



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

LUCIANA MACHADO MAGNUS

**MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS
INTENSIVOS NEUROLÓGICOS E NEUROCIRÚRGICOS:
GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Florianópolis
2015**

LUCIANA MACHADO MAGNUS

**MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS
INTENSIVOS NEUROLÓGICOS E NEUROCIRÚRGICOS:
GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Gestão do cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do grau de Mestre Profissional. Linha de atuação: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Profa. Marli Terezinha Stein Backes, Dra.

Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Florianópolis
2015

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Magnus, Luciana Machado

Mudança de decúbito para pacientes em cuidados intensivos neurológicos e neurocirúrgicos : Guia de boas práticas de enfermagem / Luciana Machado Magnus ; orientadora, Marli Terezinha Stein Backes - Florianópolis, SC, 2015.

144 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Injúria cerebral. 3. Mudança de decúbito. 4. Prescrição de enfermagem. 5. Guia. I. Backes, Marli Terezinha Stein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LUCIANA MACHADO MAGNUS

**MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS
INTENSIVOS NEUROLÓGICOS E NEUROCIRÚRGICOS:
GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

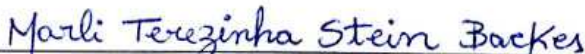
Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de:
"MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM", e aprovada em sua forma final pelo programa de
Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Florianópolis, 7 de dezembro de 2015

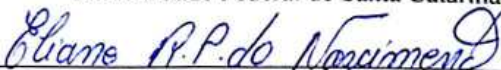


Prof^ª. Jane Cristina Anders, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do
cuidado em Enfermagem


Banca Examinadora:



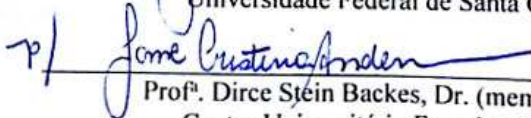
Prof^ª. Marli Terezinha Stein Backes, Dra. (presidente)
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^ª. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra. (membro)
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^ª. Juliana Balbinot Reis Girondi, Dra. (membro)
Universidade Federal de Santa Catarina

p/ 

Prof^ª. Dirce Stein Backes, Dr. (membro)
Centro Universitário Franciscano

Dedico este trabalho à meu pai *in memoriam*,
pelo ensinamento e exemplo que nem o
tempo e nem a distância apagarão.

AGRADECIMENTOS

Durante esse percurso, ao longo de dois anos, muitas pessoas foram importantes, algumas por contribuírem diretamente para a melhora deste trabalho, outras, pela companhia, incentivo, apoio, amizade, orientação, e outras por entenderem alguns períodos de ausência para que esse trabalho fosse concretizado. A essas pessoas agradeço imensamente, em especial:

À minha mãe, pelo apoio, compreensão dos momentos em que estive ausente, pela ajuda proporcionada de coração em todo esse período e durante toda a vida. Obrigada mãe por ser mãe. Amo você.

Ao meu esposo Daniel, que vibrou comigo quando fui aprovada no mestrado, pelo incentivo e apoio aos estudos, pela companhia durante esse período, pelos momentos de distração e amor, pelos conselhos, pela ajuda na tradução dos artigos, e por ter compreendido e passado comigo esse período de estudo exaustivo dos últimos meses ao qual precisei me dedicar ainda mais. Obrigada meu amor. Amo você.

À Sandra, pelo apoio e incentivo aos estudos, pelos conselhos, pela confiança, pela companhia, pelo amor e carinho, por estar presente nos momentos importantes da minha vida. Amo você.

À minha irmã Maria Carolina, pelo exemplo de dedicação, por sua determinação nos estudos e na profissão, por me apoiar e me ouvir sempre mesmo a distância, e quando próximas, pelos passeios, pelas risadas, pelas lágrimas e pela amizade sincera e eterna. Amo você.

Ao meu irmão Tiago, por compreender meus momentos de ausência, pelo apoio e incentivo, pelo companheirismo e amizade, pela confiança depositada em mim, por desabafar, contar suas vitórias e seus fracassos e por ter superado com sabedoria uma difícil fase de sua vida, mostrando ser o meu irmão de sempre, o qual admiro e respeito. Amo você.

Ao meu querido e amado sobrinho e afilhado Pedro, por alegrar os meus dias com seu carinho e amor verdadeiro, por sua inocência de criança, por correr e me abraçar quando eu chego e dizer “dinda você veio” com um lindo sorriso. Amo você.

Aos cunhados Rafael e Bruno, por serem mais que cunhados, por fazerem parte da minha vida, por serem pessoas com quem posso contar, pela amizade, pelas risadas, pelo carinho.

À minha afilhada Mariane, por fazer parte da minha vida, pela sua alegria contagiante, pela sua risada que ilumina, por me apoiar e por

estar sempre presente mesmo que a distância. Obrigada minha linda afilhada. Amo você.

À minha prima amada Maria Helena, Mana você é o maior exemplo de mulher da nossa família, a primeira a estudar, a cursar nível superior, a ser independente. Seu exemplo incentivou e encorajou as mulheres da família a buscarem seus ideais. Admiro você e agradeço pelos conselhos e pelas muitas conversas. Por dividir horas de alegria e de tristeza. Obrigada Mana. Amo você.

Aos primos que cresceram comigo, mais que primos, somos irmãos e amigos, obrigada primos por compreenderem os momentos de ausência e por me incentivarem nessa etapa.

À minha amiga Edilene, que me acompanha desde a graduação, especialização e mestrado, agradeço pela amizade sincera, pelos estudos, conselhos, opiniões, companhia, momentos de confraternização, risadas e também por estar presente nas horas difíceis. Obrigada minha querida amiga. Amo você.

Às amigas, Ana Paula, Camilla, Carol, Gabriela e Maria Christina, obrigada pelas risadas, pelos encontros, pelos momentos de distração, e por me incentivarem durante esse período, pelos conselhos, por compreenderem meu “mau humor” em alguns momentos, obrigada pelo carinho e pela eterna amizade. Amo vocês.

À Lúcia Marcon, enfermeira, guerreira, exemplo de profissional e ser humano. Obrigada pelo incentivo e pela ajuda no projeto de pesquisa, pelos livros emprestados e pelas leituras. Obrigada principalmente por ser essa pessoa e profissional que admiro imensamente, e que muito me ensinou.

À minha querida orientadora, professora Dra. Marli Terezinha Stein Backes, pelo estímulo, carinho, amizade, compreensão e pela condução nas diferentes etapas deste estudo.

Aos Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, pela contribuição para que meu estudo fosse concretizado, por se disponibilizarem em comparecer nos grupos mesmo fora do horário de trabalho, pelas trocas de experiência, pelos estudos e discussões das melhores práticas que possibilitaram a construção do guia de mudança de decúbito. Essa etapa não seria possível sem a opinião de cada um de vocês. Agradeço imensamente.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade, atenção e dedicação, e principalmente pelas contribuições e correções necessárias para a melhoria e sucesso deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional -, pelos ensinamentos, trocas de experiência e aprimoramento profissional, em especial a professora Francine Lima Gelbecke pelos esclarecimentos referentes à organização e formatação dos resultados da dissertação e a professora Roberta Costa pela contribuição na construção de artigos de Revisão Integrativa.

Às Colegas do Mestrado Profissional, pela amizade, troca de experiência, contribuições para a melhoria do meu estudo e, pelas tardes de estudos e cafés.

À CIHDOTT do HGCR pela compreensão e apoio na etapa final.

À Fernanda, pelas trocas de plantões para que eu pudesse terminar de escrever a dissertação e pela amizade e carinho.

A todos os funcionários da UTI que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a construção deste trabalho.

À Marcia, por me ajudar e me acalmar nesse período de estudo e correria, por acreditar que tudo ficaria bem e que alcançaria meus objetivos.

Por fim, agradeço a Deus, por guiar os meus passos e iluminar o meu caminho.

Não esqueça que a realidade é mutante, que o novo pode surgir e vai surgir.
(MORIN, 2011, p.83).

MAGNUS, Luciana Machado. **Mudança de decúbito para pacientes em cuidados intensivos neurológicos e neurocirúrgicos**: guia de boas práticas de enfermagem. Dissertação (Mestrado profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144 p.

RESUMO

A prescrição do cuidado de enfermagem é atribuição do enfermeiro e é fundamental para a adequada assistência aos pacientes. A mudança de decúbito é um dos cuidados prescritos pelo enfermeiro. Em Unidades de Terapia Intensiva Neurológica e Neurocirúrgica, o enfermeiro deve avaliar os riscos e benefícios para prescrever a mudança de decúbito para o paciente com injúria cerebral grave. O objetivo desse estudo foi construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave. Trata-se de dois tipos de pesquisa. A primeira é uma Revisão Integrativa da literatura através da qual foi realizada uma busca ampla nas bases de dados com o objetivo de conhecer os resultados das produções científicas sobre mudança de decúbito no paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva acometido por injúria cerebral grave no período de 2010 a 2015. Pesquisou-se nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de dados em Enfermagem, Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e WEB OF SCIENCE. A segunda é uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritiva realizada através da técnica de grupo focal que possui como referencial teórico a teoria da complexidade. Foram realizados três encontros com oito enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de referência em neurologia e neurocirurgia da grande Florianópolis com o objetivo de conhecer a vivência e experiência profissional dos enfermeiros sobre mudança de decúbito para o paciente que sofreu injúria cerebral grave. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise focal estratégica. O estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob N° 1.163.099/2015 e da instituição onde foi realizada a pesquisa. Os resultados deste estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos, o primeiro intitulado, “Mudança de decúbito no Paciente

Acometido por Injúria Cerebral Grave: revisão integrativa da literatura” é resultado da Revisão integrativa realizada. O segundo, intitulado, “Mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave na perspectiva de enfermeiros intensivistas” é resultado do Grupo focal. A metodologia utilizada através da revisão integrativa e dos grupos focais possibilitou uma reflexão sobre a complexidade que envolve a mudança de decúbito para o paciente neurológico e/ou neurocirúrgico e, dessa forma, com base no estudo científico e na opinião e experiência dos enfermeiros, participantes do estudo, foi possível a construção do guia intitulado “Guia Para Mudança de Decúbito em Pacientes com Injúria Cerebral: Uma Construção Sob a Luz da Teoria da Complexidade”. O guia de mudança de decúbito irá proporcionar melhora da assistência prestada assim como facilitará a coordenação desse cuidado prescrito pelo enfermeiro, contribuindo para a segurança, conforto e cuidado qualificado ao paciente com injúria cerebral grave.

Palavras-chave: Injúria cerebral. Mudança de decúbito. Prescrição de enfermagem. Guia. Unidades de Terapia Intensiva.

MAGNUS, Luciana Machado. **Change of Decubitus for patients in neurological and neurosurgical intensive care**: good nursing practice guide. Thesis (Professional Master's Degree in Nursing Care Management) Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144 p.

ABSTRACT

The prescription of nursing care is the responsibility of the nurse and it's essential for the proper care of patients. The change of decubitus is one of the treatment prescribed by a nurse. In Neurological and Neurosurgical Intensive Therapy Units, the nurse must assess the risks and benefits to prescribe the decubitus change for patients with severe brain injury. The aim of this study was to construct a guide of good decubitus change practices to patients in Intensive Therapy Units affected by severe brain injury. Two types of research were conducted. The first is an integrative literature review through which a wide search in the databases was conducted in order to know the results of scientific production on decubitus change of patients hospitalized in the Intensive Therapy Unit affected due to severe brain injury in the period 2010 to 2015. The survey involved the following databases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de dados em Enfermagem, Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e WEB OF SCIENCE. The second is a qualitative research of descriptive-exploratory type accomplished through the focus group technique which has the complexity theory as theoretical framework. It was conducted based on three meetings with eight nurses in an Intensive Therapy Unit of a public hospital reference in neurology and neurosurgery at the Greater Florianópolis Area in order to find out the nurses' professional experiences about decubitus change for patients who suffered severe brain injury. The data were analyzed according to the strategic focal analysis technique. The study met the ethical precepts of research on human subjects according to the Resolution 466/12, being approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina under No. 1163099/2015 and by the Institution where the research took place. The results of this study are presented in the form of two manuscripts, the first, entitled "Decubitus Change in Patient Affected by Cerebral Injury: integrative literature review" is the result of the Integrative review. The second, entitled "Decubitus change in patients with severe brain injury from the perspective of intensivists nurses" is result of the focus group. The

methodology used by the integrative review and the focus groups enabled a reflection on the complexity that involves the changing of decubitus of the neurological and/or neurosurgical patient and thus, based on scientific studies and the opinion and experiences of nurses that participated in the study, the construction of the guide entitled "Guide to decubitus Change in Patients with Brain Injury: A Construction Under the Light of the Complexity Theory" was possible. The decubitus change guide will provide improved care delivery as well as facilitate the coordination of this care prescribed by the nurse, contributing to the safety, comfort and qualified care to patients with severe brain injury.

Keywords: Brain Injury. Decubitus change. Nursing prescription. Guide. Intensive care units.

MAGNUS, Luciana Machado. **El cambio de decúbito en pacientes sometidos a terapia intensiva neurológica y/o neuroquirúrgica: guía práctica de enfermería.** Disertación (Maestría profesional Gestión del Cuidado en Enfermería) Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144 p.

RESUMEN

La prescripción de cuidados en enfermería es responsabilidad del enfermero y es crítica para la atención adecuada de los pacientes. El cambio de posición es uno de los tratamientos prescritos por un enfermero. En las Unidades de Cuidados Intensivos de Neurología y Neurocirugía, el enfermero debe evaluar los riesgos y beneficios de prescribir el cambio de posición del paciente con una grave lesión cerebral. El objetivo de este estudio fue desarrollar una guía de buenas prácticas para realizar el cambio de decúbito en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos afectados por una grave lesión cerebral. Se realizaron dos tipos de investigación. La primera es una revisión bibliográfica integral donde fue realizada una investigación extensa en las bases de datos, con el objetivo de conocer los resultados de las producciones científicas sobre el cambio de decúbito en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos afectados por graves lesiones cerebrales en el período de 2010 a 2015. Se investigaron las bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Base de datos de enfermería, Literatura internacional en Ciencias de la Salud, “Scientific Electronic Library Online” y “Web of Science”. La segunda es una investigación cualitativa y descriptiva realizada a través de la técnica de grupo focal que tiene como referencia teórica la teoría de la complejidad. Fueron realizadas tres reuniones con ocho enfermeros de una unidad de cuidados intensivos de un hospital público de referencia en neurología y neurocirugía de la ciudad de Florianópolis, con el objetivo de conocer sus experiencias profesionales sobre el decúbito para el paciente que tuvo una grave lesión cerebral. Los datos fueron analizados de acuerdo con una técnica de análisis focal estratégica. El estudio cumplió con los principios éticos de la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución 466/12, aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina bajo el número 1.163.099/2015 y de la institución donde fue realizada la investigación. Los resultados de este estudio se presentan en dos manuscritos, el primero, " El Cambio de decúbito en paciente que sufrió una grave lesión cerebral: revisión

integral de la literatura", resultado de la revisión completa realizada. El segundo, titulado, " El cambio de decúbito en pacientes con grave lesión cerebral desde la perspectiva de enfermeros de la unidad de cuidados intensivos", resultado del grupo focal. La metodología utilizada a través de la revisión integral y de los grupos focales generó una reflexión sobre la complejidad que implica el cambio de posiciones para el paciente neurológico y/o neuroquirúrgico y, de esta forma, con base en los estudios científicos y en la opinión y experiencia de los enfermeros que participaron del estudio, fue posible la elaboración de la guía titulada "guía para el cambio de decúbito en pacientes con lesión cerebral: una construcción bajo la luz de la Teoría de la Complejidad". La guía de cambio de decúbito va a ayudar a mejorar la atención prestada, así como facilitará la coordinación del cuidado prescrito por el enfermero, lo que contribuye a la seguridad, la comodidad y la atención especializada para el paciente con una grave lesión cerebral.

Palabras clave: lesión cerebral, cambio de decúbito, prescripción de enfermería, Guía, Unidad de terapia intensiva.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada para a bases de dados Medline	49
Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Web of science	49
Quadro 3 - Estratégia de busca utilizada para as bases de dados LILACS e BDENF	50
Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Scielo ..	50
Quadro 5 - Estudos selecionados.....	52
Quadro 6 - Estudos incluídos após leitura na íntegra	53
Quadro 7 - Níveis de evidências.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	– Análise Focal Estratégica
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	– Acidente Vascular Encefálico
BDENF	– Base de dados em Enfermagem
CEP	– Comitê de Ética em pesquisa
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
COREN	– Conselho Regional de Enfermagem
DD	– Decúbito Dorsal
DECS	– Descritores em Ciências da Saúde
DLD	– Decúbito Lateral Direito
DLE	– Decúbito Lateral Esquerdo
DSDD	– Decúbito semidorsal direito
DSDE	– Decúbito semidorsal esquerdo
DSVD	– Decúbito semiventral direito
DSVE	– decúbito semiventral esquerdo
DV	– Decúbito ventral
DVA	– Droga vasoativa
FSC	– Fluxo sanguíneo cerebral
HGCR	– Hospital Governador Celso Ramos
HIC	– Hipertensão Intracraniana
HSA	– Hemorragia Subaracnoídea
LCR	– Líquido Cefalorraquidiano
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	– Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MPENF	– Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem
PAM	– Pressão arterial média
PIC	– Pressão Intracraniana
PPC	– Pressão de perfusão cerebral
SNC	– Sistema Nervoso Central
SAE	– Sistematização da Assistência de Enfermagem
SARA	– Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SciELO	– Scientific Electronic Library Online
SNC	– Sistema Nervoso Central
TC	– Tomografia Computadorizada
TCE	– Traumatismo cranioencefálico
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPP – Úlcera Por Pressão
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1 O CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA NEUROINTENSIVA	31
3.2 MUDANÇA DE DECÚBITO: RISCOS E BENEFÍCIOS	33
3.3 BENEFÍCIOS DA MUDANÇA DE DECÚBITO PARA A FUNÇÃO PULMONAR E PARA A PELE	33
3.4 GUIA DE BOAS PRÁTICAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	36
4 REFERENCIAL TEÓRICO	39
4.1 O PENSAMENTO COMPLEXO E A COMPLEXIDADE QUE CIRCUNDA A MUDANÇA DE DECÚBITO	39
5 METODOLOGIA	45
5.1 TIPO DE PESQUISA	45
5.1.1 Revisão integrativa	46
5.1.1.1 Escolha do tema e elaboração da pergunta da revisão	46
5.1.1.2 Busca e amostragem na literatura	46
5.1.1.3 Critérios de inclusão	51
5.1.1.4 Critérios de exclusão	51
5.1.1.5 coleta de dados e organização dos estudos	51
5.1.1.6 Análise crítica dos estudos incluídos	52
5.1.1.7 Níveis de evidências	53
5.1.1.8 Interpretação e síntese dos resultados	54
5.1.1.9 Apresentação da revisão integrativa	54
5.1.2 Técnica de Grupo Focal	54
5.1.2.1 Local do Estudo	55
5.1.2.2 Participantes do estudo	55
5.1.2.3 Os encontros	56
5.1.2.4 Análise dos dados coletados com o grupo focal	59
5.2 ASPÉCTOS ÉTICOS	59
6 RESULTADOS	61
6.1 MANUSCRITO 1	62
6.2 MANUSCRITO 2	77

6.3 GUIA PARA MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM INJÚRIA CEREBRAL: UMA CONSTRUÇÃO SOB A LUZ DA TEORIA DA COMPLEXIDADE	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
8 REFERÊNCIAS	129
ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	135
APÊNDICE A– Protocolo para Revisão Integrativa	138
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	141
APÊNDICE C - Convite para Participar do Grupo Focal.....	143

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a unidade hospitalar destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de assistência especializada com monitorização e terapia contínua (AMIB, 2009).

A UTI é um dos setores de maior complexidade em uma unidade hospitalar, uma vez que os pacientes internados em unidades de terapia intensiva apresentam pior condição clínica e maior gravidade que nas demais unidades do hospital. Assim, Gonçalves (2011) aborda que, esses pacientes são considerados de risco para eventos adversos, considerando, o número e a complexidade dos procedimentos realizados, além da gravidade na qual se encontram.

O enfermeiro que atua nestas unidades deve ter um preparo especial e conhecimentos específicos e diferenciados para liderar a equipe, manejar equipamentos e prescrever e realizar os cuidados com segurança. (LASELVA et al., 2006).

Para que o enfermeiro possa realizar uma assistência segura e eficiente utiliza como ferramenta o processo de enfermagem, de forma a sistematizar o cuidado de enfermagem. Horta (2004) define processo de enfermagem como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistência ao ser humano em todas as suas fases ou etapas.

A resolução COFEN 358 de 2009 relata que o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; avaliação de enfermagem (COREN, 2010).

A prescrição de enfermagem é a quarta fase do processo de enfermagem, ou seja, é a implementação do plano assistencial diário desenvolvido pela (o) enfermeira (o), a qual direciona e coordena a assistência de enfermagem (HORTA, 2004).

A prescrição do cuidado de enfermagem é função do enfermeiro e é fundamental para a adequada assistência aos pacientes, sendo necessária em todas as unidades do hospital de acordo com as características e necessidades de cada paciente.

Entre os diversos cuidados prescritos pelo enfermeiro, a mudança de decúbito é um cuidado fundamental para prevenir complicações causadas pela imobilidade e trazer conforto ao paciente impossibilitado de mover-se independente de auxílio. Em unidades de Terapia Intensiva

esse cuidado é extremamente importante por haver mais pacientes com impossibilidade de movimentar-se no leito devido as características e especificidades destas unidades.

Mudar de decúbito para a Ordem dos Enfermeiros (2013) é colocar alguém em determinada posição, sendo que, os diferentes posicionamentos no leito são: Decúbito dorsal (DD); Decúbito semidorsal direito (DSDD) e esquerdo (DSDE); Decúbito lateral direito (DLD) e esquerdo (DLE); Decúbito ventral (DV) e semiventral direito (DSVD) e esquerdo (DSVE); Posição de Fowler ou semifowler.

Vale ressaltar que em unidades de terapia intensiva devido a gravidade dos pacientes as posições mais utilizadas são, o decúbito dorsal, decúbito lateral direito e esquerdo. Independente do decúbito do paciente a cabeceira do leito deve ficar entre 30 a 45 graus, visando prevenir a aspiração de secreções e nos casos de hipertensão intracraniana para que a perfusão cerebral não seja comprometida.

Schell e Puntillo (2005, p.234) afirmam que, “a maioria das pessoas que não apresentam problemas de saúde trocam de posição a cada 11,6 minutos enquanto dormem”. Morton et al. (2007) acrescentam que o paciente inconsciente, consequente a: lesão cerebral, sedação, coma, entre outros, que encontram-se imobilizados ao leito, estão propensos a lesão de pele, devidos a pressão, umidade, forças de cisalhamento e redução da sensibilidade. Fernandes (2006) complementa que a tolerância da pele à pressão também está relacionada a fatores intrínsecos, como, deficiência nutricional, idade avançada, diminuição da pressão arteriolar.

A mudança de decúbito é frequentemente referenciada como uma forma de prevenção das úlceras por pressão. Potter e Perry (2004) enfatizam que, as diferentes posições no leito também previnem outros agravos, como, fadiga e complicações cardiopulmonares, além de propiciar conforto e manutenção do tônus muscular.

A mudança de decúbito é um cuidado fundamental que tem como uma das finalidades reduzir a força de cisalhamento e a pressão no local, visto que, o reposicionamento recupera as isquemias pela interrupção da pressão, para isso, deve ser realizada a cada 2 horas (MORTON et al., 2007).

Silva e Nascimento (2012, p.414) afirmam que: “o conhecimento acerca da mudança de decúbito e seus efeitos na oxigenação do paciente constituem saber essencial para enfermeiros que prescrevem esse cuidado e principalmente para as que cuidam de pacientes em situação crítica”.

Para Gonçalves (2011), a enfermagem tem participação fundamental no que se refere à garantia e melhora da assistência prestada, uma vez que, permanece a maior parte do tempo a beira do leito realizando procedimentos e intervenções terapêuticas necessárias para a recuperação dos pacientes graves internados em Unidades de Terapia Intensiva. Diante do exposto, faz-se necessário o conhecimento técnico e científico por parte do enfermeiro no que se refere à prescrição de mudança de decúbito ao paciente grave.

A decisão de iniciar a mudança de decúbito em paciente grave internado em Unidades de Terapia Intensiva deve se basear na avaliação dos riscos e benefícios. A impossibilidade de manter estabilidade hemodinâmica e adequada oxigenação e ventilação durante a mudança de decúbito contraindica esta técnica. Neste sentido, o enfermeiro deve ter conhecimentos teóricos e práticos, bem como, avaliar as condições clínicas do paciente, para saber o momento adequado de iniciar esta rotina no paciente grave.

A escolha pelo tema, mudança de decúbito em paciente grave, surgiu através da vivência profissional em uma Unidade de Terapia Intensiva que comporta pacientes neurológicos, neurocirúrgicos, politraumatizados, entre outras situações clínicas. Estes pacientes evoluem, na maioria das vezes, com instabilidade hemodinâmica grave, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), Hipertensão intracraniana (HIC), entre outras complicações. Sendo a mudança de posicionamento muitas vezes contraindicada por elevar a pressão intracraniana, piorar a hemodinâmica e ventilação pulmonar.

De acordo com Cintra et al. (2013a) o sistema nervoso central (SNC) é complexo e delicado e qualquer injúria pode levar a consequências devastadoras com lesões irreversíveis. Desta forma, o enfermeiro desempenha fundamental papel nos cuidados intensivos aos pacientes neurológicos e neurocirúrgicos, de forma a prevenir e detectar precocemente complicações.

A injúria cerebral está relacionada principalmente ao traumatismo cranioencefálico (TCE) e hemorragia intracraniana. Os danos decorrentes das lesões cerebrais graves resultam em hipertensão intracraniana na maioria das vezes, ocasionando consequências devastadoras (CINTRA et al., 2013a). O enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva deve ter conhecimento dessas alterações para assim poder prevenir e ou minimizar as consequências causadas pelo aumento da pressão intracraniana.

São inúmeras as situações em que nos deparamos com a incerteza de que o paciente deve mudar de decúbito ou se mudar o decúbito irá

piorar a situação clínica naquele momento, a exemplo, em casos de craniectomia descompressiva, surge o questionamento, em quantos dias de pós-operatório o enfermeiro poderá prescrever mudança de decúbito para o mesmo lado do procedimento, e, pacientes com cateter de monitorização de pressão intracraniana com elevação da pressão é outro agravamento que faz o enfermeiro pensar e o condiciona a ter uma visão mais abrangente do estado de saúde e dos riscos e benefícios desta prática. A complexidade que envolve o cuidado em Unidades de Terapia Intensiva é um paradigma para os enfermeiros que atuam nestas unidades, isso faz do enfermeiro um ser pensante e em constante atualização sobre o universo em que está inserido.

Diante disto o Enfermeiro assistencial deve avaliar os riscos e benefícios para prescrever a mudança de decúbito. Sendo assim, faz-se necessário construir um guia de boas práticas sobre mudança de decúbito ao paciente crítico, para que esta rotina seja utilizada de forma adequada e iniciada o mais precocemente possível, com vistas, a prevenção de outros agravos à saúde do paciente, bem como, menor tempo de internação, para assim diminuir gastos com prolongamento de dias de UTI e tratamento de outras complicações advindas da mudança de decúbito tardia.

Um guia de boas práticas irá favorecer a obtenção de conhecimentos e comunicação entre os profissionais, além de auxiliar na coordenação do cuidado no que se refere a prescrição de mudança de decúbito. Sendo assim, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de construir um guia de boas práticas que direcione os enfermeiros a prescreverem com segurança a mudança de decúbito ao paciente neurológico e neurocirúrgico grave com o objetivo de diminuir danos ao paciente e contribuir para a melhoria da assistência prestada ao indivíduo, além de auxiliar a coordenação da assistência de enfermagem. Justifica-se também pelo fato de contribuir como estudo científico sobre o assunto.

Diante da experiência profissional enquanto enfermeira intensivista e dos dados e informações encontrados na literatura surge o propósito de responder ao seguinte questionamento – Quais são os critérios que devem ser considerados para prescrever mudança de decúbito aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os critérios evidenciados na literatura sobre prescrição de mudança de decúbito para o paciente acometido por injúria cerebral grave a partir de uma revisão integrativa;
- b) Identificar os critérios que os enfermeiros utilizam para prescrever mudança de decúbito ao paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva acometido por injúria cerebral grave.

3 REVISÃO DE LITERATURA

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho original!”
(Albert Einstein).

Este capítulo trata de uma revisão narrativa de literatura, onde serão abordados aspectos do cuidado em unidades de terapia intensiva, assim como, o papel do enfermeiro nessas unidades e a complexidade que envolve a mudança de decúbito no paciente neurológico e neurocirúrgico grave, mais especificamente, os riscos e benefícios desta prática e a importância da construção de um guia de boas práticas.

3.1 O CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA NEUROINTENSIVA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução Nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, define Unidade de Terapia Intensiva como: área crítica destinada à internação de pacientes graves, potencialmente recuperáveis, que necessitam de atendimento profissional especializado de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Paciente grave é definido nesta resolução como aquele que apresenta comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua (BRASIL, 2010).

Concordando com Venturi (2009) a UTI é uma unidade complexa com pacientes críticos que exigem cuidados contínuos e intensivos, e conseqüentemente, exigem dos profissionais tomadas de decisões rápidas, precisas e trabalho em equipe, promovendo cuidado de qualidade e segurança ao paciente.

Da mesma forma, o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva é complexo, exige do enfermeiro a gerência da assistência de enfermagem, visando os melhores resultados assistenciais, visto que, uma equipe de enfermagem qualificada e capacitada é um diferencial importante para a atuação nestas unidades.

Para o enfermeiro liderar um grupo ele deve estar munido de conhecimento científico e técnico. Concordando com Laselva et al. (2006), o enfermeiro intensivista deve estar embasado cientificamente, sendo imprescindível a atualização constante. Deste modo, capacidade de tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, liderança e

responsabilidade são características fundamentais para o enfermeiro desempenhar com qualidade a sua função.

O enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva necessita ser um profissional diferenciado, capaz de gerenciar a assistência de forma a obter os melhores resultados. Neste sentido, a atuação do profissional não está relacionado somente ao cargo e função, envolve um perfil capaz de trazer dinamismo, inteligência e criatividade para liderar uma equipe e coordenar a assistência que está sendo prestada ao indivíduo e sua família (LASELVA et al., 2006).

As Unidades de Terapia Intensiva especializadas são as destinadas à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como exemplo pode-se citar as neurointensivas (BRASIL, 2010).

O conhecimento da neurofisiologia oferece subsídios para a compreensão da fisiopatologia da injúria cerebral grave, sendo esse conhecimento imprescindível para uma adequada assistência de enfermagem a esses pacientes (CINTRA et al., 2013a).

Baseado nesse mesmo autor, entende-se por Injúria cerebral a lesão ou trauma no tecido cerebral que pode ser ocasionado por diversos distúrbios, entre eles estão os que requerem tratamento intensivo e imediato, sendo eles, TCE, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Tumores Cerebrais, Hemorragia Intracraniana, Hemorragia Subaracnoide.

No momento em que ocorre a injúria cerebral ocorre na região afetada um dano irreversível denominado de lesão primária. Após o evento primário, em decorrência a processos fisiopatológicos ocorrem alterações de causa intracraniana e extracraniana denominadas de lesão secundária, sendo que o que ocorre após o evento primário pode ser reversível. Por esse motivo, esses pacientes requerem cuidado especial e são totalmente dependentes, tanto dos cuidados de enfermagem quanto da prevenção de lesões secundárias (LUJÁN; RONDINA; TERZI, 2013).

O cuidado do paciente neurológico grave requer conhecimentos em fisiologia da pressão intracraniana, circulação sanguínea e metabolismo cerebral, além de profundo entendimento das potenciais complicações advindas da lesão cerebral, visto que, é comum nesses pacientes a hipertensão intracraniana com consequentes sequelas à perfusão cerebral, ocasionando danos irreversíveis (PARANHOS, 2013).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro de acordo com Cintra et al. (2013a) é fundamental para o adequado atendimento a esses

pacientes, incluindo, a avaliação neurológica, a hemodinâmica, assistência respiratória, temperatura corporal, cuidados de higiene, suporte nutricional, controle hidroeletrólítico e metabólico, mudança de decúbito e massagem de conforto. Os cuidados de enfermagem no neurointensivismo constituem um desafio para o enfermeiro, não só em relação ao tratamento da lesão primária, mas também em relação à prevenção de lesões secundárias.

3.2 MUDANÇA DE DECÚBITO: RISCOS E BENEFÍCIOS

A mudança de decúbito a cada duas horas é primordial para a prevenção de lesões de pele, visto que, o reposicionamento é necessário para aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele evitando o fluxo sanguíneo reduzido (SMELTZER; BARE, 2011). Assim como também é eficaz para melhorar a função cardiopulmonar por evitar e reverter atelectasias e facilitar a remoção das secreções das vias aéreas (MORTON et al., 2007).

Os pacientes críticos para Schell e Puntillo (2005) tendem a desenvolver mais fatores que afetam a tolerância a mudanças de decúbito. A instabilidade hemodinâmica é um fator determinante para os pacientes permanecerem maior tempo na posição supina. Ao ser modificado o plano gravitacional o sistema cardiovascular tenta ajustar-se mudando o tônus vascular.

Sendo assim, é importante acrescentar que os pacientes criticamente doentes que evoluem com complicações pulmonares e hemodinâmicas, além dos que encontram-se em pós operatórios de cirurgias neurológicas, muitas vezes não toleram mudança de decúbito por piorar a ventilação e ocasionar instabilidade hemodinâmica severa, além de elevar a pressão intracraniana. Nestas condições o enfermeiro antes de prescrever mudança de decúbito deve fazer uma avaliação criteriosa dos riscos e benefícios.

3.3 BENEFÍCIOS DA MUDANÇA DE DECÚBITO PARA A FUNÇÃO PULMONAR E PARA A PELE

O decúbito do paciente é fator importante para a função pulmonar. Morton et al. (2007) relatam que nem todas as regiões do pulmão apresentam a mesma ventilação e, a posição do corpo interfere na ventilação devido a anatomia do pulmão e da gravidade ocasionada pelo decúbito, assim, a circulação pulmonar sofre grande influência da gravidade conforme a posição do paciente.

Schell e Puntillo (2005) acrescentam que o gradiente de pressão intrapleural influencia a distribuição de ar nos pulmões, tornando a posição do corpo de fundamental importância para a distribuição de ar e ventilação eficaz. Na posição ortostática a gravidade e o peso dos pulmões criam diferenças na pressão intrapleural do ápice até a base, ocasionando maior distribuição de ar nas bases. Na posição dorsal, lateral e prona a distribuição do ar torna-se mais uniforme.

Morton et al. (2007) enfatizam que a distribuição do fluxo sanguíneo pulmonar também é afetada pela gravidade. Shell e Puntillo (2005) abordam que a posição do corpo é importante também para a perfusão, sendo que, na posição ortostática o fluxo de sangue aumenta da região apical à base dos pulmões. Na posição supina e lateral a distribuição do fluxo sanguíneo torna-se mais uniforme.

A mudança de posição sentada para a supina ocasiona redução dos volumes pulmonares globais podendo piorar a relação entre perfusão e ventilação. Essa redução pode ser causada pela pressão dos conteúdos abdominais sobre o diafragma, sendo em pessoas saudáveis o diafragma empurra os conteúdos abdominais para longe dos pulmões, possibilitando a expansão, já em pacientes graves, sedados, em ventilação mecânica, a função do diafragma fica reduzida ou perdida, ocasionando ventilação ineficaz pela pressão dos conteúdos abdominais (SCHELL; PUNTILLO, 2005).

A posição prona para Schell e Puntillo (2005) promove uma troca gasosa eficiente, visto que, o pulmão saudável possui quantidades suficiente de alvéolos em funcionamento que se combinam com a gravidade-dependente. Por este motivo a meta em posicionar o pulmão para baixo é cruzar alvéolos com capilares perfundidos. Os autores finalizam destacando que para ocorrer a troca gasosa adequada deve-se combinar ventilação e perfusão em cada posição.

A mudança de decúbito também é importante para a prevenção de lesões de pele no paciente impossibilitado de mover-se independente de auxílio. O paciente crítico encontra-se imobilizado ao leito por diversos fatores, entre eles, coma, sedação, instabilidade de um ou mais sistemas, cirurgias neurológicas, entre outros, sendo esses fatores causadores de restrição ao leito, aumentando o risco de agressões a pele do paciente. Assim, Morton et al. (2007) colocam que a pele do paciente crítico está em maior risco de sofrer agressões, como o aparecimento de úlceras por pressão.

De acordo com Smeltzer e Bare (2011), a pele é o maior sistema orgânico do corpo, produz barreira entre órgãos internos e o ambiente externo. É composta de três camadas: epiderme, derme e tecido

subcutâneo. Desempenha importantes funções no organismo, sendo elas: proteção contra bactérias e outros organismos; percepção sensorial; equilíbrio hídrico; regulação da temperatura; produção de vitaminas e age no sistema imune.

A úlcera por pressão (UPP) é resultado da pressão aplicada pelo peso do corpo que provoca redução no fluxo sanguíneo arterial e capilar ocasionando eventos isquêmicos. A lesão tissular ocorre quando a pressão exercida sobre a pele é superior a pressão de fechamento capilar normal. A pressão de oclusão capilar normal é de 32 mmHg. Quando a pressão externa excede a 32 mmHg ocorre uma restrição de fluxo sanguíneo local, esta pressão por período prolongado interfere na oxigenação e nutrição dos tecidos causando anóxia e morte celular (SMELTZER; BARE, 2011; MORTON et al., 2007).

As úlceras por pressão desenvolvem-se em maior proporção em proeminências ósseas, sendo a maior incidência em região coccígena, calcânhares, cotovelos, maléolos, trocanteres e região occipital (POTTER; PERRY, 2004).

O aparecimento de úlceras de pressão no paciente crítico para Morton et al. (2007) é uma complicação que pode ser prevenida em algumas situações. Porém, cabe ressaltar que, evitar o surgimento de áreas de pressão no paciente com disfunção de múltiplos órgãos, deficiências hídricas e nutricionais, e distúrbios eletrolíticos concomitantes nem sempre é possível.

De acordo com o mesmo autor os pacientes com sensibilidade diminuída por causas neurológicas e sob efeito de sedação não reconhecem o desconforto de estar na mesma posição por período prolongado, assim como, pacientes com circulação deficiente, insuficiência cardíaca e ou vascular periférica também estão em risco mais elevado devido a possibilidade subjacente de hipóxia tecidual. Para as autoras a não aderência a mudança de decúbito nestes casos contribui para acelerar o processo de desenvolvimento de UPP.

A identificação dos pacientes em maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão na unidade de tratamento intensivo é um ponto importante na avaliação do enfermeiro intensivista. Identificar fatores que podem contribuir para o aparecimento de áreas de pressão auxilia a enfermeira a implementar um plano de cuidados preventivos para este evento. É importante e indispensável a constante monitorização e vigilância deste indivíduo (MORTON et al., 2007).

3.4 GUIA DE BOAS PRÁTICAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva apresentam pior condição clínica e maior gravidade de doenças do que nas demais unidades do hospital. O trabalho na UTI é muito intenso, o paciente recebe drogas sedativas, encontram-se inconscientes e apresentam barreiras de comunicação, o que aumenta o risco de eventos adversos (LASELVA et al., 2006).

O desenvolvimento de rotinas, conforme aborda Laselva et al. (2006), favorecem o trabalho e a aquisição de conhecimento e comunicação entre a equipe, auxilia a coordenação do cuidado e o monitoramento dos resultados, e, além disso, contribui para diminuir os riscos de eventos adversos.

Para estabelecer tais rotinas o enfermeiro pode desenvolver guias de boas práticas objetivando documentar e esclarecer, através de estudos sobre o assunto de escolha, qual a melhor maneira de desenvolver determinado procedimento de forma a trazer segurança ao paciente e aqueles que irão realizá-lo.

Melhores práticas, ou boas práticas, é um recurso utilizado para auxiliar no oferecimento de cuidados altamente qualificados aos pacientes. A entidade formada por organizações de enfermagem denominada A *Best Practice Network* definiu melhor prática como: “plano, ação ou serviço aperfeiçoado e implementado para produzir resultados superiores” (SPRINGHOUSE, 2010, p.13).

Conforme aborda Springhouse (2010), determinar a melhor prática envolve identificar as práticas de enfermagem de qualidade de forma a analisá-las através de inúmeras fontes, tais como, livros, artigos, e também com outros profissionais, e assim, aplicá-las no ambiente hospitalar de atuação profissional.

Desta forma um guia de Boas Práticas pode ser definido como um documento onde estão descritas as atividades e procedimentos que foram elencados, estudados e definido a melhor maneira de aplicação, de forma a orientar a equipe e trazer melhorias para a assistência prestada, assim como, segurança ao paciente. O guia deverá conter o passo a passo de cada procedimento e a justificativa científica sobre o assunto, poderá ser ilustrativo, conter figuras, ser prático e corresponder às exigências da unidade de forma a se tornar um instrumento de trabalho útil e de fácil acesso a todos os envolvidos.

Na UTI historicamente a mudança de decúbito tem sido recomendada a cada duas horas independente do tipo de patologia que o

paciente apresentava, no entanto, hoje essa metodologia tem trazido dúvidas quanto ao manejo relacionado a esta técnica no paciente com injúria neurológica, e/ou neurocirúrgica grave.

A importância da construção de um guia de boas práticas a partir deste estudo irá contribuir para que a mudança de decúbito seja iniciada com segurança no momento adequado, de forma que esse procedimento neste tipo de pacientes não piore a condição clínica dos mesmos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

“A complexidade não é uma receita para conhecer o inesperado. Mas ela nos torna prudentes, atentos, não nos deixa dormir na aparente mecânica e na aparente trivialidade dos determinismos” (MORIN, 2011, p. 83).

Devido a complexidade que envolve o cuidado em Unidades de Terapia Intensiva, optou-se em utilizar a teoria da complexidade de Edgar Morin. O pensamento complexo irá proporcionar um olhar ampliado para a compreensão do fenômeno que envolve a mudança de decúbito no paciente grave, afim, de entender os riscos e benefícios desta prática, e assim, alcançar os objetivos propostos para este estudo.

Neste capítulo será apresentado uma breve descrição sobre Edgar Morin e uma introdução sobre o pensamento complexo e sua aplicação nas Unidades de Terapia Intensiva.

4.1.O PENSAMENTO COMPLEXO E A COMPLEXIDADE QUE CIRCUNDA A MUDANÇA DE DECÚBITO

Na perspectiva complexa, a teoria não é nada sem o método, a teoria quase se confunde com o método, ou melhor, teoria e método são dois componentes indispensáveis do conhecimento complexo (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2009, p. 24).

Edgar Morin, pesquisador, nasceu em Paris, em 1921. Formado em história, geografia e direito, migrou para a filosofia, a sociologia e a epistemologia depois de ter participado da resistência ao nazismo, na França ocupada, durante a segunda guerra mundial.

O termo complexidade refere primeiramente a tecido (complexus: tecido junto) de constituintes heterogêneas associadas (paradoxo do uno e do múltiplo). Em um segundo olhar, a complexidade, é o tecido de acontecimentos que constituem o mundo fenomênico, e finalmente, a complexidade está envolvida, no inextricável, na desordem, na ambiguidade e na incerteza (MORIN, 2011).

O autor complementa que o paradigma complexo resulta do conjunto de novas concepções, novas visões, de novas descobertas e de novas reflexões que se unem. A complexidade para Morin, resulta em ações menos mutiladoras. No entanto, ainda assim, o paradigma

simplificador domina nossa cultura até hoje, mesmo com todas as chances de ser mutilador (MORIN, 2011).

O pensamento complexo trata os fenômenos de uma forma ampla e multidimensional, onde a explicação do tipo linear é complementada pela explicação em movimento, ou seja, circular, assim, o entendimento de um determinado fenômeno será compreendido das partes para o todo, do todo para as partes. Desse modo, para podermos perceber e compreender bem um determinado fenômeno é necessário um vaivém entre os pontos individuais e o conjunto (MORIN, 2005).

Ainda de acordo com o mesmo autor, para o pensamento complexo ser compreendido é necessário ampliar a linha de pensamento do paradigma cartesiano e mecanicista, a qual vê o saber como algo fragmentado, sem a visão do todo. Este pensamento sobre a natureza do conhecimento científico alega as condições para o desenvolvimento do novo paradigma que leva em conta tanto as partes quanto o todo.

De acordo com Morin os princípios metodológicos da complexidade constituem um guia para um pensar complexo, são complementares e interdependentes entre si, e, auxiliam na compreensão e na convivência em um sistema-ambiente de cuidados, os princípios são:

Princípio Sistêmico ou organizacional: esse princípio liga o conhecimento das partes com o conhecimento do todo, assim como, o conhecimento do todo com o conhecimento das partes (MORIN, 2005). O enfermeiro deve conhecer, estudar e avaliar o paciente como um todo e também conhecer cada parte que forma o todo, (órgãos, tecidos e membros), considerando-o como um todo interligado e integrado para realizar uma avaliação mais ampla e poder assistir o paciente de forma mais adequada e integral.

Princípio hologramático: nesse princípio as partes estão no todo, mas o todo está inscrito na parte, sendo que o todo só se constitui pelas interações entre as partes (MORIN, 2011). Assim, o enfermeiro deve avaliar o paciente em sua especificidade sem esquecer-se do todo, ou seja, ao prescrever mudança de decúbito deve também avaliar outros sistemas vendo o paciente como um todo. Deve pensar na sua especificidade também para assim, prescrever o cuidado com segurança. Por exemplo, em procedimentos cirúrgicos como nos casos de craniectomia descompressiva, o enfermeiro não deverá prescrever mudança de decúbito para o mesmo lado do procedimento, desta forma estará vendo as partes, ou seja, os sistemas e, ao mesmo tempo, estará vendo o paciente como um todo.

Princípio de retroatividade: este princípio rompe com a lógica linear, visto que, a causa age sobre o efeito e o efeito retroage sobre a causa, permitindo a autonomia organizacional do sistema (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2009). O enfermeiro ao prescrever mudança de decúbito avalia a complexidade que envolve este cuidado de acordo com as condições do paciente naquele momento, possibilita um olhar amplo pensando de forma circular e não apenas a técnica que está descrita, por exemplo, mudar de posição de duas em duas horas, mas sim avaliar as condições clínicas para que o efeito deste procedimento não cause instabilidade e piora do paciente. São estabelecidos rotinas rígidas no ambiente hospitalar, como o banho de leito, que tem horário para o início e previsão para o término. Porém, em algumas situações o enfermeiro avalia a condição do paciente e pode ser necessário não realizar esse procedimento no momento rotineiro devido instabilidade do paciente, visto que o procedimento poderá contribuir para hipertensão intracraniana grave.

Princípio da recursividade: esse princípio vai além da retroatividade, onde os produtos são necessários para a própria produção do processo. O círculo recursivo é mais complexo e rico que o círculo retroativo por conceber a autoprodução e a auto-organização. O processo recursivo produz-se e reproduz-se a si mesmo (MORIN, 2011). Um guia de boas práticas sobre mudança de decúbito, considerado neste estudo como um produto, ajudará na produção e processo de trabalho da enfermagem, pois irá instruir a equipe sobre esse procedimento e suas especificidades para a situação clínica em questão, beneficiando o paciente e o próprio trabalho da equipe.

Princípio de autonomia: o princípio da autonomia coloca a ideia de processo auto-eco-organizacional, onde, a organização, seja qual for, necessita de abertura do ecossistema ao qual se nutre e se transforma para assim manter sua autonomia (MORIN, 2011). O enfermeiro necessita de condições organizacionais para desenvolver o seu papel de forma adequada, pois, está inserido em um sistema, ou seja, sistema de saúde-hospital-UTI-enfermeiro, onde até chegar a ele o antes deve funcionar adequadamente e de forma integrada. Como exemplo, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que o enfermeiro tem autonomia para desenvolver esse processo, porém, para que seja eficiente a sistematização proposta pelo enfermeiro, são necessário recursos humanos e materiais, o que independe do enfermeiro e sim da organização à qual está inserido.

Princípio dialógico: esse princípio permite pensar lógicas que se complementam e se excluem. Esse princípio compreende que noções

contraditórias, tais como a ordem e a desordem, as certezas e as incertezas, concebem um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2011). A ordem seria prescrever mudança de decúbito de duas em duas horas e a desordem a instabilidade do paciente que não permite que seja mudado de duas em duas horas visando a segurança do mesmo, fazendo com que o enfermeiro avalie a complexidade da ordem e desordem e faça uma intermediação entre ambos. Como exemplo de certeza e incerteza em um ambiente hospitalar, mais especificamente, em uma UTI, citamos a parada cardiorrespiratória (PCR), visto que tal intercorrência faz com que todos mudem suas rotinas do momento para auxiliar na ressuscitação cardiopulmonar, considerada prioridade. Essa intercorrência causa desordem nas rotinas rígidas, os sinais vitais que deveriam ter sido mensurados a cada hora poderão ficar uma hora sem ser mensurado por algo que aconteceu e causou desordem na ordem.

Princípio de reintrodução do sujeito cognoscente em todo conhecimento. Esse princípio reintroduz o sujeito no processo de construção do conhecimento e no conhecimento construído, visto que, compreende o sujeito como sujeito complexo, sendo o próprio sujeito quem constrói a realidade através dos princípios aqui mencionados (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2009).

Cada paciente apresenta um diagnóstico ou uma situação clínica bem específica que deve ser avaliada individualmente e continuamente, e o que serve para um poderá não servir para o outro, quadro esse que se modifica constantemente. Isso significa que não é possível estabelecer regras fechadas, pois, o paciente necessita de cuidados diferentes de acordo com a evolução do mesmo, e o próprio paciente irá demandar através da sua evolução os cuidados que o enfermeiro e a equipe deverão disponibilizar e quando realizá-los. Por exemplo, num paciente que evolui com choque hipovolêmico e que necessita de droga vasoativa em dose elevada, é necessário suspender por um período a mudança de decúbito até que o paciente mostre melhora hemodinâmica.

Nesta direção, o enfermeiro avalia a condição clínica do sujeito e através dos dados hemodinâmicos que o monitor está fornecendo identifica se as rotinas estabelecidas poderão ser realizadas ou não, ou mesmo adiadas por um período de tempo. Isso significa o cuidado centrado no paciente.

Para Morin “o pensamento simples resolve os problemas simples sem problemas de pensamento, enquanto o pensamento complexo ainda que não resolve por si só os problemas, todavia, constitui uma ajuda à estratégia que pode resolvê-los”. E complementa que “a complexidade

situa-se no ponto de partida para uma ação mais rica, menos mutiladora (MORIN, 2011, p.83).

Morin ainda acrescenta que a complexidade nos torna prudentes, atentos, e nos mostra que não devemos nos fechar na crença de que o que acontece hoje vai continuar indefinidamente. E o que tem acontecido com a prática da mudança de decúbito, é que tem sido determinado que a mudança de posicionamento do paciente será de duas em duas horas, baseado na literatura. No entanto, para o paciente com injúria cerebral isso nem sempre se aplica. Por esse motivo precisamos superar os determinismos prévios e nos mostrar abertos ao pensamento complexo que nos ajuda a entender e contextualizar melhor cada situação.

O enfermeiro deve pensar na complexidade que envolve esse procedimento, pensar no inesperado. Por exemplo, num paciente com hipertensão intracraniana grave, se o enfermeiro utilizar apenas o pensamento simples o paciente será mudado de posição a cada duas horas. Porém, ao pensar na complexidade desta prática, no momento de instabilidade, o enfermeiro saberá que o melhor neste momento é não mudar a posição do paciente. Assim, estará ajudando o cérebro a receber perfusão adequadamente. Outro exemplo é mudar o decúbito em pacientes com instabilidade hemodinâmica grave ou pulmonar, sendo que irá contribuir para piora da função cardiopulmonar devido a mudança do plano gravitacional.

Mudar o decúbito do paciente nestes momentos de instabilidade é não pensar na complexidade que circunda esta técnica, é mudar de acordo com o estabelecido sem pensar mais amplamente. Não podemos desconsiderar o que é determinado, visto que não é por acaso que literaturas preconizam que a mudança de decúbito deverá ser realizada de duas em duas horas, deste modo, o enfermeiro deverá estar sempre reavaliando as condições clínicas do paciente para assim iniciar o mais precocemente possível a mudança de decúbito, visando outros agravos causados pela mudança de decúbito tardia, o que enfatizamos é que o que não está programado pode acontecer e desta forma deveremos pensar na complexidade que envolve todo este processo para não prescrever mudança de decúbito de forma inadequada e assim, proporcionar segurança ao paciente.

Como retrata Morin “o pensamento complexo não recusa a clareza, a ordem, o determinismo, e sim, os considera insuficientes uma vez que não se pode programar a descoberta, o conhecimento e a ação”. Desse modo, o pensamento complexo traz um lembrete: “não esqueça que a realidade é mutante, que o novo pode surgir e vai surgir” (MORIN, 2011, p.83).

5 METODOLOGIA

“Uma teoria não é o conhecimento; ela permite o conhecimento. Uma teoria não é uma chegada; é a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é uma solução; é a possibilidade de tratar de um problema”
(MORIN, 2005, p. 335).

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico percorrido para a construção deste trabalho, bem como, tipo de pesquisa, local do estudo, participantes do estudo, coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

5.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata de dois tipos de pesquisa. A primeira é uma Revisão Integrativa da literatura através da qual foi realizada uma busca ampla nas bases de dados conforme protocolo que consta no Apêndice A. A segunda é uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritiva realizada através da técnica de grupo focal.

Uma revisão integrativa é aquela em que o autor da revisão está primeiramente interessado em deduzir generalizações sobre questões substantivas a partir de um conjunto de estudos diretamente influenciando sobre as mesmas. A revisão integrativa visa discutir hipóteses, e oferecer sugestões para novas questões teóricas e identificação de uma pesquisa necessária e permite a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas (GANONG, 1987).

Estudos qualitativos respondem a questões muito particulares e trabalham com o universo de significados, com valores, crenças, afirmações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Assim, a pesquisa qualitativa visa conhecer as percepções dos sujeitos pesquisados acerca da situação-problema, tornando possível a compreensão e reconstrução de conhecimentos sobre o tema estudado (MINAYO, 2004; LEONEL; MOTTA, 2007).

Pesquisas exploratórias para Leonel e Motta (2007), visam proporcionar maior familiaridade com o tema ou assunto da pesquisa e podem ser elaboradas tendo em vista a formulação mais precisa de problemas ou hipóteses. Já o caráter descritivo para o autor têm como

objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

5.1.1 Revisão integrativa

Revisão Integrativa é um método amplo de revisão, e, para trazer boas contribuições é necessário: usar métodos para garantir precisão, objetividade e análise profunda; considerar a teoria, resultados, métodos, assuntos e a quantidade de estudos; proporcionar ao leitor a informação sobre os estudos revisados e não apenas focar sobre os principais resultados (GANONG, 1987).

A metodologia das revisões integrativas de acordo com Ganong (1987) propõe seis tarefas, as quais foram adotadas neste estudo:

- a) Selecionar as hipóteses ou questões da revisão;
- b) Estabelecer critérios para inclusão dos estudos na revisão ou critérios para seleção da amostra;
- c) Representar as características do estudo e suas constatações;
- d) Analisar as constatações;
- e) Interpretar os resultados;
- f) Apresentar a revisão de forma clara e completa.

5.1.1.1 Escolha do tema e elaboração da pergunta da revisão

O objetivo desta revisão foi de analisar os resultados das produções científicas sobre mudança de decúbito no paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva acometido por injúria cerebral grave no período de 2010 a 2015, a fim de buscar novos conhecimentos para atualizar a prática deste cuidado e assim, concomitantemente com a pesquisa de campo foi construído um guia de boas práticas sobre mudança de decúbito para os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave.

Para isso emergiu o seguinte questionamento: O que está sendo evidenciado na literatura sobre mudança de decúbito no paciente internado em unidades de terapia intensiva acometidos por injúria cerebral grave?

5.1.1.2 Busca e amostragem na literatura

As bases de dados foram escolhidas de acordo com a afinidade na área da saúde e enfermagem. Por esse motivo, foram definidas cinco bases de dados para a seleção dos estudos, sendo elas:

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde:

LILACS é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Possui mais de 600.000 registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, das quais aproximadamente 800 são atualmente indexadas. LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais (BRASIL, 2014a).

BDENF- Base de dados em Enfermagem:

BDENF é uma base de dados temática que faz parte do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Criada em 1986 com o objetivo de coletar e processar a literatura nacional em enfermagem efetuando o controle bibliográfico da produção científica nacional da área (BRASIL, 2014a).

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde:

MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 6.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal (BRASIL, 2014a).

SciELO - Scientific Electronic Library Online:

SciELO - Scientific Electronic Library Online é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos seguindo o modelo de Open Access, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de mil revistas científicas do Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, México, Portugal e Venezuela. Além da publicação eletrônica dos artigos, SciELO provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas (BRASIL, 2014a).

Web of Science:

O Web of Science é uma base de dados que disponibiliza acesso a mais de 9.200 títulos de periódicos, o acesso ao conteúdo somente através do portal de periódicos da CAPES (BRASIL, 2014b).

Os descritores foram pesquisados no DeCS (descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings – utilizado para artigos indexados no PubMed), sendo que os descritores também foram utilizados como palavras chaves, sendo eles:

Posicionamento do Paciente

Descritor Inglês: Patient Positioning

Descritor Espanhol: Posicionamiento del Paciente

Edema encefálico

Descritor Inglês: Brain edema

Descritor Espanhol: Edema encefálico

Postura

Descritor Inglês: Posture

Descritor Espanhol: Postura

Traumatismos Encefálicos

Descritor Inglês: Brain Injuries

Descritor Espanhol: Traumatismos Encefálicos

Pressão Intracraniana

Descritor Inglês: Intracranial Pressure

Descritor Espanhol: Presión Intracraneal

Craniectomia Descompressiva

Descritor Inglês: Decompressive Craniectomy

Descritor Espanhol: Craniectomía Descompressiva

Hemorragia Cerebral

Descritor Inglês: Cerebral Hemorrhage

Descritor Espanhol: Hemorragia Cerebral

Traumatismos Cranianos Fechados

Descritor Inglês: Head Injuries, Closed

Descritor Espanhol: Traumatismos Cerrados de la Cabeza.

Palavras chaves: Mudança de posição do corpo; pacientes neurocirúrgicos; pressão de perfusão cerebral; hemicraniectomia; mudança de decúbito; mobilização terapêutica;

Para a seleção dos descritores, das palavras chaves e definição dos critérios de busca contou-se com o auxílio da bibliotecária Maria Gorete Monteguti Savi, lotada na biblioteca do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para a busca nas bases de dados. As Estratégias de busca utilizadas para a base de dados Medline (Quadro 1), Web of science (Quadro 2), LILACS e BDEF (Quadro 3) e Scielo (Quadro 4) serão apresentadas nesta sequência, a seguir.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada para a bases de dados Medline

("patient positioning"[MeSH Terms] OR "patient positioning"[All Fields] OR "Body position change"[All Fields] OR ("change"[All Fields] AND "body position"[All Fields]) OR "posture"[MeSH Terms] OR "posture"[All Fields]) AND ("brain edema"[MeSH Terms] OR "brain edema"[All Fields] OR "cerebral edema"[All Fields] OR "cerebral oedema"[All Fields] OR "brain oedema"[All Fields] OR "brain injuries"[MeSH Terms] OR "brain injuries"[All Fields] OR "brain injury"[All Fields] OR "neurosurgical inpatients"[All Fields] OR "neurosurgical patients"[All Fields] OR "intracranial pressure"[MeSH Terms] OR "intracranial pressure"[All Fields] OR "cerebral perfusion pressure"[All Fields] OR "head injuries, closed"[MeSH Terms] OR "closed head injuries"[All Fields] OR "craniocerebral trauma"[MeSH Terms] OR "craniocerebral trauma"[All Fields] OR "decompressive craniectomy"[MeSH Terms] OR "decompressive craniectomy"[All Fields] OR "cerebral hemorrhage"[MeSH Terms] OR "cerebral hemorrhage"[All Fields] OR "intracerebral hematoma"[All Fields]) AND (("2010/01/01"[PDAT] : "2015/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Web of science

"patient positioning" OR "Body position change" OR ("change" AND "body position") OR posture
AND
"brain edema" OR "brain oedema" OR "cerebral edema" OR "cerebral oedema"
OR "Brain Injuries" OR "brain injury" OR "neurosurgical inpatients" OR
"neurosurgical patients" OR "Intracranial Pressure" OR "cerebral perfusion
pressure" OR "closed head injuries" OR "closed head injury" OR "Craniocerebral
Trauma" OR " craniectomy" OR hemicraniectomy OR "intracerebral hematoma"

Quadro 3 - Estratégia de busca utilizada para as bases de dados LILACS e BDNF

(tw:("patient positioning" OR "Body position change" OR ("change" AND "body position") OR postur* OR "mudança de decubito" OR "posição do paciente" OR "posicionamento do paciente" OR "Posicionamiento del Paciente" OR "Posicion del Paciente" OR "mobilização terapêutica")) AND (tw:("brain edema" OR "brain oedema" OR "cerebral edema" OR "cerebral oedema" OR "Edema encefálico" OR "edema cerebral" OR "Brain Injuries" OR "brain injury" OR "neurosurgical inpatients" OR "neurosurgical patients" OR "Intracranial Pressure" OR "cerebral perfusion pressure" OR "closed head injuries" OR "closed head injury" OR "Craniocerebral Trauma" OR "intracerebral hematoma" OR "Traumatismos Encefálicos" OR "Traumatismo Encefálico" OR "pacientes neurocirúrgicos" OR "pacientes de neurocirurgia" OR "paciente neurocirúrgico" OR "paciente de neurocirurgia" OR "Presión Intracraneal" OR "Pressão Intracraniana" OR "Presión Intracerebral" OR "Pressão Intracerebral" OR "Presión cerebral" OR "Pressão cerebral" OR "Traumatismos Cerrados de la Cabeza" OR "Traumatismos Cranianos" OR "Traumatismo Cranicerbral" OR "Traumatismos Cranicerbrais" OR craniectom* OR hemicraniectom*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDNF")) AND la:("pt" OR "es" OR "en") AND year cluster:("2010" OR "2011" OR "2013" OR "2012" OR "2014" OR "2015"))

Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Scielo

"patient positioning" OR "Body position change" OR ("change" AND "body position") OR postur\$ OR "mudança de decubito" OR "posição do paciente" OR "posicionamento do paciente" OR "Posicionamiento del Paciente" OR "Posicion del Paciente" OR "mobilização terapêutica"
 AND
 "brain edema" OR "brain oedema" OR "cerebral edema" OR "cerebral oedema" OR "Edema encefálico" OR "edema cerebral" OR "Brain Injuries" OR "brain injury" OR "neurosurgical inpatients" OR "neurosurgical patients" OR "Intracranial Pressure" OR "cerebral perfusion pressure" OR "closed head injuries" OR "closed head injury" OR "Craniocerebral Trauma" OR "intracerebral hematoma" OR "Traumatismos Encefálicos" OR "Traumatismo Encefálico" OR "pacientes neurocirúrgicos" OR "pacientes de neurocirurgia" OR "paciente neurocirúrgico" OR "paciente de neurocirurgia" OR "Presión Intracraneal" OR "Pressão Intracraniana" OR "Presión Intracerebral" OR "Pressão Intracerebral" OR "Presión cerebral" OR "Pressão cerebral" OR "Traumatismos Cerrados de la Cabeza" OR "Traumatismos Cranianos" OR "Traumatismo Cranicerbral" OR "Traumatismos Cranicerbrais" OR craniectom\$ OR hemicraniectom\$

As estratégias de busca para cada base de dados foram diferenciadas porque foram respeitadas as especificidades de cada uma delas. Foram buscados os estudos que responderam a questão de pesquisa e que tinham como tema a mudança de decúbito no paciente

internado em unidades de terapia intensiva acometidos por injúria cerebral grave.

5.1.1.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos publicados entre 2010 a 2015, nas línguas Português, Espanhol e Inglês que continham como sujeitos do estudo adultos e/ou idosos. Estudos que continham os descritores e palavras chaves listados acima e publicados em periódicos científicos das bases de dados selecionadas.

5.1.1.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos artigos da área da pediatria e neonatologia, publicações duplicadas, editoriais, anais de eventos, trabalho de conclusão de curso, teses e dissertações, cartas e artigos que não abordaram a temática.

5.1.1.5 coleta de dados e organização dos estudos

A organização dos estudos seguiu o recomendado pela metodologia da revisão integrativa de Ganong (1987). Desta forma os seguintes passos foram elencados:

- a) **Estudos selecionados:** os que preencheram os critérios de inclusão;
- b) **Estudos não selecionados:** os que não preencheram os critérios de inclusão;
- c) **Estudos excluídos:** os que após leitura na íntegra não preencheram os critérios de inclusão;
- d) **Estudos incluídos:** os que após a leitura na íntegra preencheram os critérios de inclusão.

Os estudos selecionados foram organizados em um quadro com os seguintes dados: título; autor; ano de publicação; base de dados, periódico. E após leitura do título e abstract foi definido como estudo incluído ou não incluído (Quadro 5).

Quadro 5 - Estudos selecionados

Nº	Título do estudo	Autor	Ano de publicação	Base de dados	Periódico	Incluído ou não incluído

Fonte: Modificado de Ganong (1987).

5.1.1.6 Análise crítica dos estudos incluídos

Esta fase para Ganong (1987) demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. Para que os dados pudessem ser reduzidos e comparados, os estudos foram divididos em subgrupos visando à facilitação da análise. Assim, foi utilizado o instrumento construído para os artigos incluídos (Quadro 6) para simplificar, resumir e organizar os dados de forma a facilitar a visualização e a comparação dos estudos. Após ter sido realizada a leitura na íntegra de todos os artigos incluídos, aqueles que abordavam a temática foram avaliados em quatro etapas.

Na primeira etapa foram avaliadas as características de identificação dos autores. Na segunda foram avaliados os dados referentes à publicação. Na terceira foram avaliados os dados metodológicos, classificando-os de acordo com o delineamento e, na quarta etapa, foram avaliadas as considerações relevantes de cada estudo. Para melhor organização dos dados, os mesmos foram agrupados conforme o Quadro 6.

Quadro 6 - Estudos incluídos após leitura na íntegra

ESTUDO 1			
Identificação do pesquisador			
Nome:			
Local de atuação:			
Titulação:			
Profissão:			
Dados da publicação:			
Título do estudo:			
Objetivo do estudo:			
Periódico:			
Ano:	Volume:	Número:	Páginas:
Base de dados:			
() MEDLINE () LILACS () Scielo () BDEF () Web of Science			
Dados da metodologia do estudo:			
Local do estudo:			
Tipo de estudo:			
Participantes do estudo:			
Descritores utilizados:			
Nível de evidência:			
Considerações do estudo:			
Resultados do estudo:			
Conclusão:			
Limitações:			
Recomendações:			

Fonte: baseado em Ganong (1987).

5.1.1.7 Níveis de evidências

A classificação dos níveis de evidência seguiu as recomendações de Pereira e Bachion (2006) de acordo com o Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 - Níveis de evidências

Nível I	Estudos controlados randomizados com baixas taxas de resultados falso-positivo e falso-negativo – alto poder estatístico.
Nível II	Estudos controlados randomizados com altas taxas de resultados falso-positivo e falso-negativo – baixo poder estatístico.
Nível III	Estudos observacionais, não randomizados, utilizando comparação contemporânea.
Nível IV	Estudos observacionais, não randomizados, utilizando comparação histórica.
Nível V	Relato de série (sem utilização de grupo controle).

Fonte: Pereira e Bachion (2006).

5.1.1.8 Interpretação e síntese dos resultados

Após a leitura e análise crítica dos artigos incluídos foi realizada a comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa com os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos referente a temática pesquisada salientando conclusões e inferências, assim como, explicitar os vieses.

5.1.1.9 Apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão integrativa de acordo com Ganong (1987), deve ser clara e completa, permitindo a avaliação crítica dos resultados. Assim, foram elencadas informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, bem como, considerações acerca de algumas fases do processo, coleta de dados, análise e discussão dos dados. A revisão integrativa realizada neste estudo encontra-se em formato de manuscrito no Capítulo referente aos resultados.

5.1.2 Técnica de Grupo Focal

Grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que tem como objetivo a comunicação entre os participantes com a finalidade de gerar dados. Os participantes trocam experiências uns com os outros, fazem perguntas, dão opiniões, sendo que essa interação em grupo facilita a expressão de ideias e experiências (KITZINGER, 2009).

O coordenador/moderador do Grupo Focal foi o pesquisador principal, que teve a função de promover os debates. O facilitador do Grupo Focal foi um membro do grupo de pesquisa GEPADES, que auxiliou nas atividades, registrou informações relevantes e gravou os encontros, bem como, auxiliou nas dinâmicas e nos debates quando necessário, como sugere Kitzinger (2009).

Conforme Kitzinger (2009) as sessões devem ser relaxantes e o ambiente confortável, as pessoas devem sentar em círculos estabelecendo um clima de harmonia. O autor recomenda um número de 4 a 8 pessoas como amostra ideal de participantes. A duração dos encontros poderá variar entre uma ou duas horas, ou se estender por até uma tarde inteira, ou então uma série de encontros.

Os encontros foram gravados e os dados transcritos e utilizados para a análise dos dados após autorização dos participantes.

5.1.2.1 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de uma Instituição de Saúde Pública da cidade de Florianópolis, vinculada a Secretaria do Estado da Saúde, que presta ações e serviços de saúde aos indivíduos de nível social diversificado, proveniente de todo o Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2013).

O mencionado hospital foi inaugurado em 06 de novembro de 1966 e oferece atendimento em todas as especialidades médicas, presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação, tem a missão de prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa (SANTA CATARINA, 2013).

A unidade de terapia intensiva deste hospital presta assistência às mais variadas patologias, porém, é referência em neurologia, neurocirurgia e politrauma. A unidade possui 14 leitos, sendo dois de isolamentos.

A unidade tem implantado a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), são desenvolvidas pelos enfermeiros as etapas, histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação de enfermagem. O diagnóstico, os cuidados e a prescrição de enfermagem seguem o modelo da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) por melhor responder as características da unidade.

Os encontros foram realizados na sala de reuniões da Unidade de Terapia Intensiva do local de estudo, a sala fica localizada no terceiro andar do referido hospital. O local foi escolhido por haver amplo espaço e mesa redonda no centro da sala com cadeiras em volta da mesa, o que contribuiu para a participação e interação dos participantes, uma vez que permitiu interação face a face permitindo que os encontros acontecessem conforme Kitzinger (2009) sugere.

5.1.2.2 Participantes do estudo

Para o desenvolvimento da proposta foram convidados todos os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva para participarem deste estudo. O convite foi formalizado por escrito através de uma carta convite, entregue pela pesquisadora principal aos enfermeiros individualmente (Apêndice C). Atualmente, sem contar com a

pesquisadora principal deste estudo, o grupo é formado por 10 enfermeiros distribuídos nos diferentes turnos, sendo que os turnos existentes são, turno plantão diurno e noturno com carga horária de 12 horas por plantão, totalizando 30 horas semanais.

Dos 10 enfermeiros convidados, oito participaram, sendo que os dois que não participaram foi devido a férias e licença prêmio no período de coleta de dados. Foram realizados um total de três encontros com duração de aproximadamente 1 hora cada sessão. Em todos os encontros estiveram presentes sete enfermeiros, um moderador e um facilitador.

Cabe ressaltar que um dos enfermeiros esteve presente no primeiro e segundo encontro e não pode comparecer no terceiro e último encontro. Outro participante não compareceu nos dois primeiros encontros e esteve presente somente no terceiro e último encontro. Os demais enfermeiros estiveram presentes nos três encontros.

Como critérios de inclusão foi estabelecido: estar na atividade assistencial como enfermeiro da unidade de estudo há mais de seis meses. Esse período de atuação é justificado devido a pouca experiência do profissional na unidade de estudo, pois, um período menor de seis meses não é suficiente para auxiliar na construção do guia de boas práticas que foi iniciado durante os encontros com os enfermeiros que aceitaram participar. Mesmo que o enfermeiro possua experiência de outros locais em que atuou, a unidade de estudo possui características e especificidades que demandam um período maior de atuação para que o enfermeiro possa contribuir com sua vivência profissional.

5.1.2.3 Os encontros

Os encontros estimularam os participantes a engajarem-se uns com os outros, a formularem ideias e a expressarem o que pensam a respeito da temática da mudança de decúbito em pacientes graves que sofreram injúria cerebral e que encontram-se internados na UTI.

O primeiro encontro

O primeiro grupo ocorreu no dia 09 de setembro de 2015 as 17h00 na sala de reuniões da UTI onde os participantes atuam como enfermeiros. Participaram deste encontro sete enfermeiros. Inicialmente houve a apresentação do moderador e facilitador ao grupo, assim como apresentação dos participantes.

Na sequência o moderador apresentou o tema e objetivos do estudo, finalidade do grupo focal e coleta de dados de forma expositiva através de apresentação em data show. Após apresentação o facilitador entregou o TCLE para os que aceitaram participar, o mesmo foi lido e após foram discutidas as questões éticas que permeiam o estudo. Após assinatura dos participantes e devolução do termo para o facilitador foi dado continuidade ao encontro.

O objetivo do primeiro encontro foi o de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prescrição de mudança de decúbito ao paciente que sofreu injúria cerebral grave. Para isso foi lançado o seguinte questionamento “quais são os critérios que você utiliza para prescrever mudança de decúbito aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave?”. O facilitador entregou um papel em branco e dispôs no centro da mesa canetas, lápis de cor, lápis, borracha, apontador de lápis e folhas em branco para que os enfermeiros pudessem escrever suas respostas.

Os profissionais tiveram um tempo de aproximadamente 15 minutos para escreverem suas respostas e, após, os mesmos trocaram suas respostas com outro colega e cada um apresentou verbalmente a resposta do outro. Em seguida foi realizado um debate sobre as informações obtidas.

Após as discussões e síntese do primeiro encontro o moderador encerra o encontro agradecendo a presença de todos. O facilitador entrega para cada participante o artigo: “Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática” (SILVA; NASCIMENTO, 2012) para leitura individual posterior e enfatiza que o artigo será discutido no próximo encontro.

O segundo encontro

O segundo grupo ocorreu no dia 28 de setembro de 2015 as 17 horas na sala de reuniões da UTI do hospital onde os enfermeiros atuam. Participaram deste encontro 7 enfermeiros.

O encontro teve início com apresentação da síntese do encontro anterior com a finalidade de retomar e aprofundar o que foi discutido no primeiro encontro, para isso, o moderador agrupou os principais pontos discutidos anteriormente e apresentou de forma expositiva em power point.

Na sequência foi lembrado sobre o artigo entregue no primeiro encontro, o moderador fez uma pequena síntese do que tratava o artigo e então, foi lançado o seguinte questionamento: “o que mais chamou a sua

atenção no artigo lido?”. O facilitador distribuiu papel e caneta para que os participantes pudessem escrever suas respostas. Após aproximadamente 10 minutos todos já haviam colocado no papel o que mais acharam interessante no artigo e cada um apresentou a sua resposta, a medida que apresentavam todos contribuíram discutindo sobre as respostas obtidas e dessa forma todos participaram e discutiram sobre o artigo.

Após essa discussão inicial foi dado prosseguimento ao encontro, sendo que, o objetivo do segundo encontro foi o de apresentar conceitos da teoria da complexidade para os enfermeiros. Para facilitar o entendimento e a compreensão da teoria da complexidade o moderador apresentou de forma expositiva em power point e fez junção da teoria com a prática assistencial e vivência de cada um.

No final o moderador fez uma pequena síntese dos principais pontos discutidos no segundo encontro e o facilitador entregou o artigo “O Cuidado Intensivo Oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva” (BACKES et al., 2011b) para leitura posterior com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o pensamento complexo de Edgar Morin.

O terceiro encontro

O terceiro e último encontro ocorreu no dia 05 de outubro de 2015 às 17 horas na sala de reuniões da UTI do hospital onde os enfermeiros atuam. Participaram deste grupo 7 enfermeiros.

O encontro teve início com a apresentação da síntese dos encontros anteriores com a finalidade de retomar e aprofundar o que foi discutido no primeiro e segundo encontro. O moderador apresentou as principais ideias extraídas dos encontros anteriores em power point.

O objetivo do terceiro encontro foi o de apresentar a revisão integrativa realizada anteriormente pelo moderador, pesquisador principal, e após, definir critérios para compor o guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva que sofreram injúria cerebral grave.

A Revisão Integrativa foi apresentada em *power point* e foi discutido sobre os dados identificados durante e após a apresentação, assim como, foi realizado um debate sobre as considerações apresentadas e definido o que será utilizado dessa revisão na prática assistencial. Todos deram suas contribuições sobre os dados obtidos na revisão e então foi definido em conjunto os critérios que deverão ser avaliados pelo enfermeiro para prescrever ou não prescrever a mudança

de decúbito para esses pacientes. Os critérios para prescrever mudança de decúbito que não foi encontrado na Revisão Integrativa foi então definido de acordo com a experiência de cada profissional presente no terceiro encontro.

5.1.2.4 Análise dos dados coletados com o grupo focal

O grupo focal como técnica de coleta de dados já é conhecido, porém, quanto a sua utilização também como técnica de análise, as discussões são recentes (BACKES et al., 2011a).

A técnica de análise dos dados deste estudo foi a Análise Focal Estratégica (AFE), uma vez que a mesma compreende a complexidade que envolve a prescrição de mudança de decúbito ao paciente internado em unidades de terapia intensiva. A AFE dá ênfase na inserção dos participantes como autores e atores de proposições estratégicas, ou seja, tanto na coleta de dados por meio do grupo focal, quanto na análise dos dados pela AFE, os participantes da pesquisa são sujeitos ativos e participativos (BACKES et al., 2011a).

Sendo assim, a análise dos dados foi iniciada concomitantemente com a coleta de dados em cada encontro focal, ou seja, a análise ocorreu simultaneamente à coleta. Assim, os dados foram analisados no momento da coleta, juntamente com os sujeitos do estudo, de forma que foi construída coletivamente a síntese de cada encontro como sugere a AFE, técnica específica para análise de dados do grupo focal.

Na técnica de análise AFE o pesquisador busca analisar tanto as potencialidades e fraquezas relacionadas ao ambiente interno, quanto as oportunidades e ameaças do cenário externo, às quais interferem no fenômeno sob investigação. Sob esse enfoque, cada encontro focal buscou levar em conta, também, a análise do ambiente interno, bem como a análise do cenário externo.

Desta forma, a análise dos dados ocorreu em dois momentos, ou seja, o primeiro momento teve início a partir da síntese coletiva de cada encontro. No segundo momento foi retomada a síntese de todos os encontros, pelo pesquisador, o qual realizou uma análise teórica com base na teoria da complexidade, referencial utilizado.

5.2 ASPÉCTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado na Resolução nº 466/12, das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,

2012), como também na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007 que discorre sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Desta forma as questões éticas permearam o estudo e foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, de maneira que foram elencados codinomes para a identificação dos participantes.

A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa com seres humanos da universidade Federal de Santa Catarina UFSC pelo parecer nº 1.163.099/2015 (Anexo 1), pela instituição onde foi realizado o estudo e mediante assinatura do TCLE (Apêndice B) pelos participantes.

Os dados foram arquivados e guardados em local seguro de responsabilidade da pesquisadora principal e permanecerão por um período de cinco anos e após este período serão destruídos. Em relação a Revisão Integrativa da Literatura foram respeitados os aspectos relacionados aos direitos autorais.

6 RESULTADOS

O presente capítulo está organizado de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem (MPENF). Assim, os resultados dessa dissertação estão apresentados na forma de manuscritos científicos (MPENF, 2014) e produto elaborado como proposta do estudo.

O Manuscrito 1 intitulado **“Mudança de Decúbito no Paciente Acometido por Injúria Cerebral Grave: revisão integrativa da literatura”** é uma revisão integrativa referente ao período de 2010 a 2015, pesquisada em diferentes bases de dados.

O Manuscrito 2 intitulado **“Mudança de Decúbito em Pacientes com Injúria Cerebral Grave na Perspectiva de Enfermeiros Intensivistas”** refere-se ao grupo focal realizado com os enfermeiros da UTI do Hospital Governador Celso Ramos no período de setembro a outubro de 2015.

O produto elaborado como proposta do estudo é o guia de mudança de decúbito denominado **“Guia para Mudança de Decúbito em Pacientes com Injúria Cerebral: Uma Construção Sob a Luz da Teoria da Complexidade”** que foi o objetivo desse estudo.

A seguir, seguem os manuscritos e, logo após, o Guia de mudança de decúbito.

6.1 MANUSCRITO 1

MUDANÇA DE DECÚBITO NO PACIENTE ACOMETIDO POR INJÚRIA CEREBRAL GRAVE: revisão integrativa da literatura**RESUMO**

Revisão integrativa de literatura que objetivou analisar os resultados dos artigos científicos sobre mudança de decúbito no paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva acometido por injúria cerebral grave referente ao período de 2010 a 2015. Pesquisou-se nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de dados em Enfermagem, Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e WEB OF SCIENCE. A coleta nas bases de dados foi realizada entre fevereiro a junho de 2015. Foram incluídos cinco artigos sobre a temática. Os dados foram analisados conforme a proposição de Ganong para a revisão integrativa da literatura. Assim surgiram duas categorias: A primeira “Mudando o decúbito no paciente acometido por injúria cerebral grave” e, a segunda categoria “Posicionamento da cabeça e altura da cabeceira da cama do paciente acometido por injúria cerebral grave”. A maioria das publicações analisadas demonstrou que a mudança de decúbito promove pequeno e temporário aumento da pressão intracraniana, sem alterar, de modo significativo, a pressão de perfusão cerebral, antes, durante ou após a mobilização. A análise realizada neste estudo evidenciou a escassez de trabalhos que abordam a ação da mudança de decúbito sobre a pressão intracraniana e pressão de perfusão cerebral. A posição do corpo e da cabeça podem influenciar a hemodinâmica intracraniana após uma lesão cerebral grave, porém, seus efeitos não estão claros e definidos.

Descritores: Pressão de perfusão cerebral. Pressão intracraniana. Posicionamento do paciente. Injúria cerebral. Mudança de decúbito. Posicionamento da cabeça.

DECUBITUS CHANGE IN PATIENT AFFECTED BY CEREBRAL INJURY: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**ABSTRACT**

Integrative literature review that aimed to analyze the results of scientific articles on decubitus change in patients hospitalized in Intensive Therapy Units affected by severe brain injury in the period 2010 to 2015. The survey involved the following databases: Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de dados em Enfermagem, Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e WEB OF SCIENCE. The collection of data in the databases was conducted between February and June 2015. It included five articles on the topic. The data were analyzed according to Ganong's proposition for integrative literature review. Thus emerged two categories: The first, "Changing decubitus in patients affected by severe brain injury", and the second category, "Positioning of the head and height of the headboard of the patient affected by severe brain injury". Most of the reviewed publications has shown that changing decubitus promotes small and temporary increase in intracranial pressure without altering significantly the cerebral perfusion pressure before, during or after mobilization. The analysis done in this study showed the lack of studies that address the action of decubitus change on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure. The position of the body and head can influence the intracranial hemodynamics after a severe brain injury, however, its effects are not clearly defined.

Keywords: Cerebral perfusion pressure. Intracranial pressure. Patient positioning. Brain injury. Decubitus change. Positioning of the head.

EL CAMBIO DE DECÚBITO EN PACIENTE QUE SUFRIÓ UNA GRAVE LESIÓN CEREBRAL: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

RESUMEN

La revisión integral de la literatura tuvo como objetivo analizar los resultados de artículos científicos sobre el cambio de decúbito en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos que sufrieron una grave lesión cerebral en el período de 2010 a 2015. Se investigaron las bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Base de datos de enfermería, Literatura internacional en Ciencias de la Salud, "Scientific Electronic Library Online" y "Web of Science". La investigación en las bases de datos fue realizada entre febrero y junio de 2015. Se incluyeron cinco artículos sobre el tema. Los datos se analizaron de acuerdo con la propuesta de Ganong durante la revisión integral de la literatura. De esta forma surgieron dos categorías: La primera "Cambiando el decúbito en pacientes afectados por una grave lesión cerebral" y, la segunda categoría " El posicionamiento de la cabeza y la altura de la cabecera del paciente afectado por una grave lesión cerebral." La mayoría de publicaciones analizadas demostraron que el cambio de decúbito

promueve un pequeño y temporario aumento de la presión intracraneal, que no altera de forma significativa la presión de perfusión cerebral antes, durante o después de la movilización. El análisis realizado en este estudio demostró la falta de estudios que abordan la acción del cambio de decúbito en la presión intracraneal y en la presión de perfusión cerebral. La posición del cuerpo y de la cabeza pueden influir en la hemodinámica intracraneal después de una grave lesión cerebral, sin embargo, sus efectos no están claramente definidos.

Palabras clave: la presión de perfusión cerebral, presión intracraneal, posición del paciente, lesión cerebral, el cambio de decúbito, posición de la cabeza.

INTRODUÇÃO

O Sistema Nervoso Central (SNC) é complexo e delicado, motivo pelo qual lesões neste órgão podem levar a consequências devastadoras com sequelas irreversíveis (CINTRA et al., 2013a).

Diversos distúrbios podem acarretar em injúria ao SNC, entre eles, Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hemorragia Subaracnoídea (HSA) e tumores cerebrais, que são os que geralmente necessitam de cuidados intensivos. O enfermeiro desempenha fundamental papel nos cuidados intensivos aos pacientes neurológicos e neurocirúrgicos, de forma a prevenir e detectar precocemente complicações. (CINTRA et al., 2013a). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a unidade hospitalar destinada a pacientes em estado crítico, que necessitam de assistência especializada com monitorização e terapia contínua (AMIB, 2009).

O dano causado ao SNC no momento do trauma é chamado de lesão primária. A evolução do evento primário, complicado ou não, possibilita a ocorrência de alterações morfológicas e estruturais que podem levar horas ou dias desde o episódio inicial, contribuindo para o agravamento da lesão encefálica, o que caracteriza a lesão secundária (PARANHOS, 2013).

O aumento da Pressão Intracraniana (PIC) e suas sequelas à perfusão cerebral com consequentes isquemias cerebrais são as principais preocupações da equipe que presta assistência a esses pacientes, independente de tratar-se de lesão primária ou secundária (PARANHOS, 2013).

O cérebro é um órgão metabolicamente ativo e precisa de fluxo de sangue contínuo para desempenhar suas funções, sendo que a circulação cerebral recebe aproximadamente 15 a 20% do débito

cardíaco ou 750 ml por minuto. O Fluxo sanguíneo cerebral está associado com o metabolismo do tecido cerebral, e origina-se das artérias vertebrais, artérias carótidas internas e círculo de willis. O fluxo sanguíneo cerebral pode ser alterado após uma lesão cerebral (CINTRA et al., 2013a).

A inadequada posição do corpo e da cabeça em pacientes que sofreram injúria cerebral grave também poderá contribuir para um fluxo sanguíneo cerebral insuficiente (LEDWITH et al., 2010).

Diversos fatores influenciam a PIC, a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), ou a Pressão Arterial Média (PAM) após uma lesão cerebral, sendo o posicionamento do corpo um fator a ser considerado, uma vez em que a mudança de decúbito inadequada poderá acarretar em aumento da taxa de metabolismo cerebral, diminuição da PPC, aumento da PIC, e consequentemente afetar o fluxo sanguíneo cerebral (CINTRA et al., 2013a).

O conhecimento dos fatores e intervenções que podem afetar o fluxo sanguíneo cerebral após um evento traumático, é de extrema importância para os profissionais que cuidam desses pacientes, com vistas a prevenção de eventos adversos como o dano cerebral secundário ao trauma (CINTRA et al., 2013a).

Levando-se em consideração que a mudança de decúbito no paciente com lesão cerebral constitui um campo de estudo relevante e a fim de buscar novos conhecimentos para contribuir com a atualização da prática deste cuidado esse artigo tem como objetivo analisar os resultados das produções científicas sobre a mudança de decúbito no paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva acometido por injúria cerebral grave no período de janeiro de 2010 a maio de 2015.

METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura a fim de realizar uma análise ampla, em busca de resultados de estudos sobre a mudança de decúbito nos pacientes internados em UTI acometidos por injúria cerebral grave.

As etapas metodológicas utilizadas para essa revisão integrativa foram: Escolha do tema e elaboração da pergunta da revisão; busca e amostragem na literatura; coleta de dados e organização dos estudos; Análise crítica dos estudos incluídos; Interpretação e síntese dos resultados; Apresentação da revisão integrativa. O período de busca foi de janeiro de 2010 a maio de 2015 a fim de encontrar dados atuais sobre mudança de decúbito no paciente acometido por injúria cerebral grave.

Para guiar esta revisão a seguinte questão foi elaborada: O que está sendo evidenciado na literatura sobre mudança de decúbito no paciente internado em unidades de terapia intensiva acometidos por injúria cerebral grave?

Foram elencadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS; Base de dados em Enfermagem - BDEFN; Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE; Scientific Electronic Library Online - SCIELO; WEB OF SCIENCE.

Os descritores foram pesquisados no DeCS (descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings – utilizado para artigos indexados no PubMed), sendo eles: Posicionamento do paciente; Edema encefálico; Postura; Traumatismos Encefálicos; Pressão Intracraniana; Craniectomia Descompressiva; Hemorragia Cerebral e Traumatismos Cranianos Fechados. Também foram utilizadas as seguintes palavras: Mudança de posição do corpo; pacientes neurocirúrgicos; pressão de perfusão cerebral; hemicraniectomia; mudança de decúbito e mobilização terapêutica. Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para a busca nas bases de dados.

Logo, foram elencadas quatro estratégias de busca com os descritores e palavras descritos acima, sendo elas: Estratégia de busca para a base de dados MEDLINE; Estratégia de busca para a base de dados WEB OF SCIENCE; Estratégia de busca para as bases de dados LILACS e BDEFN; Estratégia de busca para a base de dados SCIELO. As estratégias de busca para cada base de dados foram diferenciadas devido as especificidades de cada uma delas.

Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados de janeiro de 2010 a maio de 2015; artigos nas línguas português, inglês e espanhol; que continham como sujeitos do estudo adultos e/ou idosos; estudos que continham os descritores e palavras chaves listados acima e publicados em periódicos científicos das bases de dados indicadas acima. Foram excluídos: artigos da área da pediatria e neonatologia; publicações duplicadas; editoriais; cartas e artigos que não abordaram a temática.

A seleção dos estudos deu-se em cada base de dados com as estratégias de buscas elencadas. Para a base de dados MEDLINE utilizou-se o portal da PUBMED. Para LILACS e BDEFN o acesso foi via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para acessar WEB OF SCIENCE utilizou-se o Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (CAPES). E para acessar SCIELO utilizou-se o portal Scientific Eletronic Library Online.

Inicialmente todos os artigos selecionados foram organizados em um formulário constando os seguintes dados: nº do artigo; título do artigo; autor; ano de publicação; base de dados e periódicos. Neste formulário também foi definido o estudo como incluído ou não incluído onde, foi realizada a leitura exaustiva do título e resumo de cada artigo e definido como incluído ou não incluído, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Na sequência, foi realizada a busca dos artigos com os textos completos e organizados em pasta no computador para posterior leitura. Três artigos não estavam disponíveis *full text online*. Desta forma foi encaminhado e-mail para os autores solicitando o envio do material. Porém, somente um autor enviou o artigo na íntegra via e-mail. Os outros dois artigos foram obtidos por intermédio do serviço de comutação bibliográfica a partir da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os artigos incluídos no presente estudo foram analisados conforme a proposição de GANONG (1987) para a revisão integrativa da literatura.

Para a análise dos artigos foi desenvolvido um formulário de coleta de dados para cada estudo, sendo que cada estudo recebeu uma numeração. Cada artigo foi lido minuciosamente e, os dados principais extraídos de cada artigo foram organizados no referido formulário, que contempla informações sobre o pesquisador, a publicação, a metodologia do estudo e principais considerações do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram selecionados 330 artigos, sendo 229 artigos na base de dados MEDLINE, 10 artigos na LILACS, 6 artigos na SCIELO e 84 artigos na WEB OF SCIENCE. Na base de dados BDENF não foi encontrado artigo com os descritores e palavras elencadas. Desta forma, foram lidos 330 títulos e resumos.

Após a leitura dos títulos e resumos 314 produções foram excluídas. Entre os motivos de exclusão estão: produções não realizadas com seres humanos; publicações da área de pediatria e neonatologia; publicações repetidas; publicações não relacionadas à temática. Apenas 16 produções foram relevantes, das quais se efetuou a leitura do trabalho na íntegra.

Na base de dados MEDLINE foi onde se obteve o maior número de produções científicas, totalizando 10 artigos. Em segundo lugar com o maior número de produções ficou a WEB OF SCIENCE com 5 produções e, por fim, a LILACS com 1 produção. Não foram incluídas produções da SCIELO e BDEFN.

Após a leitura minuciosa das 16 produções previamente incluídas, foram excluídas 11 produções. Dos 11 artigos excluídos 2 não foram pesquisas com seres humanos e 9 não tinham afinidade com o tema e não responderam a questão de revisão e aos critérios de inclusão. Permaneceram então cinco artigos conforme ilustra o Quadro 1 abaixo, das quais foram extraídas as principais informações pertinentes para este trabalho. Ficaram 4 artigos da MEDLINE indexados por PUBMED e 1 artigo da WEB OF SCIENCE, todos no idioma inglês e de periódicos internacionais.

Quadro 1 - Artigos Incluídos

Artigo	Título do artigo	Autor	Periódico	Ano	Metodologia	Nível de evidência
1	Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions	Ledwith et al.	Journal of Neuroscience and Nursing	2010	Estudo prospectivo observacional quasi-experimental	Nível 2
2	Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery	Kose e Hatipoglu	Journal of Clinical Nursing	2012	Estudo clínico experimental	Nível 1
3	Caring for the perioperative patient with increased intracranial pressure	Inoue K.	AORN Journal	2010	Revisão de literatura	Nível 4
4	Acute management of acquired brain injury part I: an evidence-based review of non-pharmacological interventions	Meyer et al.	Brain Injury	2010	Revisão sistemática da literatura	Nível 4
5	Intracranial pressure pulse amplitude during changes in head elevation: a new parameter for determining optimum cerebral perfusion pressure?	Mahfoud; Beck; Raabe.	Acta Neurochirurgica	2010	Estudo prospectivo observacional analítico	Nível 3

Fonte: Artigos incluídos na Revisão Integrativa - Florianópolis, SC, 2015

A classificação dos níveis de evidência seguiu as recomendações de Pereira e Bachion (2006), sendo um dos artigos de nível 1 de evidência, um artigo de nível 2 de evidência, um artigo de nível 3 de evidência e dois artigos são de nível 4 de evidência.

O método de análise utilizado possibilitou analisar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Assim, surgiram duas categorias temáticas: A primeira **“Mudando o decúbito no paciente acometido por injúria cerebral grave”** e, a segunda categoria **“Posicionamento da cabeça e altura da cabeceira da cama do paciente acometido por injúria cerebral grave”**.

Mudando o decúbito no paciente acometido por injúria cerebral grave

A categoria “Mudando o decúbito no paciente acometido por injúria cerebral grave” foi construída a partir da análise de quatro artigos, ou seja, a partir do artigo 1, 2, 3 e 4, conforme consta no Quadro 8 acima.

A mudança de decúbito a cada duas horas é primordial para a prevenção de lesões de pele, visto que, o reposicionamento é necessário para aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele, evitando o fluxo sanguíneo reduzido. Assim como também é eficaz para melhorar a função cardiopulmonar por evitar e reverter atelectasias e facilitar a remoção das secreções das vias aéreas (MORTON et al., 2007; SMELTZER; BARE, 2011).

Entretanto, o posicionamento inadequado do paciente pode contribuir para aumentar o risco de aparecimento de lesões de pele e para a função pulmonar ineficaz. Em pacientes com elevação da PIC a mobilização deve ser evitada ou realizada com cautela, afim de evitar o desenvolvimento de lesão secundária (CINTRA et al., 2013a).

O artigo 1 traz como alternativa para os pacientes que sofreram injúria cerebral a utilização de colchões apropriados para reduzir o risco de úlceras por pressão e aumentar os cuidados com a função pulmonar (LEDWITH et al., 2010).

O mesmo artigo relata que o foco principal para esses pacientes é o controle da PIC e PPC para evitar lesão secundária. O efeito da posição do corpo em pacientes com lesão cerebral grave está apenas começando a ser esclarecido, assim como não existem diretrizes aceitas universalmente e não está claro se a posição do corpo altera os resultados (LEDWITH et al., 2010).

O artigo 1 é um estudo prospectivo observacional quasi-experimental no qual foram observados efeitos de 12 posições diferentes do corpo sobre os resultados neurodinâmicos e hemodinâmicos. Foram avaliados 33 pacientes internados em uma unidade de cuidados neurocríticos com diagnóstico de TCE, HSA e craniotomia para tumor.

Os 33 pacientes foram expostos as 12 posições em ordem aleatória. É importante enfatizar que todos os pacientes possuíam cateter de monitorização de PIC e monitorização hemodinâmica e estavam neurologicamente e fisiologicamente estáveis no momento da avaliação (LEDWITH et al., 2010).

Os dados desse artigo sugerem que pode não haver uma posição ideal única que aumente o oxigênio cerebral e diminua a PIC e aumente a PPC concomitantemente. Assim, a monitorização intracraniana e a observação dos valores de PIC são de extrema importância enquanto o paciente estiver em determinada posição. Essa pesquisa também sugere que a posição lateral pode ser mais prejudicial que a dorsal, visto que durante o decúbito direito e esquerdo foram observadas tendências para efeitos adversos sobre a PIC, PPC e oxigênio cerebral. O estudo sugere que a posição lateral direita e esquerda sejam utilizadas com cautela e que os doentes sejam cuidadosamente monitorizados quando estiverem nessa posição. Os autores acreditam que os dispositivos para monitorização da PIC podem ajudar a determinar a melhor posição para cada paciente individualmente, de forma a diminuir a lesão secundária (LEDWITH et al., 2010).

A técnica para colocação do cateter para monitorização da PIC requer uma trepanação no crânio para passagem de um cateter ou fibra que transmita a PIC a um equipamento ou sensor externo. A PIC normal em adultos varia de 0 a 10 mmHg, sendo que elevações fisiológicas ocorrem durante esforços como tosse, espirro, etc., valores de PIC acima de 20 mmHg devem ser tratados, apesar de que, hipertensão intracraniana moderada é considerada até 40 mmHg e grave acima de 41 mmHg (PARANHOS, 2013).

O artigo 2 é um estudo clínico experimental que estudou os efeitos da posição da cabeça e pescoço na velocidade do fluxo sanguíneo cerebral através de Doppler Transcraniano em 38 pacientes submetidos a cirurgia craniana. O estudo foi realizado na UTI onde o mesmo tipo de cama e monitor estavam disponíveis no período pré-operatório e 72 horas após a cirurgia craniana. Para determinar se as mudanças na velocidade do fluxo sanguíneo foram o resultado de uma intervenção cirúrgica ou de posições diferentes, estas foram calculadas e comparadas estatisticamente nos períodos pré e pós-operatórios (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

A análise do artigo 2 constatou que diferentes posições do corpo não afetaram o fluxo sanguíneo cerebral e as alterações na velocidade do fluxo sanguíneo cerebral foram resultados de intervenções cirúrgicas. Os resultados desse estudo sugerem que a posição lateral é segura e

recomendada se não houver contra indicação médica (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

O fluxo sanguíneo cerebral indica a quantidade de sangue que atravessa uma determinada região do encéfalo por unidade de tempo. Durante repouso o fluxo sanguíneo cerebral médio é de aproximadamente 54 ml/100g de tecido/minuto (PARANHOS, 2013).

O artigo 3 foi uma revisão da literatura sobre o cuidado do paciente com pressão intracraniana elevada. O estudo menciona que o paciente com hipertensão intracraniana pode ser virado e movido. Porém, esse estudo não trás dados estatísticos e comparativos de que o corpo do paciente com hipertensão intracraniana possa ser mudado de posição sem piorar a sua condição clínica, assim como, não especifica o tipo de comprometimento neurocirúrgico. Portanto, os dados desse estudo são pouco confiáveis (INOUE, 2010).

O artigo 4 é uma revisão sistemática da literatura que buscou investigar o uso da posição prona no paciente com injúria cerebral grave (MEYER et al., 2010). Nesta revisão dois estudos avaliaram o uso da posição prona no paciente com lesão cerebral. Um deles examinou os efeitos da posição para a PIC e não mostrou efeito negativo em relação a PIC. Os autores desse estudo sugerem que não se vire o paciente com lesão unilateral para o mesmo lado da lesão para evitar aumento da PIC. O outro estudo relatou aumento da PPC e PAM quando na posição prona, porém, houve também aumento significativo da pressão intracraniana.

Dessa maneira, os riscos e benefícios da posição prona para o paciente com lesão cerebral foram pouco elucidados e necessitam de mais pesquisas para que essa posição possa ser utilizada com segurança para o tratamento de insuficiência respiratória aguda, sem elevar a pressão intracraniana e comprometer o fluxo sanguíneo cerebral nos pacientes que sofreram injúria cerebral grave (MEYER et al., 2010).

Posicionamento da cabeça e altura da cabeceira da cama do paciente acometido por injúria cerebral grave

Nesta categoria, todos os artigos incluídos abordaram a posição da cabeça e cabeceira da cama.

O artigo 1 testou quatro posições com diferentes alturas da cabeceira da cama, sendo elas, decúbito dorsal com cabeceira a 45°, decúbito lateral esquerdo com cabeceira da cama 15°, decúbito lateral direito com cabeceira da cama 15° e, decúbito dorsal com elevação dos joelhos e com cabeceira da cama 30°. Foi observado redução na PIC

quando na posição em decúbito dorsal com a cabeceira a 45° e em decúbito dorsal com a cabeceira da cama a 30° com elevação dos joelhos. Houve aumento na PIC quando nas posições de decúbito lateral direito e esquerdo com cabeceira do leito a 15°. Os autores concluíram que a altura da cabeceira da cama assim como a posição da cabeça e corpo do paciente influenciam na hemodinâmica intracraniana após uma lesão cerebral grave (LEDWITH et al., 2010).

Os autores sugerem que na ausência de monitorização da PIC a posição mais eficiente de acordo com os dados obtidos é o decúbito dorsal com elevação dos joelhos e cabeceira do leito a 30° (LEDWITH et al., 2010).

O artigo 2 utilizou o Doppler Transcraniano para estudar os efeitos da velocidade do fluxo sanguíneo cerebral em diferentes posições e altura da cabeceira da cama. Primeiramente foi realizada uma avaliação com o paciente em decúbito dorsal e com a cabeceira da cama a 0° e anotado os valores como o basal nos 38 pacientes que fizeram parte do estudo. No segundo momento as medições foram repetidas com a cabeceira da cama a 30° em diferentes posições do corpo, sendo elas, decúbito dorsal a 30°, decúbito lateral direito a 30°, cabeça em flexão durante posição lateral direita com cabeceira a 30°, cabeça em extensão durante posição lateral direita com cabeceira da cama a 30°, decúbito lateral esquerdo com a cabeceira da cama a 30°, cabeça em flexão durante decúbito lateral esquerdo com cabeceira da cama a 30°, cabeça em extensão durante decúbito lateral esquerdo com a cabeceira da cama a 30°. Foram feitas medições em todos os pacientes e em todas essas posições no período pré-operatório e no pós-operatório (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

Os dados foram estatisticamente e minuciosamente analisados e concluído que o fluxo sanguíneo cerebral aumentou com a cabeceira da cama a 30° em relação a 0° em todas as posições, porém, houve diminuição do fluxo sanguíneo cerebral com a posição da cabeça em flexão e extensão. Ainda assim, as variações na velocidade do fluxo sanguíneo no período pré-operatório e pós-operatório com a mudança de posições não foi estatisticamente significativo (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

Os resultados desse estudo sugerem que a cabeceira da cama nos pacientes submetidos a cirurgia craniana deve ser de 30° mesmo durante os procedimentos de enfermagem para proporcionar fluxo sanguíneo adequado. Também ficou provado nesse estudo que flexão e extensão da cabeça por período de curta duração não afeta a velocidade do fluxo sanguíneo cerebral, porém, a longo prazo pode causar alterações no

fluxo sanguíneo cerebral. Dessa forma, a extensão e a flexão da cabeça não é recomendada para pacientes com cirurgia craniana (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

O estudo 3 complementa que deve-se manter a linha média da cabeça com a cabeceira da cama a 30° com o intuito de impedir novas lesões ao cérebro, sendo essas intervenções importantes para diminuição de obstruções venosas que, conseqüentemente, serão úteis na manutenção da PIC e PPC dentro dos limites normais (INOUE, 2010). A PPC é a pressão necessária para que o sangue possa perfundir e levar nutrientes ao tecido neuronal (PARANHOS, 2013).

O estudo 4 trata de uma revisão de literatura através da qual foi realizada uma pesquisa exploratória em diversos bancos de dados para identificar intervenções não farmacológicas utilizadas na injúria cerebral aguda. O estudo sugere que a elevação da cabeceira da cama a 30° após uma lesão cerebral diminui a PIC e aumenta a PPC quando comparados a diferentes alturas de cabeceira da cama (MEYER et al., 2010).

O estudo 5 trata de um estudo prospectivo que investigou possíveis relações entre PIC, PPC e a amplitude da pressão de pulso intracraniana durante a elevação da cabeça. O estudo foi realizado com 33 pacientes adultos internados em uma unidade de cuidados neurocríticos (MAHFOUD; BECK; RAABE, 2010).

Foram testados os seguintes parâmetros, de 0° a 30°, de 30° a 60° e de 0° a 60° da elevação da cabeceira da cama. Todos os pacientes estavam com cateter de monitorização da PIC durante a avaliação e monitorização invasiva da PAM e estavam hemodinamicamente estáveis antes de iniciar a avaliação com os parâmetros da cabeceira indicados acima. Durante as avaliações com as diferentes alturas de cabeceira da cama foram anotados os valores de PIC, PPC, PAM e amplitude da pressão de pulso intracraniana (MAHFOUD; BECK; RAABE, 2010).

Dos 33 pacientes submetidos aos testes apenas um evoluiu com aumento da PIC até 40 mmHg durante a posição de 0° de elevação da cabeça com necessidade de interromper o estudo neste paciente. Todos os parâmetros foram analisados minuciosamente e os resultados foram comparados com os valores basais anteriores ao início dos testes. Neste estudo a PIC aumentou em todos os pacientes quando na posição de 0° da cabeceira da cama, sendo que a menor PIC foi encontrada com a cabeça elevada a 60°. No entanto, a altura da cabeceira da cama a 60° provocou uma diminuição significativa na PAM e, conseqüentemente, na PPC. O estudo sugere que deve-se encontrar uma posição que reduza a PIC ao mesmo tempo em que não cause diminuição significativa na PAM e PPC, sendo que neste estudo quando comparados os valores com

a cabeceira da cama a 0°, 30° e 60° de elevação os melhores resultados foram obtidos com a cabeceira da cama a 30° de elevação (MAHFOUD; BECK; RAABE, 2010).

A maioria dos artigos analisados sugere que a posição do corpo do paciente interfere nos resultados da PIC, PPC e PAM, principalmente a altura da cabeceira da cama e a posição da cabeça do paciente inadequadas parecem ter mais relação maléfica para os pacientes que sofreram injúria cerebral. No entanto, os efeitos exatos da posição do corpo na fisiologia intracraniana após a lesão cerebral parece que ainda não estão bem definidos e esclarecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações analisadas neste estudo levam a acreditar que a melhor posição para o paciente com injúria cerebral é decúbito dorsal com elevação dos joelhos, mantendo a linha média da cabeça, com a cabeceira da cama elevada a 30°. Enquanto a cabeceira da cama a 0° aumenta a PIC, a cabeceira da cama a 60° apresenta uma menor PIC que, embora sendo favorável à PIC, pode provocar uma diminuição significativa na PAM e, conseqüentemente, na PPC. Por esse motivo é preciso encontrar um meio termo, ao que parece que a cabeceira da cama elevada a 30° é a mais favorável ao paciente com injúria cerebral, de maneira que nem a extensão e a flexão e nem a rotação da cabeça é recomendada para pacientes com cirurgia craniana.

Entretanto, a busca das publicações científicas realizada nas bases de dados para este estudo evidenciou a escassez de trabalhos que abordam a ação da mudança de decúbito sobre a PIC e PPC em pacientes que sofreram injúria cerebral.

Percebe-se com base nos artigos desta revisão que a posição do corpo e da cabeça podem influenciar na hemodinâmica intracraniana após uma lesão cerebral grave, porém, seus efeitos ainda não estão bem claros e definidos. É necessário que novos estudos surjam para que se possa definir os riscos e benefícios da mudança de decúbito em pacientes com lesões cerebrais graves que encontram-se em UTI, bem como, quando iniciar a mudança de decúbito com segurança nesses pacientes, sem prejudicar a perfusão cerebral e piorar a condição de saúde do doente.

De uma maneira geral essa revisão sugere que o paciente com injúria cerebral grave pode ser mudado de posição, desde que monitorizados e observados os parâmetros de PIC e PPC quando estiverem em decúbito lateral direito ou esquerdo, e também em

decúbito dorsal com a cabeceira da cama elevada em diferentes graus. Porém, nenhum dos estudos faz menção sobre em que momento após a cirurgia cerebral ou mesmo após a injúria cerebral o enfermeiro pode prescrever a mudança de decúbito com segurança.

É necessário que novos estudos sejam realizados para avaliar em que momento o paciente possa e deva ser virado após uma lesão cerebral e procedimentos neurocirúrgicos sem que esse procedimento possa piorar a condição clínica do paciente com injúria cerebral grave.

Apesar de esse artigo trazer considerações importantes sobre as melhores posições para os pacientes que sofreram injúria cerebral grave, esse estudo tem como limitação a ausência de resposta de quando iniciar a mudança de decúbito, assim como, de quanto em quanto tempo deve ser mudado o decúbito do paciente com injúria cerebral grave. Acreditamos que com a inclusão das palavras periodicidade e início da mudança de decúbito após procedimento neurocirúrgico talvez fosse possível encontrar essas respostas.

Outra limitação encontrada é o fato de todos os artigos incluídos nessa revisão tratarem de paciente com monitorização de PIC e não abordar o paciente que sofreu injúria cerebral grave antes da colocação do cateter de monitorização de PIC, levando-nos a acreditar que o paciente sem monitorização não deva ser mudado de posição e, para os que não tem indicação de monitorização de PIC novos estudos devem ser feitos para avaliar outros parâmetros e dar segurança ao enfermeiro que prescreve esse cuidado.

REFERÊNCIAS

AMIB. **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>. Acesso em janeiro de 2015.

CINTRA, E. A.; LITTLEJOHNS, S.; MALTA, M. A.; DICCINI, S.. O Papel da Enfermagem no Neurointensivismo. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos.** CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. v. 20. São Paulo: editora Atheneu 2013a.

GANONG L. H. **Integrative reviews of nursing research.** Res Nurs Health. 1987;10(1):1-11.

INOUE, K.. Caring for the perioperative patient with increased intracranial pressure. *Special Needs Populations*, **AORN**, Inc, Mississippi, EUA. 2010. Volume 91, nº4. 511-518.

KOSE, G.; HATIPOGLU, S.. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. **Journal of Clinical Nursing**, Ankara, Turkey, 2012; (21), 1859-1867.

LEDWITH, M. B; BLOOM, S; MALONEY-WILENSKY, E; COYLE, B; POLOMANO, R. C; LE ROUX, P. D.. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2010. 42 (5): 280-287.

MAHFOUD, F.; BECK, J.; RAABE, A. Intracranial pressure pulse amplitude during changes in head elevation: a new parameter for determining optimum cerebral perfusion pressure?. **Revista Acta Neurochirurgica**, Viena, Áustria, 2010, 152: 443-450.

MEYER, M. J.; MEGYESI, J.; MEYTHALER, J.; MURIE-FERNANDEZ, M.; AUBUT, J.; FOLEY, N.; SALTER, K.; BAYLEY, M.; MARSHALL, S.; TEASELL, R.. Acute management of acquired brain injury part I: an evidence-based review of non-pharmacological interventions. **Revista Brain Injury**, London, Ontario, Canada, 2010; 24 (5): 694-705.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K.; HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2007.

PARANHOS, J. L. R. Monitorização da Pressão Intracraniana e da Saturação de Bulbo da Jugular. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira**. Ano 18. Volume 19. São Paulo: editora Atheneu 2013.

PEREIRA, A. L; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):491-8.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011, 12ª edição.

6.2 MANUSCRITO 2

MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM INJÚRIA CEREBRAL GRAVE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

RESUMO

Objetivou-se definir critérios para a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, na perspectiva de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, visando a construção de um guia de cuidados. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório descritiva, realizada por meio de Grupo Focal, no período entre setembro e outubro de 2015, fundamentada no pensamento da complexidade. Foram realizados três encontros com oito enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de referência em neurologia e neurocirurgia da região Sul do Brasil. O método adotado possibilitou a construção de duas unidades de análise: “Percepção e avaliação dos enfermeiros frente à mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave” e, “Definindo critérios para a elaboração de um guia de mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave”. Os grupos focais e a análise focal estratégica, aliada ao pensamento da complexidade, possibilitaram ampliar a compreensão teórico-prática sobre a mudança de decúbito em pacientes neurológico e neurocirúrgicos, bem como transcender a linearidade do fazer tradicional fragmentado e reducionista e, dessa forma, contribuir para a prática avançada em enfermagem.

Descritores: Injúria cerebral. Cuidados de enfermagem. Posicionamento do paciente. Unidades de terapia intensiva. Guia.

DECUBITUS CHANGE IN PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY FROM THE PERSPECTIVE OF INTENSIVIST NURSES

ABSTRACT

The objective was to develop criteria for the decubitus change in patients with severe brain injury, in the perspective of nurses of an Intensive Therapy Unit, having the construction of a care guide as goal. It is a qualitative study of descriptive-exploratory type, conducted through focus groups, between September and October 2015, grounded in the complexity theory thought. There were three meetings with eight nurses of an Intensive Therapy Unit of a public hospital reference in neurology and neurosurgery in southern Brazil. The adopted method

allowed the construction of two units of analysis: "Perception and evaluation of nurses regarding the change of decubitus in patients with severe brain injury" and "Defining criteria to the development of a guide for decubitus change in patients with severe brain injury". The focus groups and strategic focal analysis, paired with the complexity theory thought, made it possible to expand the theoretic and practical understanding of the decubitus change in neurological patients, as well as transcend the linearity of traditional fragmented and reductionist way, and thus, contribute to advanced practice nursing.

Keywords: Brain Injury. Nursing care. Patient positioning. Intensive care units. Guide.

EL CAMBIO DE DECÚBITO EN PACIENTES CON GRAVE LESIÓN CEREBRAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN

El objetivo fue establecer criterios para el cambio de decúbito en los pacientes con lesión cerebral grave, en la perspectiva de enfermeros de una unidad de cuidados intensivos, para la elaboración de una guía de cuidados. Se trata de una investigación con una abordaje cualitativa de tipo exploratorio descriptivo, realizada con la ayuda de grupo focales, en el periodo comprendido entre septiembre y octubre de 2015, que está fundamentada en la idea de la complejidad. Se realizaron tres reuniones con ocho enfermeros de una unidad de cuidados intensivos de un hospital público de referencia en neurología y neurocirugía del sur de Brasil. El método adoptado permitió la elaboración de dos unidades de análisis: "La percepción y la evaluación de los enfermeros que se enfrentan al cambio de decúbito de pacientes con lesión cerebral grave" y " La definición de criterios para la elaboración de una guía para el cambio de decúbito en pacientes con lesión cerebral grave". Los grupos de discusión y la análisis estratégica, junto con la idea de la complejidad, permitieron ampliar el conocimiento teórico y práctico del cambio de decúbito en los pacientes neurológicos, así como permitió trascender la linealidad de hacer tradicional fragmentado y reduccionista y de esta forma contribuir para la práctica avanzada en la enfermería.

Palabras clave: lesión cerebral. Cuidados de enfermeira. Cambio de posición. Unidades de cuidados intensivos. Guía.

INTRODUÇÃO

A injúria cerebral tem consequências devastadoras e, muitas vezes, irreversíveis para o sistema nervoso. Os danos causados a esse sistema podem ser evitados ou amenizados por enfermeiros especializados em neurologia, pela possibilidade de oferecerem a esses pacientes, melhores chances de recuperação (CINTRA et al., 2013a).

Os enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva neurológicas e neurocirúrgicas devem ter conhecimentos de anatomia e fisiologia cerebral, bem como conhecer a fisiopatologia da lesão cerebral para assim, assistir o paciente de forma adequada, trazendo benefícios para a sua recuperação e diminuindo e/ou evitando os danos causados ao sistema nervoso central (CINTRA et al., 2013a).

Os avanços no conhecimento da fisiopatologia da lesão cerebral, associadas aos avanços nos cuidados neurointensivos e tratamento neurocirúrgicos, tem permitido melhorar o atendimento e o cuidado a esses pacientes, tanto no que se refere a evolução, quanto no prognóstico (MOREJÓN; FERREZ; OLIVEIRA, 2013).

Os cuidados de enfermagem no neurointensivismo, no entanto, se constituem um desafio para os profissionais. Entre os cuidados, a mudança de decúbito nos pacientes com quadro neurológico e/ou neurocirúrgico ainda é permeada de dúvidas, especialmente relacionadas ao momento do início da mudança, a sua periodicidade e as posições em que o paciente pode permanecer sem que isso traga prejuízos ao seu estado de saúde. Sabe-se, que o conhecimento da neurofisiologia, aliada à avaliação clínica do enfermeiro, se constituem em importantes ferramentas de planejamento da assistência de forma adequada, imediata e intensiva.

Entre os diversos cuidados prescritos e coordenados pelo enfermeiro, a mudança de decúbito em pacientes com lesões cerebrais tem chamado a atenção dos profissionais. Reconhece-se, que a mudança de decúbito é uma técnica utilizada para prevenir úlceras por pressão, prevenir complicações cardiopulmonares, além de trazer conforto e manutenção do tônus muscular em pacientes com alterações da mobilidade (CINTRA et al., 2013a).

A posição do paciente que sofreu injúria cerebral grave é um fator importante a ser considerado, pelos enfermeiros, na medida em que planejarão a assistência, visto que algumas posições poderão interferir no fluxo sanguíneo cerebral, levando ao aumento da pressão intracraniana (CINTRA et al., 2013a).

Em contrapartida, o enfermeiro neurointensivista deve pensar nos riscos desta prática para o paciente com lesão cerebral grave, o que lhe exigirá conhecimentos de anatomia e fisiologia do cérebro e entendimento da fisiopatologia da lesão cerebral. Dessa forma, o enfermeiro estará embasado em conhecimento científico e poderá prescrever com segurança a mudança de decúbito, ou mesmo, não prescrevê-la caso a avaliação realizada indicará que isso será mais benéfico para o paciente, ou seja, quando os riscos são maiores que os benefícios.

O enfermeiro neurointensivista está inserido em um ambiente complexo de cuidados (BACKES, 2011b), e isso o torna um profissional comprometido e em constante atualização com o meio em que atua. Para Morin, o pensamento complexo resulta do conjunto de novas concepções, novas visões, novas descobertas e novas reflexões em torno do objeto sob investigação (MORIN, 2011).

Com base no exposto, o estudo se justifica pela necessidade de aprofundar as discussões relacionadas à Unidade de Terapia Intensiva, as quais se caracterizam, por excelência, em ambientes complexos, bem como pela necessidade de apreender a mudança de decúbito de forma ampla e não fragmentada, de modo a assistir o ser humano como um todo e possibilitar a melhor assistência a esses pacientes.

Frente ao exposto, questiona-se: que critérios o enfermeiro deve levar em conta ao prescrever a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave? Sendo assim, o estudo objetivou definir critérios para a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, na perspectiva de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, visando a construção de um guia de cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritiva, realizada por meio da técnica de Grupo Focal (GF) e fundamentada no pensamento da complexidade.

A escolha do referencial deu-se pela necessidade de transcender o pensamento cartesiano e mecanicista, o qual concebe o saber de forma fragmentada e reducionista. O pensamento complexo, por sua vez, amplia, contextualiza e reconhece os múltiplos fatores acerca do objeto sob investigação. Para tanto, reconhece as partes no todo, da mesma forma em que reconhece o todo em cada uma das partes (MORIN, 2005).

Os dados foram coletados por meio da técnica de GF, a partir de três encontros realizados com oito enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de referência em neurologia e neurocirurgia da grande Florianópolis/SC/Brasil, entre o período de setembro e outubro de 2015.

A referida unidade é composta por 11 enfermeiros, distribuídos nos turnos diurnos e noturnos. Foram convidados a participar todos os enfermeiros que atuavam nesta unidade há mais de seis meses, totalizando dez enfermeiros. Destes, oito participaram efetivamente dos encontros, sendo que um participou dos dois primeiros encontros e um participou apenas do terceiro encontro.

O objetivo do GF foi definir critérios para mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave internados em uma UTI, com vistas à construção de um guia de boas práticas sobre a temática, com base na experiência dos enfermeiros e na Revisão Integrativa realizada pela pesquisadora principal, anteriormente ao início do GF.

GF caracteriza-se como um tipo de entrevista em grupo que tem como objetivo a comunicação entre os participantes com a finalidade de gerar dados. Nesse processo, os participantes trocam experiências uns com os outros, fazem perguntas, dão opiniões, sendo que essa interação em grupo facilita a expressão de ideias e experiências (KITZINGER, 2009).

O GF contou com a presença de um coordenador/moderador, sendo que o pesquisador principal foi responsável por promover os debates. Além disso, o grupo também contou com a presença de um facilitador, que foi selecionado anteriormente ao início dos encontros. Este auxiliou nas atividades, registrou informações relevantes, gravou os encontros, auxiliou nas dinâmicas e nos debates como sugere Kitzinger (2009).

Foram realizados três encontros focais. O primeiro e o segundo encontro ocorreram no mês de setembro de 2015 e o terceiro e último encontro no mês de outubro de 2015. Os encontros tiveram duração de aproximadamente 60 minutos. Cada encontro foi norteado por um objetivo específico, conforme segue:

No **primeiro encontro** buscou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prescrição de mudança de decúbito ao paciente com injúria cerebral grave. Para isso foi lançado o seguinte questionamento: quais são os critérios que você utiliza para prescrever mudança de decúbito em pacientes internados na UTI acometidos por injúria cerebral grave? Os participantes tiveram um tempo para escrever ou desenhar

suas respostas, caso preferissem e, após, houve a socialização e discussão das percepções.

No **segundo encontro** se retomou a síntese do primeiro encontro e se buscou discutir sobre as percepções dos enfermeiros com base no pensamento da complexidade. Para tanto, apresentou-se, inicialmente, os principais aspectos do pensamento da complexidade propostos por Edgar Morin.

No **terceiro encontro**, se retomou a síntese dos encontros anteriores e, a seguir, foram apresentados os resultados da revisão integrativa sobre mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, no sentido de definir conjuntamente os critérios para a elaboração do guia de boas práticas de enfermagem sobre a temática proposta. Ao final da apresentação dos dados encontrados na revisão integrativa foi discutido sobre as evidências obtidas e sobre a prática e experiência de cada profissional presente e, desta forma, foram definidos alguns itens que irão compor o guia de boas práticas. Todos contribuíram com suas ideias e vivência profissional.

A análise dos dados foi realizada com base na Análise Focal Estratégica (AFE). A escolha dessa análise se deu pelo fato desta compreender a complexidade que envolve a prescrição da mudança de decúbito em paciente internado em UTI, tendo em vista que a AFE objetiva a análise ampliada e participativa tanto na coleta quanto na análise dos dados. A AFE propõe a inserção dos participantes como autores e atores no processo de proposição de estratégias, ou seja, os participantes da pesquisa são sujeitos ativos na construção das sínteses e, por final, na construção das unidades de análise (BACKES et al., 2011a). Num segundo momento, após o término dos encontros, o pesquisador principal realizou uma análise teórica dos dados, com base no pensamento da complexidade, dando origem às categorias de análise.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado na Resolução nº 466/12, das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), como também na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007 que discorre sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelo parecer nº 1.163.099/2015, pela instituição onde foi realizado o estudo e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pelas letras E (Enfermeiro), seguidas de um algarismo numérico escolhido aleatoriamente de acordo com o número de participantes (E1, E2...E8).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo oito enfermeiros que atuam na unidade de estudo. Destes, dois atuam nesta UTI há mais de 20 anos, um enfermeiro atua há nove anos e um há sete anos e os demais entre um a quatro anos de atuação. Dos oito participantes sete possuem pós-graduação a nível de especialização, três também são mestres em enfermagem e um está cursando mestrado.

A realização dos três encontros por meio do GF possibilitou realizar, com a equipe de enfermeiros, a troca de experiências e reflexões sobre as melhores práticas no que se refere à mudança de decúbito ao paciente que sofreu injúria cerebral grave.

O método adotado possibilitou a construção de duas unidades de análise: Percepção e avaliação dos enfermeiros frente à mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave e, definindo critérios para a elaboração de um guia de mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave.

Percepção e avaliação dos enfermeiros frente à mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave

Essa categoria foi construída com base no primeiro e segundo encontro de grupo focal. No primeiro encontro foi lançado o seguinte questionamento aos enfermeiros: Quais são os critérios que você utiliza para prescrever mudança de decúbito aos pacientes internados na UTI acometidos por injúria cerebral grave? Cada participante contribuiu com suas percepções e foi discutido sobre cada resposta registrada. Obteve-se, nesse processo, diferentes percepções. Alguns enfermeiros evidenciaram como ponto importante os benefícios da mudança de decúbito para prevenir Úlceras Por Pressão (UPP), conforme ilustra a fala:

- *Avalio os critérios de risco para desenvolver Úlceras Por Pressão (obesidade, diabetes, uso de drogas vasoativas) (E2).*

Os dados de um estudo realizado recentemente evidencia que ao mobilizar um paciente no leito, com o objetivo de prevenção de UPP, os outros aspectos advindos dessa mobilização devem ser considerados (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

Outras percepções estão associadas à preocupação dos enfermeiros com as condições clínicas do paciente e a importância de se avaliar o paciente antes da realização da mudança de decúbito, conforme o relato:

- *Avalio o tempo de procedimento neurocirúrgico (PIC, craniectomia descompressiva, Derivação Ventricular Externa); hemodinâmica (droga vasoativa em doses elevadas); valores de Pressão Intracraniana e Pressão de Perfusão Cerebral antes de prescrever ou não a mudança de decúbito. (E5).*

A fala mencionada acima vem ao encontro do que já foi evidenciado num estudo que conclui que evitar eventos adversos causados pela mobilização do paciente crítico é realizar com consciência e cientificidade, uma mobilização terapêutica (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

De acordo com percepções obtidas, a maioria dos enfermeiros avalia o paciente como um todo e, ao mesmo tempo, em que levam em consideração a importância da mudança de decúbito, também avaliam a condição clínica do paciente antes de iniciar a prescrição do procedimento, para que a mobilização não contribua para a piora clínica do paciente em um momento de instabilidade.

Sob esse enfoque, concebeu-se conjuntamente que a mudança de decúbito apresenta riscos e benefícios. Quando o enfermeiro prescreve mudança de decúbito está pensando em benefícios, como prevenção de UPP e complicações pulmonares, porém, ao mesmo tempo, é preciso analisar os riscos, ou seja, o enfermeiro deve avaliar se a mudança de decúbito não irá prejudicar a condição clínica do paciente com injúria cerebral grave.

De acordo com os resultados obtidos em um estudo observacional e descritivo, pode-se afirmar que a mudança de decúbito realizada de forma crítica e por meio de julgamento clínico, se constitui efetivamente em mobilização terapêutica (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

No segundo encontro foi feito uma síntese de um artigo, o qual abordava a mudança de decúbito no paciente internado em UTI e que foi entregue aos participantes no final do primeiro encontro. Cada

enfermeiro contribuiu significativamente na ampliação das percepções, a partir da socialização e aprofundamento da análise feita. Algumas percepções podem ser evidenciadas nas falas a seguir:

- *O que mais chamou a minha atenção foi que a mudança de decúbito tem vários benefícios além de prevenção de UPP, como, prevenção de síndrome do desuso muscular, benefícios para a mecânica ventilatória e conforto. (E2).*
- *O que mais chamou a minha atenção foi que nem todos os decúbitos são para todos e que deve ter uma avaliação individual e frequente. (E1).*
- *O que mais chamou a atenção foi que a mudança de decúbito pode ser ou não terapêutica e que o enfermeiro deve avaliar os riscos e benefícios. (E 3).*

Um estudo realizado mostra que a mobilização do paciente no leito possui outros benefícios, além da prevenção de úlceras por pressão, e que deve-se considerar e priorizar esses benefícios antes de prescrever mudança de decúbito, o enfermeiro deve utilizar o raciocínio clínico nas diferentes etapas do processo (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

A mudança de decúbito, com base nas discussões e evidências científicas, é um procedimento de enfermagem que requer, mais especificamente do enfermeiro, avaliação constante e individualizada, a partir de um raciocínio crítico-reflexivo. Embora essa técnica tenha muitos benefícios para a pele e para a função pulmonar do paciente em cuidados intensivos, a condição clínica do paciente com injúria cerebral é um fator a ser avaliado pelo enfermeiro antes de prescrever mudança de decúbito, ou mesmo, para que não seja iniciada a mobilização. Os riscos e benefícios, dessa prática, requerem monitoramento constante, de forma a ser iniciada o mais precocemente possível, ou a ser adiada caso seja necessário, sem trazer malefícios para a fisiologia craniana.

Definindo critérios para a elaboração de um guia de mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave

No decorrer dos encontros focais, com base nas discussões coletivas, trocas de experiências, aprofundamento das evidências científicas, pode-se perceber que a mudança de decúbito possui certa complexidade, principalmente para o paciente com lesão cerebral grave.

Para a definição dos critérios de mudança de decúbito para a construção do guia a ser utilizado na unidade de estudo, foram

considerados os dados encontrados na revisão integrativa e, também, a vivência teórico-prática de cada participante. Esses critérios serão apresentados, na sequência, por meio de Quadros.

O Quadro 1 apresenta os critérios definidos para a mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC, considerando os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte, enfermeiro (peritos) ou revisão integrativa, e o nível de evidência conforme o JBI (2011).

Quadro 1 - Critérios definidos para a mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Nível de evidência conforme JBI, (2011).
Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI.	PIC \leq 25 mmHg PPC \geq 60 mmHg PAM \geq 80 mmHg DVA em dose baixa ou moderada conforme avaliação do enfermeiro. Procedimento cirúrgico sem complicações.	A cada duas horas.	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal) OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito (KOSE; HATIPOGLU, 2012).	I - ensaio clínico Controlado randomizado. IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.
Não iniciar mudança de decúbito se instabilidade hemodinâmica e HIC por período prolongado.	PIC \leq 25 mmHg PPC \leq 60 mmHg PAM \leq 80 mmHg Hemodinâmica instável, dependente de DVA em dose elevada conforme avaliação do enfermeiro. Complicação cirúrgica*.	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos (LEDWITH et al., 2010).	II - pelo menos, um ensaio clínico controlado Randomizado IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.

* Avaliar o tempo de cirurgia, sangramento durante a cirurgia, característica da lesão e prognóstico.

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Os dados de um estudo prospectivo, observacional quase-experimental propõe que os doentes sejam cuidadosamente monitorizados quando estiverem na posição lateral direita ou esquerda. Os autores acreditam que os dispositivos para monitorização da PIC podem ajudar a determinar a melhor posição para cada paciente (LEDWITH et al., 2010), de forma a trazer segurança ao enfermeiro que

prescreve esse cuidado, uma vez que, se ocorrer hipertensão intracraniana (HIC) em determinado decúbito, por período de curta duração, há indicação de retornar ao decúbito anterior sem trazer malefícios ao paciente.

O mesmo é elucidado em um estudo clínico experimental que testou os efeitos da posição da cabeça e do pescoço no fluxo sanguíneo cerebral por Doppler Transcraniano em 38 pacientes, onde os dados sugerem que tanto a posição lateral direita quanto a esquerda são seguras e recomendadas quando não houver contraindicação (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

O Quadro 2 a seguir destaca os critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes sem monitorização de PIC, considerando, da mesma forma, os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte, enfermeiro (peritos) ou revisão integrativa, e o nível de evidência conforme o JBI (2011)

Quadro 2 - Critérios definidos para a mudança de decúbito em paciente sem monitorização de PIC

Quando iniciar mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Nível de evidência
Pacientes sem evidências de HIC iniciar imediatamente.	Avaliar a clínica da HIC (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). TC de crânio Hemodinâmica Avaliação neurológica (GLASGOW e pupilas). Sedação profunda ou superficial).	Mudar o decúbito a cada duas horas.	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal) OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito (KOSE; HATIPOGLU, 2012).	I - ensaio clínico Controlado randomizado. IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.
Pacientes com HIC grave não iniciar.	Avaliar a clínica da HIC (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). TC de crânio Hemodinâmica Avaliação neurológica (GLASGOW e pupilas). Sedação profunda ou superficial.	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos (LEDWITH et al., 2010).	II - pelo menos, um ensaio clínico controlado Randomizado IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Os dados de uma pesquisa realizada por Ledwith et al. revelam que pode não haver posição ideal para o paciente com injúria cerebral que diminua a PIC, aumente a PPC ou o oxigênio no cérebro concomitantemente (Ledwith et al., 2010). Nessa direção, a pesquisa indica a utilização de cateteres de monitorização de PIC para ajudar a determinar a melhor posição para cada paciente individualmente e assim ajudar a diminuir a lesão secundária, porém, na ausência de cateteres de monitorização de PIC os autores acreditam que a melhor posição para diminuir a PIC e aumentar a PPC seja o decúbito dorsal com a elevação da cabeceira da cama a 30° com leve elevação dos joelhos.

O Quadro 3 aponta os critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes com craniectomia descompressiva, considerando igualmente os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte e o nível de evidência, conforme o JBI (2011) e observações.

Quadro 3 - Critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes com craniectomia descompressiva

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Nível de evidência	Observações
Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI.	TC de crânio sem evidência de HIC grave. Hemodinâmica estável ou com DVA em dose baixa ou moderada. Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW de entrada no hospital) Procedimento cirúrgico sem complicações.	Mudar o decúbito a cada duas horas.	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal). OBS: não fazer o decúbito para o mesmo lado da craniectomia descompressiva, alternar o DD com o lado oposto a craniectomia descompressiva.	I - ensaio clínico controlado randomizado. IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.	Após 24 horas o enfermeiro deve fazer nova avaliação (presença ou ausência de edema no local da craniectomia e pálpebra do mesmo lado da craniectomia) e iniciar a mobilização para o mesmo lado após ausência de edema e nova avaliação dos parâmetros avaliados no início da mudança de decúbito para o lado oposto a craniectomia.
Não realizar mudança de decúbito se evidência de HIC grave.	TC de crânio sugestiva de HIC grave. Hemodinâmica instável com DVA em dose elevada. Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW de entrada no hospital). Cirurgia com complicações.	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos (LEDWITH et al., 2010).	I - pelo menos, um ensaio clínico controlado randomizado IV - critérios clínicos e experiência de Especialistas.	O enfermeiro deve fazer avaliação constante dos parâmetros a serem avaliados e assim que apresentar melhora iniciar imediatamente a mudança de decúbito.

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

No que diz respeito à craniectomia descompressiva, um dos participantes do grupo focal ponderou:

- *Em casos de craniectomia descompressiva vira-se o paciente para o lado oposto à craniectomia, na fase aguda não vira para o mesmo lado da craniectomia. Enquanto o cérebro estiver inchado não pode fazer o decúbito para esse lado para não elevar a PIC. Deve ter avaliação constante do enfermeiro para iniciar a mobilização o mais precoce possível. (E, 7).*

A fala acima corrobora com o elucidado em um estudo realizado por Aguiar e colaboradores quando retratam que o objetivo da craniectomia descompressiva é o de tornar o crânio não mais uma caixa rígida, mas permitir a expansão do cérebro com consequente diminuição da PIC (AGUIAR et al., 2006). Por esse motivo não se deve virar o paciente para o mesmo lado da craniectomia, permitindo a expansão extracraniana do cérebro com edema de forma adequada.

Os critérios estabelecidos nos quadros acima foram definidos em conjunto com os enfermeiros, com base na experiência profissional bem como no aprofundamento dos artigos que integraram a revisão integrativa. Os critérios amplamente discutidos e aqui apresentados não se constituem em receita pronta, mas poderão servir de guia de orientação e abertura para novas possibilidades teórico-práticas. Como destaca Morin (2011) não devemos nos fechar na crença de que o que acontece hoje permanecerá para sempre. Essa ideia foi compartilhada, mais especificamente por um participante:

- *Eu acho que deve ter uma avaliação contínua do enfermeiro porque às vezes o paciente que não tinha condições de virar. Algum tempo depois já pode apresentar melhora e pode ser iniciada a mudança, e o contrário também, o paciente estava sendo mudado de decúbito e pode vir a apresentar piora e ser necessário parar por um tempo a mobilização e assim continuamente. (E,7).*

Mudar o decúbito do paciente com injúria cerebral grave em momentos de instabilidade, de acordo com o estabelecido, sem fazer criteriosa avaliação do paciente em sua singularidade e multidimensionalidade como um todo é não pensar na complexidade que circunda este procedimento. Como retrata Morin (2011, p.83), “o pensamento complexo não recusa a clareza, a ordem, o determinismo, e

sim, os considera insuficientes uma vez que não se pode programar a descoberta, o conhecimento e a ação”.

A complexidade que envolve a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral também pode ser percebida nos resultados da pesquisa de Ledwith et al. (2010) onde os autores sugerem que pode não haver uma posição ideal única e que o cuidado é individualizado para cada paciente específico e de acordo com a sua patologia e gravidade. Os autores concluem que os efeitos da posição do corpo para o paciente com injúria cerebral estão apenas começando a ser elucidados.

Definir critérios para a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, na perspectiva de enfermeiros de uma UTI e com base no pensamento complexo, implica transcender a linearidade do fazer tradicional e compreender cada paciente/ser humano, como unidade complexa, a partir “daquilo que é tecido em conjunto”, conforme sustentado pelo autor da complexidade (MORIN, 2011).

Deste modo o enfermeiro deverá estar sempre reavaliando as condições clínicas do paciente para assim iniciar o mais precocemente possível a mudança de decúbito, evitando outros agravos causados pela mudança de decúbito tardia. Enfatiza-se que o que não está programado pode acontecer e, desta forma, deve-se pensar na complexidade que envolve todo este processo para não prescrever mudança de decúbito de forma inadequada e assim, proporcionar segurança ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a complexidade que envolve a mudança de decúbito em pacientes neurológico e/ou neurocirúrgicos permitiu a definição de alguns critérios baseados tanto na literatura quanto na experiência dos enfermeiros intensivistas, os quais servirão de subsídios para a construção do Guia de cuidados para mudança de decúbito ao paciente que sofreu injúria cerebral grave internado na UTI em estudo, visando contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação do cuidado de enfermagem.

A metodologia adotada, mais precisamente os grupos focais e a análise focal estratégica, aliada ao pensamento da complexidade, possibilitam ampliar a compreensão teórico-prática sobre a mudança de decúbito em pacientes neurológicos, bem como transcender a linearidade do fazer tradicional fragmentado e reducionista e, dessa forma, contribuir para a prática avançada em enfermagem.

Este estudo seguramente subsidiará um ponto de partida para que surjam novas pesquisas na área da enfermagem com o intuito de instrumentalizar o cuidado e prover novos conhecimentos à equipe, através dos encontros e trocas de experiências.

Como limitação pode-se citar os poucos artigos que abordam a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral, o que implicou em pouca produção científica para subsidiar os critérios a serem utilizados para prescrever mudança de decúbito a esses pacientes.

O guia de mudança de decúbito irá proporcionar melhora da assistência prestada assim como visa facilitar a coordenação desse cuidado prescrito pelo enfermeiro, contribuindo para a segurança do paciente com injúria cerebral grave, de forma a iniciar a mudança de decúbito o mais precocemente possível, reduzindo outras complicações advindas da mudança de decúbito tardia ou inadequada, sem trazer malefícios para a fisiologia craniana.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. H.; FONTES, R. B. V.; RENATA SIMM, R.; MONTENEGRO, M. C.; PETITTO, C.; FARIA, S.; HIRSCH, R. Análise crítica e comentários acerca da craniectomia descompressiva no tratamento da hipertensão intracraniana refratária decorrente de isquemia no território da artéria cerebral média. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, São Paulo, 2006. 17(1), 20-24, 2006.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, São Paulo: 2011a; 35 (4): 438-442.

BACKES, Marli Terezinha Stein. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**. Brasil, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 16 de outubro de 2013.

COFEN. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>. Acesso em: 5 de out. 2013.

CINTRA, E. A.; LITTLEJOHNS, S.; MALTA, M. A.; DICCINI, S. O Papel da Enfermagem no Neurointensivismo. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira**. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013a.

JB.I. Joanna Briggs Institute Reviewers. Manual 2011 Edition. **The Joanna Briggs Reviewers manual 2011 Edition**. The Joanna Briggs Institute, 2011.

KOSE, G.; HATIPOGLU, S. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. **Journal of Clinical Nursing**, Ankara, Turkey, 2012; (21), 1859-1867.

KITZINGER, J. Grupos Focais. In: Mays, N.; Pope, C. Pesquisa qualitativa na atenção a saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEDWITH, M. B; BLOOM, S; MALONEY-WILENSKY, E; COYLE, B; POLOMANO, R. C; LE ROUX, P. D.. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2010. 42 (5): 280-287.

MOREJON, C. S.; FERREZ, M. A.; OLIVEIRA, M. C. Exame neurológico nas emergências Neurológicas. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira**. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

SILVA, R. F. A.; NASCIMENTO, M. A. L. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN 1980-220x versão on-line. 2012; 46(2):413-419. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 set. 2013.

**6.3 GUIA PARA MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM
INJÚRIA CEREBRAL: UMA CONSTRUÇÃO SOB A LUZ DA
TEORIA DA COMPLEXIDADE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

**GUIA PARA MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM
INJÚRIA CEREBRAL: UMA CONSTRUÇÃO SOB A LUZ DA
TEORIA DA COMPLEXIDADE**

LUCIANA MACHADO MAGNUS

Florianópolis
MPENF/UFSC
2015

LUCIANA MACHADO MAGNUS

**GUIA PARA MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM
INJÚRIA CEREBRAL: UMA CONSTRUÇÃO SOB A LUZ DA
TEORIA DA COMPLEXIDADE**

Este Guia de Cuidados foi elaborado a partir da Dissertação de Mestrado Profissional intitulada “Mudança de Decúbito para Pacientes em Cuidados Intensivos Neurológicos e Neurocirúrgicos: Guia de Boas Práticas de Enfermagem” da Mestre Luciana Machado Magnus, defendida no Programa de Pós Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Marli Terezinha Stein Backes

Florianópolis
MPENF/UFSC
2015

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estruturas da Barreira Hematoencefálica	107
Figura 2 - Representação esquemática do SNC	108
Figura 3 - Locais de maior incidência para desenvolvimento de UPP.....	111
Figura 4 - decúbito lateral direito mantendo-se a linha média da cabeça.....	119
Figura 5 - Decúbito lateral esquerdo mantendo-se a linha média da cabeça	119
Figura 6 - Decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça	120
Figura 7 - Decúbito dorsal com a cabeceira da cama a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça e os joelhos levemente flexionados.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC.....	114
Quadro 2 - Mudança de decúbito para pacientes sem monitorização de PIC.....	115
Quadro 3 - Mudança de decúbito para pacientes com craniectomia descompressiva.....	116
Quadro 4 - Altura da cabeceira da cama e posição da cabeça.....	118

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	– Acidente Vascular Encefálico
DD	– Decúbito Dorsal
DLD	– Decúbito Lateral Direito
DLE	– Decúbito Lateral Esquerdo
DVA	– Droga Vasoativa
FSC	– Fluxo Sanguíneo Cerebral
HGCR	– Hospital Governador Celso Ramos
HIC	– Hipertensão Intracraniana
HSA	– Hemorragia Subaracnoídea
LCR	– Líquido Cefalorraquidiano
PAM	– Pressão Arterial Média
PIC	– Pressão Intracraniana
PPC	– Pressão de Perfusão Cerebral
SNC	– Sistema Nervoso Central
TC	– Tomografia Computadorizada
TCE	– Traumatismo Cranioencefálico
UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina
UPP	– Úlceras Por Pressão
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	105
1 BREVE REVISÃO DOS ASPECTOS GERAIS DO SISTEMA NERVOSO	107
1.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CÉREBRO.....	107
1.2 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO CEREBRAL.....	109
2 BENEFÍCIOS DA MUDANÇA DE DECÚBITO	111
3 CRITÉRIOS PARA MUDANÇA DE DECÚBITO - ALTURA DA CABECEIRA DA CAMA E POSIÇÃO DA CABEÇA DO PACIENTE COM INJÚRIA CEREBRAL GRAVE	113
3.1 PACIENTES QUE NÃO PODEM SER MUDADOS DE DECÚBITO.....	120
4 REFERÊNCIAS	123

APRESENTAÇÃO

Este Guia de boas práticas sumariza as linhas de orientação baseadas nas evidências científicas e na opinião e experiência da equipe de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva para a mudança de decúbito para o paciente com injúria cerebral grave. Foi desenvolvido ao longo de dois anos durante o Curso de Mestrado Profissional realizado no Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

Concordando com Cintra et al. (2013a) os enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva neurológicas e neurocirúrgicas devem ter conhecimentos de anatomia e fisiologia cerebral, além de conhecer a fisiopatologia da lesão cerebral para assim, assistir o paciente de forma adequada, trazendo benefícios para a sua recuperação, bem como diminuir e/ou evitar danos causados ao sistema nervoso central.

Neste cenário optou-se por elaborar esse guia de cuidados de enfermagem como uma ferramenta para padronizar e orientar a equipe com vistas a promover uma assistência de qualidade e segura para o paciente neurológico e/ou neurocirúrgico que encontra-se internado em Unidades de Terapia Intensiva.

Este guia contempla orientações acerca da mudança de decúbito para pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Governador Celso Ramos que sofreram injúria cerebral grave. As orientações foram organizadas em três Capítulos que estão distribuídos ao longo do Guia.

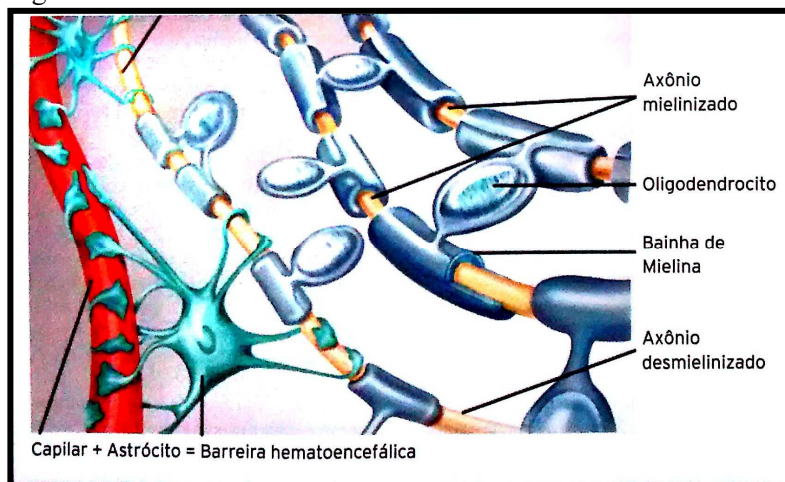
No primeiro Capítulo aborda-se a anatomia e fisiologia craniana e a fisiopatologia da lesão cerebral; O segundo Capítulo trata dos benefícios da mudança de decúbito e, no terceiro e último Capítulo aborda-se os critérios estabelecidos de acordo com a literatura pesquisada (revisão integrativa dos últimos cinco anos) e os critérios estabelecidos em conjunto com a equipe de enfermeiros, baseada na experiência e vivência profissional.

1 BREVE REVISÃO DOS ASPECTOS GERAIS DO SISTEMA NERVOSO

1.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CÉREBRO

A unidade funcional básica do cérebro é o neurônio, sendo constituído por um corpo celular, um axônio e um dendrito. O sistema nervoso central é composto por mais de 100 milhões dessas células. O dendrito é uma ramificação com sinapses que recebe mensagens eletroquímicas, o axônio é uma projeção longa que transporta os impulsos para longe do corpo celular, assim, os neurônios são células excitáveis responsáveis pela transmissão e análise de toda a comunicação eletroquímica no cérebro. Sugiro começar aqui novo parágrafo e para isso precisa ver quem é o autor do 1º parágrafo. Outro tipo de células nervosas são as chamadas de neuroglias. Existem três tipos de células neurogliais, que são as chamadas micróglia, astrócitos e oligodendróglia. As células neurogliais possuem a função de sustentar, nutrir e proteger os neurônios. A barreira hematoencefálica (figura 1) é uma rede de células endoteliais que atuam isolando as células cerebrais, bloqueando substâncias e toxinas que poderão causar dano neuronal (CINTRA et al., 2013a; SMELTZER; BARE, 2011).

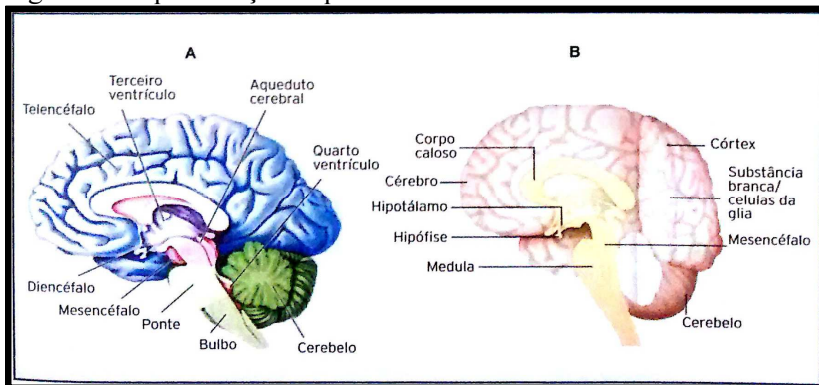
Figura 1 - Estruturas da Barreira Hematoencefálica



Fonte: Cintra et al. (2013a).

O Sistema Nervoso Central (SNC) é dividido em cinco principais partes, que são: Medula espinhal; Tronco Cerebral; Cerebelo; Diencefalo e Hemisférios Cerebrais (figura 2) (CINTRA et al., 2013a).

Figura 2 - Representação esquemática do SNC



Fonte: Cintra et al. (2013a).

O cérebro é o órgão mais ativo do corpo e sua função depende do transporte ativo dos íons relacionados com a excitação e condução nervosas. O volume intracraniano é cerca de 1900 ml, desses, 80% é ocupado pelo encéfalo, 10% pelo sangue e 10% pelo líquido cefalorraquidiano (LCR) (PARANHOS, 2013).

A complacência intracraniana é a capacidade do cérebro em tolerar elevações do seu volume sem elevar a pressão. Quando a complacência é reduzida elevação acentuada da pressão intracraniana poderá ocorrer. O cérebro recebe cerca de 750 ml/minuto de sangue arterial, esse volume corresponde a 15 a 20% do débito cardíaco. Autorregulação cerebral é a capacidade do cérebro em manter um fluxo sanguíneo constante mesmo com variações na pressão arterial, sendo que, a injúria cerebral poderá comprometer a autorregulação cerebral (CINTRA et al., 2013a).

O fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC) indica “a quantidade de sangue que atravessa uma determinada região ou porção do encéfalo por unidade de tempo”, sendo que o FSC é de aproximadamente 54 ml/100g de tecido/minuto quando em repouso. A Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) é a pressão necessária para que o sangue consiga perfundir todo o tecido neuronal (PARANHOS, 2013, p.101; DOMENICONI et al., 2013).

1.2 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO CEREBRAL

O SNC é complexo e delicado, motivo pelo qual lesões neste órgão podem levar a consequências devastadoras com sequelas irreversíveis. Diversos distúrbios podem acarretar em injúria ao SNC, entre eles, Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hemorragia Subaracnoídea (HSA) e tumores cerebrais, que são os que geralmente necessitam de cuidados intensivos (CINTRA et al., 2013a).

O dano causado ao SNC no momento do trauma é chamado de lesão primária. A evolução do evento primário, que pode ser de horas a dias após a lesão inicial, possibilita a ocorrência de alterações morfológicas e estruturais no parênquima cerebral, ocasionando o agravamento da lesão encefálica, caracterizando a lesão secundária. O aumento da PIC é comum nesses pacientes contribuindo para a perfusão cerebral inadequada e insuficiente, acarretando em isquemia (PARANHOS, 2013).

A PPC é a diferença entre a Pressão Arterial Média (PAM) e a Pressão Intracraniana (PIC), dessa forma, a PPC é igual a PAM menos a PIC ($PPC = PAM - PIC$), sendo que a PPC deve ser mantida igual ou superior a 60 mmHg para fornecer adequada perfusão cerebral (PARANHOS, 2013, p. 101; DOMENICONI et al., 2013).

O aumento prolongado da PIC é um dos fatores contribuintes para uma evolução desfavorável, uma vez que dois mecanismos prejudiciais resultantes da HIC são, a herniação e a isquemia cerebral (PINERO; GODOY; YOUSSEF, 2013).

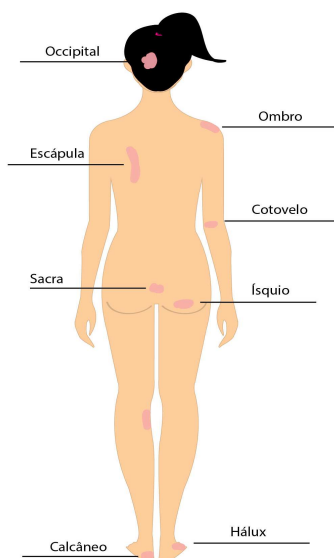
A lesão cerebral grave acarreta diversas consequências, que são: hipóxia; hipotensão; hipertermia; hipernatremia e hiponatremia; hiperglicemia e hipertensão intracraniana. Os níveis de PIC abaixo de 5 mmHg são considerados normais, enquanto os níveis de PIC acima de 25 mmHg são anormais (CINTRA et al., 2013a).

2 BENEFÍCIOS DA MUDANÇA DE DECÚBITO

A mudança de decúbito deve ser realizada pela equipe de enfermagem a cada duas horas. Seus benefícios incluem: a prevenção de Úlceras Por Pressão (UPP), sendo que, o reposicionamento é necessário para aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele, evitando o fluxo sanguíneo reduzido; Melhorar a função cardiopulmonar por evitar e reverter atelectasias e facilitar a remoção das secreções das vias aéreas; prevenir a síndrome do desuso muscular, além de trazer conforto e evitar fadiga (MORTON et al., 2007; SMELTZER; BARE, 2011).

A UPP é resultado da pressão aplicada pelo peso do corpo que provoca redução no fluxo sanguíneo arterial e capilar, ocasionando eventos isquêmicos. A lesão tissular ocorre quando a pressão exercida sobre a pele é superior a pressão de fechamento capilar normal. A pressão de oclusão capilar normal é de 32 mmHg. Quando a pressão externa excede a 32 mmHg ocorre uma restrição de fluxo sanguíneo local, esta pressão por período prolongado interfere na oxigenação e nutrição dos tecidos causando anóxia e morte celular. As UPP desenvolvem-se em maior proporção em proeminências ósseas, sendo a maior incidência em região coccígena, calcanhares, cotovelos, maléolos, trocânteres e região occipital (Figura 3) (SMELTZER; BARE, 2011; MORTON et al., 2007; POTTER; PERRY, 2004).

Figura 3 - Locais de maior incidência para desenvolvimento de UPP



O decúbito do paciente é fator importante para a função pulmonar, visto que, nem todas as regiões do pulmão apresentam a mesma ventilação. A posição do corpo interfere na ventilação devido a anatomia do pulmão e da gravidade ocasionada pelo decúbito. A circulação pulmonar sofre grande influência da gravidade conforme a posição do paciente (MORTON et al., 2007).

Schell e Puntillo (2005) acrescentam que o gradiente de pressão intrapleural influencia a distribuição de ar nos pulmões, tornando a posição do corpo de fundamental importância para a distribuição de ar e ventilação eficaz. Para ocorrer a troca gasosa adequada deve-se combinar ventilação e perfusão em cada posição.

Outro benefício da mudança de decúbito é a prevenção da síndrome do desuso muscular. “A síndrome da imobilidade é um conjunto de alterações que ocorrem no indivíduo acamado por um período de tempo prolongado. [...] Esta síndrome evolui para problemas circulatórios, dermatológicos, respiratórios e, muitas vezes, psicológicos” (CINTRA et al., 2013b, p.72). A mudança de decúbito de forma adequada associada a fisioterapia motora é um fator importante para a prevenção dessa síndrome.

3 CRITÉRIOS PARA MUDANÇA DE DECÚBITO - ALTURA DA CABECEIRA DA CAMA E POSIÇÃO DA CABEÇA DO PACIENTE COM INJÚRIA CEREBRAL GRAVE

Os pacientes criticamente doentes que evoluem com complicações pulmonares e hemodinâmicas, e também os que encontram-se em pós operatórios de cirurgias neurológicas, muitas vezes não toleram mudança de decúbito por piorar a ventilação e ocasionar instabilidade hemodinâmica severa, além de elevar a pressão intracraniana. Nestas condições o enfermeiro antes de prescrever mudança de decúbito deve fazer uma avaliação criteriosa dos riscos e benefícios.

Nesta perspectiva, foram elencados neste item os critérios que a equipe julgou necessários para prescrever ou não prescrever mudança de decúbito ao paciente com injúria cerebral grave, levando-se também em consideração as evidências científicas a partir da revisão integrativa realizada e foram definidos os níveis de evidência de acordo com o JBI (2011).

Desta forma foram estabelecidos critérios para mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC (Quadro 1); Mudança de decúbito para paciente sem monitorização de PIC (Quadro 2) e Mudança de decúbito para paciente com craniectomia descompressiva (Quadro 3). Esses critérios encontram-se detalhados a seguir em formato de três quadros.

Quadro 1 - Mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos
<p>Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI.</p>	<p>PIC \leq 25 mmHg PPC \geq 60 mmHg PAM \geq 80 mmHg DVA em dose baixa ou moderada conforme avaliação do enfermeiro. Procedimento cirúrgico sem complicações.</p> <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	<p>A cada duas horas.</p>	<p>DLD (decúbito lateral direito) (ver figura 4) DLE (decúbito lateral esquerdo) (ver figura 5) DD (decúbito dorsal) (Ver figura 6)</p> <p>OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito – definido como nível de evidência I- (KOSE; HATIPOGLU, 2012).</p>
<p>Não iniciar mudança de decúbito se instabilidade hemodinâmica e HIC por período prolongado.</p>	<p>PIC \geq 25 mmHg PPC \leq 60 mmHg PAM \leq 80 mmHg Hemodinâmica instável, dependente de DVA em dose elevada conforme avaliação do enfermeiro. Complicação cirúrgica*.</p> <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	<p>Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.</p>	<p>Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos – definido como nível de evidência II- (LEDWITH et al., 2010). (ver figura 7).</p>

* Para avaliar se o procedimento cirúrgico ocorreu com ou sem complicações o enfermeiro deverá levar em consideração: o tempo de cirurgia; sangramento durante a cirurgia; característica da lesão e prognóstico.

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Magnus (2015).

Quadro 2 - Mudança de decúbito para pacientes sem monitorização de PIC

Quando iniciar mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos
Pacientes sem evidências de HIC iniciar imediatamente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a clínica da HIC (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). ▪ TC de crânio ▪ Hemodinâmica ▪ Avaliação neurológica (GLASGOW e pupilas). ▪ Sedação profunda ou superficial). <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	Mudar o decúbito a cada duas horas.	<p>DLD (decúbito lateral direito) (ver figura 4)</p> <p>DLE (decúbito lateral esquerdo) (ver figura 5)</p> <p>DD (decúbito dorsal) (ver figura 6).</p> <p>OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito – definido como nível de evidência I - (KOSE; HATIPOGLU, 2012).</p>
Pacientes com HIC grave não iniciar.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a clínica da HIC (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). ▪ TC de crânio ▪ Hemodinâmica ▪ Avaliação neurológica (GLASGOW e pupilas). ▪ Sedação profunda ou superficial. <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos – definido como nível de evidência II - (LEDWITH et al., 2010). (ver figura 7)

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Magnus (2015).

Quadro 3 - Mudança de decúbito para pacientes com craniectomia descompressiva

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Observações
Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TC de crânio sem evidência de HIC grave. ▪ Hemodinâmica estável ou com DVA em dose baixa ou moderada. ▪ Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW de entrada no hospital) ▪ Procedimento cirúrgico sem complicações. <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	Mudar o decúbito a cada duas horas.	<p>DLD (decúbito lateral direito) (ver figura 4)</p> <p>DLE (decúbito lateral esquerdo) (ver figura 5)</p> <p>DD (decúbito dorsal). (ver figura 6).</p> <p>OBS: não fazer o decúbito para o mesmo lado da craniectomia descompressiva, alternar o DD com o lado oposto a craniectomia descompressiva – definido como nível de evidência IV -</p>	<p>Após 24 horas o enfermeiro deve fazer nova avaliação (presença ou ausência de edema no local da craniectomia e pálpebra do mesmo lado da craniectomia) e iniciar a mobilização para o mesmo lado após ausência de edema e nova avaliação dos parâmetros avaliados no início da mudança de decúbito para o lado oposto a craniectomia.</p> <p>- definido como nível de evidência IV-</p>
Não realizar mudança de decúbito se evidência de HIC grave.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TC de crânio sugestiva de HIC grave. ▪ Hemodinâmica instável com DVA em dose elevada. ▪ Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW de entrada no hospital). ▪ Cirurgia com complicações. <p>- definido como nível de evidência IV-</p>	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas.	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos – definido como nível de evidência II - (LEDWITH et al., 2010). (ver figura 7)	<p>O enfermeiro deve fazer avaliação constante dos parâmetros a serem avaliados e assim que apresentar melhora iniciar imediatamente a mudança de decúbito.</p> <p>- definido como nível de evidência IV-</p>

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Magnus (2015).

Cabe ressaltar que os critérios estabelecidos nos quadros 1, 2, e 3 não tem a intensão de servir como via de regra ou mais uma rotina estabelecida e fechada. Ao invés disso, esses critérios possuem a intensão de servir como um guia de orientação aos enfermeiros que prescrevem esse cuidado. Todavia, a avaliação constante é atribuição de cada enfermeiro durante a assistência por ele designada.

Cabe ao enfermeiro de cada turno reavaliar se a condição clínica do paciente sofreu alterações, por exemplo, em um período um paciente estava impossibilitado de mudar o decúbito por persistir com HIC, é

função do enfermeiro fazer uma nova avaliação, uma vez que é possível que ocorra melhora e que se possa iniciar a mudança de decúbito após um determinado período. O mesmo é válido quando um paciente estável com prescrição de mudança de decúbito a cada duas horas evoluir com complicações que impossibilitem por um período de tempo a mobilização. Nesse caso o enfermeiro deve interromper por um período a mudança de decúbito até que o paciente apresente melhora e novamente seja possível prescrever mudança de decúbito.

Enfatiza-se mais uma vez que a prescrição de mudança de decúbito como uma atribuição do enfermeiro deve ser prescrita por ele quando sua avaliação for favorável. Os critérios estabelecidos em conjunto com a equipe de enfermeiros visam facilitar a avaliação do enfermeiro, porém cabe salientar que a avaliação é individual e que cada paciente possui suas especificidades e não existe uma posição única ideal para todos os pacientes, assim como, a avaliação de cada enfermeiro poderá sofrer algumas modificações devido a conduta de cada profissional e as mudanças constantes na evolução de cada paciente, fazendo com que seja fundamental a avaliação constante e individual para o sucesso e qualidade da assistência prestada ao indivíduo.

Neste capítulo também foram definidos, de acordo com o Quadro 4, a altura da cabeceira da cama e a posição da cabeça do paciente com injúria cerebral grave.

Quadro 4 - Altura da cabeceira da cama e posição da cabeça

DECÚBITOS:	ALTURA DA CABECEIRA DA CAMA:	POSIÇÃO DA CABEÇA DO PACIENTE:	ALTURA DA CABECEIRA DA CAMA/POSIÇÃO DA CABEÇA DURANTE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM:
DD	30° (ver figura 6)	Manter linha média da cabeça.	Manter linha média da cabeça com a cabeceira da cama a 30° mesmo durante os procedimentos de enfermagem. (ver figura 6)
DL	30° (ver figura 6)	Manter linha média da cabeça.	Manter linha média da cabeça com a cabeceira da cama a 30° mesmo durante os procedimentos de enfermagem. (ver figura 6)
DLE	30° (ver figura 6)	Manter linha média da cabeça.	Manter linha média da cabeça com a cabeceira da cama a 30° mesmo durante os procedimentos de enfermagem. (ver figura 6)

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Magnus (2015).

A cabeceira da cama nos pacientes submetidos à cirurgia craniana deve ser de 30°, mesmo durante os procedimentos de enfermagem, para proporcionar fluxo sanguíneo adequado. Flexão, extensão e rotação da cabeça por período de curta duração não afetam a velocidade do fluxo sanguíneo cerebral, porém, a longo prazo podem causar alterações no fluxo sanguíneo cerebral. Dessa forma, a extensão, a flexão e a rotação da cabeça não são recomendada para pacientes com cirurgia craniana (KOSE; HATIPOGLU, 2012).

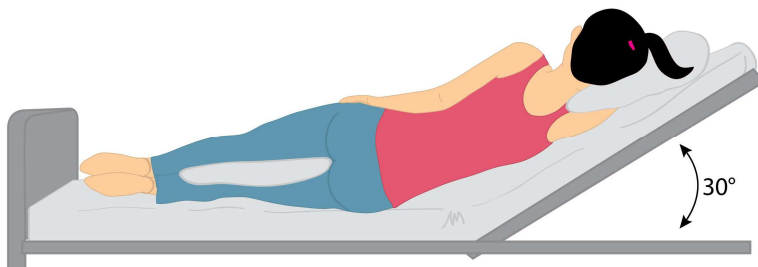
Durante os cuidados de higiene do paciente no leito a cabeceira da cama poderá ser baixada, mas somente na hora de reposicionar o paciente no leito (puxar o paciente para cima) e na hora de lateralizar o paciente para a troca da roupa de cama e higiene da parte dorsal, desde que por período de curta duração, tomando cuidado para não rotacionar a cabeça do paciente, assim como, não causar extensão e nem flexão da cabeça durante a mobilização.

Durante a mudança de decúbito, realizada pela enfermagem a cada duas horas, a cabeceira poderá ser reposicionada por curto período de tempo para facilitar e possibilitar a mobilização do paciente, reposicionando a cabeceira a 30° imediatamente após a finalização do procedimento, e mantendo a linha média da cabeça sem causar rotação, flexão e extensão da cabeça.

Ressalta-se que nos demais cuidados de enfermagem, como, higiene oral, aspiração traqueal, troca de fixação de tubos, etc., a cabeceira da cama deverá permanecer a 30° durante os procedimentos.

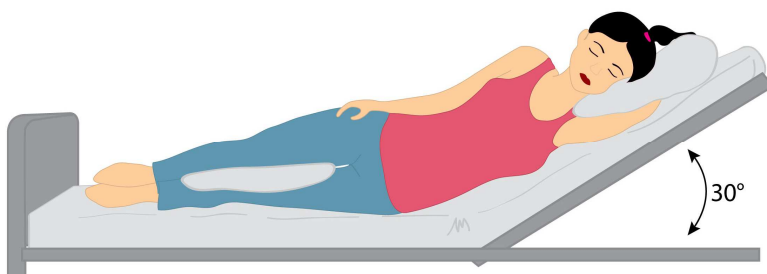
A seguir, serão apresentadas figuras que ilustram as diferentes posições em que o paciente acometido por injúria cerebral grave pode permanecer. A Figura 4 mostra o decúbito lateral direito mantendo-se a linha média da cabeça do paciente.

Figura 4 - decúbito lateral direito mantendo-se a linha média da cabeça



Por sua vez, a Figura 5 indica o decúbito lateral esquerdo mantendo-se a linha média da cabeça do paciente.

Figura 5 - Decúbito lateral esquerdo mantendo-se a linha média da cabeça



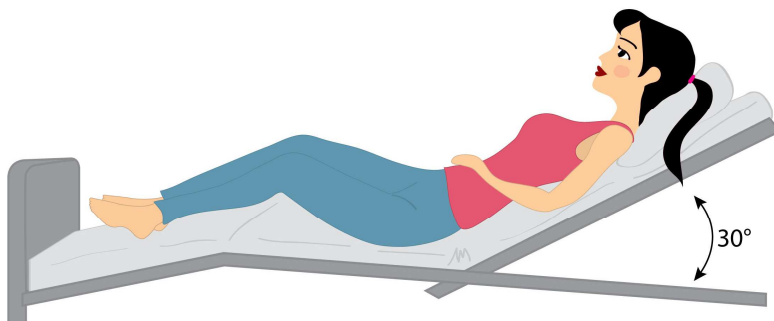
Já a Figura 6 apresenta o decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça.

Figura 6 - Decúbito dorsal com a cabeceira do leito a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça



E, por último, a Figura 7 mostra o decúbito dorsal com a cabeceira da cama a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça e os joelhos levemente flexionados.

Figura 7 - Decúbito dorsal com a cabeceira da cama a 30°, mantendo-se a linha média da cabeça e os joelhos levemente flexionados.



3.1 PACIENTES QUE NÃO PODEM SER MUDADOS DE DECÚBITO

A mobilização e o posicionamento do paciente que sofreu lesão cerebral grave é um fator importante a ser considerado pelo enfermeiro, conforme já discutido nesse guia e elucidado por Cintra et al., (2013a) flexão, rotação e hiperextensão extrema do pescoço devem ser evitadas uma vez que poderão prejudicar ou interromper o fluxo sanguíneo

cerebral elevando a PIC. É sabido que a mudança de decúbito deve ser realizada a cada duas horas como forma de prevenção de UPP, em contrapartida, em pacientes com elevação de PIC acentuada e hemodinamicamente instáveis é necessário evitar a mobilização em alguns casos com o objetivo de evitar lesões secundárias (CINTRA et al., 2013a).

Nesta perspectiva, para os pacientes que não poderão ser mudados de decúbito devido a gravidade o enfermeiro deve promover outras medidas para prevenção de UPP. Entre essas medidas destacamos: utilização de colchões pneumáticos; massagem de conforto com creme hidratante a cada quatro horas; barreira nas plantas dos pés e cotovelos; hidratação e dieta hipercalórica quando não estiver contra indicado. Os familiares do paciente também poderão ser envolvidos na massagem de conforto.

Acredita-se que essas medidas serão úteis para prevenir e/ou minimizar o aparecimento de UPP até que o paciente apresente melhora clínica e possa ser iniciada então a mudança de decúbito. Ressalta-se que a mudança de decúbito associada a essas medidas acima citadas criam um cenário ideal para a prevenção de lesões de pele e outros agravos também.

4 REFERÊNCIAS

CINTRA, E. A.; LITTLEJOHNS, S.; MALTA, M. A.; DICCINI, S. O Papel da Enfermagem no Neurointensivismo. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos**. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013a.

CINTRA, M. M. M; MENDONÇA, A. C; SILVA, R. C. R; ABATE, D. T. Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo. **Colloquium Vitae**, 2013b. 5(1): 68-76.

DOMENICONI, G. G.; VIDETTA, W.; MORAIS, L. C.; NETO, A. C. Traumatismo cranioencefálico: Tratamento Específico. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos**. CMIB- Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

JB.I. Joanna Briggs Institute Reviewers. Manual 2011 Edition. **The Joanna Briggs Reviewers manual 2011 Edition**. The Joanna Briggs Institute, 2011.

KOSE, G.; HATIPOGLU, S. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. **Journal of Clinical Nursing**, Ankara, Turkey, 2012; (21), 1859-1867.

LEDWITH, M. B.; BLOOM, S.; MALONEY-WILENSKY, E.; COYLE, B.; POLOMANO, R. C.; LE ROUX, P. D. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2010. 42 (5): 280-287.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K.; HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2007.

PARANHOS, J. L. R. Monitorização da Pressão Intracraniana e da Saturação de Bulbo da Jugular. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos**. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

PINERO, G.; GODOY, D. A.; YOUSSEF, N. C. M. Fatores Prognósticos nos Traumatismos Cranioencefálicos. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos**. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

SCHELL, H. M.; PUNTILLO, K. A. Segredos em enfermagem na terapia intensiva: **respostas necessárias ao dia a dia nas unidades de terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo trouxe realização profissional e pessoal. É com grande satisfação que ao finalizar este trabalho pode-se dizer que as escolhas pelos métodos utilizados e as trajetórias percorridas foram de extrema valia para o sucesso e alcance dos objetivos. Poder concluir um trabalho o qual julga-se muito importante e ter nos enriquecido com novos conhecimentos que levaremos durante toda a trajetória profissional é sem dúvida uma das maiores conquistas profissionais já alcançada.

As incansáveis buscas por produções científicas que abordassem a temática foi um período exaustivo, trabalhoso, que precisou de tempo, horas de estudo, comprometimento e dedicação, porém, essa fase foi necessária e muito importante para os argumentos com o grupo de enfermeiros através dos grupos focais.

Os encontros através de grupos focais possibilitaram a interação de todos os envolvidos através de discussões, estudos, troca de experiência, apresentação dos resultados da revisão integrativa aos enfermeiros, e assim, as reflexões que foram surgindo no decorrer dos encontros despertaram o interesse pelo conhecimento e pela vontade de melhorar a prática do dia a dia na assistência a esses pacientes.

O referencial adotado, o pensamento complexo, norteou todo o trabalho e fundamentou a construção do guia de boas práticas para mudança de decúbito, através do qual pudemos ver, analisar e constatar que o cuidado em Unidades de Terapia Intensiva, mais especificamente, a mudança de decúbito ao paciente que sofreu injúria cerebral grave, possui determinada complexidade, e que seguir rotinas, padronizações e normas, muitas vezes, é insuficientes para a qualidade do cuidado a esses pacientes, exigindo do enfermeiro a atenção constante e avaliação criteriosa dos riscos e benefícios que a mobilização poderá acarretar, de forma a promover um cuidado individualizado e de qualidade a cada paciente de acordo com suas necessidades. Isso faz do enfermeiro um profissional com pensamento circular e não somente linear e baseado no contexto de cada ação.

O objetivo principal deste estudo foi o de Construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave. Para o alcance desse objetivo foi realizado uma revisão integrativa na literatura e foram realizados encontros de grupo focal. Apesar de não ter sido possível encontrar todos os dados necessários na literatura

científica, pois há poucos trabalhos publicados sobre a temática, todavia, foi possível definir de acordo com a opinião dos enfermeiros, participantes desse estudo, o que não foi encontrado na literatura científica.

Desse modo, no terceiro encontro do grupo focal foi dado início à construção do guia e foram definidos os parâmetros a serem utilizados e avaliados pelo enfermeiro para prescrever, ou mesmo não prescrever, a mudança de decúbito, conforme evidenciado na avaliação do enfermeiro. De forma mais específica foram definidos critérios para mudança de decúbito para o paciente com cateter de monitorização de pressão intracraniana; mudança de decúbito para o paciente sem cateter de monitorização intracraniana; mudança de decúbito para o paciente que foi submetido à realização de craniectomia descompressiva. Esses critérios foram definidos coletivamente, ou seja, de acordo com a opinião e consenso dos enfermeiros.

Acredita-se que o guia construído irá facilitar o envolvimento e o comprometimento dos enfermeiros em colocar em prática o que foi estudado, discutido, e definido em conjunto com todos. Sem dúvida, a troca de experiência, o aperfeiçoamento e novos conhecimentos adquiridos com os estudos em grupo terá repercussão positiva para a assistência a ser prestada aos pacientes acometidos por injúria cerebral grave.

Como limitação deste estudo podemos citar os poucos estudos científicos encontrados na literatura que abordam a mudança de decúbito para o paciente com injúria cerebral grave, sendo que apenas cinco artigos foram incluídos na revisão integrativa. Isso implicou em poucas produções científicas para subsidiar a construção do guia.

Cabe ressaltar que o número reduzido de produções, não acarretou prejuízos para o alcance dos objetivos deste estudo, uma vez que, o estudo previa duas formas de coleta de dados, sendo que a segunda forma, grupos focais, foi imprescindível para o alcance dos objetivos, uma vez em que, dos 10 enfermeiros convidados para participar da pesquisa, obtivemos um total de oito participantes. Cabe salientar que os dois enfermeiros que não participaram foi devido a férias e licença prêmio durante a coleta de dados.

Considera-se que o tempo de atuação dos enfermeiros na unidade de estudo que variou de 3 a 23 anos, aliado à formação acadêmica, incluindo a pós-graduação nos níveis de especialização e mestrado, contribuíram para os resultados positivos dessa pesquisa.

De uma maneira geral esse estudo servirá como estudo científico sobre a mudança de decúbito para o paciente com injúria cerebral grave

internado em Unidades de Terapia Intensiva e trará implicações para a profissão e para a sociedade já que tem como benefícios prover a melhora da assistência prestada, além de auxiliar na coordenação da assistência de enfermagem, trazendo conforto e segurança aos pacientes.

Este estudo poderá servir como um ponto de partida para que surjam novas pesquisas sobre essa temática com o intuito de repensar, estudar, aprimorar, buscar novos conhecimentos e instrumentalizar o cuidado de enfermagem ao paciente com injúria cerebral grave.

Por fim, esse trabalho demonstra a importância do aprimoramento profissional e a busca de novos conhecimentos e novas visões de cuidar por parte dos profissionais de enfermagem de forma a ver o paciente como um todo, considerando a complexidade do cuidado. Assim, sugere-se a implantação desse guia de boas práticas de enfermagem sobre a mudança de decúbito para o paciente que sofreu injúria cerebral grave construído a partir do presente estudo. Acredita-se que a implantação do guia irá nortear os profissionais de enfermagem a proporcionar uma assistência diferenciada e de qualidade.

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. H.; FONTES, R. B. V; RENATA SIMM, R; MONTENEGRO, M. C; PETITTO, C; FARIA, S; HIRSCH, R. Análise crítica e comentários acerca da craniectomia descompressiva no tratamento da hipertensão intracraniana refratária decorrente de isquemia no território da artéria cerebral média. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, São Paulo, 2006. 17(1), 20-24, 2006.

AMIB. **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BACKES, D.S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo: 2011a; 35 (4): 438-442.

BACKES, Marli Terezinha Stein. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva** (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011b.

BRASIL. BIREME. OPAS. OMS. **Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde**. Área de Gestão do Conhecimento e Comunicação. São Paulo: 2014 a. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**. Brasil, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. **Portal de Periódicos da CAPES/MEC**. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=81. 2014b. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

CINTRA, E. A.; LITTLEJOHNS, S.; MALTA, M. A.; DICCINI, S. O Papel da Enfermagem no Neurointensivismo. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira**. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013a.

CINTRA, M. M. M; MENDONÇA, A. C; SILVA, R. C. R; ABATE, D. T.. Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo. **Colloquium Vitae**, 2013b. 5(1): 68-76.

COFEN. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>. Acesso em: 05 de outubro de 2013.

COREN. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Série cadernos de enfermagem, vol.1, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, Florianópolis, Quorum comunicação, 2010.

DOMENICONI, G. G.; VIDETTA, W.; MORAIS, L. C.; NETO, A. C.. Traumatismo cranioencefálico: Tratamento Específico. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB- Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira**. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de Terapia Intensiva**. 2006. 215 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31082006-164028/pt-br.php>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research**. Res Nurs Health. 1987;10(1):1-11.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2011. 176 f. Tese (doutorado). USP, São Paulo, 2011. Disponível em:

www.teses.usp.br/teses/.../7/...24102011.../Leilane_Andrade_Goncalves.pdf. Acesso em 03 de outubro de 2013.

HORTA, A. W. Processo de enfermagem. **Teoria das necessidades humanas básicas**. 15ª reimpressão, editora pedagógica e universitária LTDA. São Paulo, 2004.

INOUE, K.. Caring for the perioperative patient with increased intracranial pressure. *Special Needs Populations*, **AORN**, Inc, Mississippi, EUA. 2010. Volume 91, nº4. 511-518.

JBI. Joanna Briggs Institute Reviewers. Manual 2011 Edition. **The Joanna Briggs Reviewers manual 2011 Edition**. The Joanna Briggs Institute, 2011.

KITZINGER, J.. Grupos Focais. In: Mays, N.; Pope, C.. Pesquisa qualitativa na atenção a saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KOSE, G.; HATIPOGLU, S.. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. **Journal of Clinical Nursing**, Ankara, Turkey, 2012; (21), 1859-1867.

LASELVA C. R.; JUNIOR, D. F. M.; SPOLAORE, E. H. G.. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias. In: Knobel, E.. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006, p.59-66.

LEDWITH, M. B; BLOOM, S; MALONEY-WILENSKY, E; COYLE, B; POLOMANO, R. C; LE ROUX, P. D.. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2010. 42 (5): 280-287.

LEONEL, V; MOTTA, A. M. Ciência e Pesquisa. Disciplina na modalidade a distância, livro didático. 2ª edição revista e atualizada. Palhoça: UnisulVirtual, 2007. 230p.

LUJÁN, S. B.; RONDINA, C. H.; TERZI, R. G. G.. Aspectos Médicos e Sociais das Emergências neurológicas e Neurocirúrgicas. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB** - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

MAHFOUD, F.; BECK, J.; RAABE, A.. Intracranial pressure pulse amplitude during changes in head elevation: a new parameter for determining optimum cerebral perfusion pressure?. **Revista Acta Neurocirurgica**, Viena, Áustria, 2010, 152: 443-450.

MEYER, M. J.; MEGYESI, J.; MEYTHALER, J.; MURIE-FERNANDEZ, M.; AUBUT, J.; FOLEY, N.; SALTER, K.; BAYLEY, M.; MARSHALL, S.; TEASELL, R.. Acute management of acquired brain injury part I: an evidence-based review of non-pharmacological interventions. **Revista Brain Injury**, London, Ontario, Canada, 2010; 24 (5): 694-705.

MINAYO, M. C. S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOREJON, C. S.; FERREZ, M. A.; OLIVEIRA, M. C.. Exame neurológico nas emergências Neurológicas. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos. CMIB** - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. Educar na era planetária: **O pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Unesco, 2009.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K.; HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2007.

MPENF. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014.** Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, MPENF, 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação.** Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2013.

PARANHOS, J. L. R.. Monitorização da Pressão Intracraniana e da Saturação de Bulbo da Jugular. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos.** CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):491-8.

PINERO, G.; GODOY, D. A.; YOUSSEF, N. C. M.. Fatores Prognósticos nos Traumatismos Cranioencefálicos. In: Terzi, R.; Falcão, A.; Videtta, W. **Cuidados Neurointensivos.** CMIB - Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira. Ano 18. Volume 20. São Paulo: editora Atheneu 2013.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações em saúde.** Disponível em: < www.saude.sc.gov.br >. Acesso em: 30 de setembro de 2013.

SCHELL, H. M.; PUNTILLO, K. A.. Segredos em enfermagem na terapia intensiva: respostas necessárias ao dia a dia nas unidades de terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SILVA, R. F. A.; NASCIMENTO, M. A. L. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN 1980-220x versão on-line. 2012; 46(2):413-419. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011, 12ª edição.

SPRINGHOUSE. **As melhores práticas de enfermagem: Procedimentos baseados em evidências**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em uti: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos**. 2009. 170f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKriscieVenturi.pdf>. Acesso em 01 de dezembro de 2014.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEPUNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRÚRGICOS**Pesquisador:** Marli Terezinha Stein Backes**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 42924815.4.0000.0121**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.163.099**Data da Relatoria:** 27/07/2015**Apresentação do Projeto:**

Trata o presente de um projeto de dissertação de mestrado da acadêmica Luciana Machado Magnus, sob a responsabilidade de Marli Terezinha Stein Backes, professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que assina a folha de rosto como pesquisadora responsável, em conjunto com a Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será de abordagem qualitativa, envolvendo 12 indivíduos, enfermeiros do Hospital Governador Celso Ramos, cuja autorização foi devidamente emitida pelo diretor geral, visando ouvir as dúvidas relacionadas à indicação de mudança de decúbito em pacientes com quadro neurocirúrgico grave para elaborar um guia de boas práticas, baseado em tais depoimentos e também na literatura especializada. As reuniões serão gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e guardadas em compact disc (CD) por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal, após esse período, o material será destruído, conforme recomendação da Lei nº 9610/98 dos Direitos Autorais

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.163.099

Objetivo da Pesquisa:

Construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave com base nos critérios estabelecidos pelos enfermeiros e na literatura científica.

Objetivo Secundário:

Identificar os critérios que os enfermeiros utilizam para prescrever mudança de decúbito ao paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave. Identificar os critérios evidenciados na literatura sobre prescrição de mudança de decúbito a partir de uma revisão integrativa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto: "Riscos:

Não haverá riscos físicos aos participantes, porém, ao participar de encontros em grupos poderá causar constrangimento em expor opinião para o grupo sobre a temática.

Benefícios:

Como benefícios a pesquisa contribuirá para a melhoria da assistência prestada ao indivíduo, além de ampliar conhecimentos e contribuir como pesquisa científica sobre o assunto."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1 163.099

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 29 de Julho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE A– PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem
PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA
<p>IDENTIFICAÇÃO:</p> <p>Mestranda: Luciana Machado Magnus Orientadora: Profª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes Grupo de Pesquisa: Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Área: Enfermagem Tema: Mudança de decúbito Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.</p>
<p>PERGUNTA</p> <p>O que está sendo evidenciado na literatura sobre mudança de decúbito no paciente internado em unidades de terapia intensiva acometidos por injúria cerebral grave?</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Fazer uma revisão integrativa sobre mudança de decúbito no paciente internado em unidades de terapia intensiva acometidos por injúria cerebral grave.</p>
<p>VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO</p> <p>Maria Gorete Monteguti Savi – goret@bu.ufsc.br. Graduação em Biblioteconomia (UFSC) e especialização em Informação Tecnológica (UFSC). Atualmente é bibliotecária da UFSC, setor Centro de Ciências da Saúde, com experiência na área de pesquisa em base de dados.</p>
<p>DESENHO</p> <p>Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo.</p>
<p>RECURSOS NECESSÁRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 E-mail exclusivo à Revisão Integrativa de Literatura; - 01 impressora; - 01 computador - 01 pendrive; - 04 resmas de folha A4; - 05 canetas marcador texto; - 05 CD's;
<p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</p> <p>Crítérios de inclusão: artigos publicados de 2010 a 2015; artigos nas línguas Português, espanhol e Inglês; com adultos e ou idosos; Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo e publicados em periódicos científicos.</p>

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artigos da área da pediatria e neonatologia; Artigos não disponíveis na íntegra; Publicações duplicadas;

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Os descritores foram pesquisados no DeCS (descritores em Ciências da Saúde), e no MeSH (Medical Subject Headings – utilizado para artigos indexados no PubMed), sendo que os descritores também foram utilizados como palavras-chaves, sendo eles:

Posicionamento do Paciente

Descritor Inglês: Patient Positioning

Descritor Espanhol: Posicionamiento del Paciente

Postura

Descritor Inglês: Posture

Descritor Espanhol: Postura

Traumatismos Encefálicos

Descritor Inglês: Brain Injuries

Descritor Espanhol: Traumatismos Encefálicos

Pressão Intracraniana

Descritor Inglês: Intracranial Pressure

Descritor Espanhol: Presión Intracranial

Craniectomia Descompressiva

Descritor Inglês: Decompressive Craniectomy

Descritor Espanhol: Craniectomía Descompresiva

Hemorragia Cerebral

Descritor Inglês: Cerebral Hemorrhage

Descritor Espanhol: Hemorragia Cerebral

Traumatismos Cranianos Fechados

Descritor Inglês: Head Injuries, Closed

Descritor Espanhol: Traumatismos Cerrados de la Cabeza.

Palavras-chaves: Mudança de posição do corpo; pacientes neurocirúrgicos; pressão de perfusão cerebral; hemicraniectomia; mudança de decúbito; mobilização terapêutica;

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

BDENF- Base de dados em Enfermagem;

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde;

SciELO - Scientific Electronic Library Online;

Web of Science.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Serão selecionados os estudos que após leitura dos resumos, títulos e objetivos, preencherem os critérios de inclusão.

AValiação Crítica dos Estudos

Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão organizados de maneira concisa formando um banco de dados de fácil acesso. Para isso será criado um instrumento de coleta de dados que incluirá as seguintes informações: Título do estudo; autores do estudo; ano de publicação; periódico; base de dados; resumo; objetivo do estudo; metodologia; resultado e principais considerações de cada estudo.

SÍNTESE, CONCLUSÃO E APRESENTAÇÃO

Após a leitura e análise crítica dos artigos incluídos será realizada a comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Na sequência será redigido um documento com os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos referente a temática pesquisada salientando conclusões e inferências, assim como, explicitar os vieses.

Para a apresentação da revisão serão elencadas, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, bem como, considerações acerca de algumas fases do processo, coleta de dados, análise e discussão dos dados.

Para que os dados sejam reduzidos e comparados, os estudos serão divididos em subgrupos visando à facilitação da análise. Assim, será utilizado o instrumento construído para os artigos incluídos para simplificar, resumir e organizar os dados de forma a facilitar a visualização e a comparação dos estudos.

REFERÊNCIA

GANONG, Lawrence. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v.10, p. 1-11, 1987.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional, meu nome é Luciana Machado Magnus, sou enfermeira, mestranda do curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS NEUROLÓGICOS E NEUROCIRURGICOS: GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**. A orientadora deste estudo é a Enfermeira Dra. Marli Terezinha Stein Backes.

O objetivo desta pesquisa é: Construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave.

O guia de boas práticas visa diminuir danos ao paciente e contribuir para a melhoria da assistência prestada ao indivíduo, e também auxiliar a coordenação da assistência de enfermagem, além de contribuir como estudo científico sobre o assunto.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que será realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos na cidade de Florianópolis.

Caso aceite participar, receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ler, rubricar as primeiras páginas e assinar a última. Uma cópia deste Termo ficará com você e outra será devolvida a pesquisadora.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória, descritiva, que será realizada por meio do Grupo Focal (GF), o qual será desenvolvido entre setembro a outubro de 2015. As reuniões serão gravadas em um gravador de áudio e, posteriormente, digitadas (transcritas) e guardadas em compact disc (CD) por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal, após esse período, o material será destruído, conforme recomendação da Lei nº 9.610/98 dos Direitos Autorais. As reuniões do GF serão agendadas previamente, conforme a disponibilidade dos participantes. Serão realizados três encontros com duração de aproximadamente duas horas. Os dados somente serão coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante.

Você tem liberdade para decidir participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; será garantido o esclarecimento de dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa; você terá retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, e também a garantia de que serão sustentados os preceitos éticos e legais, conforme a Resolução

466/2012 do CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Mesmo que você decida participar, está livre para desistir a qualquer momento.

Não haverá riscos físicos ao participar, porém, você irá participar de encontros em grupos e poderá ficar constrangido em falar sua opinião para o grupo sobre a temática. Por este motivo você estará livre para responder algum questionamento na forma escrita caso não sinta-se confortável para discutir com o grupo verbalmente.

Ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para a melhoria da assistência prestada ao indivíduo, além de ampliar o seu conhecimento e contribuir como pesquisa científica sobre o assunto.

Como a sua participação nesta pesquisa é voluntária, você não terá nenhum gasto e não receberá pagamento.

Se você tiver qualquer dúvida sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com as pesquisadoras:

Marli Terezinha Stein Backes: Professora, doutora, enfermeira e orientadora da pesquisa. E-mail: marli.backes@bol.com.br. Telefone: (48) 96478131

Luciana Machado Magnus: Enfermeira, mestranda, pesquisadora. E-mail: lulumagnus@gmail.com. Telefone: (48) 99032971.

CEP UFSC: E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone: (48) 3721-9206

Eu, _____, recebi informações sobre esta pesquisa, li e compreendi todas as informações fornecidas sobre a minha participação. Tenho vontade em participar desta pesquisa e estou de acordo em fornecer minhas informações para serem utilizadas na mesma, conforme descrito neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entendi que esta participação é voluntária e não haverá gastos para participar, além de poder desistir de participar a qualquer momento.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura do participante

Luciana Machado Magnus
Pesquisadora

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora e orientadora

APÊNDICE C - CONVITE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL



Prezado profissional, meu nome é Luciana Machado Magnus, sou enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem Mestrado Profissional da UFSC. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **MUDANÇA DE DECÚBITO PARA PACIENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS NEUROLÓGICOS E NEUROCIRURGICOS: GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**. A orientadora desta pesquisa é a Professora Dra. Marli Terezinha Stein Backes.

O objetivo da pesquisa é Construir um guia de boas práticas de mudança de decúbito para pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva acometidos por injúria cerebral grave com base nos critérios estabelecidos pelos enfermeiros e na literatura científica.

Melhores práticas, ou boas práticas, são um recurso utilizado para auxiliar no oferecimento de cuidados altamente qualificados aos pacientes. A entidade formada por organizações de enfermagem denominada *A Best Practice Network* definiu melhor prática como: “plano, ação ou serviço aperfeiçoado e implementado para produzir resultados superiores” (SPRINGHOUSE, 2010. P. 13).

O guia de cuidados visa padronizar a assistência ao indivíduo possibilitando um atendimento mais seguro e de qualidade.

Grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que tem como objetivo a comunicação entre os participantes com a finalidade de gerar dados. Os participantes trocam experiências uns com os outros, fazem perguntas, dão opiniões, sendo que essa interação em grupo facilita a expressão de ideias e experiências (KITZINGER, 2009).

Serão realizados três encontros, conforme data e local abaixo:

PRIMEIRO ENCONTRO

Data do primeiro encontro: 09 de setembro de 2015

Horário: 17h

Local: Sala de reuniões da UTI, localizada no terceiro andar do Hospital Governador Celso Ramos.

SEGUNDO ENCONTRO

Data do segundo encontro: 28 de setembro de 2015

Horário: 17h

Local: Sala de reuniões da UTI, localizada no terceiro andar do Hospital Governador Celso Ramos.

TERCEIRO ENCONTRO

Data do terceiro encontro: 05 de outubro de 2015

Horário: 17h

Local: Sala de reuniões da UTI, localizada no terceiro andar do Hospital Governador Celso Ramos.

Luciana Machado Magnus

Celular: (48) 99032971

E-mail: lulumagnus@gmail.com

Florianópolis, 01 de setembro de 2015.