

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE VÍTIMAS DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

EVALUATION OF THE NEEDS OF FAMILY MEMBERS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES DE VÍCTIMAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Lorranny Santana Rodrigues¹
Ana Carla Ferreira Silva dos Santos²
Edilene Curvelo Hora Mota³
Leda Rodrigues dos Santos⁴
Bruno Melo da Silva⁵
Karoline Cravo de Melo⁶

Objetivo: identificar as necessidades dos familiares de vítimas de Trauma Cranioencefálico atendidas ambulatorialmente e o quantitativo do atendimento dessas necessidades. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantitativa. Foram utilizados dois instrumentos de coleta, um para caracterização do familiar e da vítima e outro, o *Family Need Questionnaire*, em sua versão adaptada para o português, aplicados com 22 familiares. **Resultados:** a grande maioria (93,1%) das necessidades elencadas foi considerada “importante ou muito importante” e estão relacionadas aos subtemas “informações sobre saúde” e “suporte profissional”. **Conclusão:** as taxas de atendimentos das necessidades apontadas pelos familiares demonstram a qualidade do serviço oferecido pelos profissionais de saúde durante o tratamento e a reabilitação das vítimas de Trauma Cranioencefálico.

Descritores: Traumatismos Encefálicos. Família. Relações Familiares.

Objective: identify the needs of family members of traumatic brain injury patients treated in an outpatient setting and the extent of fulfillment of such needs. Method: quantitative descriptive study. Two data collection instruments were used, one for characterization of the family member and patient, and the Family Needs Questionnaire, in its adapted Portuguese version, applied to 22 family members. Results: most of the needs (93.1%) listed were considered “important or very important” and relate to the subthemes “health information” and “professional support.” Conclusion: the rates of fulfillment of needs presented by the family members show the service quality offered by the health professionals during the treatment and rehabilitation of traumatic brain injury patients.

Descriptors: Traumatic brain injuries. Family. Family relations.

¹ Enfermeira. Lagarto, Sergipe, Brasil. lorrannysr@outlook.com

² Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Sergipe. Professora Assistente B do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Membro da Liga Acadêmica do Trauma da Universidade Federal de Sergipe e do Grupo de Pesquisa Estudos em Trauma: Cuidados na Prevenção, Tratamento e Reabilitação. Lagarto, Sergipe, Brasil. carlafss@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestrado e Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto. Especialização em Gerência de Unidade Hospitalar, Metodologia do Ensino Superior e Enfermagem do Trabalho. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Coordenadora da Liga Acadêmica do Trauma da Universidade Federal de Sergipe e do Grupo de Pesquisa Trauma: Cuidados na Prevenção, Tratamento e Reabilitação. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. edilenechs@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Especialização em Enfermagem do Trabalho. Aracaju, Sergipe, Brasil. ledrod6@hotmail.com

⁵ Enfermeiro. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. colossobm@gmail.com

⁶ Graduada em Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. karolzinacravo@hotmail.com

Objetivo: identificar las necesidades de familiares de víctimas de Traumatismo Craneoencefálico atendidas en forma ambulatoria y el número de atenciones de dicha índole. Método: estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo. Fueron utilizados dos instrumentos de recolección, uno para caracterización del familiar y la víctima, y otro, el Family Needs Questionnaire, en su versión adaptada al portugués, aplicados sobre 22 familiares. Resultados: la gran mayoría (93,1%) de las necesidades listadas fue considerada “importante o muy importante”, y están relacionadas a los subtemas “información sobre salud” y “soporte profesional”. Conclusión: las cantidades de atenciones de las necesidades expresadas por los familiares demuestran la calidad del servicio ofrecido por los profesionales de salud durante el tratamiento y la rehabilitación de víctimas de Traumatismo Craneoencefálico.

Descriptor: Traumatismo encefálico. Familia. Relaciones familiares.

Introdução

O Trauma Cranioencefálico (TCE) é um dos principais tipos de trauma, que contribui para o aumento dos índices de morbimortalidade e *déficits* na qualidade de vida das vítimas⁽¹⁾. É definido como toda lesão traumática, como fratura ou laceração, que envolve o couro cabeludo, o crânio e o encéfalo, que resulta em alterações funcionais do Sistema Nervoso Central (SNC)⁽²⁾. Essa injúria destaca-se como uma das lesões mais frequentes relacionadas a causas externas⁽³⁾ e acomete principalmente a população jovem de 21 a 49 anos do sexo masculino. Esses dados podem estar ligados a diversos fatores, como o rápido crescimento populacional, motorização e aspectos culturais. Para as mulheres, se comparadas aos homens, o TCE é mais frequente na faixa etária de 41 anos em diante⁽⁴⁾.

As alterações causadas pelo TCE podem gerar consequências que requeiram cuidados pós-hospitalares. É estimado que em 15% das vítimas de TCE leve, os sintomas e as disfunções físicas persistem por até três meses e tornam-se condições crônicas, que podem levar a outras alterações, como fadiga, insônia, tonturas, cefaleias e outras desordens, como problemas cognitivos e emocionais⁽²⁾. Outra literatura⁽⁵⁾ aponta que 65% dos pacientes com TCE moderado a grave apresentam incapacidades que demandam cuidados a longo prazo.

A reabilitação é um caminho para tratar essas vítimas nesse contexto pós-hospitalar. Trata-se, portanto, de um processo que objetiva a reinserção do indivíduo na sociedade de forma que ele alcance o seu potencial máximo das

habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e psicológicas⁽⁶⁾. É válido ressaltar que a capacidade de adaptação, tanto de pacientes quanto de seus familiares durante a reabilitação, é individual e depende de fatores pessoais, além de sociais e culturais⁽⁷⁻⁹⁾.

Apesar de o paciente ser o eixo central da reabilitação, os cuidadores devem ter importância relevante, uma vez que eles acabam esquecendo-se de cuidar de si próprios para atender às necessidades do paciente. A forma de como a vítima de TCE e seus familiares enfrentam o trauma reflete diretamente na recuperação, no relacionamento interpessoal e no futuro de cada um⁽¹⁰⁾. As famílias, portanto, podem apresentar necessidades variadas, a exemplo do aumento de gastos, informação sobre saúde, suporte emocional, apoio de profissionais e da comunidade e envolvimento com o cuidado. Além disso, o não atendimento dessas necessidades dão base para o aparecimento de problemas que podem acarretar transtornos à saúde⁽¹¹⁻¹²⁾.

O interesse pelo tema surgiu após a vivência no ambulatório do Hospital Universitário, no qual eram atendidas as vítimas de TCE encaminhadas para reabilitação. Foi percebido que os familiares relatavam dificuldades no cuidado dessas vítimas e que a atenção dada a eles não era bem direcionada. Assim, despertou-se o interesse em aprofundar melhor o conhecimento sobre essa temática, buscando entender e produzir informações para direcionar aos familiares as ações realizadas pela equipe.

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo identificar as necessidades dos familiares de vítimas de Trauma Cranioencefálico atendidas ambulatorialmente e o quantitativo do atendimento dessas necessidades.

Método

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório do Hospital Universitário do estado de Sergipe, referência no atendimento às vítimas de TCE. O citado ambulatório possui uma equipe multidisciplinar composta por profissionais, professores e alunos das áreas de enfermagem, psiquiatria, neurocirurgia, psicologia, fonoaudiologia e nutrição, por meio do projeto de extensão universitária REVIVA-LITRAUMA com foco em reabilitação.

Em um ano, realizaram-se 86 atendimentos às vítimas de TCE. Dentre estes foram selecionados 22 familiares de vítimas para uma amostra não probabilística do tipo intencional, que atendia aos seguintes critérios: consentir verbalmente e por escrito à participação na pesquisa; possuir 18 anos ou mais; ter estudado pelo menos até o 6º ano do Ensino Fundamental ou tenha entendimento, de acordo com as orientações descritas no manual de aplicação do *Family Needs Questionnaire* (FNQ); participar do cuidado da vítima com mais de 12 anos de idade. A abordagem foi realizada com apenas um familiar por paciente.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, o primeiro foi o FNQ⁽¹³⁾ em versão validada para a língua portuguesa⁽¹⁴⁾ designada Questionário de Necessidades da Família. Possui 40 itens de necessidades elencadas nas subescalas: informação sobre saúde, suporte emocional, suporte instrumental, suporte profissional, rede de suporte da comunidade e envolvimento com o cuidado. O instrumento foi idealizado para determinar as necessidades de familiares de vítimas de TCE, classificadas em psicossociais e educacionais. O segundo foi um formulário elaborado pelo autor, dividido em duas partes: a primeira para a caracterização do familiar e a segunda para a caracterização da vítima de TCE.

A coleta foi realizada semanalmente, todas as sextas-feiras, de setembro a dezembro de 2015, no horário vespertino, durante os atendimentos do REVIVA-LITRAUMA, após autorização da coordenadora do serviço e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe sob o protocolo n. 50411015.3.0000.5546. O estudo atende todos os requisitos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A tabulação e a análise dos dados foram realizadas por meio de banco de dados computadorizado do programa SPSS 23.0. Foi utilizada a análise descritiva das variáveis quantitativas com dados expressos em média e desvio-padrão (média \pm dp) e a análise das variáveis qualitativas, percentual de sua distribuição, apresentadas em tabelas. Os resultados relativos às necessidades da família foram apresentados em dados percentuais em ordem de frequência, calculadas em conjunto com as necessidades avaliadas pelos familiares como “importante” e “muito importante”. As necessidades consideradas “nada importante”, “não atendidas” e “atendidas” foram calculadas separadamente.

O Índice Proporcional de Necessidades (IPN) também foi calculado, conforme indicado por estudo⁽¹⁵⁾, para mensurar o grau de importância e atendimento das necessidades. A porcentagem de importância para cada familiar foi computada por meio da divisão do número total de necessidades avaliadas como “importante” ou “muito importante” pelo número total de itens. Usando esse mesmo procedimento, outra porcentagem foi computada com a divisão do número total de necessidades avaliadas como “nada importante” pelo número total de itens.

Quanto às necessidades atendidas, foram consideradas somente aquelas avaliadas como “importantes e muito importantes”. O número de necessidades avaliadas como “não atendidas” ou “atendidas” foi dividido pelo número de itens avaliados como “importante ou muito importante”. A média desses índices de necessidades foi apresentada em forma tabular.

Resultados

De acordo com os dados analisados, a maioria dos familiares era do sexo feminino (90,9%), casada (45,4%). As faixas etárias prevalentes eram entre 26 e 40 anos (45,4%) e 41 a 60 anos (45,4%) com média de 39,8 anos. A renda familiar dos entrevistados era, majoritariamente, de R\$1.001,00 a R\$2.000,00 (45,4%) e residiam com 3 a 5 pessoas, incluindo eles mesmos. Quanto à escolaridade, 40,9% possuíam o ensino superior completo; na variável religião, 81,8% declararam-se católicos.

Os pacientes que sofreram TCE foram majoritariamente do sexo masculino (77,3%), na faixa etária entre 26 e 40 anos (36,4%). E dentre os que possuíam informação quanto ao tipo de

TCE, a maioria teve trauma leve, embora a avaliação desta métrica seja ofuscada devido ao fato de a maior parte dos pacientes não possuir informação quanto à gravidade do trauma sofrido em seus prontuários. Além disso, 68,2% dos pacientes apontaram mudanças cognitivo-comportamentais após o TCE.

Em análise ao FNQ foi possível identificar que o IPN obteve um valor elevado (97,5%) para as necessidades elencadas como “importantes e muito importantes”. Dentre estas, as necessidades consideradas atendidas obtiveram 55,6% e as não atendidas, 17,5%. As necessidades consideradas “nada importante” alcançaram um valor baixo (2,5%). Esses dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Média em porcentagem e desvio padrão do Índice Proporcional de Necessidades dos familiares. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22)

Índice Proporcional de Necessidades indicado pelos familiares	Resultado (%) = X ± Desvio Padrão
Importante ou Muito Importante	97,5 ± 3,54
Nada Importante	2,5 ± 0,12
Atendida	55,68 ± 23,2
Não Atendida	17,5 ± 11,75

Fonte: Elaboração própria

As necessidades que foram caracterizadas como “importante e muito importante” estão descritas na Tabela 2. A maioria das necessidades elencadas está relacionada às informações de saúde, como as duas primeiras indicadas por todos os participantes (100%) como “muito

importantes”, enquanto a terceira e a quarta necessidades mais frequentes, que também obtiveram 100% das avaliações como “muito importantes”, estão ligadas aos recursos instrumentais como financeiros e materiais.

Tabela 2 – Necessidades mais frequentes avaliadas como “importante e muito importante”. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22) (continua)

Eu necessito...	Importante (3)		Muito importante (4)	
	N	%	N	%
11. ter informações completas sobre o tratamento das lesões traumáticas (exemplo: medicação, injeções, ou cirurgia).	0	0,0	22	100,0
18. ter informações sobre o progresso da reabilitação ou do ensino do paciente.	0	0,0	22	100,0

Tabela 2 – Necessidades mais frequentes avaliadas como “importante e muito importante”. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22) (conclusão)

Eu necessito...	Importante (3)		Muito importante (4)	
	N	%	N	%
20. ter recursos suficientes para o paciente (exemplo: programas de reabilitação, fisioterapia, aconselhamento, orientação para o trabalho).	0	0,0	22	100,0
21. ter recursos suficientes para mim ou para a minha família (exemplo: aconselhamento financeiro ou jurídico, folga do cuidado, aconselhamento, serviço de enfermagem).	0	0,0	22	100,0
2. saber sempre o que está sendo feito com ou para o paciente.	1	4,5	21	95,5
4. ser informado(a) sobre todas as mudanças no estado de saúde do paciente.	1	4,5	21	95,5
6. receber explicações dos profissionais de maneira que eu possa entender.	1	4,5	21	95,5
9. ter um profissional a quem recorrer para orientação ou serviços quando o paciente precisa de ajuda.	1	4,5	21	95,5

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 3 expõe as necessidades referidas como “nada importantes” e “pouco importantes”. Constata-se que os itens mais frequentes são os 38, 39 e 40, relacionadas a suporte emocional.

Tabela 3 – Necessidades mais frequentes avaliadas como “nada importante e pouco importante”. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22)

Eu necessito...	Nada importante (1)		Pouco importante (2)	
	N	%	N	%
38. de ajuda para permanecer esperançoso(a) sobre o futuro do paciente.	1	4,5	0	0,0
39. de ajuda para me preparar para o pior.	1	4,5	0	0,0
40. ser incentivado a pedir ajuda aos outros.	1	4,5	0	0,0
32. ter a compreensão dos amigos do paciente sobre os problemas dele(a).	0	0,0	3	13,6
26. passar um tempo com meus amigos.	0	0,0	3	13,6
8. ver que as minhas opiniões são usadas para planejar o tratamento, a reabilitação ou o ensino do paciente.	0	0,0	3	13,6
3. dar sempre minhas opiniões para as outras pessoas envolvidas no cuidado, na reabilitação ou no ensino do paciente.	0	0,0	2	9,1
35. discutir meus sentimentos sobre o paciente com outros (amigos ou familiares).	0	0,0	2	9,1
34. discutir meus sentimentos sobre o paciente com alguém que passou pela mesma experiência.	0	0,0	2	9,1

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 4 apresenta a ordem de frequência das necessidades consideradas atendidas. Observa-se que “ser informado(a) sobre todas as mudanças no estado de saúde do paciente”

foi a necessidade mais frequente com 100% de atendimento.

Tabela 4 – Necessidades mais frequentes avaliadas como “atendida”. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22)

Eu necessito...	Atendida	(%)
4. ser informado(a) sobre todas as mudanças no estado de saúde do paciente.	22	100,0
10. perceber que os diferentes profissionais estão de acordo quanto à melhor forma de ajudar o paciente.	20	90,9
18. ter informações sobre o progresso da reabilitação ou do ensino do paciente.	19	86,4
1. ver que a equipe médica, a de ensino ou a de reabilitação respeitam as necessidades ou os desejos do paciente.	18	81,8
40. ser incentivado a pedir ajuda aos outros.	17	77,3

Fonte: Elaboração própria

As necessidades mais frequentes avaliadas como “não atendidas” estão dispostas na Tabela 5. Os itens com maior percentual foram “passar um

tempo com meus amigos” (54,5%) e “ter um descanso dos meus problemas e responsabilidades” (50,0%).

Tabela 5 – Necessidades mais frequentes avaliadas como “não atendida”. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2015. (N=22)

Eu necessito...	Não Atendida	(%)
26. passar um tempo com meus amigos.	12	54,5
25. ter um descanso dos meus problemas e responsabilidades.	11	50,0
16. saber quanto tempo cada problema do paciente pode durar.	10	45,5
19. ter ajuda para decidir o quanto se deve deixar o paciente fazer por si mesmo.	9	40,9
39. de ajuda para me preparar para o pior.	8	36,4
17. ter orientação sobre o que fazer quando o paciente está nervoso (a) ou agindo de forma estranha.	8	36,4

Fonte: Elaboração própria

As necessidades identificadas como “muito importante e importante” tiveram uma variação de 54,5% a 100% e somente três necessidades foram consideradas “nada importante”. Além disso, metade dos familiares (50,0%) indicou a resposta “não aplicável” ao item “ter a compreensão do padrão, dos colegas de trabalho ou dos professores quanto aos problemas do paciente”.

Discussão

Em relação aos itens avaliados como “importantes ou muito importantes”, evidenciou-se um índice proporcional médio elevado (97,5%), uma vez que a grande maioria avaliou como favorável a importância das necessidades familiares. Alguns autores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, que participaram da produção da escala original e tradução e validação da sua versão portuguesa também tiveram valores do IPN médio altos 93,1% e 84%, respectivamente.

As necessidades mais frequentes avaliadas como “importante e muito importante” foram aquelas que compreendem o subtema de “informação sobre saúde”, relacionadas às alterações físicas e cognitivo-comportamentais causadas pelo TCE, e ainda o subtema de “suporte profissional” relacionado ao atendimento das necessidades pelos profissionais das diversas áreas que dão suporte ao paciente e ao familiar. Esse dado valida o fato de que o apoio oferecido pelo profissional de saúde é essencial para reduzir o número de necessidades familiares não atendidas. Muitas famílias requerem intervenção profissional para ajudá-las a lidar com o sofrimento emocional e aceitar as mudanças duradouras, por ter, como uma de suas expectativas, o breve retorno do funcionamento normal do paciente⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

As questões elencadas como mais “importante e muito importante” são “ter informações completas sobre o tratamento das lesões traumáticas (exemplo medicação, injeções, ou cirurgia)” (100%), “ter informações sobre o progresso da reabilitação ou do ensino do paciente” (100%), “ter recursos suficientes para o paciente (exemplo programas de reabilitação, fisioterapia, aconselhamento, orientação para o trabalho)” (100%), em que todos os participantes avaliaram positivamente.

É válido ressaltar que estudos^(3,19) trazem o auxílio positivo que o conhecimento do familiar sobre a doença oferece no cuidado ao doente, mas, apesar disso, muitos cuidadores não possuem o conhecimento necessário sobre essa questão. Desse modo, esta questão destaca-se como uma temática relevante. Nesse contexto, autores^(18,20-21) destacam que a enfermagem tem uma participação crucial em promover ajuste e funcionamento familiar saudável para pacientes e familiares vítimas de TCE, além de promover a assistência junto ao familiar e a inserção da educação em saúde nos programas de reabilitação.

As necessidades mais frequentes elencadas como “nada importante” estão na subescala de “suporte emocional” e correspondem ao apoio recebido por outros familiares e amigos, compreensão dos sentimentos e ao estabelecimento

de um alicerce emocional ao cuidador. Dentre essas, as três necessidades consideradas menos importantes foram “de ajuda para permanecer esperançoso(a) sobre o futuro do paciente”, “de ajuda para me preparar para o pior” e “ser incentivado a pedir ajuda aos outros”, com 4,5% cada uma.

Nesse caso, a literatura^(14,22) aponta que a justificativa mais plausível seria que muitos familiares, ao cuidar de uma vítima de TCE, deixam de lidar com seus próprios problemas e com os relacionamentos extra-familiares e não recebem o apoio necessário para tal. Além disso, no momento da entrevista, muitos interpretaram essas questões como algo negativo, que os levassem a pensar que iria diminuir a esperança de que a vítima logo se recuperaria.

Dentre as necessidades classificadas como “não atendidas”, as que tiveram maior percentual foram “passar um tempo com meus amigos” (54,5%), “ter um descanso dos meus problemas e responsabilidades” (50,0%), “saber quanto tempo cada problema do paciente pode durar” (45,5%).

Em comparação com um estudo⁽³⁾ realizado com 161 familiares, houve uma disparidade, já que as necessidades listadas como menos atendidas foram “ter recursos suficientes para mim ou para a minha família (exemplo aconselhamento financeiro ou legal, folga do cuidado, aconselhamento, serviço de enfermagem)” (93,2%), “ter recursos suficientes para o paciente (exemplo programas de reabilitação, fisioterapia, aconselhamento, orientação para o trabalho)” (88,6%) e “saber quanto tempo cada problema do paciente pode durar” (87,9%).

Muitos familiares expressaram que o trabalho de cuidar da vítima deixa-os “sem tempo” para cuidar deles próprios e isso ficou refletido nos dados acima. Assim, a classificação dessas necessidades como não atendidas é justificada pelos autores⁽²²⁻²³⁾, como indicativas de que o familiar tem dificuldades no relacionamento e no convívio social, principalmente no período pós-trauma recente. Este é um fato preocupante, já que isso pode levar ao adoecimento do cuidador.

Neste estudo, as taxas de atendimento das necessidades apontadas pelos familiares demonstram a qualidade do serviço oferecido pelos profissionais de saúde durante o tratamento e a reabilitação das vítimas de TCE, de forma que os itens mais cotados foram “ter informações sobre o progresso da reabilitação ou do ensino do paciente” (100%), “perceber que os diferentes profissionais estão de acordo quanto a melhor forma de ajudar o paciente” (90,9%) e “ser informado(a) sobre todas as mudanças no estado de saúde do paciente” (86,4%).

Das questões que obtiveram resultado “não aplicável”, o item 33, “ter a compreensão do padrão, dos colegas de trabalho ou dos professores quanto aos problemas do paciente”, alcançou um valor elevado (50,0%). Este dado pode estar ligado ao fato de que muitos cuidadores familiares deixam de trabalhar ou que a escolha do cuidador principal é direcionada para aquele que não possui emprego, para que, assim, possa dedicar mais tempo para prestar assistência à vítima²³.

Conclusão

Constata-se que a maioria dos entrevistados considera importantes todas as necessidades elencadas no FNQ. Esse fato afirma a importância de entender o contexto familiar de uma vítima de TCE para que seja possível trabalhar com a prevenção de agravos para o cuidador.

Mais da metade dos itens analisados como “muito importante e importante” foram apontados como atendidos, fato que permite constatar que a assistência prestada aos familiares, embora não seja direcionada, produz resultados positivos. Também é possível inferir que quanto mais necessidades atendidas menor pode ser o índice de adoecimento, fator que é animador.

Conclui-se que as taxas de atendimentos das necessidades apontadas pelos familiares demonstram a qualidade do serviço oferecido pelos profissionais de saúde durante o tratamento e a reabilitação das vítimas de Trauma Cranioencefálico.

A oportunidade de aplicar esse instrumento foi uma experiência válida, visto que a temática abordada pelo FNQ é de extrema importância, tendo em vista a dimensão que o TCE tem no contexto da saúde pública. Com a presença de tantos acometimentos que podem ocorrer com o cuidador familiar, a avaliação das suas necessidades é salutar para direcionar ações do enfermeiro na assistência voltada à família durante a execução do processo de enfermagem e, dessa forma, melhorar a qualidade de vida desses que sofrem as consequências do trauma.

Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Lorranny Santana Rodrigues, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos e Edilene Curvelo Hora Mota;
2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Lorranny Santana Rodrigues, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos, Edilene Curvelo Hora Mota e Leda Rodrigues dos Santos;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Lorranny Santana Rodrigues, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos, Edilene Curvelo Hora Mota, Leda Rodrigues dos Santos, Karoline Cravo de Melo e Bruno Melo da Silva.

Referências

1. Santos F, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VMR, et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Min Enferm.* 2013 out-dez;17(4):882-7.
2. DePalma RG. Combat TBI: history, epidemiology, and injury modes. In: Kobeissy FH, editor. *Source Brain neurotrauma: molecular, neuropsychological, and rehabilitation aspects.* Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2015. p. 5-11.
3. Hora EC, Sousa RMC. Necessidades das famílias após o trauma cranioencefálico: dados da realidade brasileira. *Enferm Foco.* 2012;2(3):88-92.
4. Munivenkatappa A, Agrawal A, Shukla DP, Kumaraswamy D, Devi BI. Traumatic brain injury:

- Does gender influence outcomes? *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2016 Apr-June;6(2):70-3.
5. Rabinowitz AR, Levin HS. Cognitive sequelae of traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am.* 2014;37(7):1-11.
 6. World Health Organization. Health topics: rehabilitation. [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2015 June 2]. Available from: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
 7. Sousa RMC, Koizumi MS. Recuperação das vítimas de traumatismo crânio-encefálico no período de 1 ano após o trauma. *Rev Esc Enferm USP.* 1996 dez;30(3):484-500.
 8. Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Ribeiro COM, Sousa RMC. Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico seis meses após o trauma. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013 jul-ago;21(4):[8telas].
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico. Brasília; 2013.
 10. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005 jan-fev;13(1):93-8.
 11. Santos CB, Figueredo EG, Teixeira MJ. Cognitive rehabilitation and head injury. *Arq Bras Neurocir.* 2011;30(2):51-4.
 12. Raju B, Lukose S, Raj P, Reddy K. Clinically providing psycho-social care for caregivers in emergency and trauma care setting: scope for medical and psychiatric social workers. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2016 Oct-Dec;6(4):206-10.
 13. Kreutzer JS, Marwitz JH, West D. Family needs questionnaire. Richmond (VA); 1998. [Administration and scoring manual] VCU/MCVH PM&R Neuropsychology.
 14. Hora EC, Sousa RMC. Adaptação transcultural do instrumento family needs questionnaire. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009 jul-ago;17(4):106-13.
 15. Kreutzer JS, Serio CD, Berquist S. Family needs after brain injury: a quantitative analysis. *I Head Trauma Rehabil.* 1994;9(3):104-15.
 16. Holland JN, Schmidt AT. Static and dynamic factors promoting resilience following Traumatic brain injury: a brief review. *Neural Plasticity* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 24]. Available from: <http://downloads.hindawi.com/journals/np/2015/902802.pdf>
 17. Hyatt KS. Mild traumatic brain injury. *Am J Nurs.* 2014 Nov;114(11):36-42.
 18. Sinnakaruppan I, Williams D. Family carers and the adult head-injured: a critical review of carers' needs. *Brain Inj.* 2001;15(8):653-72.
 19. Oyesanya TO, Brown RL, Turkstra LS. Caring for patients with traumatic brain injury: a survey of nurses' perceptions. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 Jun 27 [cited 2017 mar 26];26(11-12):1562-74. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13457/epdf>
 20. Oyesanya TO, Thomas MA, Brown RL, Turkstra LS. Nurses' beliefs about caring for patients with traumatic brain injury. *West J Nurs Res.* 2016; 38(9):1114-38.
 21. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):343-9.
 22. Underhill AT, Lobello SG, Fine PR. Reliability and validity of the family satisfaction scale with survivors of traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2004 Aug;41(4):603-10.
 23. Thompson HJ. A critical analysis of measures of caregiver and family functioning following traumatic brain injury. *J Neurosci Nurs.* 2009 jun;41(3):148-58.

Recebido: 17 de dezembro de 2016

Aprovado: 22 de maio de 2017

Publicado: 13 de julho de 2017