidade das deficiências e das incapacidades em função das suas consequências funcionais.

Salvo indicação em contrário, o código é o seguinte:

0 = Nenhuma

1 = Moderada: Significa que uma actividade quotidiana independente é possível para todos os actos elementares da vida quotidiana (cf p. 12).

2 = Grave: impede uma actividade quotidiana independente, pelo menos para uma dessas actividades.



- 83 Lateralidade.....I__I 01
 Dextro..... 0
 Canhoto..... 1
 Ambidextro..... 2

Deficiências motoras que originam alterações funcionais Ortopédicas

- 84 Limitação da amplitude articular dos membros.I__I 02
 Nenhuma.....0
 Moderada sobre uma só articulação..... 1
 Grave sobre uma só articulação..... 2
 Moderada em mais que uma articulação..3
 Grave em mais que uma articulação..... 4
 Outra.....5

Especifique _____

Indique, no esqueleto, as articulações funcionalmente afectadas. Para uma avaliação mais precisa (médico-legal) utilize um goniómetro para registar a(s) amplitude(s) articular(es).

- 85 Causa(s) da (s) deficiência(s) articular(es).....I__I 03
 Nenhuma.....0
 Osteoma(s).....1
 Retracções tendinosas.....2
 Complicações das fracturas iniciais (osteonecrose, infecção,...).....3
 Outra..... 4
 Especifique _____
 Complicações múltiplas..... 5
 Especifique _____

Neurológicas

- 86 Hemiparésia (com ou sem espasticidade).....I__I 04
 Nenhuma.....0
 À direita: moderada..... 1
 À esquerda: moderada..... 2
 À direita: grave..... 3
 À esquerda: grave..... 4
 Dupla hemiparésia: moderada..... 5
 Grave de um dos lados..... 6
 Grave dos dois lados..... 7
 Outra paralisia de origem central(paraparésia, tetraparésia)..... 8
 Especifique _____

- 87 Espasticidade.....I__I 05
 Nenhuma.....0
 Perturbação moderada unilateral da utilização de um membro superior e/ou de um membro inferior..... 1
 Perturbação grave unilateral..... 2
 Perturbação moderada de todos os membros..... 3
 Perturbação grave de todos os membros..... 4
 Outra..... 5
 Especifique _____

- 88 Paralisia de origem periférica (excluindo nervos crânicos).....I__I 06
- Nenhuma.....0
 - Parcial do plexo braquial direito.....1
 - Parcial do plexo braquial esquerdo.....2
 - Completa do plexo braquial direito.....3
 - Completa do plexo braquial esquerdo.....4
 - Outra paralisia parcial periférica
(por exemplo: ciático popliteo externo).....5
 - Outra paralisia completa.....6
 - Especifique _____
 - Paralisias múltiplas.....7
 - Especifique _____

- 89 Síndrome cerebeloso, discinésia, tremor.....I__I 07
 distonia ou outra perturbação da coordenação motora
 Codifique como no parâmetro 87 (Espasticidade)

Descreva os problemas:

- 90 Alterações da marcha.....I__I 08
- Nenhuma.....0
 - Alteração moderada do equilíbrio mas não identificada no exame.1
 - Alteração moderada do equilíbrio, identificada no exame
mas permitindo uma actividade quotidiana independente.....2
 - Alteração da marcha perturbando moderadamente
a actividade quotidiana independente.....3
 - Alteração grave da marcha impedindo a
actividade quotidiana independente.....4

- 91 Perturbação da acuidade visual.....I__I 09
- Nenhuma.....0
 - À direita, moderada (acuidade visual > 3/10).....1
 - À esquerda, moderada.....2
 - À direita, grave (acuidade visual ≤ 3/10).....3
 - À esquerda, grave.....4
 - Perturbação moderada bilateral.....5
 - Perturbação grave bilateral.....6
 - Combinação.....7
 - Especifique _____

- 92 Defeito de campo visual.....I__I 10
- Nenhum.....0
 - Moderado.....1
 - Grave.....2
 - Especifique _____

- 93 Defeito óculo-motor.....I__I 11
 Codifique como no parâmetro 92 (Defeito de campo visual)
 Especifique os nervos e os tratamentos: _____

94 Perturbações auditivas.....I__I 12
Codifique como no parâmetro 92 (Defeito de campo visual)

OPÇÃO A menor anomalia visual ou auditiva justifica um exame especializado oftalmológico e/ou ORL (incluindo um audiograma). Com efeito, estas perturbações são muitas vezes ignoradas pelo doente e, por vezes, são de natureza complexa e eventualmente incapacitante.

95 Perturbações olfactivas e/ou gustativas.....I__I 13
Codifique como no parâmetro 92 (Defeito de campo visual)

96 Perturbações de outros nervos cranianos.....I__I 14
Codifique como no parâmetro 92 (Defeito de campo visual)
Especifique o(s) nervo(s) afectado(s) (V, VII; VIII, Vestib., IX, X, XI, XII)

97 Dores crónicas.....I__I 15
Codifique como no parâmetro 92 (Defeito de campo visual)
Especifique a localização:

2.3.2 COGNIÇÃO

Salvo indicação em contrário, o código é o seguinte:

0 = Nenhuma alteração

1 = Alteração moderada: descrita pelo traumatizado e/ou pelo acompanhante, como tendo acontecido durante o último mês, mas não observada pelo examinador

2 = Alteração grave: observada pelo examinador ou por outro técnico

Nos parâmetros em que o doente é questionado codifique a primeira resposta.

98 Atenção.....I__I 16

O doente mostra uma das alterações seguintes:

dificuldade em manter a atenção, fadiga mental durante o exame
ou incapacidade de seguir uma conversa com mais de duas pessoas?

Nenhuma.....0

Moderada.....1

Grave.....2

99 Controlo mental.....I__I 17

Peça ao doente para contar ao contrário, de 7 em 7, a partir de 100 até 72
(100, 93, 86, 79, 72). Registe o número de erros (máx. 4)

Comunicação

100 A expressão oral é compreensível?.....I__I...18

Sim.....0

Disartria e/ou disфонia moderadas.....1

Disartria e/ou disфонia graves.....2

Afasia moderada permitindo uma

expressão oral informativa.....3

Afasia grave.....4

Alterações múltiplas.....5

Especifique _____

101	Compreensão oral.....	I__I	19
	Demonstra dificuldades (afasia) em compreender o que se lhe diz?		
102	Fluência verbal.....	I__I__I	20-21
	Peça ao doente para dizer o maior número possível de animais, em 60 segundos. Registe o número de animais citados. Pontuação média para sujeitos de controlo: 18 ± (4) (DP) (Goodglass).		
103	Leitura.....	I__I	22
	Peça ao doente para ler em voz alta o texto seguinte: " <i>Houve um incêndio num grande armazém de Lisboa, na avenida da Liberdade. A gerente, D. Isaura Silva, pensa que tenha sido um cigarro mal apagado que pegou o fogo na cave.</i> " Registe a leitura da seguinte forma: Nenhuma dificuldade.....0 Dificuldade moderada (omissão ocasional ou paralexia, mas a compreensão não está perturbada).....1 Dificuldade grave (pelo menos uma frase incompreensível)..2		

104	Escrita.....	I__I	23
	Peça ao doente para escrever uma frase à sua escolha		
	<hr/> Nenhuma alteração.....0 Alteração motora moderada.....1 Alteração motora grave (escrita ilegível).....2 Alteração moderada da ortografia ou da sintaxe.....3 Alteração grave da ortografia ou da sintaxe.....4 Alterações múltiplas.....5 Especifique _____		

Orientação, Memória e Aprendizagem

Se a amnésia pós-traumática não foi ainda avaliada, responda ao parâmetro 28.

105	O doente perde-se?.....	I__I	24
	Não.....0 Nos trajectos não familiares.....1 Nos trajectos familiares.....2		
106	Orientação Temporo-Espacial.....	I__I	25
	O doente sabe a data exacta e o local do exame? (nome do estabelecimento) Nenhuma alteração (é aceitável um erro de 2 dias na data)...0 Alteração moderada (1 parâmetro errado).....1 Alteração grave.....2		

Memória e aprendizagem

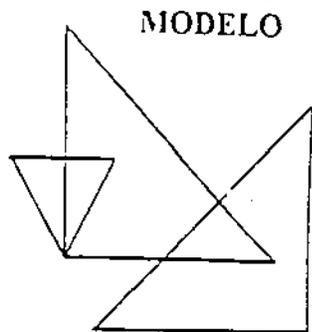
Apresente oralmente e de modo sucessivo as palavras abaixo indicadas (1 palavra por segundo) e peça ao doente para as fixar. Diga ao doente: "Vou dizer-lhe 10 palavras para fixar. Assim que eu acabe de as dizer, diga-me o maior número possível das palavras que ouviu, em qualquer ordem". Repita a instrução uma segunda e uma terceira vez. No registo do resultado, o examinador deve indicar, por baixo de cada palavra, a ordem pela qual foi repetida (1, 2, 3,...)

Rosa Noite Carro Papel Neve Cão Garrafa Olho Relógio Cadeira

107	I.....	I__I__I	26-27
108	II.....	I__I__I	28-29
109	III.....	I__I__I	30-31

Indique as palavras que o doente produzir, para além das da lista indicada:

110 Percepção, Construção.....I__I 32
O doente reproduz os três triângulos, copiando-os?



CÓPIA

1 ponto para cada triângulo reproduzido - 1 ponto para o triângulo pequeno bem colocado
2 pontos para a intersecção correcta dos dois triângulos grandes.
Nota de 0 a 6 - Pontuação normal: 6

Raciocínio lógico

111 O Pedro tem 4 maçãs o João tem mais 3 que o Pedro. Quantas maçãs têm ao todo? I__I 33
Correcto..... 0
Errado..... 1

112 O que é que existe de comum entre um barco e um automóvel?.....I__I 34
Correcto..... 0
Errado..... 1

OPÇÃO Se identificou problemas cognitivos no decorrer deste curto exame, peça uma avaliação especializada, por exemplo, neuropsicológica ou de linguagem, realizada de preferência por um técnico treinado na avaliação de traumatizados cranianos.

Funcionamento mental, Raciocínio

113 Encadeamento do pensamento.....I__I 35
Demonstra mudanças rápidas de ideias,
tem ideias não relacionadas com o assunto?

114 Perda de auto-crítica.....I__I 36
Tem consciência quando as suas palavras ou os seus actos causam embaraço?

115 Negação, anosognosia.....I__I 37
Nega ou minimiza os seus problemas físicos, cognitivos ou de comportamento?

116 Funções estratégicas ou "executivas".....I__I 38
O doente é capaz de executar uma tarefa simples sequencial,
como fazer um café ou um prato simples?

2.3.3 ESTADO EMOCIONAL, COMPORTAMENTO

REGISTO 4

A preencher 3 meses ou mais depois do acidente. As perguntas são formuladas para identificar as modificações mais frequentes a nível emocional e do comportamento e o nível de "stress" do doente. Considere unicamente os problemas que surgiram ou aumentaram depois do acidente.

Salvo indicação em contrário, o código é:

0 = Nenhuma alteração

1 = Alterações descritas pelo acompanhante ocorridas no decurso do último mês (excluir a opinião do doente nesta parte).

2 - Alterações observadas pelo examinador

Se qualquer das alterações indicadas em cada parâmetro se manifestar, pontue de acordo com a classificação.

- 117 Perda do controlo emocional.....I__I 01
 O doente tem um modo de falar agressivo? Fica furioso sem motivo ou por motivos fúteis?
 Não controla as suas reacções quando alguma coisa o afecta?
- 118 Excitação mental, falar em demasia.....I__I
- 119 Falta de higiene pessoal.....I__ 03
 Encontra-se sujo, descuidado, mal vestido?
- 120 Apragmatismo.....I__I 04
 Falta-lhe iniciativa ou espontaneidade? As suas reacções emotivas
 estão diminuídas? Fica durante muito tempo inactivo?
- 121 Depressão.....I__I 05
 Exprime tristeza, ideias negativas, pessimistas,
 um sentimento de desespero ou incapacidade, perda de estima por si próprio?
- 122 Ansiedade.....I__I 06
 Está ansioso ou preocupado?
- 123 Comportamento sexual.....I__I 07
 Há mudanças no interesse sexual (libido)
 em relação ao estado anterior ao acidente?
 Não há mudanças.....0
 Excitação moderada.....1
 Excitação importante.....2
 Diminuição moderada do interesse.....3
 Diminuição importante do interesse.....4
- 124 "Trabalho de aceitação" e reconstituição de uma nova identidade do doente.....I__I 08
 O doente aceita não ser o mesmo depois do acidente ou,
 pelo contrário, não aceita a sua situação actual e espera ainda
 poder ser o que era antes do acidente?
 O examinador deve apreciar "o trabalho de luto" do doente:
 Aceitação suficiente.....0
 Aceitação insuficiente.....1
 Aceitação ausente.....2
- 125 "Trabalho de aceitação" do acompanhante.....I__I 09
 O examinador deve em seguida apreciar "o trabalho de luto" do acompanhante:
 O acompanhante aceita que o doente não seja mais o mesmo?
 (*Este parâmetro deve ser preenchido com um membro da família*)
 Codifique como no parâmetro precedente
- 126 Motivação do doente.....I__I 10
 O doente esteve empenhado activamente na sua reabilitação
 no decurso dos últimos 3 meses? Dê um ou mais exemplos:

- O examinador deve avaliar este empenhamento:
 Empenhamento activo.....0
 Empenhamento limitado.....1
 Nenhum empenhamento.....2

127 Motivação do acompanhante.....I__I 11
O acompanhante esteve empenhado activamente na reabilitação do doente no decurso dos últimos 3 meses? Dê um ou mais exemplo(s):

O examinador deve apreciar o empenhamento do acompanhante
Codifique como no parâmetro precedente

128 Memória verbal.....I__I__I 12-13
Peça ao doente para dizer as 10 palavras que tinha aprendido (cf. parâmetro 107) - (Pontuação normal: Mínimo 5 palavras)

129 Memória visuo-espacial.....I__I 14
Peça agora ao doente para desenhar de memória os três triângulos:

DESENHO DE MEMÓRIA

Codifique como no parâmetro 110 - Registe a pontuação (normal: 6)

130 Vivência subjectiva do traumatizado.....I__I 15
Peça ao traumatizado, na ausência do acompanhante, para na escala abaixo, medir de 0 a 6 o que sente face às consequências do acidente.

Codifique de 0 a 6 no espaço previsto para o efeito

6	5	4	3	2	1	0
I			I			I
"Stress" grave		"Stress" moderado		"Stress" nulo		

2.4 SINTESE A PREENCHER PELO EXAMINADOR

Considerando as deficiências e incapacidades físicas, cognitivas e comportamentais do traumatizado, quais são, na sua opinião, os problemas mais graves?

Indique, tanto quanto possível, os problemas em termos de diagnóstico anatómico ou etiológico (por exemplo, síndrome frontal) e identifique os três principais (sem esquecer os outros).

1 _____
2 _____
3 _____
Outros _____

OPÇÃO Se identificou problemas de comportamento durante este exame, pode ser útil completá-lo através de investigações mais aprofundadas e, em particular, pela aplicação da escala neurocomportamental de H. LEVIN Neurobehavioural Rating Scale, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1987, 50, 183-193 (Versão francesa revista-1993) - Morada: EAP 6bis rue André Chénier 92130 - Issy-Les-Moulineaux, França

2.5 INCAPACIDADES E DESVANTAGENS (“HANDICAPS”)

Atenção! Esta parte deve ser preenchida no momento em que o doente tem alta do hospital ou numa data posterior.

Destina-se a ajudar o examinador a identificar os serviços que serão necessários. Dá também ideias para utilizar os recursos existentes de maneira adequada e imaginativa.

Baseia-se nos dados do exame e na opinião do acompanhante relativa aos 3 meses precedentes. Se estes dois dados forem diferentes, o examinador deve exercer o seu julgamento clínico.

Salvo indicação em contrário, o código é:

0 = Normal/Independente

1 = Independente, apesar de uma certa limitação (e.g. lentidão ou necessidade de uma ajuda técnica)

2 = Parcialmente dependente (necessita por vezes de ajuda humana ou de estimulação)

3 = Totalmente dependente (em grande parte das situações e do tempo)

Pontue cada parâmetro se qualquer dos problemas estiver presente.

2.5.1 ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

O objectivo é avaliar a autonomia nos aspectos físicos e também nos aspectos mentais.

Actos elementares da vida diária	REGISTO	5
131 Alimentação e bebida.....	I__I	01
132 Controlo dos esfíncteres..... Pontue 1 para: aumento da frequência urinária, urgência, incontinência.	I__I	02
133 Higiene.....	I__I	03
134 Vestuário.....	I__I	04
135 Transferências (levantar, deitar, passagem da cama para o sofá.....)	I__I	05
136 Mobilidade em casa.....	I__I	06

Actos mais elaborados da vida diária

137 Mobilidade no exterior.....	I__I	07
138 Fazer compras.....	I__I	08
139 Usar transportes públicos.....	I__I	09
140 Conduzir automóvel.....	I__I	10
141 Escrever uma carta.....	I__I	11
142 Gestão financeira e tarefas administrativas.....	I__I	12

OPÇÃO Pode ser útil, para um fim clínico e/ou médico-legal, pedir ao traumatizado para preencher, com a ajuda dos seus familiares, um relatório das suas actividades rotineiras (higiene, refeições, dormir, reabilitação) ou não habituais (saídas, viagens) com os respectivos horários e duração para um período de uma semana (como se fosse uma agenda).

Uma incapacidade grave, particularmente a nível físico, pode justificar a utilização de uma escala mais aprofundada como a de FIM (Functional Independence Measurement). GRANGER C.V. Functional Assessment in Rehabilitation Medicine, Williams & Wilkins ed., Baltimore 1984, 14-25. Versão francesa: MIF (Mesure d'Indépendance Fonctionnelle). Imprimerie Louis Beyron 9 Carrefour Saint Roch, 42140 CHAZELLES-SUR-LYON.

Terceira pessoa

- 143 O doente precisa de uma terceira pessoa por razões de ordem física?.....I__I 13
Não.....0
Ocasionalmente.....1
Continuamente.....2
- 144 O doente precisa de uma terceira pessoa por razões de ordem mental?.....I__I 14
Pontue como no parâmetro precedente.
- 145 Protecção legal.....I__I 15
Não necessária.....0
Desejável mas inexistente.....1
Em curso.....2
Fixada.....3
Especifique a natureza desta protecção e a pessoa designada:

2.5.2 FAMÍLIA, AMBIENTE E HABITAÇÃO

Como resultado do traumatismo e das suas consequências...

- 146 Um membro da família teve de procurar ajuda ou de tomar medicamentos?.....I__I 16
Não.....0
Sim.....1
- 147 A família teve encargos financeiros suplementares?.....I__I 17
Não.....0
Sim.....1
- 148 Um membro da família interrompeu ou modificou o seu emprego ou a sua formação para se ocupar do doente?.....I__I 18
Não.....0
Sim.....1
- 149 Houve uma mudança significativa de papéis na família?.....I__I 19
(e.g. a esposa tornou-se chefe de família, quando antes não o era)
Não.....0
Sim.....1
Especifique _____
- 150 Foi perturbado o equilíbrio das crianças (não feridas no acidente)?.....I__I 20
Não.....0
Sim.....1
- 151 A família sente que o doente precisa de períodos de descanso de curta ou longa duração?.....I__I 21
Não.....0
Sim.....1
- 152 Avalie a atitude do acompanhante.....I__I 22
Adaptada.....0
Superprotectora.....1
Distante.....2
Agressiva.....3
Combinação/Outra.....4
Especifique _____

153 Vivência subjectiva do acompanhante.....I__I 23
 Pergunte agora ao acompanhante:
 "Como se tem sentido face às consequências do acidente?
 Numa escala de 0 a 6 como classifica o que sente?"
 Codifique de 0 a 6 no local previsto para o efeito

6	5	4	3	2	1	0
I			I			I
"Stress" grave		"Stress" moderado		"Stress" nulo		

154 A habitação foi arranjada em função do "handicap"?.....I__I 24
 Não.....0
 Sim.....1
 Quais as mudanças? _____

OPÇÃO A avaliação do "handicap" e da situação familiar podem justificar uma visita ao domicilio do doente.

2.5.3. ESCOLA E TRABALHO

OPÇÃO Pode ser útil recorrer a um centro de orientação escolar, vocacional ou profissional.

155 As aptidões reais do doente foram testadas
 no contexto da escola e do trabalho?.....I__I 25
 (e.g. escola, antigo emprego, centro orientação profissional, etc.)

Não..... 0
 Sim..... 1
 Especifique _____
 Não necessário..... 2

156 O professor ou o patrão do doente antes do acidente faz
 parte do programa de reinserção?.....I__I 26

Não.....0
 Sim.....1
 Impossível.....2
 Já escolarizado ou no trabalho.....3

157 Tipo de actividade actual.....I__I 27

Trabalho a tempo inteiro.....0
 Trabalho a tempo parcial devido ao traumatismo.....1
 Trabalho a tempo parcial por outras razões.....2
 Formação ou treino de aprendizagem.....3
 Escola.....4
 Sem actividade profissional ou escolar.....5

158 Escola/trabalho: Qual a descrição que define melhor o doente?.....I__I 28

- Retorno sem ajuda ao mesmo nível.....0
 - Retorno ao mesmo nível mas com ajuda inicial.....1
 - Retorno ao mesmo nível mas com ajuda permanente.....2
 - Retorno a um nível inferior ou a tempo parcial, sem ajuda.....3
 - Retorno a um nível inferior ou a tempo parcial com ajuda permanente.....4
 - Trabalho protegido ou escolaridade especial para deficientes.....5
 - Sem actividade profissional ou escolar.....6

- 166 Foi exigida alguma indemnização legal?.....I__I 36
- Não, impossível..... 0
- Não, mas possível..... 1
- Sim, a decorrer através do seguro..... 2
- Sim, a decorrer, no tribunal..... 3
- Sim, fixada pelo seguro..... 4
- Sim, fixada pelo tribunal..... 5
- Outra..... 6
- Especifique _____

2.5.6 RECURSOS

Atenção! O examinador deve informar-se sobre os recursos existentes para o público em geral, sobre os serviços para as pessoas deficientes e, em particular, os destinados aos traumatizados cranianos. O examinador deverá recomendar o caminho a seguir.

- 167 O doente tem recursos financeiros pessoais.....I__I 37
(salário, indemnização ou subsídios)?
- Não..... 0
- Sim..... 1
- Especifique a origem e o montante de cada um dos recursos:

- 168 O doente beneficia do apoio de alguém pago para o efeito?.....I__I 38
- Não..... 0
- Sim..... 1
- Especifique o número de horas por dia da terceira pessoa: _____
- Especifique a qualificação da terceira pessoa: _____
- Especifique o total dos custos mensais: _____

- 169 Alguém (“case manager”).....I__I 39
foi designado para coordenar a ajuda necessária,
de pessoas e serviços?
- Não, ninguém disponível..... 0
- Não, mas possível..... 1
- Não, mas já alguém foi indicado..... 2
- Sim..... 3
- Não é necessário..... 4

Pessoa designada ou proposta:

Nome e qualificação

Morada e telefone

170 O doente frequenta algum centro para deficientes?.....I__I 40
 (Codifique como no parâmetro precedente)
 Nome e morada do centro existente ou proposto:

171 O doente e a sua família são ajudados por um grupo ou por uma associação?.....I__I 41
 Não é necessário..... 0
 Associação destinada a traumatizados cranianos.1
 Associação não específica.....2
 Nenhuma associação implicada ou disponível.... 3

Nome e morada do grupo/associação existente ou proposto(a):

2.5.6 QUALIDADE DE VIDA

Antes de registar uma resposta, ponha a seguinte questão ao doente e ao acompanhante: "Actualmente sentem-se felizes, satisfeitos, têm projectos? Tendo em conta todos os aspectos da vossa vida actual, quer no plano familiar, quer nos planos social e profissional, como classificam o vosso grau de satisfação perante a vida, na escala seguinte?"

172 Qualidade de vida do doente.....I__I 42
 Codifique de 0 a 10 no local à direita previsto para o efeito

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
I					I					I
Muito satisfeito			Moderadamente satisfeito				Muito insatisfeito			

173 Opinião do acompanhante sobre a qualidade de vida do doente.....I__I 43
 Codifique como no parâmetro precedente

174 Opinião do acompanhante sobre a sua própria qualidade de vida actual.....I__I 44
 Codifique como no parâmetro precedente

OPÇÃO Estes parâmetros são inspirados na escala de RNLI de Wood-Dauphinee (The Reintegration to Normal Life Index - Arch. Phys. Med. Rehabil., 1988, 69, 583-590) que pode ser aplicada ao doente e ao acompanhante.

175 Pontuação na "Escala de evolução de Glasgow".....I__I 45
Atenção! ver Anexo 2 para codificar de 0 a 6

Boa recuperação:
 Nível superior..... 0
 Nível inferior..... 1

Incapacidade moderada:
 Nível superior..... 2
 Nível inferior..... 3

Incapacidade grave:
 Nível superior..... 4
 Nível inferior..... 5
 Estado vegetativo persistente..... 6

2.6 CONCLUSÕES DO EXAMINADOR

Síntese da avaliação

Faça um resumo analisando:

- a natureza e a gravidade do traumatismo
- o estado anterior (situação socio-profissional, personalidade e doenças)
- as deficiências físicas, cognitivas e comportamentais, as incapacidades e desvantagens (“handicaps”), a situação familiar
- os recursos disponíveis e/ou necessários
- a opinião final do doente e do acompanhante sobre a situação e as necessidades

Plano de acção

Indique as suas propostas nos seguintes domínios:

- Investigações suplementares
- Tratamento médico e/ou cirúrgico
- Reabilitação e orientação
- Trabalho e lazer, aspectos familiares e de habitação
- Recursos suplementares (e.g. família, associação, centro de apoio, etc...)
- Aspectos médico-legais e financeiros
- Opinião pessoal do doente e do acompanhante sobre o seu novo projecto de vida

DATA

ASSINATURA DO EXAMINADOR