

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

LARISSA CAROLINE PIMENTEL

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS
ENFERMEIROS SOBRE A ESCALA DE COMA DE
GLASGOW**

BAURU

2017

LARISSA CAROLINE PIMENTEL

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS
ENFERMEIROS SOBRE A ESCALA DE COMA DE
GLASGOW**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Altino e Co-orientação da Enf. Taís Lopes Saranholi.

BAURU
2017

P644a

Pimentel, Larissa Caroline

Avaliação do nível de informação dos enfermeiros sobre a Escala de Coma de Glasgow / Larissa Caroline Pimentel. -- 2017. 35f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rita de Cássia Altino.

Co-orientadora: Enf. Taís Lopes Saranholi

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)
- Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Escala de Coma de Glasgow. 2. Traumatismo Encefálicos.
3. Enfermagem. I. Altino, Rita de Cássia. II. Saranholi, Tais Lopes.
III. Título.

LARISSA CAROLINE PIMENTEL

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS
SOBRE A ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos quesitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Dr.^a Rita de Cássia Altino e Co-orientação da Enf. Taís Lopes Saranholi.

Bauru, 30 de novembro de 2017.

Banca examinadora:

Prof.^a Me. Evete Polidoro Alquati
Universidade do Sagrado Coração

Dr.^o Rafael Arruda Alves
Secretaria Municipal de Saúde

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Altino
Universidade do Sagrado Coração

Dedico aos meus pais e meu irmão que com muito carinho não mediram esforços para que eu realizasse meu sonho, ao meu avô que me sustentou em pensamento até aqui e meu primo João Felipe que me inspirou para realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

No decorrer da graduação enfrentamos inúmeras dificuldades e algumas pessoas estiveram ao meu lado durante as dificuldades fazendo com que eu buscasse conquistar meus sonhos.

Elevo primeiramente meus agradecimentos a Deus, por me permitir chegar até aqui, me dando força para superar minhas dificuldades, que no decorrer do caminho iluminou os meus passos em uma jornada difícil.

Também agradeço meus pais e meu irmão, pela oportunidade que me deram de realizar meu sonho, que não só neste momento, mas em toda minha vida estiveram presente, me guiando e apoiando, para que eu caminhasse pela direção correta.

Agradeço também a minha orientadora Rita de Cássia Altino e minha coorientadora Taís Saranholi, por terem me guiado para a conclusão deste trabalho, com toda paciência, dedicação, suporte para um crescimento pessoal e profissional.

Aos meus professores de graduação, meus sinceros agradecimentos por compartilharem comigo todo conhecimento, sendo indispensável para o meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço também meus amigos que me ajudaram na conclusão deste trabalho de maneira direta ou indireta, um agradecimento em especial a Talia Olevario e ao Enf. Danilo Ferrari que dedicaram um pouco do seu tempo, me acompanhando e apoiando com muita paciência para que o trabalho fosse concluído.

RESUMO

Introdução: O estado de inconsciência do ambiente e de si mesmo, e caracterizado como coma, mesmo após diversos estímulos e modalidades, com intensidades diferentes o paciente permanece de olhos fechados. Para essa avaliação foram propostas várias escalas, sendo que todas elas se fundamentam em analisar o paciente e dar um escore que propicie uma ideia geral do nível de consciência do paciente de momento a momento. A Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi desenvolvida em 1974, em uma universidade chamada Universidade de Glasgow, para se estimar o prognóstico em vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) a médio e longo prazo. **Objetivo:** avaliar o nível de informação dos enfermeiros sobre a ECG. **Metodologia:** Estudo transversal, abordagem quantitativa desenvolvido no município de Bauru, estado de São Paulo, com os enfermeiros cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN). Realizado a aplicação de um instrumento estruturado, elaborado pela pesquisadora, tipo online (*Formulários Google*), contendo questões relacionadas à ECG. **Resultados:** Houve a participação de 24 enfermeiros, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 31 anos, atuando em hospitais, com tempo de atuação profissional igual ou inferior a 5 anos. Apresentaram um bom nível de informação referente a utilização da ECG, uma vez que responderam corretamente diversas questões avaliadas, reconhecendo corretamente os parâmetros avaliados e a aplicação correta. **Conclusão:** O nível de informação referente à utilização da ECG foi bom. A equipe de enfermagem é fundamental na avaliação neurológica, uma vez que realiza a aplicação da ECG e de outras avaliações.

Palavras-chaves: Escala de Coma de Glasgow. Traumatismos Encefálicos. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The state of unconsciousness of the environment and of itself, and characterized as coma, even after several stimuli and modalities, with different intensities of the patient standing with eyes closed. For this evaluation, click the right mouse button, click here for a description of the content. The Glasgow Coma Scale (ECG) was developed in 1974 at a university called the University of Glasgow, to estimate the prognosis of stroke victims in the medium and long term. **Objective:** to evaluate nurses' level of information about an ECG. **Methodology:** Cross-sectional study, quantitative approach developed in the city of Bauru, state of São Paulo, with registered nurses at the Regional Nursing Council of São Paulo (COREN). Made use of a structured instrument, elaborated by the researcher, type online (Google Forms), with questions related to the ECG. **Results:** Twenty-four nurses, predominantly female, with a mean age of 31 years, working in hospitals, with a professional period of less than 5 years, participated. To present a good level of information regarding the use of the ECG, since they correctly answered several evaluated questions, correctly recognizing the parameters and the correct application. **Conclusion:** The information record regarding the use of the ECG was sent. A nursing team is fundamental in the neurological evaluation, since it performs an application of the ECG and other evaluations.

Keywords: Glasgow Coma Scale. Brain Injuries. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ECJ	Escala de Coma de Jovet
RASS	Escala de Agitação e Sedação de Richmond
RSS	Escala de Sedação de Ramsay
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
2.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	3
2.2	COMA.....	4
2.3	ESCALA DE COMA DE GLASGOW	5
3	OBJETIVO	8
3.1	OBJETIVO GERAL.....	8
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4	METODOLOGIA	9
4.1	TIPO DE ESTUDO	9
4.2	LOCAL DO ESTUDO	9
4.3	CASUÍSTICA	9
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	9
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	19
	APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOBRE ECG	21
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO CEP	24

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se ao atendimento de pacientes agudo ou crítico, porém recuperáveis, que requer permanente e especializada assistência médica e de enfermagem. São pacientes que estão sujeitos à instabilidade de funções vitais e necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento. (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

No ambiente da UTI torna-se imprescindível para a qualidade da assistência ao paciente e aos seus familiares o trabalho da equipe de enfermagem e de saúde. Realizado cotidianamente pelos profissionais, diversas dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência a ser prestada, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares, muitas vezes dos médicos, da instituição, dentre outros. (GARANHANI et al.; 2008).

O baixo impacto na atuação do enfermeiro no serviço e na sociedade são resultados, na maioria das vezes, da apatia, da resistência às inovações, do comprometimento com seu trabalho e da falta de conhecimento. Pode ser citada a falta de oportunidades, mas acredita-se que com determinação, criatividade e persistência pode-se melhorar a satisfação desse profissional e de sua equipe. (MATSUDA; ÉVORA, 2006).

Segundo CAMELO (2012), o enfermeiro que atua em UTI necessita mobilizar competências profissionais específicas, durante execução do seu trabalho, além de qualificação adequada, que permita desenvolver suas funções de forma eficaz, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e qualidade na assistência.

Necessita-se avaliação objetiva de quem são os pacientes graves que requerem tratamento intensivo, para isso a utilização de instrumentos de medida de gravidade se torna uma prática indispensável nas UTI, face aos altos custos dessas unidades. (GONÇALVES et al., 2006).

O nível de consciência do paciente está correspondido entre o paciente estar em coma profundo e completamente em alerta. Para avaliar as alterações neurológicas é necessário um instrumento padronizado, de maneira objetiva, universal e reprodutível, portanto, criou-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG). (LEÃO et al., 2014).

Assim sendo, justifica-se a necessidade de avaliar o nível de informação dos profissionais de enfermagem quanto à aplicação e importância da ECG em

pacientes graves, melhorando assim, o prognóstico do paciente e a qualidade da assistência.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Historicamente a UTI está vinculada à enfermagem que foi uma grande representatividade e forte na participação de Florence Nightingale na guerra da Crimeia; na ocasião uniram as pessoas feridas dos combates, num mesmo espaço físico, promovendo uma assistência mais efetiva. (SANTOS, et, al. 2010).

A ocasião deu origem às UTI, onde os pacientes são agrupados num mesmo ambiente a fim de promover uma assistência eficiente, facilitadora e racional. No contexto da enfermagem, inúmeros autores evidenciam a atuação dos enfermeiros nas UTI, visto que, o profissional da enfermagem é responsável por toda assistência prestada diretamente ao paciente. (SANTOS, et al., 2010).

Na década de 70 do século XX surgiram as UTI no Brasil, encontrando campo fértil e uma política voltada à modernização e ao desenvolvimento, auge do milagre econômico o que repercutiu no setor da saúde. (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007). Caracterizada como um setor hospitalar que se encontra pacientes críticos ou graves, hemodinamicamente instáveis ou estáveis, que exige assistência constante à saúde nas 24h, composta por uma equipe multidisciplinar, visando englobar tecnologias que buscam assistência necessária, seja para medicações, ou equipamentos, para o desenvolvimento do seu trabalho e melhora do quadro do paciente. (CAMPOS; MELO. 2011).

Existe um modelo de qualidade a qual a UTI deve ser seguida, que possibilita uma assistência humanizada, hemodinamicamente estável, acompanhamento contínuo, com mínimo de risco em virtude dos procedimentos utilizados e à sobrevivência. Todos os hospitais que possuem mais de 100 leitos disponibilizados aos pacientes, devem disponibilizar um setor de UTI. Os leitos consistem entre 6% a 10% dos leitos totais. (RODRIGUES, 2012).

A UTI é considerado sendo um setor hospitalar mais agressivo, sobrecarregado e chocante, em consequência do intenso trabalho realizado durante a rotina do setor, exposição a qual a equipe de enfermagem sofre, devido aos instrumentos utilizados para melhor assistência do paciente, sendo assim; riscos com perfuro cortantes; situações contínuas de crise; barulho frequente do monitor, respiradores, bombas de aspiração, exposição aos raios-X; choro, gemido de dor;

movimentos decorrentes ao número elevado de funcionários no local, conversas da equipe e som de impressoras. (RODRIGUES, 2012).

2.2 COMA

O estado de inconsciência do ambiente e de si mesmo, é caracterizado como coma, mesmo após diversos estímulos e modalidades, com intensidades diferentes o paciente permanece de olhos fechados. As estruturas que mantem a capacidade do indivíduo de desperto ou alerta, se localizam na formação reticular e em outras estruturas na região mesencefálica e diencefalo (tálamo e hipotálamo) denominada Sistema Reticular Ativador Ascendente (SRAA). O coma ou alterações neurológicas pode ocorrer por lesões nestas estruturas ou que danificam os hemisférios cerebrais de maneira difusa ou multifocal. (ANDRADE et, al., 2007)

O nível de consciência pode variar entre dois extremos, desde um estado de coma profundo até uma confusão têmporo-espacial. A letargia ou sonolência é caracterizada por um estado de diminuição do nível de consciência, com estímulos brandos o paciente consegue ser despertado. O indivíduo que recebe estímulos repetido e forte para acordar é considerado um estado de sonolência mais profunda (ANDRADE et al., 2007).

Têm sido propostas várias escalas, sendo que todas elas se fundamentam em analisar o paciente e dar um escore que propicie uma ideia geral do nível de consciência do paciente de momento a momento. Levando em consideração que os instrumentos utilizados para avaliar algo tão complexo quanto ao nível de consciência apresenta grande limitação que deve ser evidenciada para propiciar seu uso de maneira mais adequada para o uso na prática clínica. As limitações variam desde a discordância dos profissionais diferentes que avaliam o mesmo paciente dando escores divergentes, até mesmo as escalas que avaliam vários parâmetros dando um escore total formado pela soma de todos eles. (MUNIZ, et al., 1997).

Para o planejamento das intervenções e identificação de diagnósticos é fundamental a avaliação neurológica; administrada de forma detalhada fornece importantes subsídios sobre a abordagem do paciente. Um dos cinco parâmetros de avaliação neurológica é o nível de consciência, o profissional poderá determinar alterações do quadro clínico do paciente por meio da avaliação, realizando intervenções e prevenindo complicações. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2014).

Os profissionais ao se depararem realizando cuidados com pacientes graves, que apresentam alguma alteração neurológica, necessitam de um instrumento de fácil aplicação para obtenção de um resultado que identifica as disfunções e parâmetros neurológicos (sensibilidade, motricidade e consciência). Nas práticas de enfermagem as avaliações neurológicas em unidades críticas se tornam imprescindível. (AMORIM et al. 2013).

2.3 ESCALA DE COMA DE GLASGOW

A ECG foi desenvolvida em 1974, em uma universidade chamada Universidade de Glasgow, localizada na Escócia, foi produzida por Taeasdale e Jennet, é realizada mundialmente para mensurar alterações neurológicas e associar-se a evolução do nível de consciência, visionar prognóstico, e estabelecer um padrão de linguagem entre os profissionais de saúde. (SANTOS et al. 2016).

Para se estimar o prognóstico em vítimas de TCE a médio e longo prazo, uma das variáveis que tem sido consideravelmente estudada é o escore da ECG que segundo os resultados de algumas pesquisas, indicam que, para avaliar o prognóstico de pacientes com lesões encefálicas a ECG se destaca entre diversos instrumentos, estimando a evolução dessas vítimas, trazendo grande contribuição ao processo de recuperação dessas vítimas, auxiliando não só o trabalho realizado pelos profissionais, mas também fundamentando metas e as expectativas dos pacientes e dos familiares nos enfrentamentos e superações de disfunções e incapacidades vivenciadas. (SETTERVELL, SOUSA, 2012).

Sua aplicação é aparentemente simples e deve se basear no exame do paciente 6 horas após o trauma, intervalo recomendado pelos seus autores, entendendo que para o alívio da dor, ou para serem intubados, os pacientes são sedados nas primeiras horas após o trauma, podendo interferir na pontuação obtida e na avaliação global do nível de consciência. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2014).

Considera-se fundamental que sua aplicação seja criteriosa e sistematizada para a avaliação e instituição de medidas ao paciente, garantindo a fidedignidade do resultado, que é imprescindível para o acompanhamento da evolução destes pacientes, isto requer conhecimento prévio e habilidades para utilização da Escala de Coma de Glasgow. (SANTOS et al., 2016).

As melhores respostas do paciente frente ao estímulo são registradas, cada número é de acordo com a resposta, números altos correspondem a normalidade e números baixos quando está comprometido, há um somatório dos números, o resultado fornece uma indicação da gravidade do coma e do futuro resultado.

O nível de consciência do paciente é determinado através do resultado obtido frente ao estímulo, o resultado se dá através de escores, sendo 15 o mais alto (máximo responsivo), 03 sendo o mais baixo (mínimo de resposta), sendo assim, o escore 15 caracteriza o estado de consciência normal e abaixo de 08 corresponde ao estado comatoso, ou seja, o limite entre o coma e o estado normal é determinado pelo escore 08. (LEÃO et al.,2014)

Figura 1. Escala de Coma de Glasgow

INDICADORES	RESPOSTA OBSERVADA	ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estímulos verbais	3
	Estímulos dolorosos	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons ininteligíveis	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Melhor resposta motora	Obedece a comandos verbais	6
	Localiza estímulos	5
	Retirada inespecífica	4
	Padrão flexor	3
	Padrão extensor	2
	Ausente	1
	Não testável	NT

Fonte: Adaptado MUNIZ, 1997

Existe também outra escala para avaliar o nível de consciência do paciente, se denomina como Escala de Coma de Jovet (ECJ), geralmente muito pouco utilizada na rotina diária dos profissionais comparada a Escala de Coma de Glasgow, entretanto, a ECJ consiste em avaliar a conexão entre a anatomia e os

parâmetros dos níveis de consciência a serem analisados. A ECJ foi criada para analisar o nível de consciência que caminha para um estado de coma. Os parâmetros analisados na ECJ são: perceptividade (função cortical) e reatividade (função da formação reticular ativadora ascendente). Na reatividade é analisada como reatividade inespecífica; específica e autonômica. (MUNIZ, et, al. 1997).

Estudo realizado por SANTOS et al. (2016) Conclui que vários fatores como: experiência, tempo de formação e trabalho na unidade interferiu no conhecimento de enfermeiros sobre a Escala de Coma de Glasgow, evidenciando necessidade de capacitação.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de informação dos enfermeiros sobre a utilização da ECG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as principais dificuldades e as facilidades na utilização da ECG;
- b) Avaliar se existe a necessidade de capacitação dos enfermeiros sobre a utilização e aplicação da ECG.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Desenvolvido no município de Bauru, estado de São Paulo, com os enfermeiros cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN).

4.3 CASUÍSTICA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sagrado Coração (USC), com parecer de aprovação número 2.138.327 (ANEXO 1).

A população estudada foi composta por profissionais enfermeiros cadastrados no COREN no município de Bauru, que aceitaram a participação, através do entendimento e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e realizaram a resposta do questionário no período da pesquisa.

Realizada por meio de um instrumento estruturado, elaborado pela pesquisadora, tipo online (*Formulários Google*), contendo questões relacionadas à ECG. Enviado um e-mail convidativo aos enfermeiros que tiveram o prazo de 30 dias para responder o questionário desse estudo.

O questionário (APÊNDICE B) foi composto de 15 questões de múltipla escolha específicas sobre a ECG, referente a sua função, característica, aplicação e pontuações.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizado a tabulação dos resultados obtidos pelos questionários no *Microsoft Excel*. Os resultados serão apresentados através de gráficos e tabelas, por meio de frequências absolutas e relativas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enviados 100 formulários via e-mail, para profissionais com inscrição ativa no COREN do município de Bauru, no período de agosto a setembro de 2017. Para a organização do conteúdo coletado, realizou-se análise utilizando planilhas do *Microsoft Excel*. Apresenta-se a seguir dados transformados em gráficos e tabelas.

Houve um total de 24 profissionais que participaram desse estudo, na Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico dos profissionais enfermeiros, Bauru, 2017

VARIÁVEIS	N	(%)
Número de participantes	24	100,0
Sexo		
Feminino	15	62,5
Masculino	9	37,5
Idade média (anos)	31	(23-41)
Local de trabalho		
Hospital	16	66,7
UBS / ESF	3	12,5
Universidade	2	8,3
UPA	1	4,2
Outros locais	2	8,3
Tempo de atuação profissional (anos)		
≤ 5 anos	15	62,5
6 a 10 anos	8	33,3
11 a 15 anos	1	4,2

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com as características sócio demográficas dos participantes desse estudo a maioria 15 (63,5%) eram do gênero feminino e 9 (37,5%) do gênero masculino. Possuindo idade média de 31 anos, variando de 23 a 41 anos. Em relação ao local de trabalho a maioria, 16 (66,7%), trabalhavam em hospitais, apresentando em sua maioria, 15 (62,5%) um tempo de atuação profissional igual ou inferior a 5 anos.

Devido a influência histórica e caracterização da enfermagem como profissão vista como feminina, caracterizando o cuidado pertencendo a própria personalização da mulher, resulta ainda como uma influência para a caracterização de gênero dessa profissão, onde as mulheres foram tomando espaço e atualmente tem maior predominância. (SOUZA, 2014). Estudo realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no ano de 2015 apresentou o perfil dos profissionais de enfermagem de diferentes estados brasileiros. Apresentou que a equipe de enfermagem é constituída de 84,6% de mulheres. Registrando a presença de 15% de homens nessa categoria profissional, com um aumento crescente na masculinização da categoria no início da década de 90. (COFEN, 2015).

A caracterização dos enfermeiros participantes desse estudo apresentou jovens profissionais, a maioria com 5 anos ou menos de atuação. Outros estudos também demonstraram esse resultado quando estudado os profissionais de enfermagem. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2016; PEREIRA et al, 2010).

Nesse estudo todos os participantes do estudo responderam corretamente em relação a concepção da ECG, caracterizada para avaliar a profundidade do coma. A maioria, 18 (75,0%), dos participantes acertaram as sessões específicas que compõem a ECG (abertura ocular, resposta verbal, resposta motora). A ECG foi desenvolvida para padronizar a avaliação da evolução clínica de pacientes graves e a comunicação entre os membros das equipes de saúde, avaliando a reatividade do paciente através dos três parâmetros presentes na escala. (NAMIGAR et al, 2017).

Em um estudo realizado no ano de 2011 com enfermeiros assistenciais, com o objetivo de avaliar o conhecimento de enfermeiros de um serviço de urgência sobre a avaliação neurológica do paciente com TCE. Os participantes consideraram a avaliação do nível de consciência e resposta pupilar como os parâmetros mais importantes da ECG. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2016).

Em relação a parte cerebral relacionado a resposta verbal, abertura ocular e resposta motora observa esses resultados estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Parte cerebral avaliada pela ECG e suas sessões, Bauru, 2017

REGIÃO AVALIADA / PARTES DO CÉREBRO	ABERTURA OCULAR N (%)	RESPOSTA VERBAL N (%)	RESPOSTA MOTORA N (%)
Cerebelo	0 (0,0)	3 (12,5)	<u>8 (33,3)</u>
Cortex cerebral	7 (29,2)	8 (33,3)	0 (0,0)
Formação reticular	3 (12,5)	2 (8,3)	0 (0,0)
Hipotálamo	3 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lobo frontal	0 (0,0)	<u>4 (16,7)</u>	0 (0,0)
Lobo temporal	0 (0,0)	3 (12,5)	0 (0,0)
Lobo occipital	<u>11 (45,8)</u>	4 (16,7)	0 (0,0)
Vias sensório-motoras	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (66,7)

Fonte: Elaborado pela autora

Como observado na Tabela 2 referente a parte cerebral avaliada na ECG durante cada sessão, observa-se que em relação a abertura ocular muitos dos participantes, 11 (45,8%), acertaram a questão ao responderem que a parte cerebral avaliada é o Lobo occipital. Durante a resposta verbal, apenas 4 (16,7%) dos participantes acertaram que a parte cerebral mais avaliada seria o Lobo frontal. Na resposta motora, também a minoria, 8 (33,3%) acertou sobre a parte cerebral mais avaliada, o cerebrelo.

A função visual está localizada na região do cérebro do lobo occipital, responsável pelo processamento da informação visual. Os neurônios da retina estendem-se até a corpo geniculado externo. As fibras da metade nasal de cada retina cruzam-se no quiasma óptico e são projetadas no córtex visual do lado oposto; as fibras da metade temporal da retina não se cruzam. Os pólos occipitais posteriores estão envolvidos principalmente na visão central; as partes mais anteriores da área calcarina referem-se à visão periférica. O ser humano perde a visão de objeto e a percepção de luz quando é removido a área cortical do sulco calcarino. (BARROS, 1972).

O Lobo frontal se subdivide em três áreas (motora, pré-motora e pré-frontal) que através de suas múltiplas conexões se relaciona com todas as outras áreas do cérebro. A área pré-frontal modula as atividades do hipotálamo e do sistema límbico,

está associada com cognição e aspectos sociais, coordenando o tempo de manifestação social. A maior parte do desempenho do lobo frontal está reunida sob o termo “funções executivas”, encarregando o controle da ação antecipada, como a escolha dos objetivos a serem alcançados, o planejamento, através da seleção da resposta mais adequada e inibição, e a atenção no acompanhamento enquanto a ação se desenrola e da verificação do resultado. (PINO, WERLANG, 2006).

O cerebelo localiza-se na parte anterior a medula ablongata. É considerado o responsável pela coordenação motora, onde capta os impulsos sensitivos das articulações, tendões, músculos. Ultimamente tem sido implicado também em funções cognitivas. (BUGALHO, CORREA, VIANA-BAPTISTA, 2006).

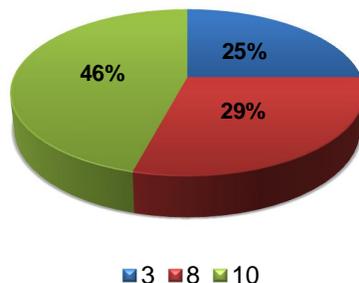
Referente a avaliação da resposta motora, metade dos participantes, 12 (50,0%), responderam corretamente para registrar a resposta em todos os quatro membros do paciente avaliado. Também metade dos participantes, 12 (50,0%), responderam corretamente que ao avaliar a resposta motora em pacientes com tetraplegia (paralisada em todos os quatro membros) é necessário pedir ao paciente para assentir ou virar a cabeça.

Avaliado referente aos escores presente na ECG, quando questionado sobre o menor escore a maioria dos participantes 20 (83,3%) responderam corretamente, valor do escore 3. Enquanto que 4 (16,7%) responderam como o valor mais baixo possível do escore sendo 4.

No Gráfico 1 apresenta a resposta dos participantes quando questionado sobre os pacientes considerados comatosos no uso da ECG e qual escore eles receberiam.

Gráfico 1 – Valor do escore respondido pelos participantes referente a pacientes comatosos segunda a ECG, Bauru, 2017

VALOR DO ESCORE DE PACIENTES COMATOSOS



Fonte: Elaborado pela autora

A resposta correta referente ao valor inicial do escore quando o paciente é considerado comatoso necessitando de respiração artificial seria 8, respondida por 7 (29,2%) dos participantes. A maioria 11 (45,8) respondeu a resposta onde o valor do escore seria 10, referindo a uma lesão moderada. Houve 6 (25,0%) dos participantes que consideraram o escore 3 para essa resposta, utilizando quando o paciente está profundamente inconsciente.

A ECG é considerada uma escala de avaliação clínica numérica que continua a ser a mais aplicada na categorização das alterações neurológicas, onde cada componente dos três parâmetros recebe um escore, variando de 3 a 15, sendo o melhor escore 15 e o menor, 3. Os pacientes com escore 15 apresentam nível de consciência normal. Pacientes com escores menores do que 8 são considerados comatosos, apresentando um estado de extrema urgência. Um escore 3 é compatível com morte cerebral, porém para a sua confirmação é necessário que realize outros exames. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2016). É de extrema importância conhecer e identificar corretamente buscando intervir rapidamente nos pacientes graves, com uma causa reversível.

Quando questionado sobre a utilização da ECG em pacientes intubados, a maioria, 15 (62,5%) dos participantes acertaram ao responder que não utiliza para esses pacientes. A ECG apenas deve ser utilizada para pacientes sem sedação, afinal os sedativos prejudicam as respostas avaliadas na escala. Nessa situação, as duas escalas mais usadas são a Escala de Sedação de Ramsay (RSS) e a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (*Richmond Agitation-Sedation Scale* – RASS), que avaliam o nível de sedação caracterizando como escalas ideais para os pacientes intubados.

A RSS, também intitulada o nome de seu criador (Michael Ramsay), é a mais utilizada em ambientes de UTI, apresenta-se como um instrumento unidimensional baseado em critérios clínicos, onde avalia o grau de sedação em pacientes. Apresentando pontuação variando de 1 (combativo, violento) a 6 (sem resposta a estímulo verbal ou físico). (LUNA, SOUSA, FERRAZ, 2011).

A Escala RASS, abrange de forma precisa o nível de agitação e ansiedade, sendo utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um paciente que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora. Determina uma pontuação que varia de -5 (incapaz de ser despertado, não responde ao som da voz ou ao estímulo físico) a +4 (agressivo, violento, perigoso, combativo). (BARR et al, 2013).

Estudo comparativo, realizado em 2015 na Turquia, das escalas utilizadas em pacientes críticos durante a utilização na sedação das drogas midazolam-remifentanil, apresentou sendo a melhor escala para utilização nesses pacientes a RSS apresentando melhor confiabilidade e validade. (NAMIGAR, 2017).

Estudo apresentou que nenhuma escala atende a todas essas especificações se tornando a escala ideal, pois todas apresentam limitações. A aplicação de cada uma deve ser avaliada com cuidado, uma vez que o tratamento adequado e o prognóstico estão diretamente relacionados com a qualidade de sua aplicação. (OLIVEIRA, PEREIRA, FREITAS, 2014).

A ECG continua sendo a escala mais aplicada na categoria das alterações neurológicas, ressaltando a importância de sua utilização correta. O exame neurológico, quando realizado minuciosamente, fornece subsídios, no entanto, exige conhecimento e preparo específico. A equipe de enfermagem deve ser capaz de avaliar e aplicar a ECG e outras escalas de avaliação de risco mais utilizadas durante sua prática diária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o nível de informação dos enfermeiros sobre a utilização da ECG. Os participantes do estudo foram predominantes do sexo feminino, com idade média de 31 anos, atuando em hospitais, com tempo de atuação profissional igual ou inferior a 5 anos.

Quanto ao nível de informação dos profissionais de enfermagem estudados do município de Bauru, a sua maioria apresentou um bom conhecimento referente a utilização da ECG, uma vez que responderam corretamente diversas questões avaliadas. A maioria dos participantes conheceram corretamente os parâmetros avaliados e a aplicação correta da escala.

A equipe de enfermagem é considerada fundamental na avaliação neurológica, uma vez que realiza a aplicação da ECG e de outras avaliações. Apresentando assim a importância de capacitação profissional para avaliação correta desses pacientes.

Destaca-se ainda a necessidade de realização de novos estudos para identificação mais profunda e capacitar os profissionais quando a utilização dessa escala. Buscando proporcionar mais conhecimentos e modificações na atual realidade assistencial.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, C.F. et al. Avaliação Neurológica Realizada por Enfermeiros em Vítimas de Traumatismo Cranioencefálico. **Rev. Neurociência**, v.21, n.4, p.520-524, 2013.
- ANDRADE, A. F. et al. Coma e outros estados de consciência, **Revista Medicina**, v. 86, n. 3, p.123-131, 2007.
- BARROS, M.C.; CARDOSO, A.; HOLANDA, G. Conceito anátomo-fisiológico do lobo occipital. **Arq. Neuro-psiquiat.** (São Paulo), v. 30, n. 1, p. 30-44, 1972.
- BARR, J. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. **Critical Care Med.**, v. 41, n. 1, p. 263-306, 2013.
- PAULO BUGALHO, P.; CORREA, B.; VIANA-BAPTISTA, M. Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais bases científicas e modelos de estudo. **Acta Med Port.**; v. 19, n. 1, p. 257-268, 2006.
- CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa, **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 1, n. 20, 2012.
- CAMPOS, L. F; MELO, M. R. A. C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p.189-193, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso: 12 de outubro de 2017.
- GARANHANI, M. L. et al. O trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva: Significados para técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e drogas**, v. 4, n2, 2008.
- GONÇALVES, L. A. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.1, p. 56-60, 2006.
- LEÃO, H. M. et al. Avaliação do nível de consciência do paciente grave. **Rev. Digital: Buenos Aires**, n.188, 2014.
- LUNA, A.A.; SOUSA, W.A.; FERRAZ, V.M. Avaliação de delirium em pacientes em uso de sedativos. **Rev Rede de Cuidados em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1- 11, 2011.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D.M. ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma uti-adulto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.5, p. 49-56, 2006.

MUNIZ E. C. S. et al., Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.2, p.287-303, ago, 1997.

NAMIGAR, T. et al. Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 67, n. 4, p. 347-354, 2017.

OLIVEIRA, D. M. P.; PEREIRA, C. U.; FREITAS, Z. M. P. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma crânioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq. Bras. Neurocirurgia**, v.33, n.1, p.22-32, 2014.

OLIVEIRA, D. M. P.; PEREIRA, C. U.; FREITAS, Z. M. P. Conhecimento do enfermeiro sobre avaliação neurológica do paciente com trauma crânioencefálico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 4249-54, 2016.

PEREIRA, L.C. et al. Trabalho noturno: a privação do sono da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Ciência et Praxis** [Internet]; v. 3, n. 6, p. 19- 24, 2010.

PINO, V.D.; WERLANG, B.S.G. Homicídio e lobo frontal: revisão da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 10, n.1, p. 127-137, 2006.

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Rev. Min. Enferm. Ribeirão Preto**, v.16, n.3, p. 454-462, 2012.

SANTOS W.C. et al. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. **Einstein**, v.14, n.2, p.213-218, 2016.

SANTOS, F, D. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.6, n1.p.13, 2010.

SETTERVELL C. H. C.; SOUSA, R. M.C. Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma crânioencefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.3, p.364-370, 2011.

SOUZA, L, L. et al. Representação de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciência e Cognição**, v.19, n.2, p.218-232, 2014.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. ESC. Enfermagem USP**, São Paulo, V. 41, n. 3, p. 371-377, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação do nível de informação dos enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow”. Nesta pesquisa pretendemos identificar o nível de informação dos enfermeiros sobre a utilização da escala de coma de Glasgow, cadastrados no COREN-SP. O motivo que nos levaram a estudar foi à importância da escala em pacientes com alterações neurológicas. Adotaremos os seguintes procedimentos: aplicaremos um instrumento de coleta de dados, elaborado pela autora, realizando a aplicação de um questionário estruturado para avaliar o nível de informação dos enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa

“AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ESCALA DE COMA DE GLASGOW”, de maneira clara que detalhada e esclarece minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, _____ de _____ de 2017.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Larissa Caroline Pimentel	Data
------	---------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - USC

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Rita de Cássia Altino

Telefone: (14) 99905-1609

Endereço: Rua Galvão de Castro, 13-40 apto 73 B

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOBRE ECG

(Adaptado de SANTOS et al, 2016)

1. A Escala de Coma de Glasgow foi inicialmente concebida para?

- (A) Localizar tumor cerebral
- (B) Avaliar a profundidade do coma
- (C) Facilitar o tratamento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral
- (D) Monitorizar a extensão da meningite.

2. Que parte do cérebro está sendo avaliada quando você está avaliando a abertura dos olhos?

- (A) Córtex cerebral
- (B) Lobo occipital
- (C) Cerebelo
- (D) Formação reticular
- (E) Hipotálamo
- (F) Lobo Frontal

3. Que parte do cérebro está sendo avaliada quando você está avaliando a resposta verbal?

- (A) Córtex cerebral
- (B) Lobo occipital
- (C) Cerebelo
- (D) Formação reticular
- (E) Lobo temporal
- (F) Lobo frontal

4. Que parte do cérebro está sendo avaliada quando você está avaliando a resposta motora?

- (A) Lobo occipital
- (B) Cerebelo
- (C) Vias sensório-motoras
- (D) Dermátomo
- (E) Formação reticular

5. Quais são as seções específicas que compõem a Escala de Coma de Glasgow?

- (A) Abertura dos olhos, resposta verbal, resposta do aluno.
- (B) Abertura dos olhos, resposta verbal, movimento dos membros.
- (C) Abertura dos olhos, resposta verbal, resposta motora.
- (D) Abertura dos olhos, padrão respiratório, resposta motora.
- (E) Abertura dos olhos, padrão respiratório, resposta do aluno

6. Os sinais vitais são um componente da Escala de Coma de Glasgow.

- (A) Verdadeiro
- (B) Falso

7. Ao testar a melhor resposta do motor, você...

- (A) Registre a resposta no melhor braço.
- (B) Registre a resposta no pior braço.
- (C) Registre a melhor resposta das pernas.

(D) Registre a resposta em todos os quatro membros

8. Para testar a resposta motora em pacientes com tetraplegia (paralisada em todos os quatro membros),

(A) Inflige um estímulo de dor nos braços até que haja uma resposta.

(B) Inflige um estímulo de dor nas pernas até que haja uma resposta.

(C) Peça ao paciente para assentir ou virar a cabeça.

(D) Levantar o braço para cima e deixá-lo cair para a cama três vezes

9. A pontuação mais baixa da Escala de Coma de Glasgow é?

(A) 1

(B) 3

(C) 4

(D) 10

10. Os pacientes com uma Escala de Coma de Glasgow de baixa pontuação são considerados comatoso.

(A) 1

(B) 3

(C) 8

(D) 10

11. Na prática de enfermagem, uma redução do escore da Escala de Coma de Glasgow é visto como uma deterioração no nível consciente e requer informar a equipe médica.

(A) 1

(B) 3

(C) 8

(D) 10

12. A Escala de Coma de Glasgow não pode avaliar o nível de consciência do paciente intubado.

(a) Verdadeiro

(B) Falso

13. Ao perguntar a um paciente: "Você sabe onde está agora?", O paciente afirma estar no condomínio de sua filha. Ele é?

(A) Orientado.

(B) Confuso.

(C) Produzindo palavras impróprias.

(D) Produzindo som incompreensivo.

(E) Não está respondendo.

14. Na avaliação da resposta motora do paciente, ele é incapaz de cumprir. Você inflige um estímulo de dor, e ele puxa seu braço para longe. Ele.

(A) É obedecer a comandos.

(B) É localizar dor.

(C) Tem flexão anormal.

(D) Tem extensão anormal

15. Você está avaliando um paciente de acidente de trânsito, que tem olhos inchados. Você instrui-lo a abrir os olhos, mas ele não consegue. O escore de resposta ocular é?

- (A) 4
- (B) Nenhuma
- (C) 2
- (D) 0

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO CEP

UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORACÃO



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Pesquisador: RITA DE CASSIA ALTINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69291317.7.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.138.327

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, que será desenvolvido com os enfermeiros cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), no estado de São Paulo, realizada por meio de um instrumento estruturado, elaborado pelo pesquisador, online (Formulários Google), contendo questões relacionadas a Escala de Coma de Glasgow. Será enviado um email convidativo aos enfermeiros que terão o prazo de 30 dias para responder o questionário desse estudo. O projeto contém todos os documentos pertinentes à análise.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o nível de conhecimento do enfermeiro sobre a escala de coma de Glasgow do estado de São Paulo, como também identificar as principais dificuldades dos enfermeiros em relação a escala de coma de Glasgow, identificar o nível de informação sobre os sinais e sintomas relacionados escala de coma de Glasgow e conhecer sobre a utilização da Escala de Coma de Glasgow no cotidiano profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam que os riscos para essa pesquisa são mínimos uma vez que ela será

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação

Bairro: Rua Imã Arminda Nº 10-50 **CEP:** 17.011-160

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)2107-7051

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

Continuação do Parecer: 2.138.327

realizada de maneira online e pelo próprio profissional participante. Como benefícios pretendem identificar como está o conhecimento dos profissionais em relação a esse instrumento muito utilizado na enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequar objetivos - a escala é do estado de São Paulo? A escala apresenta sinais e sintomas?

É possível identificar nível de conhecimento? O que se pretende em "conhecer sobre a utilização da Escala de Coma de Glasgow no cotidiano profissional"? Seriam as dificuldades ou facilidades?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores devem fazer uma revisão de ortografia e gramática. Devem rever os objetivos.

Recomendações:

Os pesquisadores devem fazer uma revisão de ortografia antes de enviar aos participantes. Há muitos erros no TCLE;

Deverão ajustar os objetivos;

Postar relatório final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após atender as recomendações, o projeto poderá ser considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_916016.pdf	29/05/2017 17:38:28		Aceito
Folha de Rosto	Larissafolharosto.pdf	29/05/2017 17:38:14	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLarissa.docx	19/05/2017 12:26:11	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/05/2017 12:24:50	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Bairro: Rua Imã Arinda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)2107-7051 E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORÇÃO



Continuação do Parecer: 2.138.327

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 26 de Junho de 2017

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador)

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Imã Armanda Nº 10-50 CEP: 17.011-180

UF: SP Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7051

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br