



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Tiago Daniel Vilaça de Oliveira

Fatores Presentes na Intervenção dos Enfermeiros no Cuidado ao Doente com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico: Estudo numa Unidade de Cuidados de Neurocirurgia

Setembro de 2018



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Tiago Daniel Vilaça de Oliveira

Fatores Presentes na Intervenção dos Enfermeiros no Cuidado ao Doente com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico: Estudo numa Unidade de Cuidados de Neurocirurgia

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor João Manuel Pimentel Cainé
e da
Professora Doutora Clara Maria Faria Simões Mendes

Setembro de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Tiago Daniel Vilaça de Oliveira

Endereço eletrónico: tiagodaniel.86@gmail.com

Título da Dissertação: Fatores Presentes na Intervenção dos Enfermeiros no Cuidado ao Doente com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico: Estudo numa Unidade de Cuidados de Neurocirurgia

Orientadores:

Professor João Manuel Pimentel Cainé, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Professora Doutora Clara Maria Faria Simões Mendes, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Ano de conclusão: 2018

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte da presente dissertação.

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura:

Tiago Daniel Vilaça de Oliveira

“O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1)

A toda a minha família, tanto de genética como de coração, e em especial aos meus pais, Luísa e Francisco, que me deram a oportunidade de chegar até aqui. À João, pela força, paciência e perseverança, que fizeram com que fossem sempre ultrapassados os obstáculos nos tempos difíceis.

Agradecimentos

Aos orientadores do presente trabalho de investigação, Professor João Cainé e Professora Doutora Clara Simões, pelo apoio, disponibilidade, interesse e dedicação ao longo da realização desta dissertação, nunca deixando que os obstáculos com que nos deparámos fossem maiores do que a vontade de conseguir levar este projeto a bom porto.

À Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho, que em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, permitiram a realização deste curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, e que, com maior ou menor dificuldade, fizeram os possíveis para apoiar sempre os alunos durante esta longa jornada de formação.

Ao Hospital da Zona Norte onde foi realizado o presente trabalho de investigação, em especial a todos os profissionais que exercem funções no Serviço de Internamento de Neurocirurgia (vocês sabem quem são!), por terem estado sempre disponíveis e apoiarem incondicionalmente a minha pessoa durante o trabalho de campo que aí foi necessário realizar.

Um agradecimento especial a todos os enfermeiros que participaram neste projeto, partilhando os seus conhecimentos e experiências, contribuindo para aumentar a compreensão do fenómeno em estudo.

Ao Enf.º Pedro Nuno Rodrigues, que desde que assumiu funções de chefia no serviço onde exerço funções sempre me incentivou a crescer tendo como base a aquisição de novos conhecimentos, apoiando a realização deste curso e dando o sua ajuda e encorajamento durante o mesmo.

À Enf.ª Luísa Sousa, por ter permitido e apoiado a minha ausência durante uma fase difícil e crítica, com todos os inconvenientes que foram levantados a terceiros.

Aos meus colegas e amigos que trabalham diariamente comigo, por perceberem as dificuldades e apoiarem sempre que lhes era solicitado um bocadinho mais.

A todos, os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

O cuidar faz parte de um processo inerente ao ser humano. Desde sempre, as sociedades tiveram como imperativo preservar os conhecimentos adquiridos das práticas de cuidar e transmiti-los às gerações vindouras. A enfermagem, através da incorporação de muitas dessas práticas, assim como da definição e redefinição de vários conceitos, percorreu um caminho extenso e árduo ao longo dos tempos, de forma a dar origem ao que hoje chamamos de cuidados de enfermagem. Esses cuidados de enfermagem foram tornando-se cada vez mais complexos e exigentes, definindo-se a prática dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, como é o caso do doente com traumatismo crânio encefálico. Os traumatismos crânio encefálicos constituem um problema de saúde pública com grande impacto económico e social, mantendo-se como a principal causa de mortalidade e morbilidade entre os adultos jovens. Este estudo tem como principal objetivo aprofundar a temática relacionada com as alterações comportamentais nos doentes após traumatismo crânio encefálico, de forma a dar resposta à questão de investigação sobre *“Quais os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após traumatismo crânio encefálico?”*. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa e que decorreu durante os anos de 2017 e 2018. Contou com a participação de 17 enfermeiros que trabalham num serviço de internamento de neurocirurgia de um hospital da zona norte. Para a recolha de dados foi desenvolvido um guião de entrevista semiestruturada, recorrendo-se posteriormente à análise de conteúdo com o intuito de tratar os dados obtidos. Emergiram sete blocos temáticos centrais que permitiram dar resposta aos objetivos delineados: 1) Principais Cuidados de Enfermagem ao Doente Após TCE; 2) Importância Atribuída às Alterações Comportamentais; 3) Alterações Comportamentais mais Relevantes; 4) Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional; 5) Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais; 6) Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional; e, 7) Vivências Marcantes da Problemática. Os resultados apontam para fatores considerados como importantes pelos enfermeiros para a proficiência no seu exercício profissional, assim como outros relativos às dificuldades encontradas aquando da prestação de cuidados. Deste modo, a temática perspetiva-se como uma área de relevo para a enfermagem, sendo necessários mais estudos de forma a que sejam otimizados os resultados em saúde esperados. Inferiu-se ainda acerca dos possíveis contributos para a prática de enfermagem e sobre as limitações do presente estudo.

Palavras-chave: Cuidar; Cuidados de Enfermagem; Traumatismo Crânio Encefálico; Alterações Comportamentais.

ABSTRACT

Caregiving is part of an inherent process to being human. Society has always had the imperative to preserve the knowledge acquired from caregiving practices and to transmit them to future generations. Nursing, through the incorporation of many of these practices, along with the definition and redefinition of various concepts, has taken a long and arduous path through time in order to give rise to what we now call nursing care. This nursing care has become increasingly complex and demanding, leading to the definition of the practice of nursing care for critical patients, as is the case of patients with traumatic brain injury. Traumatic brain injury is a public health problem with a high economic and social impact, and remains the main cause of mortality and morbidity among young adults. This study's main objective is to deepen the knowledge on behavioral changes in patients after traumatic brain injury, in order to answer the research question "Which factors are present in the intervention of nurses in the care to patients with behavioral changes after a traumatic brain injury?". This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach that took place between 2017 and 2018. Seventeen nurses who worked in a neurosurgical inpatient service of a hospital in the north of Portugal took part in this study. For data collection, a semi-structured interview script was developed, after which content analysis was used to treat the data obtained. Seven thematic central blocks emerged that allowed to answer the outlined objectives: 1) Main nursing care to the patient after TBI; 2) Importance Attributed to Behavioral Changes; 3) Most Relevant Behavioral Changes; 4) Impact of Behavioral Changes on the Professional; 5) Strategies Used to Deal with Patients with Behavioral Changes; 6) Contingents to Developing Proficiency in Practice; and, 7) Challenging Experiences. Results point to factors nurses consider important to achieve proficiency in their professional practice, as well as others related to difficulties encountered when providing care. Therefore, the thematic perspective is an important area for nursing, and further studies are needed to optimize the expected health outcomes. Possible contributions to nursing practice and the limitations of the present study were also discussed.

Keywords: Caring; Nursing Care; Traumatic Brain Injury; Behavioral Changes.

ÍNDICE GERAL

PENSAMENTO.....	III
DEDICATÓRIA.....	V
AGRADECIMENTOS.....	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
ÍNDICE DE QUADROS.....	XVII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XXI
INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
CAPÍTULO I – CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	27
1.1. A ORIGEM DO CUIDAR.....	27
1.2. CONCEÇÕES DE ENFERMAGEM: NIGHTINGALE A PARSE.....	32
1.3. CUIDAR DO DOENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	37
CAPÍTULO II – TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	43
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	44
2.2. MECANISMOS DAS LESÕES CRANIANAS.....	45
2.3. FISIOPATOLOGIA.....	46
2.3.1. Classificação dos traumatismos crânio encefálicos.....	46
2.3.2. Após uma agressão ao cérebro.....	50
2.4. AVALIAÇÃO DO DOENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	51
2.4.1. Exame físico.....	51
2.4.2. Exames complementares de diagnóstico.....	52
2.5. TRATAMENTO DO DOENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	52
2.5.1. Tratamento do doente no período pré-hospitalar.....	53
2.5.2. Tratamento do doente no período hospitalar.....	53
2.5.3. O cuidado ao doente e família: períodos intra e pós-hospitalar.....	54
CAPÍTULO III – ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS APÓS TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	63
3.1. O DOENTE COM ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS APÓS TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	63
3.2. MODELO INTERATIVO DE ADAPTAÇÃO HUMANA AO <i>STRESS</i>	75
3.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DAS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS.....	80
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	83
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA.....	83
4.1. DESENHO E TIPO DE ESTUDO.....	83
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	84

4.3.	PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	86
4.3.1.	Entrevista.....	89
4.4.	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	90
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		93
5.1.	PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.....	96
5.1.1.	Cuidados de vigilância.....	96
5.1.2.	Cuidados de substituição.....	99
5.1.3.	Ensinos ao doente e família.....	101
5.1.4.	Gestão do risco.....	102
5.2.	IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS.....	104
5.2.1.	Perceção sobre as alterações comportamentais.....	105
5.2.2.	Significado atribuído às alterações comportamentais.....	106
5.3.	ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS MAIS RELEVANTES.....	109
5.3.1.	Alterações da comunicação.....	110
5.3.2.	Alterações cognitivas e emocionais.....	111
5.3.3.	Alterações motoras.....	113
5.4.	IMPACTO DAS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PROFISSIONAL.....	114
5.4.1.	Implicações pessoais.....	115
5.4.2.	Implicações profissionais.....	116
5.4.3.	Sentimentos na interação com os doentes.....	120
5.5.	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA LIDAR COM O DOENTE COM ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS.....	123
5.5.1.	Ações promotoras da segurança do doente/profissional.....	124
5.5.2.	Ações promotoras do ambiente familiar/conforto.....	127
5.6.	CONTINGENTES AO DESENVOLVIMENTO DA PROFICIÊNCIA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	131
5.6.1.	Fatores promotores.....	131
5.6.2.	Barreiras.....	135
5.7.	VIVÊNCIAS MARCANTES DA PROBLEMÁTICA.....	139
5.7.1.	Experiências positivas.....	139
5.7.2.	Experiências negativas.....	141
CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO.....		145
6.1.	REFLEXÃO DOS PRINCIPAIS ACHADOS.....	145
6.2.	IMPLICAÇÕES FUTURAS E LIMITAÇÕES.....	152
6.3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		157
APÊNDICES.....		167
APÊNDICE A – MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....		169
APÊNDICE B – GUIÃO DE ENTREVISTA.....		175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Modelo Interativo de Adaptação Humana ao Stress</i>	77
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Intervenções para a Estimulação Sensorial</i>	55
Quadro 2 - <i>Escala Ranchos Los Amigos</i>	56
Quadro 3 - <i>Tratamento das Alterações Comportamentais</i>	71
Quadro 4 - <i>Tratamento das Alterações Comportamentais Precoces</i>	73
Quadro 5 - <i>Tratamento das Alterações Comportamentais Tardias, com Foco na Agressão</i>	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Escala de Coma de Glasgow</i>	47
Tabela 2 - <i>Dados Sociodemográficos dos Participantes no Estudo (N = 17)</i>	86
Tabela 3 - <i>Matriz de Análise Final</i>	94
Tabela 4 - <i>Principais Cuidados de Enfermagem Após Traumatismo Crânio Encefálico</i>	103
Tabela 5 - <i>Importância Atribuída às Alterações Comportamentais</i>	109
Tabela 6 - <i>Alterações Comportamentais mais Relevantes</i>	114
Tabela 7 - <i>Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional</i>	122
Tabela 8 - <i>Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais</i>	131
Tabela 9 - <i>Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional</i>	138
Tabela 10 - <i>Vivências Marcantes da Problemática</i>	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECG – Escala de Coma de Glasgow
EUA – Estados Unidos da América
HSA – hemorragia subaracnoídea
PIC – pressão intracraniana
PPC – pressão de perfusão cerebral
RM – Ressonância Magnética
RSL – revisão sistemática da literatura
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE - traumatismo crânio encefálico
TCEs – traumatismos crânio encefálicos
UCI - unidade de cuidados intensivos
UCIs - unidades de cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem do enfermeiro conhecimentos e competências especializadas, sendo as mesmas definidas pelo Regulamento n° 124/2011, de 18 de fevereiro (Diário da República, 2011). Os cuidados de enfermagem são reconhecidos como altamente qualificados, prestados de forma contínua e como resposta às necessidades humanas que se encontram afetadas. A conservação das funções vitais, a prevenção de complicações, a limitação de incapacidades e a recuperação tão rápida quanto possível da pessoa em situação crítica, são objetivos primordiais dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro é um profissional detentor de conhecimentos especializados de enfermagem para uma observação contínua de parâmetros vitais, recolha de dados e identificação de sinais de forma sistémica e metódica, de maneira a conhecer a situação precisa da pessoa a quem presta os cuidados. Detém a capacidade de tomada de decisão para o diagnóstico precoce de complicações e assegura intervenções precisas, concretas e eficientes em tempo apropriado.

No exercício das suas funções, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica deve ter a capacidade de possuir uma conceção cuidada da realidade, de forma a conseguir reconhecer quadros em que se perspetiva instabilidade. O regulamento supracitado define ainda o doente crítico, entendido como um indivíduo cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Sendo uma temática que nos suscita inquietação, foram definidas as alterações comportamentais nos doentes após traumatismo crânio encefálico (TCE) como tema do presente trabalho, e como problemática os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE, intitulando o mesmo de *“Fatores Presentes na Intervenção dos Enfermeiros no Cuidado ao Doente com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico: Estudo numa Unidade de Cuidados de Neurocirurgia”*.

Os traumatismos crânio encefálicos (TCEs) constituem um problema de saúde pública com elevado impacto económico e social, sendo que, apesar de ter ocorrido um decréscimo na última década quer no número, quer na gravidade dos TCEs nos países desenvolvidos, devido sobretudo ao aumento da segurança rodoviária e ocupacional, mantêm-se como a principal causa de mortalidade e morbilidade entre os adultos jovens (Winn *et al.*, 2011a).

Segundo Santos e colaboradores (2003), a incidência de TCE em Portugal entre 1996-1997 foi de 137/100 000. Cunha, Costa e Mota (2012), dizem-nos que em 2003 a taxa de incidência de TCE seria de 87/100 000 habitantes e em 2010, cerca de 57/100 000, estimando-se, com base nesta análise, que nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e possam viver com sequelas dos mesmos. O descrito anteriormente vai de encontro ao que nos mostram os dados da Direção Geral de Saúde (2015), havendo uma tendência para a diminuição da incidência de TCE, facto que se acredita ser devido à melhoria das medidas de prevenção rodoviária. Em Portugal, como noutros países, o TCE ocorre maioritariamente no jovem com um rácio masculino-feminino de 3:1 (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012). É de salientar que existe um aumento da incidência relativa de TCE acima dos 65 anos a nível global, consequência da diminuição dos acidentes de viação (principal causa de TCE no jovem) e do aumento da esperança média de vida, com um acréscimo do risco de quedas (Winn *et al.*, 2011a).

Os doentes que sofrem de TCE podem vir a desenvolver alterações comportamentais após esse evento (Connoly, Caldwell, & Wilson, 2013), o que constitui uma área temática complexa, que lança desafios e dificuldades aos profissionais. Estando descrito na literatura a ocorrência de alterações comportamentais que resultam do evento traumático e sendo os enfermeiros a classe profissional mais presente nos cuidados imediatos, urge perceber de que forma estes profissionais intervêm, assim como identificar as principais dificuldades com que se deparam, de forma a otimizar a sua atuação, a melhoria dos cuidados prestados e os *outcomes* dos doentes.

Os TCEs são sem dúvida uma das principais causas de mortalidade e incapacidade na população em todo o mundo. A procura de evidência sobre as alterações comportamentais que advêm do evento traumático mostra-nos a especificidade dos doentes e as implicações que existem no processo de reabilitação e reinserção na sociedade.

Sendo o objetivo geral do presente trabalho explorar os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE, definimos como objetivos específicos:

- Identificar quais os cuidados de enfermagem ao doente vítima de TCE que os enfermeiros mais valorizam;
- Compreender a importância que os enfermeiros atribuem às alterações comportamentais após TCE;

- Identificar quais as alterações comportamentais que os enfermeiros consideram mais relevantes;
- Explorar o impacto das alterações comportamentais dos doentes vítimas de TCE para os enfermeiros;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros mais utilizam ao lidar com doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE;
- Descrever os fatores condicionantes da capacitação dos enfermeiros para cuidar dos doentes com alterações comportamentais após TCE.

Esta dissertação está estruturada em duas partes e seis capítulos. Na Parte I da dissertação encontra-se o Enquadramento Teórico, subdividido em três capítulos. No Capítulo I, denominado de *Cuidar Em Enfermagem*, será abordada a origem do cuidar, assim como as mais importantes teorias explicativas para o desenvolvimento da enfermagem, fazendo-se também uma breve introdução ao cuidar do doente com TCE. No Capítulo II, *Traumatismo Crânio Encefálico*, faz-se uma primeira abordagem aos eventos que estão na origem das alterações comportamentais em estudo, abordando-se a epidemiologia, os mecanismos das lesões cranianas, a fisiopatologia, a avaliação do doente com TCE e o tratamento do doente com TCE. Ainda na Parte I, no Capítulo III são enquadradas as *Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico*, onde se aborda o doente com alterações comportamentais após TCE, o modelo interativo de adaptação humana ao *stress* e as intervenções de enfermagem na gestão das alterações comportamentais.

Na Parte II apresentamos o Estudo Empírico, sendo que o mesmo se encontra subdividido em três capítulos. No Capítulo IV faz-se referência à *Metodologia*, definindo-se o desenho e tipo de estudo, a população e amostra, os procedimentos de recolha de dados e considerações éticas e os procedimentos de análise dos dados. No Capítulo V teremos a *Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados*, onde os mesmos serão abordados em função dos blocos temáticos, categorias e subcategorias que emergiram da análise realizada aos dados. No Capítulo VI procede-se à *Conclusão*, onde será realizada uma reflexão dos principais achados, abordadas as implicações futuras e limitações do estudo, assim como realizadas breves considerações finais relativamente a todo o trabalho desenvolvido.

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CUIDAR EM ENFERMAGEM

1.1. A Origem do Cuidar

A prática de cuidar constitui um processo interior à natureza do ser humano. Desde os princípios dos tempos que existiu a necessidade de tomar conta, cuidar da vida para que esta permanecesse, garantindo assim a continuidade da espécie humana. É assente nesta premissa que se fala na origem de cuidar e da importância de prestar cuidados ao outro, sobretudo aos mais frágeis (e.g., crianças, idosos, doentes). Este “simples” ato de cuidar surge pela necessidade de mantermos e desenvolvermos a vida humana, enquanto se luta contra a inevitabilidade da morte (Collière, 2001). A necessidade de cuidar emergia de uma constatação óbvia da relação existente entre o dualismo “saúde-doença” e da sua constante presença na vida dos povos. A maneira como os grupos sociais ao longo dos tempos abordaram os conceitos de saúde e de doença possibilitou o desenvolvimento de técnicas e rituais que nos forneceram a perceção e compreensão sobre os mesmos, assim como abordagens mais efetivas aquando da presença de estados de doença (Nunes, 2003).

Na perspetiva de Collière (2001), a prática de cuidar surge como um imperativo fundamental da vida em sociedade. É um fenómeno que pode ser observado ao longo de toda a história e parte da necessidade de conservar o conhecimento das práticas adquiridas pelos grupos. Collière (1999) afirma ainda que, no início, estas práticas de cuidar não estavam ligadas a um ofício ou profissão, sendo da responsabilidade de toda e qualquer pessoa que auxiliava outra como forma de preservar a sua vida. Neste sentido, embora a prática dos cuidados pudesse ser atribuída a qualquer pessoa, no entender de Soares (1997), nos primórdios, estava mais associada à mulher, ao cuidar das crianças, dos adultos, dos doentes, dos moribundos e da própria família. Às mulheres era dada a tarefa de um cuidar inicialmente associado ao contexto doméstico, sendo que esse cuidar, foi sendo progressivamente transferido para um contexto mais institucional.

O conceito da palavra cuidar e do seu significado cresceu e transformou-se ao longo do desenvolvimento das nossas sociedades. Waldow (2006), recorda-nos que o ser humano se desenvolveu e sofisticou, adquirindo novas formas de expressar os seus cuidados, cada vez mais diferenciadoras em relação ao passado. Historicamente, o conceito de cuidar despontou de uma necessidade humana intimamente relacionada com a sua natureza de sobrevivência, vindo a

adquirir um simbolismo mais social quando o Homem começou a viver em grupo e a constituir comunidades. Constatava-se então que na aptidão mais inata para certos tipos de cuidados por parte das mulheres, se iniciou a procura de novos horizontes para este nobre ato de cuidar.

A origem das práticas associadas ao cuidado assentou fundamentalmente sobre duas diretrizes: i) primeiramente, a continuidade da vida do grupo e da espécie necessitada que a prática tivesse o intuito de se preocupar e responder ao que é indispensável para a manutenção das funções vitais; e, ii) em segundo, do juízo acerca do que é considerado bom ou mau, daquilo que o ser humano descobriu do universo físico em que vive e que pode significar a doença e/ou a morte (Collière, 1999). Os cuidados habituais prestados, onde se definia o que era permitido e o que era proibido, levou ao aparecimento de certos rituais associados à prática de cuidados. A tarefa de manter e transmitir esses rituais a outros, tão importantes para a vida em sociedade, foi realizada ao longo dos tempos por diferentes indivíduos, inicialmente os “*shamans*”, depois os sacerdotes e os padres. Segundo Collière (2001), a eles era delegado o dever de zelar e conservar os saberes provenientes das práticas, interpretando, organizando e reajustando os mesmos.

O crescimento do cristianismo e sua sobreposição em relação a outras religiões levou a que costumes, ideais e rituais relacionados com a prática de cuidados em sociedade se fossem desenvolvendo e sendo cada vez mais aplicados. A doutrina cristã difundia ideais de amor, irmandade e altruísmo, que transformaram a vida em sociedade como era até ali, criando-se um terreno propício onde num futuro próximo iria emergir um cuidado associado à prática de enfermagem (Donahue, 1985). Assim, a associação de cuidar às práticas religiosas, com crescimento exponencial, foi o que permitiu a expansão rápida da ritualização das práticas de cuidado. Contudo, o conhecimento religioso foi-se afastando do mágico, orientando-se na procura da explicação do mistério e depois adquirindo um caráter cada vez mais lógico e racional. Esta orientação desenvolvimental conduziu inevitavelmente ao corte que marcou a evolução dos conhecimentos e dos poderes provenientes das práticas de cuidar (Collière, 2001). Por um lado, a ligação do cuidar à doutrina cristã permitiu uma rápida expansão destas práticas um pouco por todo o mundo, sendo que, no entanto, também a religião colocava reservas à evolução dessas mesmas práticas. De acordo com a doutrina cristã, a doença era a expressão da justiça de um Deus “infinitamente bom”. Criou-se, assim, uma verdadeira revolta na conceção e na abordagem dos cuidados a prestar, inculcando um desprezo por tudo aquilo que tinha sido adquirido pelos saberes não religiosos. Dentro desses saberes, Collière (2001) refere a condenação pelas práticas do corpo e todos os cuidados que remetiam para uma abordagem mais sensorial.

A *Era do Renascimento* e o período que se seguiu ao mesmo permitiu o aparecimento de novos saberes e concepções da vida em sociedade (Donahue, 1985). A revolução intelectual do *Renascimento* permitiu mais abertura por parte de certas fações da igreja, possibilitando o aparecimento de novas abordagens e concepções. O método científico surge como uma grande inovação da altura, sendo responsável pelo desenvolvimento de novos conhecimentos em diversas áreas e também pelo aparecimento de novas ciências humanas. Aos poucos, as práticas de cuidar foram-se revestindo de rigor científico, embora ainda associadas à religião. A concepção dos cuidados permanecia ainda assim fielmente associada às mulheres consagradas. Esta concepção de cuidar, assente em novos conhecimentos, não levou à determinação de uma nova prática, mas remeteu para um papel de duas faces, uma mais moral e outra mais técnica. Qualquer manifestação de criatividade que se encaixasse entre estas duas faces, seria sempre condicionada por um ou outro papel (Collière, 2001). Neste âmbito, torna-se incontestável a importância das revoluções na mudança das vidas em sociedade. Donahue (1985), refere que as revoluções intelectuais, políticas, industriais e económicas que se viveram após o *Renascimento* foram impulsionadores da mudança na forma de pensar e de agir do ser humano.

A revolução gera períodos de renovação e mudança, que impõem diferentes contextos e necessidades para as populações. Ainda segundo Donahue (1985), os novos movimentos religiosos na Europa, que levaram ao aparecimento das primeiras igrejas protestantes, foram, a par da revolução científica e de pensamento das sociedades, fator determinante para a emergência da profissão de enfermagem. Para tal contribuíram, ainda, os progressos e avanços que se viveram na prática da medicina.

O aparecimento de novos conhecimentos clínicos e de novos métodos de investigação científica, permitiram que o século XIX se destacasse como um período de enormes avanços tecnológicos na área da medicina. Estes avanços criaram processos em que cuidar se perspetivou de forma mais complexa e elaborada para a prática da medicina. Tal progresso impôs uma necessidade de se encontrar alguém que aceitasse a delegação de tarefas de “menor importância”. Foi com as enfermeiras, de início humilde e conotadas a auxiliares do médico, e depois com mais autonomia, mas cumprindo prescrições, que a enfermagem foi tendo acesso ao conhecimento delegado e a profissão foi crescendo e ganhando algum reconhecimento social (Collière, 2001). Especificamente, a necessidade de delegação de tarefas médicas num profissional que fosse habilitado para o efeito, permitiu aos enfermeiros terem acesso às técnicas, bem como aos “ensinamentos” específicos para que as conseguissem realizar. Foram então

surgindo, um pouco por toda a Europa, as primeiras escolas de enfermagem ligadas aos hospitais e à orientação médica (Nunes, 2003).

Collière (1999) considera que o começo da prática de enfermagem tem uma dupla filiação, nomeadamente a conventual e a médica. A primeira tem que ver com a prática baseada no ideal de servir, tanto o doente como o médico, assim como servir a instituição e os seus representantes. A segunda filiação, a médica, relaciona-se com a prestação correta dos cuidados ao doente, pois as enfermeiras deviam seguir a prescrição do médico, que determinava a atividade a realizar. Competia ao médico “dar conteúdo” à prática dos cuidados de enfermagem através dos seus ensinamentos. Segundo a mesma autora, somente com a desconsagração progressiva do poder político é que se vê emergir o papel da enfermeira, com uma imagem própria da prática de cuidados que dura até aos nossos tempos. A enfermeira começa a adquirir reconhecimento social através da prática de cuidados de assistência aos pobres, aos doentes e aos moribundos. Essas práticas eram na sua maioria da responsabilidade das ordens religiosas.

A enfermagem desde sempre se debateu com vários obstáculos. Desde logo, o termo de enfermagem foi sendo utilizado em múltiplos sentidos de acordo com os contextos, foi um ofício, uma prática, uma vocação, profissão, conjunto de saberes e elementos técnicos, uma arte e ciência. Esta disparidade de sentidos levou a que a sua inserção dentro das ciências humanas fosse bastante difícil, assim como a própria definição das suas matrizes (Nunes, 2003). Foi a partir da década de cinquenta que se abriram novas conceções para a profissão de enfermagem, acontecendo isto devido à própria evolução inerente à prática do cuidar. Sustentadas na criatividade, estas conceções permitiram o florescer de uma visão moderna, possibilitando identificar os cuidados de enfermagem, objeto do exercício profissional (Collière, 2001).

Nunes (2003), considera que a enfermagem em Portugal e também um pouco por todo o mundo, estava subjugada à direção médica e dependente da partilha dos seus conhecimentos, numa relação de subordinação. Todavia, na década de cinquenta assistiu-se a um abrandamento de toda esta relação de subordinação, passando o papel do enfermeiro de auxiliar do médico a colaborador. Obviamente, a aproximação com a medicina conferiu à enfermagem as suas bases, dando-lhe a matéria sobre a qual se deveria debruçar, mas foi só através da formação universitária específica que a enfermagem se foi cada vez mais valorizando e ganhando o devido reconhecimento. O desenvolvimento das ciências humanas levou a uma maior visibilidade e compreensão das práticas de cuidar e do impacto que estas têm nas instituições. A conceção de novos programas de formação em enfermagem, com base nesta nova visão da prática de

cuidados, permitiu pela primeira vez o aparecimento de modelos conceptuais em cuidados de enfermagem de saúde pública. Juridicamente, houve modificações na formação e na definição legislativa da profissão e das suas modalidades de exercício, sendo por isso oferecidas novas perspectivas à profissão de enfermagem (Collière, 2001).

A prática de cuidar, tão antiga como a vida em sociedade, evoluiu paralelamente às várias civilizações e continuará a modificar-se com as gerações futuras. Tendo isto como premissa, é importante encontrar novas vias de criatividade que permita aos prestadores de cuidados, através de uma abordagem de investigação-ação, e da interrogação do que procuram, ser atores de mudança, facilitando no terreno a conjugação entre a ação e conhecimento (Collière, 2001). Neste domínio, Donahue (1985), fala-nos de uma enfermagem que deve ser aberta para a sociedade e fortemente influenciada pelas suas mudanças, assim como de um futuro da prática de cuidados em enfermagem aberto a essas mudanças, com o intuito principal de dar resposta aquelas que são as necessidades efetivas das populações.

Watson (2002) diz-nos que a profissão de enfermagem deve evoluir não só no campo científico, mas também na sua componente prática. Como a mente é indissociável do corpo, a formação escolar de enfermagem não pode ser divorciada da sua prática clínica, que deve estar integrada durante a mesma. É proposto então que a enfermagem evolua na sua formação, assentando as suas bases na pesquisa de conhecimento científico que permita a sua aplicabilidade na prática dos cuidados. Este olhar sobre os cuidados de saúde deve distinguir-se por uma abordagem individual, direcionada para a pessoa, que deve ser vista como uma entidade que integra todas as partes de um todo unificado e significante (Watson, 2002).

Nos dias de hoje, e fazendo a comparação com as primeiras definições de cuidar, que se afiguravam como uma forma de garantir a sobrevivência do outro, vemos que a humanidade ainda conserva essa pretensão. Contudo, esta conceção apresenta-se cada vez mais complexa, exigente e sofisticada. A bem da verdade, o bem-estar passou a significar o ter, possuir bens materiais, seja a que preço for havendo apenas uma verdadeira preocupação com a saúde quando esta se encontra ameaçada realmente. Torna-se, portanto, e no entender de Waldow (2006), um imperativo resgatar o cuidado em cada um de nós, seres humanos. Não só no setor da saúde, mas também em todos os outros (e.g. trabalho, vida social, desporto), o cuidado deveria constituir-se como um imperativo moral.

1.2. Conceções de Enfermagem: Nightingale a Parse

As práticas de cuidar desenvolvidas ao longo dos tempos, deram origem ao que hoje chamamos de cuidados de enfermagem. Contudo, o percurso até aos nossos dias foi árduo e repleto de avanços e recuos, com definições e redefinições de vários conceitos. Quando olhamos para o presente da enfermagem, vemos o que trazemos do passado, bem como uma visão do futuro. Tal como concebe Meleis (2005), a compreensão total da realidade da enfermagem só é possível através da reconstrução de toda a nossa herança teórica. Todavia, na tentativa de definição da prática de enfermagem importa aludir a conceitos comuns, em grande parte das teorias que surgiram com o avançar dos tempos. Tomey e Alligood (2004), fazem referência ao que denominaram de metaparadigma, como sendo o nível mais abstrato do conhecimento em enfermagem, mas importante na definição de conceitos essenciais que envolvem o conteúdo e âmbito da disciplina. Assim, a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, foram propostos como principais conceitos metaparadigmáticos, quer na definição da prática, quer no planeamento da disciplina.

Existem vários modelos e teorias desenvolvidos em torno da prática dos cuidados de enfermagem. Desde *Florence Nightingale*, com ênfase na organização e na importância da intervenção que o ambiente físico tem sobre a pessoa, até *Parse*, que concebe o conceito de pessoa num sentido mais desenvolvido, como sendo um sistema aberto num processo de interação mútua com o universo, cocriando padrões de relação (George, 2000). A perspetiva de *Florence Nightingale* perdura no pensamento de todos aqueles que encontram na sua obra a inspiração para levar a profissão de enfermagem mais além. No entender de George (2000), o conceito de ambiente e a sua influência sobre o doente foram a base de teorias, como a de *Johnson* (1958), *King* (1968), *Neuman* (1975), *Orem* (1959), *Roy* (1971), *Rogers* (1970), *Leininger* (1978) e *Newman* (1979). *Florence Nightingale* contribuiu para o desenvolvimento de um quadro teórico sólido para a enfermagem, através de uma abordagem filosófica que dava o seu maior relevo ao ambiente e seu impacto no doente. É reconhecida também por ser uma das teóricas pioneiras na análise estatística em enfermagem. Embora a sua importância seja incontestável, a sua obra é representativa, antes de tudo, de uma filosofia da prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Partindo do metaparadigma da enfermagem, pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem (Fawcett, 1984) e influenciada por Meleis (1991), Kérouac, Pepin, Ducharme,

Duquette e Major (1996) sugerem uma cronologia das concepções da disciplina de enfermagem, agrupando-as em escolas de pensamento. Na sua análise, a primeira seria a “*Escola das Necessidades*” [Virginia Henderson (1955), Dorothea Orem (1959), Faye Abdellah (1960)], seguindo-se a “*Escola da Interação*” [Hildegard Peplau (1952), Ida Orlando (1962), Imogene King (1968)], a “*Escola dos Efeitos Desejados*” [Callista Roy (1971), Betty Neuman (1975)], a “*Escola da Promoção da Saúde*” [Moyra Allen (1963)], a “*Escola do Ser Humano Unitário*” [Martha Rogers (1970), Rosemarie Parse (1981)] e, por último, a “*Escola do Cuidar*” [Jean Watson (1979), Madeleine Leininger (1978)] (Kérouac *et al.*, 1996).

A *Escola das Necessidades* baseia-se fundamentalmente em duas teorias: a “*Hierarquia das Necessidades*” desenvolvida pelo psicólogo humanista Abraham Maslow (1943, 1970) e a “*Teoria do Desenvolvimento Psicossocial*” de Erik Erikson (1971), ambas com a pessoa como conceito central, tendo um conjunto de necessidades essenciais para a sua sobrevivência. Considera-se saúde quando um indivíduo consegue satisfazer as suas necessidades de forma autónoma. Virginia Henderson (1969, 1978) defende que o enfermeiro deve conservar e restabelecer a independência na satisfação das necessidades fundamentais, caso contrário não é possível superar um estado de doença. Por sua vez, Dorothea Orem (1991) mantendo a mesma linha de pensamento, defende que os enfermeiros têm como objetivo ajudar a pessoa a ultrapassar as suas limitações no autocuidado. Mediante esta teórica, surge a resposta à questão formulada por Meleis (1991), “*O que fazem as Enfermeiras?*” (Kérouac *et al.*, 1996; Lopes, 1998). Na sua obra, George (2000), vai de encontro ao descrito anteriormente, destacando também o contributo de Virginia Henderson nas suas concepções e visão sobre a enfermagem. No seu ponto de vista, o objetivo do enfermeiro é fazer pelas pessoas aquilo que estas não conseguem fazer por si mesmas. O indivíduo doente tem necessidades e estas devem ser identificadas, pelo que o papel do enfermeiro e os cuidados por ele prestados passam por auxiliar a pessoa a adquirir o seu estado de maior independência. Esta teórica vai mais além, redefinindo conceitos e defendendo que o enfermeiro ajuda o doente a preencher uma necessidade imediata, que ele mesmo não consegue satisfazer, evitando ou aliviando um sofrimento. A sua teoria serviu de inspiração a outras enfermeiras, como Ida Jean Orlando (1962), teórica enquadrada depois na *Escola da Interação*. Ainda na *Escola das Necessidades*, analisamos o contributo de Dorothea Orem (1959) e a sua teoria do autocuidado. Este conceito de autocuidado é entendido como uma função humana reguladora que os indivíduos desempenham ou necessitam que alguém desempenhe por eles, como forma de manutenção da vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar.

O autocuidado é aprendido e realizado de acordo com as necessidades de cada indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

Kéroauc e colaboradores (1996) consideram *Hildegard Peplau* (1952) uma referência para a *Escola da Interação*. O modelo de processo interpessoal representa uma inovação para a enfermagem do seu período. A novidade do seu modelo para a prática assenta em conceitos como o crescimento e desenvolvimento do ser humano, desenvolvido de forma gradual até atingir o seu máximo potencial. O conceito de crescimento relaciona-se com o aumento da forma física e tamanho, representando o carácter único de cada indivíduo e influenciado por fatores tanto externos como internos. Este desenvolvimento permite uma mudança funcional na pessoa, de carácter qualitativo, com influências óbvias do ambiente externo e interno.

Esta *Escola da Interação* surgiu nas décadas de 50 e 60, e apresenta como principais teóricos *Peplau, King e Orlando*. A pessoa é encarada como um sistema aberto, constituída por vários subsistemas, com principal enfoco no fator psicológico. O ambiente circundante influencia a pessoa. A saúde é definida do ponto de vista dinâmico, como a capacidade de ajuste aos “*stressores*” do ambiente e pela utilização ótima dos recursos. O cuidado é um processo interativo entre um indivíduo que tem uma necessidade e outro capaz de oferecer ajuda. É ponto importante a necessidade de manter a integridade da pessoa e que a mesma seja capaz de reconhecer as suas necessidades e de promover a sua autoformação (Lopes, 1998).

Reunir as teorias de enfermagem em *Escolas* é um método que permitiu perceber a evolução dos conceitos de enfermagem e, assim, compreender melhor a enfermagem atual. Para Kéroauc e colaboradores (1996), a *Escola dos Efeitos Desejados* é representativa de uma nova visão da enfermagem. Já com *Levine* (1967), a enfermagem fornece o suporte ao processo de adaptação do doente e aquisição da conservação e preservação da sua integridade. Esta visão confere aos processos de saúde e doença um carácter adaptativo. O principal objetivo da enfermagem é cuidar dos outros quando estes necessitam de ajuda. A ênfase é colocada na relação de apoio à pessoa de modo a permitir a recuperação da sua independência (George, 2000). Apoiada em teorias como o “*Modelo da Adaptação*” de *Callista Roy* (1971), “*Hierarquia das Necessidades*” segundo *Maslow* (1943), e com contributos de *Dorothy Johnson* (1958), *Lydia Hall* (1961), *Miyra Levine* (1967) e *Betty Neuman* (1975), a *Escola dos Efeitos Desejados* enquadra e conceptualiza os resultados ou os efeitos desejáveis dos cuidados de enfermagem, sendo que o objetivo da ação da profissão de enfermagem consiste no equilíbrio e preservação da energia, encarando a pessoa como um sistema. A teoria de *Calista Roy* (1971) é a mais

representativa da *Escola dos Efeitos Desejados*, pois a pessoa é conceptualizada como um sistema de adaptação holístico e onde a saúde é compreendida como espelho da interação entre os diversos sistemas. A pessoa é um ser bio-psico-social, em constante interação com o meio ambiente. Segundo Roy (1988) a pessoa dispõe de quatro modos de adaptação: modo fisiológico, o modo conceito de si, o modo função segundo os papéis e o modo da interdependência. Esta *Escola* propõe objetivos amplos e ambiciosos para os cuidados de enfermagem. A pessoa é vista como um sistema, sendo o processo de saúde o esforço da mesma para alcançar o máximo potencial de adaptação. Fenómenos de saúde e doença aparecem como uma realidade inevitável, coexistentes da experiência humana. Estes sistemas de adaptação são complexos, multifacetados e respondem a estímulos ambientais, cujo principal objetivo é a adaptação. A enfermagem é vista como a ciência e a prática que expandem as capacidades de adaptação do indivíduo. Os cuidados de enfermagem devem enfatizar a promoção da saúde para o indivíduo, grupo e sociedade como um todo (Tomey & Alligood, 2004; Lopes, 1998).

A *Escola da Promoção da Saúde* encontra a sua principal referência no “*Modelo de Promoção da Saúde na Família*” de Moyra Allen (1963). Este modelo analisa conceitos como os cuidados de saúde primários e a “*Teoria da Aprendizagem Social*” desenvolvida pelo psicólogo Albert Bandura. Na definição dos cuidados de enfermagem, o principal objetivo focou-se na promoção, reforço e desenvolvimento de comportamentos de saúde, através de processos de aprendizagem que se alargam à família. Este processo de aprendizagem é fator importante, por representar não só um recurso, mas também uma entidade passível de ser intervencionada pelo enfermeiro. O ambiente do doente é, portanto, todo o contexto em que se processam as aprendizagens (Kérouac *et al.*, 1996). Ainda enquadrada nesta *Escola* de pensamento não se podia deixar de abordar a teoria de Nola Pender (1984) acerca da importância de comportamentos de promoção da saúde, dando ênfase ao papel ativo do doente na gestão dos seus comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental. O modelo proposto é uma tentativa de descrever a essência multifacetada da pessoa que interage com o ambiente envolvente na procura de saúde, identificando a promoção da saúde como um grande objetivo para o século XXI, defendendo o papel da enfermagem na prestação de serviços de promoção de saúde a pessoas de todas as idades (Tomey & Alligood, 2004). Esta *Escola* responde às perguntas “*O que fazem as enfermeiras?*” e “*A quem são dirigidos os cuidados de enfermagem?*” (Kérouac *et al.*, 1996). Nesta teoria a saúde resulta de um processo social que engloba relações interpessoais desenvolvidas principalmente no seio da família. O ambiente é o contexto social onde ocorre a

aprendizagem e “*Os cuidados de enfermagem são perspetivados com o objetivo de promover, de reforçar e desenvolver a saúde da família e de todos os seus membros, através da ativação do seu processo de aprendizagem*” (Lopes, 1998, p. 56 e 57).

Cada teoria que surge, cada modelo explicativo que emerge, não apaga os conceitos e conceções anteriores. É na diversidade e riqueza de conhecimentos que a enfermagem cresceu e evoluiu até ao presente. As teorias emergentes buscam, de certo modo, recuperar a dimensão holística para definir a prática da enfermagem. Kérouac e colaboradores (1996) consideram a *Escola do Ser Humano Unitário* como uma referência nesta nova compreensão que se procura em relação ao cuidado humano. Nesta conceção destaca-se o trabalho de *Martha Rogers (1970)* e o seu “*Modelo do Ser humano Unitário*” e o trabalho de *Rosemarie Parse (1981)*, que defendem a consideração que deve ser dada ao homem como ser humano. A pessoa deixa de ter um papel passivo e passa a ser entendida como elemento que colabora no processo de transformação, pois compreende que precisa de cuidados e deve participar nos mesmos. A inovação desta *Escola* de pensamento prende-se com a abertura para o mundo e integra-se no “*Paradigma da Transformação*”, considerando os fenómenos como únicos, assim como em constante interação com o que os rodeia (Kérouac *et al.*, 1996).

A *Escola do Cuidar*, apreciada como a síntese da disciplina de enfermagem (Kérouac *et al.*, 1996), encontra as suas bases nos “*Modelos de Cuidado Humano*”, de *Jean Watson (1979)* e em *Madeleine Leininger (1978)*, com a sua “*Teoria de Cuidar Transcultural*”. O conceito de “cuidar” tem, sistematicamente, surgido na literatura de enfermagem, nos últimos anos. Uma das primeiras autoras a propô-lo como tema central da literatura de enfermagem, foi *Leininger (1981, 1989)*. Posteriormente *Benner e Wrubel (1989)*, sugerem que a prática de enfermagem baseada no cuidar, deverá substituir aquela cuja base era a promoção, a prevenção, e a restauração da saúde. *Watson (1985, 1988)*, afirma que as enfermeiras criaram um ideal do cuidar que é ao mesmo tempo humanista e científico. A *Escola do Cuidar* é a segunda cuja orientação se situa no contexto de abertura para o mundo e se engloba no “*Paradigma da Transformação*” (Lopes, 1998). De acordo com Lopes (1998), abordando as principais autoras teóricas desta *Escola*, a pessoa é um ser evidente que crê e compreende o corpo, alma e espírito (*Watson, 1985*) e ao mesmo tempo um ser cultural que sobreviveu ao tempo e ao espaço (*Leininger, 1981*). Assim, a saúde das pessoas é vista como a harmonia entre corpo, a alma e o espírito. O ambiente é constituído por todos os aspetos culturais nos quais se inserem os indivíduos e grupos culturais (*Leininger, 1981*). As enfermeiras podem melhorar a qualidade dos cuidados, se relacionarem a

espiritualidade e a cultura com os conhecimentos. Os cuidados de enfermagem são uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo interpessoal, que visam a promoção da harmonia entre “corpo-alma-espírito” (Lopes, 1998). O despertar do interesse nestes novos conceitos iniciou-se no início dos anos 80 e tem-se mantido até aos dias de hoje.

Analisar as várias teorias de enfermagem coloca-nos perante semelhanças e diferenças que existentes entre elas. Isto acontece visto que grande parte dos teóricos foram sofrendo influências dos trabalhos anteriores, homólogos e de áreas afins. Cada mudança e cada nova conceção que surge, representa então apenas um novo olhar sobre uma mesma realidade. Segundo Tomey e Alligood (2004), compreender as abordagens teóricas que surgiram ao longo dos tempos é relevante não só para a enfermagem, enquanto disciplina, mas também para a nossa prática no exercício da profissão.

1.3. Cuidar do Doente com Traumatismo Crânio Encefálico

Cuidar do doente com TCE prevê-se à partida uma tarefa árdua e complexa, exigindo dos profissionais de saúde competências que são postas em prática desde o primeiro contacto. Considera-se pertinente uma breve abordagem ao tema, visto que o doente vítima de TCE, nas suas diferentes fases do processo saúde-doença, será considerado neste trabalho como uma pessoa em situação crítica.

O cuidar constitui um fenómeno existencial básico que se encontra inerente ao ser humano, e sem o qual se desestrutura, define, perde o sentido e morre (Corbani, Brêtas, & Matheus, 2009). Por isso, desde os primórdios, o cuidar inscreve-se na vida humana, como uma necessidade imperativa na garantia da sua continuidade, ao nível do indivíduo, do grupo e da espécie. É o cuidado que confere a condição de humanidade às pessoas, ou seja, o ser humano vive o significado da sua própria vida por meio do cuidado. Neste sentido, o cuidado é entendido como uma atitude ou uma ação para com o outro, realizado de forma humanizada (Waldow & Borges, 2011). Com *Florence Nightingale* (1859), o início da procura do melhor cuidar passa a ser assumido como a essência da enfermagem e a base do seu ensino e da sua prática. Para *Nightingale*, o cuidar é ciência e arte, percebendo-se a fina linha entre a objetividade e a subjetividade do termo. É ciência, porque o cuidar em enfermagem implica um corpo de conhecimentos próprio, com competências e capacidades singulares, que permite a qualidade dos cuidados e o caminho para a consolidação da identidade da profissão (Polit, Beck & Hungler,

2004), e é arte, pela sensibilidade exigida e pela capacidade de usar a própria humanidade para ajudar o outro, protegendo e auxiliando as pessoas a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como na própria existência (Souza, Sartor, Padilha, & Prado, 2005). Assim, o cuidado e a humanização são dois termos inseparáveis. O cuidado em enfermagem é um cuidado humanizado e, humanizar a saúde compreende o respeito à singularidade de cada pessoa (Waldow & Borges, 2011). Na realidade, a pessoa na sua essência constitui um dos metaparadigmas da enfermagem, a par dos cuidados de enfermagem, da saúde e do ambiente, porque a enfermagem resulta da forma como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente (Kérouac *et al.*, 1994). Esta ideia ressalta da visão holística e humanista da pessoa, com a sua singularidade e autodeterminação, e na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada.

O percurso da vida humana vê-se marcado por uma sucessão de passagens únicas e de um profundo caráter pessoal (Collière, 2003). Ao longo do ciclo vital, a pessoa experiencia um conjunto de transições, circunstanciais ou deliberadas (Chick & Meleis, 1986), pelo que os principais processos de transição a que o ser humano está sujeito são os desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença. Independentemente do tipo de transição que é vivida, todas elas conferem, de forma mais ou menos significativa, alterações na vida da pessoa deixando a sua marca no indivíduo. A ligação mais marcante entre o enfermeiro e o doente ocorre habitualmente em períodos de instabilidade, decorrentes de uma ou várias transições (Zagonel, 1999). Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que mais tempo passam com os indivíduos nestas situações, o conceito de transição torna-se central para a enfermagem. O processo saúde-doença tanto pode estar no início de uma transição, como no seu seguimento. O potencial de instabilidade inerente a este processo requer adaptação, como acontece em todas as mudanças. No entanto, a doença, o risco de doença ou a própria vulnerabilidade, colocam o ser humano em desequilíbrio ou em risco de desequilíbrio, comprometendo a sua capacidade de adaptação (Meleis, 2005) e colocando-o, portanto, numa “*situação crítica*”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou risco de falência orgânica ou multiorgânica e se encontra dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver. A este respeito, o aparecimento das primeiras unidades de cuidados intensivos (UCIs) relacionou-se com a perceção dos profissionais de saúde sobre a necessidade de cuidados rigorosos e especializados aos doentes em situação crítica, conforme já defendia *Florence Nightingale*, salientando os

benefícios de colocar doentes cirúrgicos a recuperar em áreas distintas nos hospitais. Contudo, a necessidade das UCIs só viria a atingir maior visibilidade no século XX, em Baltimore, no Hospital *Johns Hopkins*, com a abertura de uma unidade de cuidados intensivos (UCI) pós-operatória neurocirúrgica. Este foi um marco histórico importante, dado que após a sua abertura, muitas outras unidades foram surgindo um pouco por todo o mundo (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Neste contexto, importa destacar as situações de catástrofe que assolaram a humanidade ao longo dos tempos, traduzindo-se em pessoas com traumatismos funcionais vários. Especificamente, as situações de guerra, apesar de todo o vínculo negativo associado, permitiram o crescimento de novas tecnologias que foram aplicadas a campos diversos, incluindo na área da saúde. Os politraumatizados, com lesões graves, necessitavam de uma abordagem cada vez mais complexa e ativa por parte dos profissionais de saúde. As experiências tecnológicas e de combate vividas por estes profissionais em cenários de guerra, permitiram que alguns desses conhecimentos fossem colocados em prática nas instituições civis (Urden *et al.*, 2008). Porém, só nos últimos quarenta anos é que a enfermagem de cuidados intensivos se organizou como especialidade. O aparecimento de novas tecnologias, abordagens e intervenções mais complexas, contribuiu para um reconhecimento crescente da enfermagem na monitorização e observação dos doentes em estado crítico (Urden *et al.*, 2008).

Ao nível da profissão de enfermagem, o Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro (Diário da República, 2011), veio definir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica. Nesse mesmo regulamento é abordado a especificidade dos doentes em situação crítica, tendo em conta a qualidade dos cuidados necessários, assim como se criam as bases para uma reflexão cuidada por parte dos especialistas na área dos cuidados ao doente crítico. É reiterada a importância do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, bem como dos cuidados por ele prestados. O doente crítico requer observação, colheita e procura contínua de dados, como via para conhecer a realidade do doente, detetar problemas e intervir em tempo útil. O cuidado de proximidade é um fator capital em toda a abordagem a par das competências do enfermeiro, do seu discernimento, capacidade de avaliação diagnóstica e monitorização constantes da situação.

Na origem dos cuidados de enfermagem inscreve-se o interesse, a responsabilidade, a preocupação e os afetos, como fatores que incutem no outro uma aprendizagem e educação que potencia a pessoa a crescer (Waldow, 2006), constituindo-se o primeiro contacto com o doente, o marco do início da relação de ajuda terapêutica (Phaneuf, 2005). Esta relação de ajuda, assume

um caráter particular, pois não assenta apenas numa conversa amigável, exposição de ideias ou discussão de pontos de vista e objeções entre as pessoas. A singularidade da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem assenta, sobretudo, na entrega, na dedicação e no interesse pela história, pelas experiências e pela dor do outro. A admissão do doente a nível institucional marca o início do estabelecimento da relação interpessoal assim como de uma relação de ajuda terapêutica. Através da avaliação inicial realizada ao doente, o enfermeiro deve ser capaz de ter uma compreensão aprofundada acerca da situação pela qual a pessoa está a passar, da representação que faz da situação e dos recursos que dispõe para a confrontar. Cabe ao enfermeiro colaborar com o doente, auxiliando o mesmo a ajustar-se à situação, com o intuito de proporcionar uma adaptação bem sucedida (Phaneuf, 2005).

Desta maneira, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem, não só, assegurar as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades, mas também promover a satisfação da pessoa e do seu potencial de saúde, maximizando o seu bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Todavia, se por um lado estes cuidados visam facilitar o processo de transição vivenciado, por outro, podem também inibir os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada, e de acordo com o significado que lhe atribui (Meleis, 1991).

Na pessoa em situação crítica, tal como em todos os doentes, a transição saúde-doença não se encontra de forma isolada. Em conjunto, ocorrem outros tipos de transição, como são as transições situacionais, caracterizadas pela necessidade de reorganização e readaptação de papéis na sociedade e no próprio contexto familiar; as transições organizacionais, que sugerem uma mudança na estrutura e dinâmica organizacional, envolvendo alterações sociais, políticas e económicas; e, em alguns casos, as transições de desenvolvimento, que dizem respeito às mudanças inesperadas no percurso normal do ciclo vital (Meleis, Sawyer, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

Enquadrando o exposto especificamente ao doente vítima de TCE, percebe-se que o mesmo poderá tanto ser considerado como doente em situação crítica, como passar por uma série de transições durante o processo que advém após o evento traumático. As competências necessárias aos enfermeiros devem ser postas em prática desde a abordagem pré-hospitalar até ao período pós-hospitalar, começando nos conhecimentos científicos acerca das lesões cranianas até às competências práticas do cuidar, aliando o saber ao saber-fazer, e nunca descurando a capacidade intuitiva, adquirida com o tempo e que permite nestas situações específicas, antecipar

o declínio de um doente antes mesmo que qualquer evidência objetiva de deterioração esteja presente (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Assim, tanto a competência técnica como os aspetos psicossociais são componentes importantes do cuidar e consequentes cuidados de enfermagem. Importante lembrar que a enfermagem é uma profissão dotada de polivalência e flexibilidade e afirma-se, na multidisciplinaridade, pela combinação entre as propriedades da alta tecnologia e as do máximo toque (Ashworth, 1990; Morais, 2012). O objetivo dos cuidados deverão ser a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global da pessoa, exigindo à equipa multidisciplinar a progressiva adequação da prestação de cuidados à população.

Os doentes vítimas de TCE, frequentemente com sequelas a nível cognitivo, físico, emocional e consequentemente comportamental, devem obter da parte dos enfermeiros, enquanto membros de equipas multidisciplinares, a certeza de que as suas competências são as adequadas para desempenhar o seu papel, crucial na manutenção de parâmetros neurológicos (e.g., consciência, sensibilidade e motricidade) e fisiológicos (e.g., pressão sanguínea, saturação de oxigénio, pressão de perfusão cerebral), considerando uma perspetiva de prevenção de lesão encefálica secundária e consequentemente da mortalidade e morbilidade inerente (Amorim, Menezes-Júnior, Alves, Araújo, Gúzen, & Cavalcanti, 2013).

CAPÍTULO II – TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

O conceito de TCE tem sido alvo de alguma inconsistência dado existir tendência a variar consoante as especialidades médicas e circunstâncias, e também em função dos critérios de inclusão das lesões e suas variações. Atualmente, não existe uma definição absoluta do mesmo, visto que se considera como uma lesão individualizada. No entanto, as três definições mais usadas aquando a presença de um TCE foram desenvolvidas por: *World Health Organization Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury (2004)*; *Center for Disease Control working group (2003)* e *Mild Traumatic Brain Injury Committee of the Head Injury Interdisciplinary Special Interest Group of the American Congress of Rehabilitation Medicine (1993)*. Sendo as definições ligeiramente diferentes umas das outras, estas assentam, na sua maioria, em critérios idênticos. Para ser diagnosticado um TCE, podemos considerar que o cérebro recebe uma força externa onde temos presente um ou mais dos seguintes critérios: confusão, desorientação, perda de consciência, disfunção da memória e disfunção neurológica ou neuropsicológica observável (e.g., convulsões ou défices focais) (Golden, Driskell & Lashley, 2016). Segundo Golden, Driskell e Lashley (2016), sintomas como a irritabilidade, distúrbios de sono e memória, mudanças de personalidade e humor, depressão, hostilidade e ansiedade podem estar presentes após TCE, sendo que os mesmos poderão, portanto, levar a danos temporários ou permanentes, quer cognitivos, físicos ou psicossociais, associados a diminuição ou alteração do estado de consciência. O TCE pode então ser definido como uma lesão sobre o cérebro causada por um trauma externo, que leva a significativas alterações físicas, cognitivas e psicossociais, podendo afetar ainda emoções e comportamentos (NIH, 1999).

Os TCEs apresentam-se como um problema de saúde pública com elevado impacto económico e social, sendo que, apesar da ocorrência de uma descida na última década quer no número, quer na gravidade dos TCEs nos países desenvolvidos, devido sobretudo ao aumento da segurança rodoviária e ocupacional, constituem-se ainda como a principal causa de mortalidade e morbidade entre os adultos jovens (Winn *et al.*, 2011a). No entanto, como previa Lopez & Murray (1998), a sua incidência a nível mundial tem aumentado à custa dos países em desenvolvimento, prevendo-se que, em 2020, constitua uma das principais causas de morte. Aliás, *Douglas Miller* já em 1986, considerou que estaríamos perante uma epidemia silenciosa, o que se tem vindo a confirmar (Golden, Driskell & Lashley, 2016).

Neste âmbito, o papel dos enfermeiros revela-se fulcral. Estes podem e devem ter impacto sobre esta incidência da lesão craniana, por meio da educação para a saúde nos doentes e famílias, através da participação ativa na prevenção primária (e.g., prevenção rodoviária, prevenção da violência, prevenção de quedas e maior consciencialização sobre temáticas como drogas e álcool) (Zink, 2011). Para tal, a compreensão dos mecanismos e fisiopatologia da lesão craniana possibilita aos enfermeiros um maior conhecimento e capacitação para o cuidar, contribuindo para o importante papel que desempenham a nível multidisciplinar, com inegáveis benefícios para doentes e famílias.

2.1. Epidemiologia

É difícil apurar a incidência real dos TCEs por várias razões, nomeadamente pelas dificuldades no diagnóstico, ausência de procura de cuidados médicos em situações de TCE ligeiro e carência de monitorização e registo em muitas unidades de saúde (Oliveira *et al.*, 2012). Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2003, terão ocorrido 1.565.000 TCEs resultando em 1.224.000 entradas em Serviços de Urgência, com 290.000 internamentos e 51.000 mortes, correspondendo a mais de 60 mil milhões de dólares de despesa anual (Rutland-Brown, Langlois, Thomas, & Xi, 2006; Thurman, 2001). Todavia, estudos mais recentes indicam uma incidência de TCEs de aproximadamente 103/100000 habitantes nos EUA e de 235/100000 na União Europeia. Nos países da União Europeia observa-se uma maior variação, com a Alemanha a apresentar uma incidência de 340/100000 a Finlândia 101/100000 e a Itália 212-372/100000 (Langlois, Rutland-Brown, & Thomas, 2006; Tagliaferri, Compagnone, Korsic, Servadei, & Kraus, 2006).

Segundo Santos e colaboradores (2003), a incidência de TCE em Portugal entre 1996-1997 situou-se em 137/100 000. Cunha, Costa e Mota (2012), dizem-nos que em 2003 a taxa de incidência de TCE estaria em 87/100 000 habitantes e em 2010, cerca de 57/100 000, estimando-se, com base nesta análise, que nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e possam viver com sequelas dos mesmos. O descrito anteriormente vai de encontro ao que nos mostram os Dados da Direção Geral de Saúde (2015), havendo uma tendência para a diminuição da incidência de TCE, facto que se acredita ser devido à melhoria das medidas de prevenção rodoviária. Em Portugal, como noutros países, o TCE ocorre na sua maioria no jovem com um rácio masculino-feminino de 3:1 (Oliveira *et al.*, 2012). De

destacar que há um aumento da incidência relativa de TCE acima dos 65 anos a nível global, consequência da diminuição dos acidentes de viação e do aumento da esperança média de vida, com inerente incremento do risco de quedas (Winn *et al.*, 2011a). O uso de antiagregantes e anticoagulantes por parte da população aumentou também o risco hemorrágico após TCE.

A taxa de mortalidade varia globalmente entre os 15 e os 24.6/100000. Em Portugal, em 1997, foi de 17/100000 com valores mais elevados entre os 20 e 29 anos e acima dos 80 anos (Santos, De Sousa, & Castro-Caldas, 2003). Embora se possa considerar a incidência da mortalidade após TCE como muito elevada, tem-se vindo a observar uma diminuição nas sociedades desenvolvidas, resultado da melhoria da prevenção, dos sistemas de emergência médica e da utilização de *guidelines* para a sua avaliação e tratamento (Winn *et al.*, 2011a).

2.2. Mecanismos das Lesões Cranianas

O conhecimento sobre os mecanismos das lesões cranianas permite um diagnóstico mais rápido e eficaz da lesão. Os mecanismos destas lesões incluem a aceleração, desaceleração, aceleração-desaceleração, golpe-contragolpe e rotação. Especificamente, as lesões por aceleração ocorrem quando um objeto em movimento colide com o crânio que se encontra imóvel. As lesões por desaceleração ocorrem quando a cabeça em movimento colide contra um objeto que se encontra parado. Na sua maioria as lesões por aceleração-desaceleração ocorrem em acidentes com veículos motores ou em casos de violência física. Nas lesões em que ocorre golpe-contragolpe a cabeça sofre um impacto, o cérebro movimenta-se dentro da calote craniana forçando o contacto com o pólo oposto onde recebeu o impacto inicial. São também conhecidas por lesões de translação visto que muitas vezes a zona afetada do cérebro não é de todo coincidente com a região do impacto que provoca a lesão. Por fim, as lesões rotacionais acontecem quando o cérebro sofre uma torção, ocorrendo alongamento ou laceração dos neurónios assim como vasos sanguíneos que fixam o cérebro no interior do crânio (Zink, 2011).

A possibilidade de ocorrer lesão da coluna nunca é de excluir, pelo que deve sempre ser investigada e excluída. Abordados os mecanismos de lesão percebe-se que as lesões cranianas poderão ser mais ou menos graves, e assume neste papel, primordial importância a uma avaliação cuidada do doente através do exame físico e do recurso à *Escala de Coma de Glasgow* (ECG), bem como de outros exames complementares de diagnóstico (Zink, 2011), que abordaremos nos pontos seguintes do presente capítulo.

2.3. Fisiopatologia

A lesão provocada por um TCE pode ser dividida em duas fases, com mecanismos fisiopatológicos distintos, nomeadamente lesão primária e secundária.

A lesão primária resulta das forças mecânicas que atuam no momento do impacto inicial, e que são conduzidas ao crânio e seu interior, nesta lesão inicial, pode ocorrer rutura da integridade elétrica, química e física das células na área lesada, levando à morte celular (Reilly & Bullock, 2005; Zink, 2011). Das lesões primárias, podem resultar lesões focais (resultantes de forças de contacto direto), e lesões difusas (decorrente de forças de aceleração, desaceleração e rotação). A lesão primária que ocorre após TCE depende da natureza e da força física aplicada, da sua duração e do local onde o impacto ocorreu (Oliveira *et al.*, 2012).

A lesão secundária surge após o impacto primário e caracteriza-se pela resposta fisiológica à lesão, quer por alterações intra e extra-celulares que levam ao edema cerebral pós-traumático, isquemia cerebral, alterações bioquímicas e alterações na hemodinâmica cerebral, condicionando o consequente aumento da pressão intracraniana (PIC) (Winn *et al.*, 2011a; Zink, 2011).

2.3.1. Classificação dos traumatismos crânio encefálicos

São várias as classificações dos traumatismos de crânio, sendo que as mais usadas no nosso país são a classificação clínica, que se baseia no exame objetivo do doente, e a classificação anatómica, baseada na localização e tipo de lesão que se encontra presente (Oliveira *et al.*, 2012).

Classificação clínica.

A *ECG*, publicada por Teasdale e Jennett (1974) e revista em 1976 pelos mesmos autores, tem vindo a ser utilizada como instrumento de avaliação clínica, sendo o mais usado na categorização das alterações neurológicas que ocorrem no contexto de TCE. Esta tem vindo a ser alvo de alterações com vista à sua melhoria, sendo que *Lezak* (1995), introduz o carácter numérico à *ECG*, assim como mais dois parâmetros na resposta motora que não se encontravam nos primórdios da sua utilização (Golden, Driskell & Lashley, 2016). Na Tabela 1 apresenta-se a *ECG*.

Tabela 1 - *Escala de Coma de Glasgow*

Parâmetros/Resposta	Escala Likert
Abertura dos olhos	
Espontânea	4
Estímulo verbal	3
Estímulo álgico	2
Sem resposta	1
Melhor resposta verbal	
Discurso orientado	5
Discurso confuso	4
Discurso inapropriado	3
Sons incompreensíveis	2
Sem resposta	1
Melhor resposta motora	
Cumprir ordens	6
Localiza estímulos álgicos	5
Fuga aos estímulos álgicos	4
Flexão/descorticação ao estímulo álgico	3
Extensão/descorticação ao estímulo álgico	2
Sem resposta	1

Nota. Adaptado de Escala de Coma de Glasgow, em Teasdale & Jennett, 1974.

A ECG, avalia três parâmetros: i) abertura dos olhos; ii) resposta verbal; e, iii) resposta motora. A resposta do doente a cada um desses parâmetros está quantificada, conforme exposto na Tabela 1. Através do somatório do valor atribuído à melhor resposta que o doente apresentou em cada um desses parâmetros, é possível calcular um score total que oscila entre 3 e 15. De acordo com o valor do score total, e do ponto de vista clínico, os TCEs podem classificar-se em Graves ($ECG \leq 8$); Moderados ($9 \leq ECG \leq 12$) ou Ligeiros ($13 \leq ECG \leq 15$) (Oliveira *et al.*, 2012; Teasdale & Jennett, 1974; Winn *et al.*, 2011a). Apesar da importância deste instrumento ter sido mais pertinente antes do aparecimento da Tomografia Axial Computorizada (TAC), continua a ter um papel fundamental na avaliação do grau de gravidade de um traumatismo, correlacionando-se quer com a gravidade do TCE, quer com o prognóstico do doente. Porém, as intervenções terapêuticas utilizadas quer a um nível pré-hospitalar, quer em UCIs, cada vez mais invasivas, envolvendo bloqueio neuromuscular e sedação profunda, têm limitado a utilidade desta escala, tendo sido por essa razão desenvolvidas classificações que baseiam o prognóstico dos doentes em critérios imagiológicos visualizados na TAC, como são as *Escalas de Marshall e Roterdão*, que não serão aprofundadas visto serem utilizadas mais num nível de avaliação médica intensiva (Oliveira *et al.*, 2012).

Classificação anatómica.

Quando expomos a classificação anatómica da lesão craniana estamos inevitavelmente a referir a presença de lesão primária e do seu diagnóstico presente. Embora possa haver mais classificações anatómicas para este tipo de lesões, passamos a expor as mais comuns, que podem estar muitas vezes presentes em associação no mesmo doente.

Lesões Focais:

Contusão. As contusões são lesões que variam na sua gravidade dependendo do tamanho e extensão do tecido cerebral afetado, caracterizadas pela laceração de microvasos na superfície do córtex e que podem disseminar-se até às camadas mais profundas do cérebro (Zink, 2011). Decorre de hemorragia subpial e edema associado, podendo estar presente em 31% dos doentes na TAC de admissão. As alterações neurológicas que resultam do evento traumático dependem da área afetada, podendo causar efeito de massa considerável, devido a edema ou presença de hemorragia, visualizando-se em alguns casos a presença de hematoma. As contusões, se estiverem associadas a fraturas do crânio são geralmente mais graves, podendo aumentar a lesão secundária no tecido contíguo, por libertação de neurotransmissores e alterações bioquímicas locais (Oliveira *et al.*, 2012; Winn *et al.*, 2011b).

Hematoma epidural. Acontece em 1 a 2% dos TCEs e corresponde entre 5 a 15% das lesões cranianas mortais, a sua presença é mais comum em pessoas com menos de 50 anos e, sobretudo, na idade pediátrica (Oliveira *et al.*, 2012). Está frequentemente associado a fraturas cranianas que provocam laceração de vasos durais, sendo exemplo a laceração da artéria meníngea média após uma fratura temporoparietal. A divisão da dura-máter relativamente à tábua interna da calote óssea, ocorre no momento da lesão. Estes hematomas são geralmente classificados em três tipos: i) tipo I (agudo – dia 1); ii) tipo II (subagudo – dia 2-4); ou, iii) tipo III (crónico - dia 7-20) (Winn *et al.*, 2011b; Zimmerman & Bilaniuk, 1982). Os doentes com hematomas epidurais podem ter alterações de consciência constantes, sendo que a morbilidade e mortalidade associada a estes hematomas dependem sobretudo da demora no diagnóstico e tratamento, havendo um excelente prognóstico após a sua evacuação cirúrgica, se realizada atempadamente e não existirem lesões associadas (Oliveira *et al.*, 2012; Zink, 2011).

Hematoma subdural. Ocorrem principalmente devido à rotura das veias durais que se encontram ligadas aos seios venosos, podendo também acontecer por lesão de veias corticais. São classificados como agudos (< 48 horas), subagudos (entre dias 2-14), crónicos (acima de 14

dias) (Winn *et al.*, 2011b; Oliveira *et al.*, 2012). Os hematomas subdurais agudos correspondem entre 50 a 60% dos casos diagnosticados, tendo na sua maioria uma etiologia traumática, como acontece em doentes que estejam por exemplo “anticoagulados” (Zink, 2011). Neste tipo de hematomas e quando o sangramento não é significativo os sintomas podem não ser imediatos, iniciando-se muitas vezes do segundo dia às duas semanas de evolução da lesão. Muito característico é o caso de doentes mais idosos que pela atrofia cerebral que se encontra presente, têm mais espaço para que o hematoma se expanda antes de produzir sintomas, como sejam as cefaleias, confusão, letargia ou convulsões (Zink, 2011). O tratamento cirúrgico, se necessário, é importante para diminuir quer a mortalidade, numa fase aguda, como o prognóstico dos doentes em fases subagudas e crónicas dos hematomas (Oliveira *et al.*, 2012).

Hematoma intracerebral. Caracteriza-se pela presença de uma coleção de sangue dentro do tecido cerebral. Podem estar associados a fraturas de crânio, lesões por projéteis ou aceleração-desaceleração súbita. Corresponde a 20% dos hematomas intracranianos pós-traumáticos, sendo que é controversa a indicação cirúrgica destes hematomas, podendo ter mais riscos que benefícios a sua realização, ao invés do que o tratamento do edema cerebral e promoção da perfusão cerebral adequada (Zink, 2011).

Lesões Difusas:

Lesão axonal difusa. Apresenta-se como a lesão mais comum relacionada com o TCE. Este tipo de lesão acontece por tensão e estiramento axonal, que decorrem de forças de aceleração, desaceleração e muitas vezes rotacionais, podendo resultar num défice neurológico de valorizar, apesar da inexistência de volumosas lesões hemorrágicas (Genarrelli, 1983; Winn *et al.*, 2011b). Apresentam-se sobre a forma de hemorragias punctiformes, que se originam através da rutura de pequenos vasos, em regiões próximas das quais são sofridas as forças, como são o corpo caloso, núcleos da base ou tronco cerebral. Para identificar estas lesões, a Ressonância Magnética (RM) é o exame de imagem com maior sensibilidade prognóstica, isto após as 24 horas, já que antes desse período de tempo o diagnóstico conclusivo é difícil de conseguir (Zink, 2011).

Hemorragia subaracnoideia (HSA). Esta hemorragia resulta da rutura de vasos para as cisternas do espaço subaracnoideo, acontecendo em 33% dos casos de TCE grave e levando a quadros de mau prognóstico neurológico, visto estar muitas vezes associada a outras lesões graves (Zink, 2011). Nesta situação específica pode ocorrer vasoespasmo, fator independente do prognóstico neurológico, e que se desenvolve caracteristicamente entre as 12 horas e os cinco

primeiros dias após o trauma, podendo prolongar-se até 30 dias (Oliveira *et al.*, 2012). Existem diferenças substanciais entre a HSA pós-traumática e a que resulta da rotura de um aneurisma. A localização da hemorragia na convexidade, sulcos e região inter-hemisférica, é mais típica após traumatismo. Complicações como o vasoespasmo ou hidrocefalia, aumentam a complexidade destas lesões. De referir que caso haja vasoespasmo aquando a presença de lesão traumática, quer o seu aparecimento, como resolução são mais precoces também, devendo a vigilância ser apertada (Oliveira *et al.*, 2012; Zink, 2011).

Hemorragia intraventricular. Ocorrendo em 25% dos casos de TCE grave, estão associadas na maior parte das vezes à existência de hematomas intracerebrais. A hidrocefalia aguda é uma situação com pouca incidência nestas lesões (Oliveira *et al.*, 2012).

2.3.2. Após uma agressão ao cérebro

Não sendo objetivo deste enquadramento o aprofundamento exaustivo das lesões primárias e secundárias, considera-se relevante fazer referência, de uma forma geral, ao que acontece após uma agressão ao cérebro, para que fique bem presente a complexidade do problema com que as equipas multidisciplinares se deparam.

Após a lesão primária, é iniciada uma série de acontecimentos neuro-citotóxicos caracterizados por alterações intracelulares (influxo de cálcio, disfunção mitocondrial, produção de radicais livres de oxigénio e apoptose) e extracelulares (alterações da membrana vascular e acidose extracelular) responsáveis pela falência da autorregulação cerebral assim como pelo desenvolvimento de edema cerebral pós-traumático e aumento da PIC. A estes acontecimentos dá-se o nome de *lesão secundária*, sabendo-se hoje em dia que esta poderá subsistir até ao décimo dia após TCE, e que, episódios de hipertensão intracraniana pós-traumática, precoce ou tardia, estão intimamente conectados ao mau prognóstico dos doentes (Oliveira *et al.*, 2012; Stocchetti *et al.*, 2007). Os TCEs graves correspondam a 4% do total da mortalidade, mas associam-se às maiores taxas de mortalidade e morbilidade existentes, sendo que 60% dos doentes internados por um TCE grave acabarão por morrer e 50% dos doentes desenvolverão hipertensão intracraniana (Winn *et al.*, 2011a). Por toda esta casuística as *guidelines* da *Brain Trauma Foundation (2007)* aconselham a monitorização da PIC em todos os doentes com TCE grave que apresentem uma TAC alterada (classe II) e/ou TAC normal com dois dos seguintes

critérios: a) idade superior a 40 anos; b) resposta motora em flexão ou extensão; e, c) pressão arterial <90mmHg (classe III) (Oliveira *et al.*, 2012).

A abordagem do doente vítima de TCE cada vez mais tem como principal objetivo manter ou atingir a homeostasia cerebral, conceito amplo e ainda em construção, mas com metas de PIC <20mmHg e pressão de perfusão cerebral (PPC) entre 50 a 70 mmHg, de forma a prevenir a lesão secundária, que surge na presença de PIC elevada, isquemia cerebral, hipotensão ou convulsões pós-traumáticas. A prevenção é decisiva na salvaguarda da função do cérebro e otimização dos resultados funcionais esperados (Oliveira *et al.*, 2012; Zink, 2011). Neste sentido, em alguns hospitais existem protocolos com a finalidade das equipas multidisciplinares terem o conhecimento da forma de atuar na presença de alterações relevantes, e que necessitam de intervenção imediata, com vista à prevenção e tratamento da lesão secundária, avaliando parâmetros como a PIC e a PPC.

2.4. Avaliação do Doente com Traumatismo Crânio Encefálico

A avaliação neurológica do doente com traumatismo de crânio é primordial para o tratamento da lesão craniana. Nesta avaliação seriada deve estar subjacente tanto o exame físico como a utilização de exames complementares de diagnóstico que se julguem necessários.

2.4.1. Exame físico

Sendo o doente com lesão cerebral traumática difícil de avaliar neurologicamente e não querendo este enquadramento entrar em pormenores anátomo-patológicos mais do foro médico, é, no entanto, deveras importante perceber o papel do enfermeiro nessa avaliação de forma a alertar o mais precocemente possível para alterações relevantes no estado de saúde dos doentes. A avaliação neurológica, calculada constantemente a partir da ECG, deve ser realizada, mas deixa desconsideradas avaliações importantes no doente com lesão traumática cerebral. Sendo assim, aquando da vigilância destes doentes, o enfermeiro deve realizar o exame físico completo, avaliando não só a ECG, mas também estando desperto para a avaliação da função cognitiva, avaliação do nível de vigília, avaliação pupilar, avaliação de reflexos do tronco cerebral (em caso de doentes sedados ou inconscientes), avaliação da função motora, avaliação da função respiratória e também dos restantes sistemas orgânicos (Zink, 2011). A abordagem do doente como um todo permite que os mínimos sinais de alteração sejam observados e valorizados

precocemente, podendo a equipa multidisciplinar atuar em conformidade, minimizando as consequências negativas que a ausência de tratamento pode trazer para o doente, quer a nível de mortalidade como morbilidade (Oliveira *et al.*,2012).

2.4.2. Exames complementares de diagnóstico

Havendo um traumatismo de crânio os exames complementares de diagnóstico existentes têm um papel importantíssimo no diagnóstico da lesão e da necessidade, ou não, de intervenção médica ou cirúrgica. A TAC é o exame inicial mais usado devido à sua rapidez e sensibilidade à presença de sangue. A principal desvantagem deste exame é a incapacidade de capturar de forma correta estruturas na fossa posterior. Para uma melhor observação das estruturas da base do crânio, medula espinhal ou suspeita de lesão axonal difusa é comumente utilizada a RM (Zink, 2011). Paralelamente, dentro dos exames complementares mais utilizados encontramos a angiografia cerebral (útil na visualização do fluxo sanguíneo cerebral); a Tomografia Axial com *Doppler*, que também avalia indiretamente o fluxo cerebral, sendo menos invasivo; e, o eletroencefalograma, utilizado para exclusão de crises convulsivas ou teste comprovativo de morte cerebral (Zink, 2011).

Esta diferente panóplia de exames, dependendo das lesões que se suspeitem presentes, ajudam imensamente ao diagnóstico, tratamento e consequentemente na melhoria do prognóstico nos doentes com lesão cerebral traumática.

2.5. Tratamento do Doente com Traumatismo Crânio Encefálico

O tratamento dos doentes que sofrem um TCE começa após a ocorrência da lesão e prolonga-se no tempo, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar para se conseguir os melhores resultados possíveis, dependendo das lesões que se encontram presentes, estendendo-se por isso em três domínios, sendo eles o pré-hospitalar, o hospitalar e o pós-hospitalar (Oliveira *et al.*, 2012). Assim, as abordagens pré-hospitalares e hospitalares visam o diagnóstico e tratamento dos doentes tendo como finalidade a diminuição da mortalidade e morbilidade inerente ao próprio traumatismo, sendo que são altamente importantes para se obter os melhores *outcomes* e recuperação no pós-hospitalar.

Neste ponto abordaremos na generalidade o tratamento do doente no período pré-hospitalar e hospitalar (mais relacionado com o tratamento médico e/ou cirúrgico), considerando que a abordagem que se preconiza por rotina de pós-hospitalar, cada vez se encontra mais presente nos hospitais (devido aos internamentos longos), tendo uma importância elevada nos cuidados prestados aos doentes e famílias por parte dos enfermeiros.

2.5.1. Tratamento do doente no período pré-hospitalar

O pré-hospitalar permite que os doentes cheguem aos hospitais nas melhores condições possíveis e no menor tempo para que sejam agilizados todos os procedimentos às necessidades de tratamento inerentes às lesões a ser diagnosticadas (Oliveira *et al.*, 2012). Importante por isso será uma avaliação correta do doente, ainda antes da transferência para o hospital. Em caso de suspeita de lesão craniana devem ser utilizados os meios disponíveis e adequados para a realizar, sendo que o destino deve ser um hospital central que possa dar resposta a nível de cuidados neurocirúrgicos, visto que os prognósticos nestas unidades acabam por ser melhores que em hospitais com especificação menor (Oliveira *et al.*, 2012). Não podendo nunca atribuir medidas específicas para o tratamento a estes doentes ainda numa fase pré-hospitalar, visto a dificuldade de diagnóstico fidedigno, parece não haver dúvida que a manutenção da normotensão, entubação e ventilação mecânica em $ECG \leq 8$, utilização de soroterapia hipertónica no controlo da PIC e saturação de oxigénio periférica $> 90\%$ reduzem a mortalidade e morbilidade (Oliveira *et al.*, 2012).

2.5.2. Tratamento do doente no período hospitalar

O objetivo da equipa que recebe o doente no serviço de urgência é o tratamento e estabilização das lesões já existentes e a prevenção de lesões adicionais. Esta equipa deverá ser multidisciplinar, englobando médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais e demais funcionários do hospital, para que sejam asseguradas as condições necessárias, não só ao tratamento do doente, mas também à adequada comunicação com a família (Oliveira *et al.*, 2012). Nesta segunda fase, em que o doente é avaliado, após o pré-hospitalar, tem a equipa multidisciplinar acesso a meios que até então não tinha, como é o caso de profissionais com especificação na área e exames complementares de diagnóstico à disposição.

A nível hospitalar são utilizadas diretrizes para o tratamento da lesão craniana. Em 2007, a *Brain Trauma Foundation*, a *American Association of Neurological Surgeons* (AANS), o *Congress*

of Neurological Surgeons (CNS) e a Joint Section on Neurotrauma and Critical Care (AANS/CNS) publicaram normas de orientação clínica para a avaliação e tratamento do doente com TCE grave. São abordadas nestas diretrizes o controlo da pressão arterial e oxigenação, a terapia hiperosmolar, a hipotermia profilática, a profilaxia infecciosa, a profilaxia do tromboembolismo venoso, as indicações para a monitorização da PIC, a PPC, a oxigenação cerebral tecidual, o uso de agentes farmacológicos anestésicos, sedativos e analgésicos, a nutrição, a profilaxia das convulsões, a hiperventilação e o uso dos corticosteroides. Também no seguimento destas diretrizes existem *guidelines* para orientação em caso de necessidade cirúrgica aquando da presença de lesão primária (Oliveira *et al.*, 2012).

O exposto vem de encontro ao que nos diz Zink (2011), percebendo-se a importância da monitorização e controlo da PIC, em casos mais graves, manutenção da perfusão cerebral, prevenção e tratamento de convulsões, hemóstase hidroelectrolítica, tratamento das complicações cardiovasculares e pulmonares, administração da nutrição ideal e tratamento das complicações músculo-esqueléticas e tegumentares, enquanto parte integrante aos cuidados gerais prestados aos doentes após sofrerem um TCE.

2.5.3. O cuidado ao doente e família: períodos intra e pós-hospitalar

O dia-a-dia do doente e família durante todo o processo de internamento surge inevitavelmente mais ligado à presença dos cuidados de enfermagem do que ao cuidado médico, havendo na sua génese a necessidade de intervenção formativa da parte dos profissionais, importantes tanto a nível hospitalar como para o pós-hospitalar ou regresso a casa. Neste âmbito, serão abordados aspetos referentes tanto às necessidades dos doentes como das suas famílias, alguns dados do que se poderá esperar de um doente com TCE e algumas intervenções que podem ser realizadas para um melhor cuidar.

Numa fase aguda, um doente/família em crise, exige dos profissionais compreensão e ajuda para que haja a melhor coordenação multidisciplinar possível, de forma a responder às suas necessidades (Zink, 2011). Bond, Draeger, Mandleco e Donnelly (2003), chegaram à conclusão de que uma família em crise tem necessidade de receber informações verdadeiras, específicas e consistentes, sentir-se ativamente envolvida no processo de cuidar e compreender a totalidade da experiência. Muitas vezes o exposto não é fácil de alcançar, e os enfermeiros sendo parte integrante da equipa multidisciplinar têm obrigação de fazer a ponte entre todos os profissionais

de forma a conseguir ajudar tanto doentes como famílias a identificar os melhores mecanismos e sistemas de apoio necessários para o retorno a um estado pré-crise (Zink, 2011).

Numa fase crítica e estando o doente num estado comatoso ou em reabilitação lenta e gradual (dependendo do tipo de lesão), para além do cuidado ao doente, o enfermeiro deve ter a preocupação e a disponibilidade de, com os seus conhecimentos, ajudar a sensibilizar as famílias para o carácter possivelmente evolutivo do quadro que o doente apresenta. O disponibilizar de informação adequada e relevante às famílias ou cuidadores, tanto a nível da estimulação sensorial (Quadro 1), como de estratégias para a interação com o doente (Quadro 2), é uma forma de integrar, confortar e valorizar o papel ativo dos mesmos aquando da prestação de cuidados, reiterando a sua importância na reabilitação dos doentes (Zink, 2011).

Quadro 1 - *Intervenções para a Estimulação Sensorial*

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>INTERVENÇÕES</i>
<i>Som</i>	Explicar o que se vai fazer; ligar rádio ou televisão; não conversar com outras pessoas por períodos longos na presença do doente, visando a minimização de estímulos que o possam distrair e fazendo com que ele aprenda a prestar atenção aos que realmente lhe são dirigidos; bater palmas por períodos de 5 a 10 segundos, movendo o som para diferentes locais.
<i>Visão</i>	Colocar objetos coloridos no campo de visão do doente, fazendo-o com um objeto de cada vez; utilizar também objetos conhecidos ou fotos familiares para maior orientação do doente.
<i>Tato</i>	A estimulação deve ser realizada com a alternância de texturas aquando o toque no doente; aplicar creme sobre a pele também é importante na resposta sensorial, assim como a compressão, que deverá ser leve ou mais firme conforme a tolerância do doente.
<i>Olfato</i>	As fragâncias conhecidas, como perfumes, loções, café devem ser colocados sobre o nariz do doente, por períodos curtos (1 a 3 minutos); em caso de entubação por tubos oro ou nasotraqueal, assim como ostomia de ventilação, esta estimulação pode ser menos eficaz.

Nota. Adaptado de Intervenções de Enfermagem para a Estimulação Sensorial, em Zink, 2012, p.868.

Quadro 2 - Escala Ranchos Los Amigos

Níveis de resposta	Estratégias para interação com os doentes
Ausência de resposta	Supor que o doente compreende; devemos falar <i>com</i> , e não sobre o doente.
Resposta generalizada. A resposta ao estímulo é incoerente, limitada e desproposita, com movimentos ao acaso ou sons incompreensíveis.	Não sobrecarregar o doente com estímulos verbais. Devem acontecer momentos de silêncio entre os estímulos. Controlar o ambiente para fornecer um estímulo de cada vez, por exemplo, durante uma conversa o rádio ou televisão devem ser desligados.
Resposta localizada. A resposta ao estímulo é específica, mas inconstante; o doente pode retirar ou empurrar, emitir sons, seguindo por vezes alguns comandos simples ou respondendo somente a determinadas pessoas mais próximas.	Fornecer períodos curtos de estimulação sensorial. O estímulo curto, por exemplo sonoro ou visual, vai proporcionar ganhos que podem não ocorrer aquando a estimulação contínua, que se torna para o doente tão sem significado quanto o som contínuo dos monitores.
Confuso-agitado. A resposta ao estímulo é principalmente devido à confusão interna com estado de atividade aumentada; o comportamento pode ser bizarro ou agressivo; o doente pode tentar remover dispositivos ou levantar-se do leito; a verbalização é incoerente ou inadequada; demonstra consciência mínima do ambiente e a memória a curto prazo é ausente.	Devemos ser calmos e suaves ao prestar cuidados, abordando com toque suave para diminuir reflexos motores e emocionais defensivos. Ter atenção ao aumento da agitação do doente (movimentos aumentados, tonalidade vocal alta ou resistência à atividade). Quando a agitação se apresenta, não tentar argumentar com ele, a conversa será um estímulo externo adicional com o qual o doente não consegue lidar, devendo antes partir-se para a retirada do doente da situação ou a situação do doente.
Confuso, inadequado-não agitado. O doente está alerta e responde consistentemente aos comandos simples, no entanto, a atenção é pouca e distrai-se com facilidade; a memória está prejudicada, havendo confusão em relação a eventos antecedentes ou atuais; pode realizar tarefas previamente aprendidas com a estrutura máxima, mas é incapaz de aprender novas informações; pode deambular inadequadamente com a intenção de “ir para casa”.	Apresentar ao doente uma tarefa de cada vez e dar tempo para a sua realização. Certificarmo-nos que temos a atenção do doente, colocando-nos no seu campo de visão e tocando antes de falar. Se o doente ficar mais confuso ou resistente, parar de falar e esperar um maior relaxamento para prosseguir com a instrução ou atividade.
Confuso-apropriado. O doente mostra comportamentos dirigidos para as metas. Mas ainda precisa de orientações externas; pode compreender o raciocínio e os comandos simples seguindo essas orientações de maneira consistente e requerendo menos supervisão para as tarefas previamente aprendidas; apresenta profundidade e melhores detalhes da memória antecedente e consciência básica de si próprio e do meio ambiente.	Usar gestos, demonstrações e apenas palavras necessárias quando se fornece instruções. Devemos manter a sequência nas atividades e tarefas que são realizadas de forma rotineira, devendo essas rotinas ser descritas ao doente e relacionadas com o horário do dia em que são realizadas.

Nota. Adaptado de Escala Ranchos Los Amigos, em Zink, 2012, p. 869.

Quadro 2 (Cont.) - *Escala Ranchos Los Amigos*

Níveis de resposta	Estratégias para interação com os doentes
Automático-apropriado. O doente é capaz de completar as suas rotinas diárias nu ambiente estruturado; apresenta consciência aumentada de si e do meio ambiente, carecendo ainda de <i>insights</i> , julgamento e capacidade de resolução de problemas.	A supervisão ainda é necessária para a segurança e aprendizagem contínua. Reforçar a memória do doente para as rotinas e horários com relógios, calendários e diários de atividades pode ser uma mais-valia.
Intencional-apropriado. O doente está alerta, orientado e capaz de se lembrar e integrar eventos antecedentes e recentes; responde adequadamente ao meio ambiente, no entanto apresenta ainda capacidade diminuída no raciocínio abstrato, tolerância ao <i>stress</i> e julgamento capaz nas situações de emergência ou incomuns.	O doente deve ser capaz de agir sem supervisão. Nesta fase a reeducação vocacional e ocupacional deve ser incorporada nos cuidados prestados.

Nota. Adaptado de Escala Ranchos Los Amigos, em Zink, 2012, p. 869.

A reabilitação psicomotora e a recuperação neurológica é um processo ativo e dinâmico, decorrendo num longo período que se estende de meses a anos, em três fases distintas: i) ativação de processos de reparação celular; ii) plasticidade neuronal funcional; e, iii) plasticidade neuroanatômica. Esta reabilitação incorpora vários domínios (Oliveira *et al.*, 2012). Assim, iremos abordar em seguida alguns dos domínios que consideramos relevantes para a temática do presente trabalho e consequentes cuidados de enfermagem aos doentes vítimas de TCEs e suas famílias.

Estado de consciência.

O estado de consciência tem sido nos dias de hoje comumente classificado como: i) *Coma Não Despertável* e sem resposta neuro-comportamental; ii) *Estado Vegetativo Despertável* e sem resposta neuro-comportamental; iii) *Estado de Consciência Mínimo*, evidência de alteração grave da consciência, mas com estado de alerta mínimo para com o próprio ou meio envolvente; e, iv) *Consciente*, Interação funcional e comunicacional consistente e reprodutível. De salientar que é importante ter o conhecimento para possível transmissão de que até 15% dos TCEs graves são incapazes de responder a ordens simples após quatro meses do traumatismo (Oliveira *et al.*, 2012; Whyte *et al.*, 2005).

Recuperação motora.

A recuperação motora apresenta grande variabilidade de doente para doente. Inicialmente eram considerados como mais importantes os primeiros seis meses após lesão, mas atualmente considera-se que após esse período de tempo, ainda poderá existir recuperação motora significativa (Oliveira *et al.*, 2012).

Disfunção cognitiva.

A disfunção cognitiva no doente vítima de TCE tem na sua origem uma série de fatores, sendo de valorizar as sequelas anatómicas derivadas do TCE, comorbidades ou intercorrências médicas, perturbação dos ciclos de sono-vigília e perturbações de ansiedade e *stress* pós-traumático. Estes fatores deveriam ser avaliados pelas equipas multidisciplinares em consulta e a disfunção cognitiva caracterizada por testes neuropsicológicos, no entanto, o desconhecimento de como avaliar ou tratar a disfunção cognitiva e a ausência de profissionais qualificados no seguimento deste tipo de doentes (e.g. psicólogos, neuropsicólogos) levam a que a mesma seja menosprezada após TCE (Gordon *et al.*, 2006; Oliveira *et al.*, 2012).

Neste momento o principal tratamento centra-se em duas modalidades, a farmacológica e não farmacológica. A nível farmacológico os médicos devem estar despidos para a suspensão de terapêuticas que possam ser prejudiciais para o doente e instituir medicamentos como neuroestimulantes, antiepiléticos ou antidepressivos, pois ajudam a uma melhoria da função cognitiva. Não obstante, o mais importante é orientar o tratamento de acordo com as necessidades específicas que cada doente apresenta, principalmente no domínio das intervenções não-farmacológicas (Oliveira *et al.*, 2012).

Agitação e depressão.

A agitação, é definida por Lombard e Zafonte (2005) como um estado de agressividade durante o período de amnésia pós-traumática na ausência de outros fatores médicos conhecidos, ocorrendo numa fase mais avançada da recuperação. Fatores como a duração da amnésia pós-traumática, a duração do período de internamento e o grau de autonomia no momento da alta clínica, são importantes para a predição da possibilidade ou não, do doente poder desenvolver períodos de agitação (Nott, Chapparo & Baguley, 2006). Logo, no tratamento da agitação é importante o enfermeiro estar desperto para vários fatores: i) exclusão de fatores médicos que justifiquem um quadro confusional agudo; ii) limitação dos estímulos negativos do meio ambiente

que para que haja uma progressiva orientação psíquica; e, iii) agentes farmacológicos, com particular pertinência para os beta-bloqueantes e anticonvulsivantes, evitando a utilização de agentes antipsicóticos e benzodiazepinas (pois existe evidência de que atrasam a recuperação neuropsicológica) (Oliveira *et al.*, 2012).

Sensivelmente 25% dos doentes com TCE reúnem critérios de depressão *major*, sendo as situações mais frequentemente associadas ao desemprego, à pobreza, antecedentes psiquiátricos ou ao consumo de substâncias de abuso. É importante por isso a exclusão de disfunção neuroendócrina ou de outras causas médicas e até mesmo medicamentosas que justifiquem a situação. A abordagem farmacológica deve centrar-se na administração de inibidores de recaptção da serotonina, como por exemplo a sertralina ou o escitalopram (Silver, McAllister, & Arciniegas, 2009).

Perturbações do sono.

O descanso é um dos aspetos importantes na recuperação dos doentes, e a equipa multidisciplinar deve dar conhecimento aos doentes e famílias sobre o que é expectável e da forma como lidar com as alterações no padrão normal. As perturbações do sono podem afetar aproximadamente entre 30 a 70% dos doentes com TCE. Estas perturbações acontecem mais em casos de TCEs moderados, associados à depressão, fadiga, dor, ansiedade e em doentes do sexo feminino (Clinchot, Bogner, Mysiw, Fugate, & Corrigan, 1998). O tratamento deve assentar na correção dos fatores responsáveis (e.g., meio ambiente, agitação, síndrome de apneia do sono), assim como na terapia comportamental. A intervenção farmacológica neste domínio é rara, pois a maioria dos agentes que podem induzir o sono ou descanso devem ser evitados no doente com TCE, como são exemplo os antipsicóticos e as benzodiazepinas. Desconhece-se até ao momento a existência de estudos randomizados sobre a utilização de outros fármacos neste contexto (Oliveira *et al.*, 2012).

Epilepsia pós-traumática.

O TCE é uma causa comum de epilepsia adquirida, que acontece sobretudo na faixa etária dos 15 aos 34 anos, sendo responsável por 30% dos casos. As convulsões pós-traumáticas abrangem as imediatas (primeiras 24 horas), precoces (24 horas a 7 dias) e tardias/ epilepsia pós-traumática (depois da primeira semana). Etiologicamente, o desenvolvimento de epilepsia pós-traumática acontece maioritariamente quando a gravidade do TCE é elevada ou estamos perante

a presença de fratura craniana, hematoma intracraniano, laceração dural por material endógeno ou exógeno e aparecimento de convulsões precoces. O tratamento com anticonvulsivantes, sobretudo com fenitoína, carbamazepina e levetiracetam diminuem a incidência de convulsões imediatas e precoces, em doentes com fatores de risco, mas não têm um efeito comprovado na prevenção da epilepsia pós-traumática (Chang & Lowenstein, 2003; Oliveira *et al.*, 2012).

Espasticidade.

A espasticidade é caracterizada por um aumento da resistência do músculo à sua movimentação passiva, dependendo da sua velocidade. A avaliação e tratamento são da competência da equipa multidisciplinar, devendo os enfermeiros informar sobre a importância tanto dos tratamentos fisiátricos (e.g., fisioterapia ou reabilitação funcional por parte de enfermeiro especialista em reabilitação), como da correta administração dos agentes farmacológicos (e.g., baclofeno, tizanidina, gabapentina, dantroleno e clonidina). Outros tratamentos podem ser necessários, como bloqueios químicos do nervo periférico e/ou do músculo, assim como intervenções cirúrgicas para melhoria do quadro (Oliveira *et al.*, 2012).

Nutrição e disfagia.

Com muita frequência a nutrição é vista como uma necessidade menor nos doentes com TCE, no entanto, essas necessidades são superiores às do indivíduo saudável (aproximadamente 140%), e falhas na sua satisfação podem levar a um aumento quer da morbilidade quer da mortalidade (Zink, 2011). O aumento do metabolismo deve ser por isso valorizado e tido em conta aquando do planeamento do suporte calórico do doente. Nos doentes com TCE mais graves e com impossibilidade de serem alimentados por via oral, existem duas vias principais de administração nutricional, a parentérica e a entérica. A via parentérica pode ser iniciada no primeiro dia após o TCE, tendo como principais desvantagens as complicações infecciosas pela presença de cateter para administração e alterações do metabolismo dos hidratos de carbono e lípidos (Oliveira *et al.*, 2012). A segunda via, pode e deve ser iniciada entre o terceiro e o quinto dia (devido à estase gástrica no período inicial) e tem como principais vantagens prevenir a atrofia da mucosa gastrointestinal, diminuir a translocação bacteriana e preservar o equilíbrio no ambiente microbiológico gastrointestinal (Zink, 2011).

Do exposto, percebe-se a importância da alimentação precoce nos doentes vítimas de TCE, sendo que em caso de não existirem contra-indicações deve ser dada primazia à alimentação

entérica. Todavia, em doentes que se conseguem alimentar por via oral o enfermeiro tem na mesma medida que orientar o suporte nutricional convenientemente, trabalhando com a equipa multidisciplinar e pedindo o apoio de nutricionista, em caso de necessidade, para realização de um plano alimentar adequado. Sendo os enfermeiros os profissionais que primeiramente avaliam e alimentam os doentes nos serviços de internamento, devem estar atentos à capacidade de deglutição apresentada pelos mesmos (nomeadamente através do uso de instrumentos que avaliam a disfagia, como é exemplo a Escala de GUSS). A disfagia é um dos principais problemas aquando do início de dieta por via oral e afeta entre 25 a 61% dos doentes vítimas de TCE, variando de acordo com o grau de severidade, estado cognitivo e estado ventilatório do doente. A preocupação com a nutrição e a importância do diagnóstico da disfagia e posteriores ensinamentos ao doente/família prendem-se com a capacidade de prevenção de complicações infecciosas respiratórias, sobretudo por aspiração de conteúdo alimentar. A maioria dos doentes apresenta melhorias significativas, principalmente até aos 6 meses (Terre & Mearin, 2009).

Hidrocefalia pós-traumática.

A hidrocefalia pós-traumática, complicação neurocirúrgica mais comum nos doentes que sofreram de TCE, afeta cerca de 0,7 a 29% dos mesmos. A gravidade da lesão inicial, a idade do doente, a duração do coma e a realização de craniectomia descompressiva ou não tem tendência a ser os principais fatores que levam ao aparecimento da hidrocefalia. Esta condição clínica é um fator de mau prognóstico para a recuperação funcional tardia, assim como poderá condicionar o desenvolvimento de epilepsia tardia (Gordon *et al.*, 2006; Guyt & Michael, 2000).

Os enfermeiros, numa fase de reabilitação mais tardia, assim como o doente e família, devem estar atentos a quadros de estagnação no processo de reabilitação ou agravamento de um estado anteriormente atingido, o que pode sugerir a necessidade de execução de meios complementares de diagnóstico para deteção de um quadro de hidrocefalia ativa. O tratamento da hidrocefalia pós-traumática é médico, e por vezes é necessária a cirurgia para colocação de um sistema de derivação de líquido cefalorraquidiano, sendo muito usadas as drenagens ventrículo-peritoneais. O prognóstico é melhor se o procedimento for realizado nos primeiros 6 meses após o início de sintomas condizentes com o diagnóstico de uma hidrocefalia (Oliveira *et al.*, 2012; Zink, 2011).

Incontinência fecal e urinária

A incontinência, definida pela perda involuntária de fezes e urina, acontece por falha dos mecanismos de controlo. Ambas podem ter na sua génese uma série de fatores, relacionando-se com lesões locais ao nível dos órgãos, das vias de condução ou dos centros superiores que controlam a dejeção e a micção. Localizados no lobo frontal, estes centros de controlo deixam de realizar corretamente a sua função devido à irregularidade e às menores dimensões da fossa anterior, que é frequentemente atingida após TCE. Uma recuperação gradual destas funções poderá estar intimamente associada a uma recuperação global das funções do lobo frontal (Oliveira *et al.*, 2012). Assim, o reconhecimento e atuação sobre estas comorbidades é fundamental de forma a reduzir o impacto social num doente que procura a sua autonomia e reintegração social. Os ensinamentos acerca de comportamentos que auxiliem os doentes a ultrapassar estas limitações e a administração de agentes moduladores do conteúdo fecal são as estratégias atualmente mais utilizadas.

Cefaleias.

As cefaleias são sintomas comuns após TCE e podem ser classificadas como agudas (início nas primeiras duas semanas e resolução nos primeiros 2 meses) e crónicas (duração superior a 8 semanas). Podem advir do evento traumático todos os padrões de cefaleias, sendo mais comum as cefaleias de pressão (85%), seguidos pelo padrão de enxaqueca, que pode afetar cerca de 21% dos doentes. Em relação à sua incidência, é de notar que aparenta ser maior nos TCEs ligeiros e moderados do que nos mais graves, fazendo parte de um síndrome pós-traumático que se associa a manifestações somáticas, motoras e psicológicas (Dobscha *et al.*, 2009; Solomon, 2001). O tratamento das cefaleias pós-traumáticas deve ser realizado seguindo as mesmas indicações e agentes farmacológicos dos restantes tipos (Oliveira *et al.*, 2012).

Embora se pudesse alongar a abordagem dos domínios referentes aos cuidados prestados a este tipo de doentes, entende-se com o descrito até ao momento que os mesmos exigem, tanto durante o internamento como no período pós-hospitalar, uma série de cuidados e ações de monitorização para os quais os profissionais têm de ter a sua atenção direcionada, de forma a que possam transmitir ao doente/família a segurança, conhecimentos e informações necessários para que estes se sintam preparados para o processo de reabilitação que os espera, com os inerentes avanços e retrocessos.

CAPÍTULO III – ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS APÓS TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Os doentes que sofrem um TCE podem vir a desenvolver alterações comportamentais após esse evento (Connolly, Caldwell & Wilson, 2013), o que constitui uma área temática complexa, que lança desafios e dificuldades aos profissionais, permanecendo por isso, e do que é o nosso conhecimento, pouco estudada no âmbito da enfermagem. Estando descrito na literatura a ocorrência de alterações comportamentais que resultam do evento traumático e sendo os enfermeiros a classe profissional mais presente nos cuidados imediatos, urge perceber de que forma estes profissionais intervêm, assim como identificar as principais dificuldades com que se deparam, de forma a otimizar a sua atuação, a melhoria dos cuidados prestados e os *outcomes* dos doentes. Sendo uma temática que nos suscita inquietação, elegeu-se o estudo sobre as alterações comportamentais nos doentes após TCE como tema do presente trabalho, e como problemática os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com as alterações do comportamento após TCE.

Após pesquisa na literatura, observa-se a dificuldade também na definição das alterações comportamentais após TCE. Não existe ainda uma definição consensual de alterações comportamentais, muitas das vezes incluídas num contexto de patologia psicológica ou psiquiátrica, na sua generalidade pouco associadas a eventos traumáticos, como os TCEs (Stéfan & Mathé, 2015). Tassé, Sabourin, Garcin e Lecavalier (2010), numa definição para pessoas com perturbações intelectuais, definem as alterações comportamentais como comportamentos nocivos para a saúde ou integridade física da pessoa. As alterações comportamentais podem existir quando o comportamento da pessoa é desviante, inaceitável ou perigoso comparado com o que seria considerado normal num grupo ou numa comunidade em que as pessoas têm os mesmos valores e cultura (Stéfan & Mathé, 2015). Essas alterações comportamentais, amplamente definidas como alterações em que os comportamentos são considerados desviantes em função do que seria esperado como normal, levam a que a identificação desses comportamentos possa ser difícil e alargada, dentro do que o investigador pretender estudar (Stéfan & Mathé, 2015).

3.1. O Doente Com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico

Segundo Bogner e Shannon (2016), a falta de regulação comportamental é frequentemente observada após TCEs diagnosticados como moderados e severos, descrevendo algumas das alterações mais comuns como sequelas dos próprios traumatismos. Assim sendo, a

agitação, a irritabilidade, raiva e agressão, a impulsividade e desinibição, os comportamentos sexualmente intrusivos e a falta de iniciação são considerados como algumas das alterações comportamentais que podem estar presentes. A agitação, considerada como um ou mais comportamentos excessivos, ocorre durante uma alteração de consciência e pode estar intimamente ligada a comportamentos associados à inquietação, labilidade, desinibição ou agressão, sendo muito comum quando observada amnésia/confusão pós-traumática. A irritabilidade, descrita como um estado interno que é facilmente agravado, pode levar a que ocorram ações visíveis, como expressões de raiva verbais e físicas e ainda agressões também elas verbais e físicas, podendo ser dirigidas a pessoas ou objetos. Em relação à impulsividade e desinibição, é considerada como a tendência de agir ou falar sem levar em conta considerações alternativas, não conseguindo o doente medir as suas ações ou as consequências das mesmas. Discursos ou comportamentos sexualmente intrusivos são também comuns, não estando os doentes conscientes do contexto, mostrando desinibição a esse nível. Por fim, é considerada a falta de iniciação como alteração comportamental ainda relevante, descrevendo os autores que embora os doentes sintam desejo de realizar alguma ação, défices no sequenciamento das mesmas os incapacita para o fazer (Bogner & Shannon, 2016).

Já Fleminger (2011), descrevendo alterações comportamentais mais comuns semanas e meses após a lesão, assim como a longo prazo, nos dava uma visão sobre a importância das mesmas quer no pós-TCE mais imediato como no futuro dos doentes e suas famílias. A agitação e deambulação inadequada, a falta de discernimento e sintomas psicóticos assim como os comportamentos desinibidos são consideradas alterações de comportamento passíveis de ocorrer nas primeiras semanas e meses, sendo que a longo prazo podem evoluir para comportamentos egocêntricos, infantis ou irrefletidos, agressões e violência assim como apatia ou falta de motivação (Fleminger, 2011).

Epidemiologicamente, aproximadamente um quarto a um terço dos doentes internados para reabilitação pós-TCE nos EUA apresentam agitação (Bogner *et al.*, 2015). Relatórios da incidência ou prevalência de comportamentos desafiadores pós-TCE tem sido ampla. Uma revisão dos encaminhamentos para um serviço de consulta comportamental sugeriu que 90% comportamentos se enquadram em aproximadamente nove categorias, incluindo: agressão, agressão verbal, agressão contra si mesmo, agressão a objetos, comportamento sexualmente inadequado / desinibido, comportamento socialmente inadequado, comportamento repetitivo, falta de iniciação e comportamento errante (Kelly, Todd, Simpson, Kremer, & Martin, 2011). Na

sua avaliação de 514 pacientes de reabilitação baseados na comunidade Austrália, Sabez e colaboradores (2014) relataram uma taxa de prevalência de comportamento desafiador de aproximadamente 54% na sua amostra, sendo a agressão, o comportamento social inadequado e a falta de iniciação os três tipos mais comuns de comportamentos descritos.

Logo após a lesão, cerca de um terço dos doentes com TCE apresentam comportamento agitado, comprometimento da autoconsciência e também, depois de grave lesão, até 45% podem mostrar uma completa falta de consciência da sua lesão (Fleminger, 2011).

A longo prazo, comportamentos agressivos devido à fácil irritabilidade e temperamento explosivo é visto em menos doentes, embora ainda estejam presentes em cerca de 25% (Baguley, Cooper & Felmingham, 2006). Os familiares geralmente queixam-se de mudança de personalidade, em particular, o doente passa a ser descuidado, infantil e egocêntrico (Lezak, 1978).

A lesão do lobo frontal, particularmente o dano bifrontal medial, aumenta a probabilidade de problemas comportamentais pós-traumáticos. Isto pode, em parte, refletir danos nos núcleos colinérgicos do proencéfalo basal. Dor sistêmica, hipóxia, medicação (particularmente sedativos ou anticolinérgicos) ou abstinência de álcool e drogas ilícitas podem contribuir também para esse aumento (Fleminger, 2011).

Tendo como base o conhecimento descrito até aqui, procurou-se ainda na literatura trabalhos que pudessem ir de encontro ao que os autores anteriores descrevem como sendo passível de se observar nos doentes após TCE, assim como, possivelmente, encontrar evidência científica relevante que enriquecesse ainda mais a panóplia de alterações comportamentais com que os profissionais de saúde se podem deparar quando tem presente ao seu cuidado esta tipologia de doentes.

As alterações comportamentais são então comuns após TCE e afetam em média 62% das pessoas depois do 1º ano do acontecimento, estando muitas vezes presentes ainda após 5 anos do trauma (Deb, Lyons & Koutzoukis, 1999; Masson *et al.*, 1996). Nas conclusões do estudo de Deb e colaboradores (1999), findo o primeiro ano após TCE, aproximadamente 40% das pessoas têm três ou mais sintomas, tais como irritabilidade (35,3%), letargia (33,8%), défice de memória (31,7%), problemas de sono (31,6%), impaciência (30,5%), mudanças de humor (28%) problemas de socialização (24,8%), dificuldades de processar informação (18%), explosões verbais (15%) e inibição desadequada (3 %). A agitação pode ocorrer também entre 31 a 71% dos doentes após TCE severo e de entre 5 a 71% em TCEs de média gravidade (Silver, Yudofsky & Hales, 1994).

Prignato (1992) diz-nos que dois terços das pessoas podem desenvolver traços de significativas alterações de personalidade após TCE (Connoly, Caldwell & Wilson, 2013).

Num estudo primário realizado por *Brooks e colaboradores* (1986), os autores chegaram à conclusão das evidentes alterações comportamentais nas pessoas após TCE, sendo que estas não eram as mesmas que antes do acontecimento, quer três meses depois (49%), 1 ano (60%) ou 5 anos (74%) após o evento traumático. As alterações comportamentais com maior incidência foram a irritabilidade (64%), mau temperamento (64%), cansaço (62%), depressão (57%), mudança rápida de humor (57%), ansiedade (57%) e violência (54%) (Stéfan & Mathé, 2015). Adultos que sofreram TCEs em crianças também podem desenvolver quadros de alterações comportamentais, como hiperatividade, comportamentos agressivos, problemas de conduta, assim como alterações sociais, emotivas e dificuldades na adaptação funcional à comunidade, chamadas de distúrbios comportamentais externos (Donders & Warchausky, 2007; Hawley, Ward, Long, Owen, & Magnay, 2003; Schwartz, 2003; Sonnenberg, Dupuis, & Rumney, 2010). A este respeito, Tateno, Jorge e Robinson (2003) referem que os comportamentos agressivos após TCE, são muito comuns e descritos na literatura, variam entre 11 a 96%, sendo que 33,7% dos doentes têm alterações do comportamento com tendência para a agressividade após 6 meses do acontecimento. Igualmente, Baguley e colaboradores (2006) chegaram a conclusões idênticas, em amostras de 6 meses, 2 anos e 5 anos após o trauma, falando em 25 % de comportamentos agressivos significativos, como sequelas a longo termo (Alderman, 2007). *Johnson e Balleny* (1996) encontraram no seu estudo mais frequência de comportamentos desafiadores descritos por familiares após TCEs graves, 18 meses ou mais após a lesão (Alderman, 2007).

Menos descritos e com menor prevalência, mas dentro das alterações comportamentais, podemos apontar os comportamentos sexuais inapropriados, muito próprios de lesões frontais e temporais, assim como o risco de suicídio aumentado, associado à ansiedade e depressão (Kelly & Simpson, 2011; Reeves *et al.*, 2012).

No sentido de apurar o estado da arte neste domínio, foi realizada ainda uma revisão sistemática da literatura (RSL), focada nas alterações comportamentais e tentando obter evidência científica no âmbito da enfermagem e estudos relacionados com a mesma. As principais conclusões foram idênticas à demais literatura.

A realização da RSL supracitada confirmou que realmente as alterações comportamentais existem, estando presentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde e implicando situações desafiantes. Estas exigem a necessidade de articulação de todas as competências disponíveis no

momento, assim como a melhoria, aquisição e capacitação das mesmas, para que seja conseguida a melhor adaptação e gestão de eventos considerados instigadores de *stress*, especificamente quando se deparam com doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE. Emergiram então os seguintes resultados: os TCEs são sem dúvida uma das principais causas de mortalidade e incapacidade na população em todo o mundo. A procura de evidência sobre as alterações comportamentais que advém do evento traumático mostra-nos a especificidade dos doentes e as implicações que existem no processo de reabilitação e reinserção na sociedade. Numa primeira abordagem ao tema percebemos a dificuldade e a não uniformização na definição quer de TCE, quer de alterações comportamentais, o que limita os investigadores muitas vezes no trabalho a realizar nesta área. Um dos primeiros passos para a melhoria dos resultados/conclusões dos estudos realizados com o intuito de desenvolver boas práticas e recomendações para doentes com alterações comportamentais decorrentes de TCE seria a homogeneização de conceitos.

Existem então especificidades relativas não só à população dos doentes em estudo como diferenças em relação às alterações que estes podem vir a ter após o evento que provocou lesão a nível cerebral. Percebe-se também que embora seja uma área onde têm sido realizados vários estudos, a generalização de resultados e conclusões é difícil de ser feita, visto que os mesmos são na maior parte exploratórios em amostras específicas ou estudos de caso individualizados, variam, portanto, conforme o que os autores pretendem estudar e o conhecimento cinge-se a ser utilizado nessas mesmas amostras.

Em relação à caracterização e perfis dos doentes que necessitam de cuidados após sofrer de TCEs vislumbra-se que os mesmos são na sua maioria homens e jovens, mostrando a necessidade de encontrar estratégias e competências de cuidar e de reabilitar tendo como finalidade minimizar as sequelas durante o resto de suas vidas (longas). As alterações cognitivas que levam a alterações comportamentais também são superiores aos demais doentes, criando desafios a todos os profissionais implicados no processo terapêutico, onde os enfermeiros têm um papel fundamental (Buchanan, Wang, & Huang, 2003). De referir que, no seguimento de um estudo selecionado, também pessoas que sofrem de TCEs em crianças podem ter alterações de comportamento, mais a nível de internalização, como ansiedade, mudanças de personalidade ou depressão. A limitação deste estudo para a generalização dos seus resultados parte da amostra, que selecionou pessoas universitárias entre os 18 e 25 anos com história de TCE em criança, em comparação com pessoas sem lesão em criança, assim como o não diagnóstico prévio de

patologias que poderiam afetar os resultados, como psiquiátricas, intelectuais, problemas de comportamento e de sintomas de internalização antes da lesão sofrida (Albicini & McKinlay, 2015).

Após avaliação crítica, dois dos artigos enquadram-se nas alterações comportamentais na perspectiva dos comportamentos agressivos, muito comuns na sequência de TCEs.

A diminuição das capacidades dos doentes, como a comunicação, cognição, mudanças de humor ou alterações neuro-comportamentais levam a que sejam observados comportamentos agressivos, na sua maioria verbais, mas que podem ultrapassar essa barreira e chegar a agressões físicas, colocando em risco tanto os próprios doentes como os profissionais (Alderman, 2007). A dificuldade de trabalho e instituição de estratégias neste tipo de doentes tem a ver com as diferentes alterações que podem ser causadas pela lesão, pois nem todos têm alterações de comportamento com características agressivas, e os que as tem podem não as manifestar da mesma forma, sendo cada caso um caso.

As alterações de incidência podem variar também devido às diferentes definições de agressão assim como as ferramentas usadas para as quantificar (Tateno *et al.*, 2003). Noutra abordagem acerca da gestão dos comportamentos agressivos, Connolly e colaboradores (2013) evidenciam a importância da farmacologia, especificamente do ácido valpróico, como inibidor desses mesmos comportamentos, sugerindo a importância da adesão farmacológica em complementaridade com uma equipa multidisciplinar no tratamento neuro-comportamental. Embora seja prática corrente na gestão da agressividade após TCE, a evidência do seu sucesso é limitada, pois na maior parte dos casos o estudo é individualizado, não sendo possível a sua meta-análise.

Em relação à implementação de medidas com o intuito de diminuição das alterações comportamentais presentes nos doentes vítimas de TCE, foram selecionados dois artigos, referentes a comportamentos desviantes, como sintomatologia obsessivo-compulsiva, agressão física e verbal e abuso de substâncias, assim como comportamentos sexuais desadequados por parte de um doente. Nestes estudos de caso verificou-se o benefício da implementação de estratégias e programas específicos tanto na diminuição de alterações comportamentais desviantes como nos comportamentos com cariz sexual desadequados. As limitações, tanto num como noutro estudo, prendem-se com a extinção do programa, que pode levar a que os comportamentos voltem a ser prática por parte dos doentes (Conway, Schaub, & Yody, 1999; Kelly & Simpson, 2011).

Eastwood e Schechtman (1999), determinam as alterações comportamentais mais representativas em função da observação direta de enfermagem realizada no seu estudo, considerando a mesma o ideal no cuidar por parte dos enfermeiros. Segundo os mesmos autores, a medição realizada a comportamentos adversos como inquietação, confusão, impulsividade, agressão verbal, questionamento, ansiedade, alterações de humor, agressão física, quedas e ideação suicida estão presentes após TCE, mais do que em doentes com outras patologias de base, e principalmente ocorrem durante períodos noturnos (Eastwood & Schechtman, 1999).

As quedas, menos abordadas, embora não sejam uma alteração comportamental, podem resultar das mesmas. *Evans e Strumpf* (1989), estimam que de 25%-75% são associadas à idade, confusão e história de quedas anteriores (Eastwood & Schechtman, 1999). Para a redução deste risco é muitas vezes utilizada a imobilização, sendo contraindicada, pois reduz a mobilidade e força muscular dos doentes, aumentando o risco futuro. Também as intervenções medicamentosas, muito utilizadas, não deveriam acontecer porque atrasam o processo de recuperação (Bogner & Shannon, 2016; Fleminger, 2011). Mesmo em observação direta de enfermagem, dois dos quatro doentes pós TCE inseridos no estudo foram imobilizados, pela repetição da sua inquietação, impulsividade e confusão (Eastwood & Schechtman, 1999). Como limitação importante neste estudo temos a pequena amostra e o pequeno período de tempo em que os doentes foram estudados.

A deambulação desadequada é visualizada também em número superior nos doentes que apresentam diagnóstico de TCE, sendo um fator que pode levar a riscos, principalmente na sua segurança. Está muitas vezes associada a problemas de sono, confusão, inquietação, agitação e problemas de memória (Belanger *et al.*, 2008). Estas conclusões são limitadas pela amostra, o que não permite generalizar as mesmas.

Numa discussão global percebemos que, em termos de qualidade, os artigos vão de encontro à literatura analisada, embora cada um com as suas limitações inerentes à especificidade da temática em estudo. Os doentes apresentam realmente alterações comportamentais evidentes após TCE, no entanto, as mesmas variam de doente para doente, sendo difícil encontrar evidência sobre as estratégias, as competências e a implementação de boas práticas para a melhoria dos *outcomes* ligados especificamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Posteriormente vão ser enumeradas algumas dessas estratégias, trabalhadas mais na área da psicologia e neuropsicologia.

Também se percebe que existem limitações nos estudos realizados, como foi sendo descrito nesta mesma discussão, sendo os principais a individualização e as reduzidas amostras, que não permitem nesta fase de trabalho e nesta temática generalizar os resultados e conclusões para população universal. Desta forma, todo o novo conhecimento adquirido deve ser implementado e utilizado especificamente em contextos menos amplos. Pelos dados apresentados e discutidos entende-se que mais estudos nesta área, com vista ao real conhecimento por parte dos profissionais sobre a temática, numa fase inicial, e também, eventualmente, se conseguir uniformizar procedimentos e criar programas o mais amplo possíveis para o cuidar de enfermagem aos doentes com alterações comportamentais após TCEs são necessários.

Abordadas as alterações comportamentais, a sua epidemiologia, fisiopatologia e encontrada a evidência de que as mesmas estão presentes nos doentes traumatizados de crânio, surgem questões como *“quais os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE?”* e *“como lidar com os doentes com alterações comportamentais após traumatismo crânio encefálico?”*. A resposta a estas questões não é fácil, no entanto, aquando desta revisão da literatura surgiram autores como Bogner & Shannon (2016) e Fleminger (2011) com ideias e estratégias que podem ser uma mais valia para os cuidados que os profissionais de saúde prestam a estes doentes. Bogner & Shannon (2016) descrevem princípios orientadores, a gestão inicial e contínua assim como as incertezas do tratamento neste tipo de doentes (Quadro 3). Já Fleminger (2011), com uma linha de pensamento idêntica, diferencia o tratamento nas alterações comportamentais a curto prazo e a longo prazo, indicando neste último o que mais tem que ver com a alteração comportamental com carácter agressivo, referindo ser esta a mais comum nos doentes que já sofreram a lesão há mais tempo (Quadro 4 e Quadro 5).

Estas sugestões e estratégias poderão ajudar a compreender e ser uma base teórica importante para comparar o descrito na literatura com o que irá emergir no futuro deste trabalho, quando forem analisados os discursos dos enfermeiros que lidam no seu dia-a-dia com doentes vítimas de TCE e tem presentes alterações comportamentais após essa lesão.

Quadro 3 - *Tratamento das Alterações Comportamentais*

Tratamento	Sugestões/Estratégias
Princípios orientadores	<p>- <i>A gestão dos antecedentes pode ajudar a promover comportamentos positivos e minimizar a má adaptação e comportamentos indesejáveis.</i> O controlo dos antecedentes (internos e externos) é necessário para facilitar comportamentos positivos em geral. Eventos internos podem incluir a consideração de bem-estar subjetivo do doente, o seu nível de desconforto físico e a clareza de pensamento, podendo influenciar como o mesmo é capaz de responder de acordo com objetivos e necessidades ambientais. Idealmente, o ambiente envolvente deve facilitar comportamentos positivos, aumentando a capacidade do doente atender com êxito as suas necessidades. A gestão do meio ambiente envolvente, diminuindo barreiras externas, contribuiu para comportamentos positivos, especialmente para aqueles que são incapazes de se autocontrolar. Ao manipular o ambiente, o objetivo será estabelecer influências externas, conjunturais e contextuais para moldar o comportamento sem colocar necessidades aumentadas no doente para o que ele considera tarefas necessárias a ser realizadas. Os indivíduos são mais propensos a responder com agressão ou outro desafio comportamental quando estão confusos, com medo, ou são solicitados a completar uma tarefa que vai para além de suas capacidades. Fornecer uma rotina altamente estruturada e consistente pode auxiliar na redução desses fatores.</p> <p>- A identificação estímulos ou sinais de escalonamento do comportamento alterado também é importante (e.g., tensão muscular, taquipneia, alteração na coloração da pele). Se tais sinais forem identificados cedo, o doente deve ser redirecionado / distraído, fazendo-se uma breve pausa para que seja possível impedir que um comportamento desafiador emerja. Além disso, se o comportamento desafiador for evitado, pode-se conseguir que haja um reforço positivo para o comportamento pró-social (e.g., elogiar o doente).</p> <p>- <i>As consequências que acompanham o comportamento podem influenciar se o comportamento pode ocorrer novamente no futuro.</i> Assim como um comportamento desafiador é muitas vezes uma forma de comunicação (e.g., necessidade de atenção por parte do doente), também pode ser mantida ou extinta pela resposta do cuidador ou da equipa multidisciplinar. Identificar as contingências que mantêm o comportamento e as consequências que parecem reduzir o comportamento, muitas vezes informam do processo de tratamento necessário em cada caso. Por exemplo, se um doente inicia um comportamento desafiador para ganhar atenção, ignorar o mesmo (se o comportamento não colocar o doente em risco) é recomendado. Por outro lado, se um doente inicia um desafio comportamental com o objetivo de não realizar uma tarefa, devem ser tomadas medidas que visem a alteração do seu comportamento com vista a um comportamento pró-social mais efetivo.</p> <p>- <i>O tratamento deve, na melhor das hipóteses, melhorar o funcionamento cognitivo, sendo que, na pior das hipóteses, o tratamento não deve ter efeito negativo na cognição do doente.</i> Disfunção na função cognitiva e executiva estão subjacentes à agitação, bem como comportamentos posteriores escalonados. Com base nesta premissa, o tratamento deve funcionar para maximizar a orientação e cognição, ou no mínimo, não ter efeitos negativos. Este princípio orientador é mais aplicável aos tratamentos farmacológicos que podem variar de acordo com o objetivo de melhorar a cognição <i>versus</i> suprimir comportamentos através da sedação. Estudos em animais demonstraram que o uso de agentes antipsicóticos para suprimir o comportamento em detrimento da cognição tem um impacto negativo nos resultados a curto e longo prazo, sendo que estudos em humanos têm sido mais limitados e muitas vezes baseados em observações ao invés de desenhos experimentais. No entanto, eles também apoiam a necessidade de avaliar cuidadosamente efeitos positivos e negativos de uma intervenção farmacológica na cognição, devido ao impacto potencial em ambos os resultados a curto e longo prazo. Por exemplo, o uso de agentes antipsicóticos ou benzodiazepínicos para controlar agitação pode suprimir a cognição e aumentar a sedação, que pode não só ter um efeito paradoxal sobre o comportamento, mas também pode afetar os resultados no curto e longo.</p> <p>- Não tirando o mérito ao benefício do tratamento farmacológico numa franja de doentes com alterações de comportamento, o tratamento destas últimas deve concentrar-se em fatores internos que podem ter impacto positiva no desenvolvimento cognitivo. A estabilização do ciclo sono / vigília é necessário para melhorar a cognição e a agitação, sendo também importante o tratamento de doenças subjacentes do que podem aumentar o desconforto ou confusão (e.g., infeções, dificuldade respiratória, obstipação), por serem uma das primeiras considerações para reduzir a possível agitação.</p>
Gestão inicial	<p>A agitação durante os estágios iniciais de recuperação do TCE é normalmente gerida farmacologicamente num ambiente estruturado e previsível. A equipe deve ser treinada em como habilmente redirecionar comportamentos agitados. Famílias devem ser ajudadas a entender que a agitação não é intencional e está sob o controlo de doente, e fornecidas orientações sobre a prevenção de estímulos que podem exacerbar a agitação.</p>

Nota. Adaptado de Bogner & Shannon, 2016, p.282-285.

Quadro 3 (Cont.) - *Tratamento das Alterações Comportamentais*

Tratamento	Sugestões/Estratégias
Gestão inicial	<p>- Conforme recomendado pelo <i>INCOG</i> (um grupo internacional de profissionais e pesquisadores que desenvolveram diretrizes para reabilitação cognitiva) (Ponsford <i>et al.</i>, 2014), alguns dos principais componentes de um ambiente que oferece as melhores oportunidades socialmente aceitáveis e comportamentos adaptativos incluem: consistência na equipa, ambiente físico e expectativas; movimento livre e supervisionado sem restrição física; controlo de estímulos (e.g., pessoas, lugares, atividades) associados aos comportamentos desadaptados; ensinamentos aos familiares e funcionários para auxiliar na compreensão das alterações comportamentais e na sua gestão; e um meio para o doente comunicar as necessidades de forma eficaz.</p> <p>- Planos de tratamento para melhoria das alterações comportamentais são melhor desenvolvidos através da observação direta, para determinar os antecedentes que podem desencadear o comportamento, as funções que os comportamentos podem servir, e as consequências que mantêm o comportamento indesejado. O ensino e treino aos profissionais de saúde podem permitir que planos para alterar fatores que desencadeiam ou mantêm o comportamento sejam possíveis. Funcionários e familiares podem ser treinados para instituir esses planos, embora a assistência contínua possa ser necessária para monitorizar e solucionar problemas.</p> <p>- As duas abordagens principais para aumentar os comportamentos positivos e diminuir comportamento inadequado incluem <i>ABA (Applied Behavior Analysis)</i> e <i>PBIS (Positive Behavior Interventions Supports)</i> (Ylvisaker <i>et al.</i>, 2007). A ABA é idealmente implementada em ambientes onde é possível exercer um controlo consistente sobre antecedentes e consequências. O foco tende a estar na progressiva modelagem de comportamentos específicos. O PBIS tem suas raízes na ABA clássica, mas coloca uma ênfase maior na melhoria do ambiente global e qualidade de vida. O comportamento adaptativo é encorajado e o comportamento indesejado desencorajado, identificando e modificando fatores que podem melhorar o estilo de vida, o bem-estar e o funcionamento geral da pessoa.</p> <p>- Algumas das técnicas usadas com PBIS e ABA são as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. As tarefas podem ser ajustadas para ajudar a garantir o sucesso inicial e criar comportamentos positivos. Estratégias momentâneas de gestão de comportamental foram consideradas úteis para obter e aumentar a adesão / participação no tratamento, uma vez que permite ao doente para completar tarefas mais básicas e criar confiança / impulso para completar tarefas mais difíceis / frustrantes; 2. Estruturar o dia e o meio ambiente para garantir rotina no contexto de atividades significativas e intercâmbios sociais; 3. Utilização de sinais verbais (por vezes combinados com sugestões físicas) pode ser benefício na gestão de doentes com a iniciação precária nas suas atividades. Usar as mesmas instruções verbais é recomendado para reduzir a confusão. Eventualmente, sugestões visuais ou externas (e.g., listas, sinais, calendários de parede, alarmes de telefone) podem usadas e as verbais podem ser eliminadas, dependendo das respostas por parte dos doentes. 4. A interpretação de papéis e a prática de várias interações sociais difíceis após TCE pode ser benéfico ao ensinar estratégias aos doentes sobre como iniciar conversas e evitar comentários inadequados. 5. Para a gestão do comportamento sexualmente inadequado, as utilizações de estratégias podem ser garantidas, além de fornecer ao doente <i>feedback</i> sobre a adequação do comportamento. É recomendado que quando este <i>feedback</i> é fornecido, o cuidador deva permanecer calmo, de cara séria, e evite repreender ou reforçar o comportamento (e.g., evitar rir do comentário ou comportamento) (Bogner & Shannon, 2016; Ylvisaker <i>et al.</i>, 2007).
Gestão contínua	<p>Doentes com sucesso em alcançar os seus objetivos têm mais probabilidade de manter comportamentos positivos. Com a maior recuperação e melhoria discernimento, o doente pode ser capaz de exercer maior controlo sobre o seu comportamento através da prevenção ou gestão de estímulos. A família e outros dentro do ambiente que rodeia o doente também podem apoiar esses comportamentos positivos, monitorizando os mesmos. Profissionais de saúde mental podem ajudar o indivíduo e a família na identificação de elementos e as interações que podem desencadear determinados comportamentos.</p>
Incertezas	<p>Até ao momento, existem evidências mínimas para apoiar o uso de qualquer intervenção em supremacia a outras para reduzir a agitação ou outros comportamentos indesejáveis. Estudos controlados randomizados são difíceis de conduzir devido à heterogeneidade da população e à urgência de controlar comportamentos desafiadores. Estudos individuais e desenhos experimentais são mais usados para avaliar a eficácia das intervenções comportamentais para os doentes, sendo que elementos desses projetos devem ser incorporados na prática clínica para avaliar a eficácia de intervenções específicas.</p>

Nota. Adaptado de Bogner & Shannon, 2016, p.282-285.

Quadro 4 - *Tratamento das Alterações Comportamentais Precoces*

Tratamento	Sugestões/Estratégias
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Num internamento médico ou cirúrgico, os problemas comportamentais são menos prováveis se o doente tiver muito espaço e o ambiente físico não estiver muito quente - A reabilitação precoce minimiza o risco de desenvolver alterações comportamentais, envolvendo o doente numa atividade, reduz-se o tédio e facilita-se uma atitude positiva para a recuperação. - Horários flexíveis de visita permitem que família e amigos possam ajudar e apoiar o doente. - Encorajar os profissionais a envolverem-se com o doente. Certifique-se de que eles estão confiantes, de que estão devidamente treinados na gestão da agitação e agressão, e que tem o necessário apoio em caso de escalonamento excessivo por parte dos doentes (e.g. segurança do hospital ou acesso a polícia). - Manter a medicação que pode aumentar o delírio ao mínimo. Desencorajar prescrição instintiva de medicação sedativa. - Incentivar uma boa ligação com o neuropsicólogo ou neuropsiquiatra (em caso de existir), de forma a este estabelecer políticas de gestão dos comportamentos.
Gestão inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Avalie o doente e garanta a segurança de todos os envolvidos. O doente pode precisar de cuidados individualizados. Atender a estratégias relacionadas à prevenção. - Tratar qualquer transtorno mental associado (e.g., depressão). - Se possível, use a observação cuidadosa como forma de monitorizar os doentes, tentando utilizar intervenções desnecessárias ao mínimo possível, visto que a maioria dos problemas comportamentais iniciam melhoras rápidas com o evoluir do tempo. - Pequenas doses de sedação podem ser necessárias se houver evidência de problemas repetidos. Se possível, tenha um protocolo de tratamento a seguir. É aconselhável não experimentar constantemente diferentes drogas. - Considerar diretrizes comportamentais para a gestão dos comportamentos, no entanto, estas são muitas vezes difícil de implementar nos internamentos. - Considerar encaminhamento para a unidades de comportamento cognitivo, se disponível ou necessário. Esse encaminhamento deve ser realizado o quanto antes.
Gestão contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Se os problemas persistirem, assegure-se de que o doente não esteja com doses medicamentosas excessivas de benzodiazepinas de ação curta (e.g., lorazepam) ou antipsicóticos típicos (e.g., haloperidol). Em vez disso, considere a benzodiazepina de ação prolongada regular (e.g., diazepam) ou antipsicóticos atípicos regulares. Há evidência que apoia o uso de β-bloqueadores para o tratamento de agitação e agressão (Warden <i>et al.</i>, 2006). - Monitorar os efeitos colaterais adversos, em particular o aumento da inibição devido a benzodiazepinas, acatisia devida a antipsicóticos e aumento de confusão devido à sedação. - Considerar antitestosteronas ou antipsicóticos para a desinibição sexual. No entanto, esses medicamentos só devem ser usados como último recurso dado que a desinibição sexual precoce pós-lesão é quase sempre extinta espontaneamente. - Realizar reuniões multidisciplinares regulares para verificar como os diferentes profissionais estão a lidar com as situações assim como partilhar ideias e conselhos. - Dado que o doente não tem capacidade para consentir o tratamento, é sábio negociar cuidadosamente com a família e cuidadores.
Incertezas	<p>Não há boas evidências em que basear a orientação sobre qual droga será a melhor para ser usada no controlo da agitação e da desinibição após o TCE. Por outro lado, existe o risco de afetar negativamente a plasticidade neural e recuperação funcional com o uso de benzodiazepínicos e antipsicóticos típicos. A seleção adequada de medicação deve levar todas essas questões em consideração.</p>

Nota. Adaptado de Fleming, 2011, p. 251-252.

Quadro 5 - Tratamento das Alterações Comportamentais Tardias, com Foco na Agressão

Tratamento	Sugestões/Estratégias
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar quaisquer fatores psicossociais que possam estar presentes (e.g., habitação, benefícios, dívidas). - Minimizar a incapacidade, assegurando um bom acesso à reabilitação. - Garantir atividades estruturadas (e.g., atividades vocacionais ou de cuidado diário). - Oferecer educação para o doente e sua família sobre lesões cerebrais, suas sequelas e gestão.
Gestão inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o paciente e garantir a segurança de todos os envolvidos. - Considere complicações secundárias tardias (e.g., hematoma subdural, epilepsia pós-traumática). - Tratar qualquer transtorno mental associado (e.g., álcool, abuso de substâncias, depressão, transtorno de ansiedade). - Encaminhar a um psicólogo que realizará uma avaliação dos antecedentes, comportamento e consequências, podendo avaliar o comportamento usando uma escala de classificação padronizada. O psicólogo irá considerar diretrizes comportamentais para a gestão, estes podem ser apropriados para a equipa multidisciplinar, assim como servir de orientação para a família ou cuidador (Ylvisaker <i>et al.</i>,2007).
Gestão contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de personalidade, incluindo problemas com irritabilidade e agressão após o TCE são difíceis de tratar. - Se os problemas persistirem, é de considerar estabilizadores de humor, antidepressivos sedativos (e.g., trazodona), ou antipsicóticos atípicos (e.g., risperidona). - Considerar o cuidado de descanso para os cuidadores. - Se os problemas persistirem e não puderem ser tolerados, o internamento especializado pode ser necessário.
Incertezas	Não há nenhuma boa evidência na qual basear a orientação sobre qual droga usar para controlar a agressão após o TCE (Warden <i>et al.</i> , 2006).

Nota. Adaptado de Fleming, 2011, p.252-253.

3.2. Modelo Interativo de Adaptação Humana ao *Stress*

Percebendo-se que as alterações comportamentais nos doentes que sofrem de TCE proporcionam aos enfermeiros desafios e necessidade de mobilização de conhecimentos tanto para o cuidar em situação crítica, como para lidar com situações stressantes que emergem, urge perceber de que forma o ser humano se poderá adaptar a essas mesmas condições.

O “*Modelo Interativo de Adaptação Humana ao Stress*” (Gomes, 2014), ajuda-nos a entender a capacidade de adaptação humana a situações de *stress*, um tema cativante e complexo que aborda questões como o próprio *stress*, os fatores que explicam as funções humanas quando a pessoa é exposta a situações stressantes e as características das situações que podem ser associadas com as reações stressantes. Tomando como ponto de partida a “*Teoria Cognitivo-Motivacional-Relacional das Emoções de Lazarus*” (1991,1999), este modelo discute seis aspetos cruciais para explicar como nos podemos adaptar a situações stressantes com vista a um bem-estar humano no nosso dia-a-dia. Sendo assim, é tomado como relevante a importância do próprio evento stressante durante o processo de adaptação humana, a influencia dos fatores antecedentes (características pessoais ou situacionais), o papel central da avaliação cognitiva aquando a presença de eventos stressantes, o nível de respostas implícitas a esses eventos, o processo interativo entre o primeiro nível de avaliação cognitiva, as respostas, o segundo nível de avaliação cognitiva e também os resultados do próprio evento stressante, na tentativa de explicar como os individuos se adaptam a essas mesmas situações stressantes (Gomes, 2014).

Uma das ideias recentes mais aceites sobre os contextos de vida, particularmente quando temos que desempenhar uma determinada tarefa (e.g., trabalho, desporto, artes), é que cada vez mais esse desempenho se afigura como stressante. As fontes de *stress* têm vindo a tornar-se amplas e intensas, fazendo com que seja necessário utilizar formas eficazes de lidar com as mesmas, para que seja promovida uma adaptação humana positiva. Estando longe de ser simples, a relação entre *stress* e adaptação humana implica a compreensão de fatores situacionais e relacionais envolvidos na maneira como os humanos percebem e respondem aos eventos com que se deparam. Essas perceções e respostas explicam, com base em modelos conceptuais, como os individuos podem alcançar o seu melhor desempenho nos contextos de vida e como podem usar esses mesmos contextos para se realizarem como seres humanos (Gomes, 2014).

A base para o modelo interativo pressupõe que a compreensão da adaptação humana ao *stress* é melhor alcançada adotando então um processo orientado, que assuma a dinâmica natural

da relação entre indivíduo e ambiente, sendo que esse processo dinâmico implica a análise de uma sequência temporal de exigências quando estamos perante um evento stressante, com importância para os fatores antecedentes da situação, dos níveis pessoais de avaliação cognitiva (primeiro e segundo nível), das respostas e dos resultados da adaptação (Gomes, 2014.)

O modelo proposto por Lazarus (1991) assume que o *stress* não é propriedade do indivíduo, mas sim de uma transação entre o mesmo e o meio ambiente, tendo por isso esses dois fatores que ser analisados em conjunto. No modelo interativo será então um modelo que explica o processo contínuo de adaptação humana, podendo acontecer avanços e recuos no processo de *coping*, assumindo influências interativas entre o primeiro nível de avaliação cognitiva, as respostas, e o segundo nível de avaliação cognitiva, numa perspectiva bidirecional (Gomes, 2014). O *stress* será então uma transação em curso entre as exigências do meio ambiente e os próprios recursos pessoais. A tensão (função humana negativa) é a consequência do desequilíbrio entre as exigências e os recursos (Cox, 1985; Lazarus, 1999; McGrath, 1970). O bem-estar (função humana positiva) é a consequência do equilíbrio entre as exigências e os recursos (Gomes, 2014).

O conceito de adaptação humana assumido no modelo interativo partilha a definição da proposta de *Tamminen, Crocken e McEwen* (2014), visto para esses autores a adaptação nos desportos como um processo contínuo de ajustes às mudanças das condições físicas, sociais e psicológicas. O processo de adaptação no modelo interativo envolve então a avaliação cognitiva, as respostas (nível emocional, cognitivo e comportamental), assim como o ajuste às condições avaliadas. É fator central a avaliação cognitiva para perceber como se vão desencadear as respostas ao evento stressante, pois não está só envolvido no início das respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, mas também em como essas respostas vão ser interpretadas e geridas (Gomes, 2014).

De referir que o processo de adaptação humana não necessita de passar por todas as fases propostas no modelo, pelo contrário, pode acabar quando o indivíduo não atribuir importância ao mesmo, ou quando a pessoa alcançar um resultado positivo ou negativo para a função humana. Também não há nenhuma razão para acreditar que a adaptação humana ao *stress* acaba depois da avaliação humana primária e secundária, nem que uma avaliação cognitiva terciária e quaternária só será mobilizada se o resultado do processo adaptativo for negativo, antes pelo contrário, ajustes positivos aos eventos stressantes podem sempre ser mobilizados após a

avaliação cognitiva primária e secundária, tendo como finalidade uma melhor resposta à situação (Gomes, 2014).

Entende-se então no modelo interativo que a avaliação cognitiva pode mediar a relação entre as situações stressantes e os resultados, assim como a possibilidade de os fatores antecedentes serem variáveis moderadoras entre ambos, o que faz acreditar que os eventos stressantes não são entidades estáticas que podem implicar uma influência maior no início do processo, mas sim exercer uma influência a longo prazo na adaptação humana, reforçando a dinâmica natural da relação pessoa-meio ambiente, e a variabilidade de avaliações cognitivas e respostas a uma mesma situação por parte de indivíduos diferentes, como nos mostra a figura que se segue (Gomes, 2014).

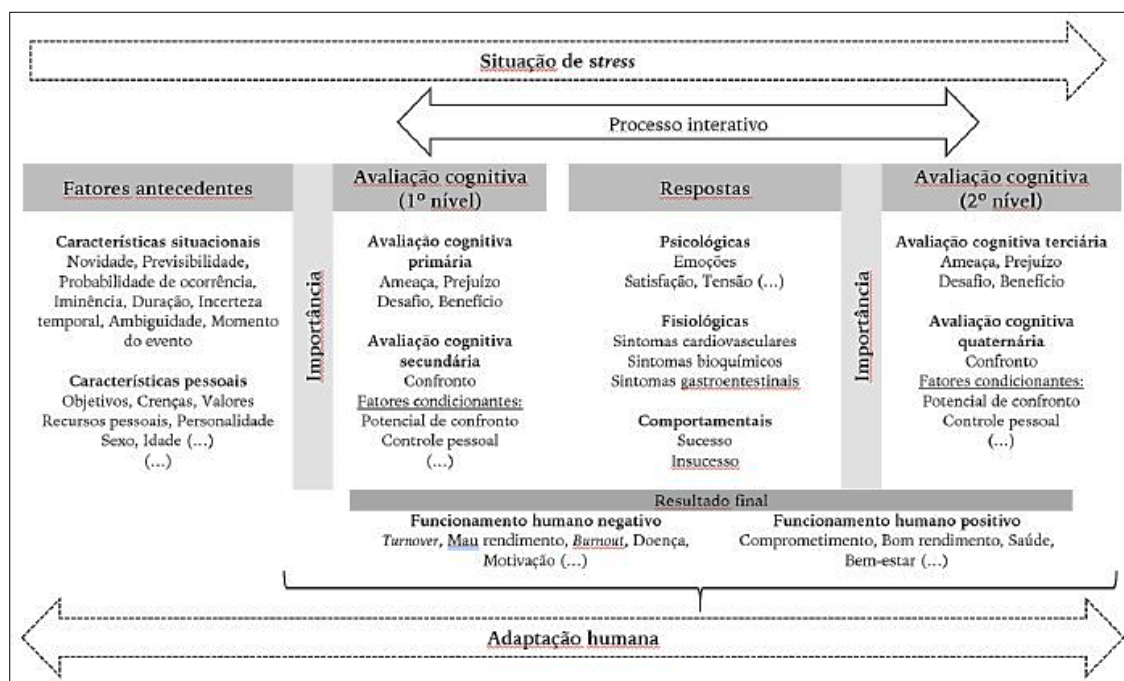


Figura 1 - *Modelo Interativo de Adaptação Humana ao Stress* (Reproduzido de Gomes, 2017, p.5, com autorização do autor).

Embora o modelo interativo proponha uma sequência de etapas que ocorrem desde o evento stressante que desencadeia a avaliação cognitiva, os três tipos de respostas (fisiológicas, psicológicas e comportamentais) e a ocorrência dos resultados do evento na adaptação humana, o processo é bastante mais complexo.

Primeiro, a adaptação humana ao *stress* pode ser completada após o primeiro nível de avaliação cognitiva ou até mesmo quando o indivíduo avalia o significado e importância da situação

para o seu bem-estar, fazendo com que não seja necessário todo o processo para que a adaptação esteja concluída. Essa conclusão pode ocorrer quando o indivíduo assume que a situação de *stress* não é tão importante para desafiar/ameaçar o seu bem-estar ou para mobilizar esforços de *coping* para lidar com a fonte de *stress*; quando os esforços de *coping* conseguem (tanto ainda no primeiro nível como no segundo nível) lidar com a situação (funcionamento humano positivo); quando os esforços de *coping* (primeiro ou segundo nível) não conseguem lidar com a situação e o indivíduo sente dano nos resultados do evento (funcionamento humano negativo); ou, quando os esforços de *coping* (tanto primeiro como segundo nível) não conseguem lidar com a situação e o indivíduo sente que não há nada que possa fazer para resolver o problema, aceitando a situação. É importante distinguir situações em que o indivíduo não conseguiu lidar com a situação de *stress* (e por isso pode usar estratégias de *coping* centradas nas emoções, relacionadas com a negação e auto-distração para evitar a fonte de angústia sem se envolver em comportamentos focados em problemas) e, situações em que o indivíduo não conseguiu lidar com a fonte de *stress* (e por isso pode usar estratégias de *coping* centradas nas emoções, relacionadas com a ventilação do sofrimento emocional ou reestruturação cognitiva do impacto de um stressor), não havendo necessariamente um funcionamento humano negativo, pois a forma de lidar com a falha pode permitir na mesma um resultado de adaptação humana ao *stress* (Gomes, 2014).

Em segundo lugar, a relação entre o primeiro nível de avaliação cognitiva e o segundo é interativa, ou seja, estes podem influenciar-se durante o processo. Ambos podem produzir respostas fisiológicas, psicológicas ou comportamentais, por exemplo, o dano resultante de um mau desempenho (segundo nível de avaliação cognitiva) resultante de uma perceção de ameaça quando o indivíduo tem muito trabalho a fazer (primeiro nível de avaliação cognitiva) pode ser seguido de emoções negativas, distúrbios físicos e tendência para evitar a situação, o que pode tornar difícil tanto o indivíduo enfrentar a mesma situação no futuro (muito trabalho a fazer) como situações similares (tarefas difíceis de realizar). Assim, o modelo interativo assume que os processos de avaliação cognitiva podem interagir de forma a causar ciclos negativos de funcionamento humano (resultantes da incapacidade de lidar com eventos stressantes) ou promover ciclos positivos de funcionamento humano (resultantes da capacidade de lidar com eventos stressantes). Este processo interativo permite às pessoas sentir os avanços e recuos, progredindo ou regredindo através de um ponto em que o indivíduo se ajusta positiva ou negativamente à situação (Gomes, 2014).

Por fim, há a necessidade de não considerar o *coping* e as emoções como entidades separadas, pois ao fazê-lo só iremos ter uma visão parcial do fenómeno. Para este modelo, a avaliação cognitiva (que inclui a avaliação dos efeitos do evento stressante e dos esforços de *coping*) e os resultados do evento (incluindo resultados fisiológicos, psicológicos e comportamentais) interagem continuamente, influenciando-se mutuamente até que os resultados do evento de adaptação humana ao *stress* sejam alcançados (Gomes, 2014). Perante o exposto, conclui-se que o processo interativo assumido significa que a adaptação humana resulta da conjugação de um determinado indivíduo e de uma situação específica, que interagem ao longo da ocorrência do evento stressante, enfatizando as características dinâmicas deste processo. Isto torna este processo difícil de estudar, porque a pessoa ou a situação podem mudar durante o mesmo, assim como pode mudar a relação entre o indivíduo e a própria situação. No geral, o modelo propõe dois efeitos principais na adaptação humana ao *stress*: o funcionamento humano positivo e o negativo. Tem havido grande interesse no estudo das reações inadaptadas ao *stress* (diminuição da produtividade, volume de negócios, *burnout*, depressão, ansiedade), mas mais recentemente a ciência tem tentado perceber de que forma se dão as reações adaptativas a essas situações stressantes (aumento da produtividade, vontade de permanecer em organizações, compromisso, felicidade, satisfação). Sendo assim, percebe-se que a adaptação humana ao *stress*, através da avaliação cognitiva, pode ter resultados não só ameaçadores ou nocivos, mas também desafiadores e benéficos para os indivíduos (Gomes, 2014).

Terminando este ponto como começou, é importante enfatizar que o relacionamento entre *stress* e adaptação humana está longe de ser simples. Emerge como fator primordial a avaliação cognitiva que os indivíduos realizam durante o processo, havendo evidências crescentes que confirmam a sua influência, nunca no entanto se podendo descurar outros fatores que foram referenciados para explicar a forma como diferentes indivíduos submetidos a uma situação de *stress* semelhante podem reagir e se adaptar de diferentes maneiras, e o porquê de o mesmo indivíduo poder reagir e se adaptar de maneira diferente quando se encontra perante uma situação semelhante. Neste contexto, os enfermeiros, como profissionais de saúde que cuidam de doentes que podem sofrer de alterações comportamentais após TCE, é certo que vivenciam situações de *stress* aquando essa prestação de cuidados, pelo que esta teoria explicativa nos poderá ajudar a perceber durante a realização deste trabalho algumas das fases pelas quais poderão passar quando lidam com este tipo de doentes.

3.3. Intervenções de Enfermagem na Gestão das Alterações Comportamentais

No contexto de um serviço de internamento de neurocirurgia de um hospital conhecido percebemos a dificuldade dos profissionais de enfermagem em compreender que as alterações comportamentais de determinados doentes estão inerentes à própria patologia e localização das lesões, não particularizando o cuidado e generalizando-o. Com o conhecimento descrito até ao momento, o aprofundar da temática tem como objetivo a intenção de perceber o que é “feito”, o que deve ser mantido ou melhorado após análise/tratamento de dados, prevendo a possibilidade de se desenvolver ou sugerir estratégias com o intuito de ultrapassar as dificuldades encontradas, otimizar, abranger e consciencializar todos os enfermeiros para que se trabalhe permanentemente em prol da melhoria contínua dos *outcomes* dos doentes e suas famílias.

Não obstante a importância dos cuidados imediatos necessários aquando o internamento, é função dos enfermeiros contextualizar e normalizar as alterações comportamentais que se manifestam após TCE, quer diretamente aos doentes, quer aos seus familiares, conforme descrito na literatura e já abordado neste enquadramento, para que sejam desenvolvidos comportamentos adequados em relação às diferentes situações que ocorrem, tendo como objetivo final otimizar os cuidados prestados.

Pelo exposto, enumerar as intervenções de enfermagem, e mais especificamente as relacionadas com as alterações comportamentais após TCE, afigura-se difícil, não se tendo encontrado evidência relevante aquando da pesquisa bibliográfica efetuada.

A maioria dos estudos realizados primam pela abordagem e intervenção individualizada, sendo difíceis de generalizar visto a multiplicidade de alterações comportamentais que podem advir do TCE, que variam de doente para doente. Embora a descrição das intervenções nestes doentes seja difícil através da evidência científica, nota-se, de forma observacional e experiência empírica, que são considerados pelos profissionais de enfermagem como importantes no seu exercício profissional estratégias que visam a adequação dos ensinamentos aos doentes e famílias, assim como a utilização da imobilização física e administração medicamentosa em doentes que se perspetivam como perigosos para os próprios ou para terceiros, com o intuito de prevenir o dano ao doente em primeiro lugar e também de ser atingido um sentimento de segurança por parte dos profissionais.

Poderemos dizer nesta fase que o maior conhecimento por parte dos enfermeiros será fator para que se intervenha e consiga uma gestão das situações de forma mais adequada, aliando

os mesmos à prática dos cuidados e gerindo o *stress* da melhor forma, proporcionando as melhores soluções existentes para o próprio, para o doente e sua família (Gomes, 2014). De sublinhar que intervenções muito utilizadas, como imobilização e administração medicamentosa sedativa para controlar algumas alterações comportamentais, estão contra indicadas (Oliveira *et al.*, 2012), no entanto, carece-se de indicações e estratégias para colmatar essas necessidades por parte dos enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes, havendo falhas quer na orientação terapêutica, como no encaminhamento destes doentes para áreas de suporte e controlo comportamental adequadas e especializadas.

O conhecimento específico dos contextos e da forma de intervir dos enfermeiros podem trazer melhorias aos cuidados prestados, tanto aos doentes como às famílias, ao ponto de eventualmente se levantar possíveis estratégias a ser implementadas, e também se consiga que o conhecimento por parte destes sobre a temática e sua importância aumente, encorajando-os a olhar para o tema/problema em estudo com outros olhos. Por esta razão, considera-se pertinente a abordagem dos profissionais de enfermagem tendo como objetivo perceber quais são os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros, especificamente quando prestam cuidados a doentes com alterações comportamentais e que foram vítimas de um TCE. Posto isto, com a realização deste trabalho, propomo-nos dar resposta à questão de investigação, com pouca evidência na literatura, sobre *“Quais os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após traumatismo crânio encefálico?”*.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

A fase metodológica sucede-se à fundamentação teórica onde será explicitado o percurso investigativo que permitiu dar resposta à questão orientadora do estudo empírico. Tendo sido previamente formulados os objetivos de investigação, procede-se à explicitação do desenho e tipo de estudo, definem-se e descrevem-se os participantes, população e amostra, faz-se referência ao procedimento de recolha de dados e considerações éticas e, por fim, explica-se o procedimento de análise dos dados.

O conhecimento específico dos contextos e da forma de intervir dos enfermeiros podem melhorar os cuidados prestados, tanto aos doentes como às suas famílias, assim como identificar ou possibilitar o desenvolvimento de possíveis estratégias que potenciem o seu conhecimento e a valorização destes cuidados, encorajando-os a olhar para o tema/problema em estudo de um modo mais refletido. Diz-nos Fortin, Côté e Filion (2009) que a escolha do método de investigação a ser aplicado está relacionada com a orientação que o investigador dá ao seu trabalho, as suas crenças e, sobretudo, à essência da questão colocada. Posto isto, propomo-nos com a realização deste trabalho aprofundar a temática relacionada com as alterações comportamentais que podem estar presentes nos doentes após TCE, de forma a dar resposta a uma nova questão de investigação, com pouca evidência na literatura existente, que será: *“Quais os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após traumatismo crânio encefálico?”*.

Abordar a perceção de fenómenos de saúde e doença na perspetiva de quem cuida, permite-nos aprofundar a dimensão percebida do cuidado de enfermagem, o que é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

4.1. Desenho e Tipo de Estudo

De acordo com a questão de investigação e tendo em consideração o estado da arte, assim como a necessidade de abordagem aos profissionais de enfermagem para dar resposta aos objetivos delineados e aumentar o nível de conhecimentos sobre a temática, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, com abordagem de natureza qualitativa. A perceção da experiência vivida por cada indivíduo é única e singular. Deste modo, só através da análise das narrativas

personais será possível obter uma visão global de todo o fenómeno. A investigação qualitativa encontra-se, no entender de Fortin e colaboradores (2009), fundamentada no paradigma naturalista. Este paradigma vai de encontro à crença de que existem várias realidades, cada uma delas baseada nas perceções e experiências individuais, que tendem a mudar com o tempo. Segundo Coutinho (2015), a intenção da investigação qualitativa será a de perceber os fenómenos na sua totalidade e no contexto onde os mesmos ocorrem, descrevendo o objetivo da pesquisa, que se vai refinando através da revisão da literatura e da recolha de dados efetuada.

Os estudos exploratórios procuram uma maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou facilitando a formulação de hipóteses. Estes tipos de estudos são necessários para tornar a investigação mais específica, tendo como principal finalidade a formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos. Optamos por este tipo de estudo dado que a temática das alterações comportamentais no doente com TCE se apresenta pouco explorada no contexto da investigação em enfermagem e pelo facto de constituir um fenómeno relevante da prática clínica. Será também descritivo visto ter como objetivo compreender as características de uma determinada população/fenómeno e servir para aumentar os conhecimentos das particularidades e dimensão do problema. Com o método descritivo pretende-se analisar como se manifesta um fenómeno e os seus componentes e estudar o mesmo pormenorizadamente através da avaliação de um ou mais atributos (Fortin *et al.*, 2009).

Segundo Patton (1990), as investigações qualitativas *“tendem a ressaltar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado reveste para os individuos”* (Fortin *et al.*, 2009, p.31). Os fenómenos são únicos e imprevisíveis, e o pensamento está orientado para a total compreensão do fenómeno em estudo. A base do conhecimento é o significado que se lhe dá, aquando da descoberta realizada durante um processo de carácter único (Fortin *et al.*, 2009).

4.2. População e Amostra

A população escolhida para a realização do estudo foi a equipa de enfermeiros de um Serviço de Internamento de Neurocirurgia de um Hospital da Zona Norte. A seleção da amostra foi realizada de forma intencional no sentido de abranger todas as possibilidades de compreensão/exaustão do fenómeno estudado, pois os participantes apresentam características diferenciadoras, sendo cada um importante para que tal fosse possível (Coutinho, 2015).

No entender de Fortin e colaboradores (2009), a investigação qualitativa depende dos dados recolhidos e da riqueza dos mesmos. Nesta situação, aceita-se a noção de amostra teórica, com base no princípio da saturação de dados para determinar o número de participantes. Ao longo da recolha de dados foi dado maior ênfase à qualidade, riqueza, detalhe, singularidade da informação em detrimento da quantidade. O número de participantes foi definido pela qualidade de informação necessária para que o fenómeno fosse devidamente analisado e permitisse a construção de um referencial o mais aprofundado possível. A saturação acontece quando os temas e as categorias se tornam repetitivas e a recolha de dados já não fornece novas informações (Fortin *et al.*, 2009).

A seleção dos participantes do estudo obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia de um Hospital da Zona Norte, que realizassem turnos rotativos e prestação de cuidados gerais de enfermagem, e que voluntariamente aceitassem participar no estudo. Também foram utilizados critérios de exclusão: enfermeiros com cargo de gestão, enfermeiros que prestassem cuidados especializados de reabilitação em enfermagem e enfermeiros ausentes temporariamente (e.g., motivo de doença/ mobilização temporária de serviço). A exclusão dos enfermeiros com cargo de gestão e a prestar cuidados especializados deveu-se à não realização de turnos rotativos, assim como à não prestação de cuidados gerais e diretos aos doentes na área da problemática do presente trabalho, havendo a possibilidade de emergirem dados que não fossem de encontro aos objetivos do mesmo. No presente estudo, a amostra corresponde à população total dos enfermeiros com as características descritas anteriormente.

O estudo integrou 17 participantes, maioritariamente do género feminino, com uma média de idades de 35,70 anos ($DP = 10,55$), oscilando entre os 22 e os 55 anos. Mais de metade dos participantes são solteiros. Em relação às habilitações académicas, somente 3 dos participantes têm formação específica para além da licenciatura (1 pós-graduação e 2 especialidades em enfermagem) e, somente 1 exerce essas qualificações. O tempo médio de experiência profissional na área da enfermagem situa-se nos 11,59 anos ($DP = 9,50$), baixando um pouco quando se fala na experiência em serviço neurocirúrgico, com uma média de 8,43 anos ($DP = 7,62$). Somente 4 dos participantes do estudo exercem funções profissionais em dois ou mais locais de trabalho.

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos que permitem caracterizar os participantes do estudo.

Tabela 2 - *Dados Sociodemográficos dos Participantes no Estudo (N= 17)*

Variáveis	n (%)	M (DP)	Min	Max
Género				
Masculino	2 (11,76%)	-	-	-
Feminino	15 (88,24%)	-	-	-
Idade (anos)				
<30	5 (29,41%)	25 (2,65)	22	29
30-50	9 (52,94%)	36 (6,18)	30	49
>51	3 (17,65%)	52,57 (2,08)	51	55
Estado Civil				
Casado	5 (29,41%)	-	-	-
Solteiro	11 (64,71%)	-	-	-
Divorciado	1 (5,88%)	-	-	-
Habilitações Académicas				
Licenciatura	17 (100%)	-	-	-
Pós-Graduação	(1) (5,88%)	-	-	-
Especialidade	(2) (11,76%)	-	-	-
Habilitações Profissionais				
Enfermeiro Generalista	16 (94,12%)	-	-	-
Enfermeiro Especialista	1 (5,88%)	-	-	-
Tempo Experiência Profissional (anos)				
Na profissão	-	11,59 (9,50)	0,25	27
No Serviço Neurocirúrgico	-	8,43 (7,62)	0,25	24
Número de Locais de Trabalho				
1	13 (76,5)	-	-	-
≥2	4 (23,50)	-	-	-

4.3. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas

Antes de proceder à colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que pretende colher com o auxílio de um instrumento de avaliação responde aos objetivos da investigação. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo de estudo, às questões de investigação ou hipóteses formuladas (Fortin *et al.*, 2009).

Num estudo qualitativo os dados provêm de observações e de entrevistas, registos ou textos já publicados. Esta flexibilidade em relação aos meios de colheita de dados e a sua análise proporcionam a descoberta de novo conhecimento e fenómenos, assim como o aprofundamento dos já conhecidos (Fortin, 1999). Segundo Coutinho (2015), os dados obtidos através de

diferentes técnicas de recolha têm um denominador comum, sendo este que sua análise será sempre dependente das capacidades de integração e interpretação por parte do investigador.

A recolha de dados deste trabalho de investigação foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada, tendo como finalidade obter resposta às questões abertas pré-estabelecidas, conferindo liberdade de resposta ao entrevistado e promovendo assim a riqueza dos dados obtidos. Convidou-se o participante do estudo a encontrar nas suas experiências as respostas às questões que lhe foram colocadas, apoiando a livre expressão do pensamento.

O local da realização das entrevistas foi um Serviço de Internamento de Neurocirurgia de um Hospital da Zona Norte, local onde os enfermeiros prestam cuidados a doentes que, entre outras patologias, apresentam diagnósticos de TCE. As entrevistas foram realizadas num gabinete de apoio ao serviço, decorrendo durante os turnos da manhã ou tarde. A maior parte foram realizadas em dias diferentes, de acordo com a disponibilidade dos participantes, embora em determinados dias tenham sido realizadas mais do que uma entrevista. A duração das entrevistas variou entre os participantes, oscilando entre os 30 e os 45 minutos, desde o primeiro contacto com o entrevistado até ao seu final.

As entrevistas foram marcadas previamente com os entrevistados com o intuito de obter a maior disponibilidade possível por parte destes, assim como a promoção à partida de um ambiente empático, de forma a conseguir extrair o máximo de dados e informação possível para dar resposta às questões colocadas. Os recursos materiais necessários foram um gravador de áudio, um guião de entrevista e uma sala que permitisse realizar a entrevista sem ruído ou interrupções.

Um estudo de investigação para ser desenvolvido tem de respeitar os princípios éticos subjacentes à investigação e considerar os princípios éticos inerentes ao tipo de estudo, tais como o anonimato, a confidencialidade, a proteção dos participantes e permitir uma participação voluntária. As preocupações éticas devem estar presentes em todas as etapas do processo investigativo, desde a pertinência do problema em estudo, a sua relevância, escolha da metodologia de investigação, seleção dos participantes, instrumentos e processos de recolha de dados e também a garantia do respeito pelos direitos dos participantes (Nunes, 2013). Segundo Ooijen (2003), todas as situações são únicas e não é possível dar uma resposta fácil ou uma receita para responder a todas as perguntas. Devem ser tidos em conta, além de outros princípios, quatro tópicos para tomar uma decisão eticamente correta, de acordo com o *“Modelo Principialista*

de *Beauchamp & Childress*” (1979), garantindo o respeito dos princípios éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Fortin *et al.*, 2009; Ooijen, 2003).

Fortin e colaboradores (2009), dizem-nos que o investigador deve apresentar um protocolo de investigação, indicando os instrumentos utilizados, assim como um formulário de consentimento, precisando os objetivos do estudo, a natureza da participação dos sujeitos e as disposições tomadas para proteger os direitos dos participantes. De forma a cumprir esses pressupostos éticos, e após pedido autorizado por parte da chefia de enfermagem e diretor clínico do Serviço de Internamento de Neurocirurgia do Hospital da Zona Norte, foram submetidos os devidos pedidos para realização do estudo tanto à Comissão de Ética do Hospital em que se realizou o mesmo como à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS), que integra a Comissão de Ética da Universidade do Minho (CEUM).

A colheita de dados foi agendada com o Serviço de Internamento de Neurocirurgia em que se realizou do estudo, na figura do seu enfermeiro chefe, e prestadas informações necessárias aos participantes, acompanhadas do consentimento informado para o devido efeito, permitindo a sua participação livre, esclarecida e voluntária. A realização da entrevista em sala fechada onde só se encontravam o investigador e participante, assim como a posterior análise dos dados, realizou-se sempre sobre a forma de anonimato, uma vez que não foi utilizada qualquer identificação que permitisse a reconhecimento do entrevistado por terceiros.

Na primeira aproximação, foi sempre feita a apresentação do investigador, do estudo e dos seus objetivos, assim como da autorização por parte da instituição hospitalar e académica para a sua realização, reiterando-se a importância do contributo da pessoa para o sucesso da investigação. Procurou-se explicar o processo de realização da entrevista, sendo ainda apresentado o modelo de consentimento informado (Apêndice A) e explicada a possibilidade de, a qualquer momento, a pessoa poder retirar-se do estudo sem qualquer tipo de consequências. Todos os participantes demonstraram capacidade de compreensão das questões e deram o seu consentimento livre e esclarecido para a realização da entrevista.

Foi dado também conhecimento de que as entrevistas não teriam a identidade do entrevistado, mas sim um código, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos. Foi pedida ainda autorização, conforme informação constante no termo de consentimento informado, para que as entrevistas fossem gravadas em formato áudio, como forma de garantir que não se perderiam informações. As gravações foram posteriormente transcritas na íntegra para a análise detalhada do seu conteúdo, sendo essa transcrição validada

pelos entrevistados. Foi dada a garantia sobre compromisso de honra de que as gravações respeitariam todas as condições de confidencialidade e anonimato, sendo que, terminada a sua pertinência, estas seriam destruídas.

Ao longo de toda a investigação, houve sempre a preocupação com o respeito pelos princípios éticos. Tendo como base os pressupostos evidenciados até aqui, não se perspetivaram riscos, prejuízos, nem desvantagens para os participantes.

4.3.1. Entrevista

Uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem da pessoa entrevistada, permitindo ao investigador analisar o conteúdo da mesma, de forma a gerar uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos em estudo (Bogdan & Biklen, 2010). A perceção dos cuidados prestados, na perspetiva dos enfermeiros, poderá ser obtida através da entrevista semiestruturada. A descrição pormenorizada das experiências pessoais reflete o carácter único e não previsível que caracteriza o desenvolvimento e crescimento de cada indivíduo.

Fortin e colaboradores (2009), referem que todas as investigações do tipo qualitativo revelam o sentido ou a significância que o fenómeno estudado tem para a pessoa. A abordagem das perceções, expectativas e considerações sobre os cuidados de enfermagem transporta-nos para uma dimensão que só pode ser compreendida através do diálogo com as pessoas que as experienciam. A investigação qualitativa permite ao investigador entrar em contacto com as pessoas que viveram o fenómeno em estudo. Os participantes exprimem, de forma livre e espontânea, as suas crenças e os seus sentimentos. As investigações que usam este tipo de metodologia têm em conta todos os aspetos humanos no exame da significação das experiências. Assim, o investigador vai descobrindo temas e categorias que lhe permitem descrever o fenómeno (Fortin *et al.*, 2009).

Para Gil (2006), a preparação do guião de entrevista, o estabelecimento do contacto inicial, a formulação das perguntas, o estímulo a respostas completas, o registo das respostas e a conclusão da entrevista, são aspetos a ter em conta no momento da recolha de dados junto aos participantes. Sendo o objetivo conhecer qual a perspetiva dos participantes sobre uma problemática, a entrevista não necessitará de estruturação, conseguindo-se através das mesmas informações que seriam mais difíceis de obter através de outros métodos de recolha de dados (e.g., observações), e percebendo-se a forma como os participantes pensam ou explicam o seu

comportamento nos contextos onde os fenómenos se encontram em estudo (Coutinho, 2015). O guião da entrevista semiestruturada (Apêndice B) é constituído por duas partes: a primeira consiste num conjunto de oito questões fechadas, visando a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; a segunda, constituindo um guia orientador da recolha de dados relacionados com a problemática em estudo, consiste em nove questões abertas que procuram abordar os cuidados de enfermagem prestados e experienciados pelos enfermeiros que exercem funções num Serviço de Internamento de Neurocirurgia de um Hospital da Zona Norte.

4.4. Procedimento de Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo, realizada após a pesquisa de vários métodos que melhor respondessem ao estudo em questão. Segundo Dubouloz (2003), a *análise de conteúdo* é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam realizar inferências sobre os conhecimentos relativos às condições de receção da informação das mensagens. Assim, o método de análise de conteúdo constituiu-se como uma ferramenta para a compreensão e construção de significados das palavras que o participante manifestou no seu discurso ao longo da entrevista.

A *análise de conteúdo*, para Bardin (2011), organiza-se em três fases cronológicas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e, 3) o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise procura responder a três objetivos, a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. A exploração do material consiste nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Assim, este método implica transformar dados brutos que emergem da recolha de dados de modo a obter uma representação de todo o conteúdo, ou expressão através do recurso a recorte, agregação e enumeração.

Assim, a categorização é uma operação da classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, com critérios previamente definidos. As categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) com um título genérico, agrupamento efetuado com base nas características comuns dos elementos. O critério pode ser semântico, sintático, léxico e expressivo (Bardin, 2011). A mesma autora define as unidades de registo como uma unidade de

significação a codificar que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando todo o processo de categorização. Estas unidades de registo podem ser de natureza e de dimensões variáveis. Por último, a fase do tratamento e interpretação dos resultados, que compreende a realização de inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos com base em resultados significativos que emergem dos dados extraídos.

A análise qualitativa do presente trabalho focou-se em alguns dos pressupostos do método de *análise temática* segundo Braun e Clarke (2006) e *análise de conteúdo* segundo Bardin (2011). A escolha destes autores deveu-se à forma como os dados foram emergindo e a sua necessidade de agregação, tanto em blocos temáticos como em subsequentes categorias e subcategorias, com utilização de unidades de registo justificativas e explicativas.

Segundo Braun e Clarke (2006), o conteúdo dos dados é tratado segundo a sua *análise temática*, um método em que são descritos, analisados e identificados temas, sendo que os mesmos vão emergindo com o desenvolvimento de um sistema de codificação dos dados, encontrando-se temas centrais que poderão ser hierarquizados desde um nível mais descritivo até um nível mais interpretativo. A codificação e agrupamento dos dados, ao longo da realização das entrevistas, levou ao reconhecimento de temas emergentes, interpretados e discutidos com os restantes investigadores, refinando-se os mesmos de forma a identificar blocos temáticos centrais. Já a *análise de conteúdo* segue um conjunto de técnicas de análise de comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Permite agrupar o conteúdo das comunicações em possíveis categorias, subcategorias e unidades de registo (Bardin, 2011).

Na investigação qualitativa, a análise dos dados está intimamente ligada ao processo de escolha dos participantes e na respetiva recolha de dados que se realizam em simultâneo. A análise é precedida por uma fase de organização dos dados, onde se inclui a transcrição e ordenação por categorias e subcategorias (Dubouloz, 2003). Após a transcrição dos dados das entrevistas realizadas, foi então efetuada uma primeira análise e organização dos mesmos, momento no qual emergiram os blocos temáticos, categorias e subcategorias, permitindo orientar o estudo, que foi sendo aprimorado em função da informação relevante extraída para a compreensão mais aprofundada sobre o fenómeno.

Os blocos temáticos centrais identificados foram estabelecidos durante o processo de recolha e transcrição de dados, seguindo fases como a familiarização com os dados, codificação, procura de temas, revisão dos temas em equipa e definição e nomeação dos mesmos, sempre

procurando ir de encontro a temáticas que respondessem aos objetivos formulados (Braun & Clarke, 2006). Após emergirem os blocos temáticos centrais foram identificadas categorias e subcategorias, com base na análise da informação resultante do referencial teórico explorado, assim como das entrevistas realizadas, sendo que também nesta fase foi efetuada uma pré-análise dos dados, exploração do material com vista à sua codificação, categorização e inferências finais, seguindo algumas das orientações da *análise de conteúdo* (Bardin, 2011).

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procedemos neste capítulo à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas aos participantes do estudo. De forma a orientar esta fase de análise, interpretação e discussão dos resultados, recorreu-se, como descrito no capítulo anterior, a diferentes autores, através de pesquisa/revisão bibliográfica sobre o tema, de forma a fundamentar as categorias e subcategorias que emergiram.

Nesta etapa da investigação, as narrativas dos participantes constituíram o *corpus* de análise sobre o qual se desenvolve o estudo. A descrição da experiência vivida pelos participantes permitiu-nos compreender melhor o fenómeno que se encontra em estudo, acedendo à sua perceção sobre a realidade da problemática. Fortin e colaboradores (2009) reforçam a ideia de que a visão global de todo o fenómeno só é obtida através da análise das narrativas pessoais, existindo várias realidades, cada uma delas, refletida e fundamentada na perceção e experiência de cada indivíduo.

Com o desenvolvimento das entrevistas foi possível retirar conclusões relativamente à forma como os enfermeiros percecionam a importância dos cuidados que prestam aos doentes, assim como o impacto que as suas vivências têm, quer na sua vida pessoal como profissional. Emergiram ainda dados relevantes que visam a sua ideia sobre a melhor forma de lidar com doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE, assim como quais as necessidades que consideram primordiais para o desenvolvimento da proficiência no exercício profissional.

Sendo o objetivo geral do estudo explorar os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE, emergiram depois da análise de conteúdo das narrativas dos participantes sete blocos temáticos: 1) Principais Cuidados de Enfermagem ao Doente Após TCE; 2) Importância Atribuída às Alterações Comportamentais; 3) Alterações Comportamentais mais Relevantes; 4) Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional; 5) Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais; 6) Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional; e, 7) Vivências Marcantes da Problemática. Estes blocos temáticos, intimamente relacionados com os objetivos de investigação formulados, são constituídos ainda por categorias e subcategorias emergentes, visando no seu conjunto dar resposta à questão de investigação previamente enunciada. Os resultados serão apresentados através do desenvolvimento dos blocos

temáticos, assim como das suas categorias e subcategorias. As narrativas dos participantes serão a validação e justificação primordial, através de unidades de registo, da importância dos dados analisados para o fenómeno em estudo e seus objetivos.

Na Tabela 3 apresenta-se a matriz final de análise temática dos dados.

Tabela 3 - *Matriz de Análise Final*

Blocos Temáticos	Categorias	Subcategorias
Principais Cuidados de Enfermagem ao Doente Após TCE	Cuidados de vigilância	Monitorização do estado de consciência Monitorização hemodinâmica Monitorização função motora e pupilar Avaliação da deglutição Vigilância das alterações comportamentais
	Cuidados de substituição	Autocuidado higiene Autocuidado vestuário Autocuidado uso do sanitário Autocuidado posicionar Autocuidado transferir Autocuidado alimentar
	Ensinos ao doente e família	Gestão do momento Preparação do regresso a casa
	Gestão do risco	Prevenção de quedas Prevenção da autolesão Prevenção do engasgamento
Importância Atribuída às Alterações Comportamentais	Perceção sobre as alterações comportamentais	Quadro clínico expectável/normal Dimensão central dos cuidados
	Significado atribuído às alterações comportamentais	Ameaça para o doente Fonte de stress para o profissional
Alterações Comportamentais Mais Relevantes	Alterações da comunicação	Disfasia expressão Disfasia compreensão Disfasia global
	Alterações cognitivas e emocionais	Confusão/desorientação Alteração do padrão comportamental Labilidade emocional

Tabela 3 (Cont.) - *Matriz de Análise Final*

Blocos Temáticos	Categorias	Subcategorias
Alterações Comportamentais Mais Relevantes (cont.)	Alterações motoras	Agressividade
		Agitação psicomotora
		Desinibição
		Deambulação desadequada
Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional	Implicações pessoais	Falta de iniciação
		Desgaste emocional
		Questionamento pessoal/existencial
	Comprometimento excessivo	
Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional	Implicações profissionais	Obstáculo ao exercício profissional
		Alteração da dinâmica e organização de trabalho
		Ameaça à segurança pessoal
		Questionamento sobre a prática profissional
Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais	Sentimentos na interação com os doentes	Medo
		Impotência
		Mestria
Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais	Ações promotoras da segurança do doente/profissional	Farmacológicas
		Não farmacológicas
	Ações promotoras do ambiente familiar/conforto	Controlo do ambiente
		Comunicação empática
Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional	Fatores promotores	Apoio familiar
		Formação sobre alterações comportamentais
		Formação sobre fisiopatologia
	Barreiras	Tempo de serviço no contexto
		Falta de recursos humanos
		Gap teoria-prática
Vivências Marcantes da Problemática	Experiências positivas	Falta de formação específica
		Falta de treino
		Reversão das alterações comportamentais
	Experiências negativas	Melhoria do quadro clínico global
		Agressividade extrema
		Ataque à integridade física
		Agravamento do quadro clínico global

5.1. Principais Cuidados de Enfermagem Após Traumatismo Crânio Encefálico

A presença de doentes com TCE ao cuidado dos enfermeiros faz com que os mesmos necessitem de desenvolver os cuidados de enfermagem de forma a dar resposta às necessidades dos primeiros. É importante perceber quais são os principais cuidados prestados de forma a compreender de que forma os profissionais percecionam o seu trabalho e as intervenções que mais valorizam durante o atendimento aos doentes e suas famílias.

Neste bloco temático emergiram quatro categorias, sendo elas os cuidados de vigilância, os cuidados de substituição, os ensinamentos ao doente e família e a gestão do risco.

5.1.1. Cuidados de vigilância

Relativamente aos cuidados de vigilância a maioria dos entrevistados ($n = 15$) refere que a monitorização do estado de consciência constitui um dos cuidados de enfermagem mais valorizados, no cuidado aos doentes que sofreram um TCE. É referida essa monitorização em discursos como:

“...depende muito do estado de consciência que encontramos!” E1

“Avalio..., o estado de consciência...” E2

“É importante também uma maior vigilância do estado de consciência...” E3

“Depende um bocado do TCE que é...mas em termos de cuidados de enfermagem são as monitorizações do estado de consciência, do ECG...” E5

“...a ECG é dos principais...” E6

“Doentes com TCE...os principais cuidados são a vigilância, quer em termos de estados de consciência, com a aplicação da ECG...” E7

“...estes doentes exigem cuidados específicos inerentes a um traumatizado...no caso vigilância de alterações no estado de consciência...” E8

“Numa primeira abordagem, ainda sem conhecer o doente avaliamos a ECG...” E10

“...temos que estar atentos aos sinais de alarme...avaliando a ECG...” E11

“É um doente que precisa de maior vigilância pela sua situação pós traumatismo, havendo o risco de poder alterar a sua ECG.” E12

“...vigiar a ECG...” E13

“...passa muito pela vigilância dos doentes também a nível neurológico...” E14

“...temos que prestar cuidados de monitorização do estado de consciência...” E15

“...temos que monitorizar a ECG dos doentes...” E16

“Por norma temos que avaliar e monitorizar o estado de consciência, a ECG...” E17

A importância da monitorização do estado de consciência expressa pela maior parte dos participantes deste estudo vai de encontro às necessidades que apresentam os doentes que sofreram um TCE. Segundo Oliveira e colaboradores (2012), a abordagem dos doentes deve ser realizada de forma a que sejam observados e valorizados sinais de alteração o mais precocemente possível, cabendo à equipa multidisciplinar atuar em conformidade de forma a minimizar consequências negativas que a ausência de tratamento possa traduzir. Em complementaridade com outros meios existentes (e.g., TAC), a monitorização do estado de consciência através da ECG é uma ferramenta importantíssima no dia-a-dia dos enfermeiros.

Outra subcategoria que emergiu dos discursos dos participantes refere-se à monitorização hemodinâmica, que a par da monitorização do estado de consciência, é percebida pelos enfermeiros como bastante importante aquando a prestação de cuidados aos doentes após TCE. Nas suas rotinas diárias o mencionam a vigilância deste parâmetro em discursos como:

“Avalio os sinais vitais...” E2

“É importante também uma maior vigilância a nível...dos sinais vitais...pois a qualquer momento podem descompensar...” E3

“Cumprimos o plano terapêutico e vigiar o doente em termos hemodinâmicos.” E5

“...dos principais...os sinais vitais são importantes, incluindo a dor...” E6

Nas “rotinas” dos cuidados prestados no internamento este parâmetro é mencionado como sendo algo implícito aos cuidados, tanto por poder ser importante para perceber alterações no estado de saúde dos doentes como também por ser norma a vigilância dos mesmos em horário fixo e predefinido.

A avaliação através de um exame físico completo, para além da ECG, é primordial para que se possa prever uma possível alteração no estado de saúde dos doentes, sendo que todos os sistemas devem ser vigiados de forma a que se consiga antecipar uma degradação do mesmo. Aspectos como o nível de vigília, avaliação pupilar e da função motora assim como dos sistemas respiratório e cardiovascular são, portanto, a base para que os enfermeiros possam conseguir realizar essa tarefa da forma mais adequada (Zink, 2011). A monitorização da função motora e pupilar, avaliada e registada em sistema informático, é também uma subcategoria que surgiu e

que vai de encontro às necessidades de vigilância valorizadas pelos enfermeiros em discursos como:

“...necessitam de atenção pois a qualquer momento podem descompensar..., início de défices motores inerentes ao TCE...” E3

“...incluímos também a avaliação das motilidades dos doentes...” (...) “...é muito importante também a alteração pupilar...” E6

“...os principais cuidados são a vigilância...aplicação da escala para avaliação de motilidades...” E7

“Numa primeira abordagem...avaliamos..., a avaliação das motilidades do doente...” E10

“...temos que estar atentos a sinais de alarme...avaliando..., as motilidades dos doentes...” E11

“...vigiar..., as motilidades.” E13

“...temos também que avaliar..., as motilidades, as pupilas...é basicamente isso.” E16

“Por norma temos que avaliar..., as pupilas, as motilidades, que estão implícitas e podem alterar-se.” E17

Nesta subcategoria, assim como nas anteriores, identificamos a importância dada pelos enfermeiros à vigilância dos doentes a nível neurológico e hemodinâmico. Monitorizações dos parâmetros da ECG, função motora e função pupilar são considerados como indispensáveis para uma correta avaliação dos doentes de forma a identificar e prever antecipadamente alterações neurológicas, sempre complementada com a monitorização hemodinâmica realizada.

Menos referidos, mas considerados como dos principais cuidados de enfermagem a prestar aos doentes após TCE são a avaliação da deglutição e a vigilância de alterações comportamentais. A primeira foi identificada nos discursos visto que, segundo os participantes, no serviço de internamento, é da responsabilidade dos enfermeiros a avaliação da capacidade de deglutição dos doentes, tendo como objetivo gerir qual a alimentação que mais se adequa ao doente. Os doentes que sofrem um TCE, aquando do início de dieta, detêm a possibilidade de apresentar disfagia. Este problema afeta entre 25 a 61% dos sujeitos (Terre & Mearin, 2009). A prevenção de complicações inerentes à não adequação da dieta é então um dos cuidados de enfermagem realizados, através da aplicação da Escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen Scale*), conforme se verifica pela narrativa dos participantes:

“...mediante o estado de consciência do doente, avaliamos se o doente tem condições para ser alimentado oralmente, aplicando a Escala de GUSS, para avaliar se tem por exemplo disfagia para líquidos ou não...” E7

“...avaliamos a deglutição, porque também pode ter alterações...” E17

A vigilância das alterações comportamentais foram também referidos como um dos principais cuidados de enfermagem prestados, mostrando a preocupação de alguns dos participantes quando têm ao seu cuidado doentes que sofrem de TCE e as apresentam. Os participantes do estudo relatam que realizam essa vigilância nos seguintes discursos:

“...muitas vezes há alterações de comportamento...e temos que adaptar os cuidados às necessidades efetivas do doente.” E1

“...o principal objetivo é diminuir a agitação que eles trazem, normalmente são doentes agitados e tentamos minimizar o que eles possam fazer...” (...) “...a agitação psicomotora, o estado confusional, é aí que nós atuamos.” E4

“...vigiamos o doente no sentido de avaliar se está desorientado ou agitado, para agir em conformidade...” E7

“...exigem cuidados específicos...no caso vigilância...já que são doentes bastantes agitados...” E8

“São doentes que também se podem encontrar desorientados, confusos, agitados...muitas vezes doentes que nunca foram agressivos apresentam os seus comportamentos alterados...” E12

De acordo com estes discursos as alterações comportamentais são descritas pelos enfermeiros como foco da sua vigilância, havendo o cuidado de perceber quais as implicações que as mesmas poderão ter no estado de saúde do doente assim como nas necessidades de adaptação às situações de quem cuida. Importante referir que quando falam em necessidades de cuidados específicos, os participantes do estudo enfatizam a confusão/desorientação associada à agitação como das alterações comportamentais que carecem mais da sua atuação.

5.1.2. Cuidados de substituição

A categoria referente aos cuidados de substituição foi identificada nos discursos, já que a maioria dos participantes alude para a necessidade de na sua prática diária executar intervenções que visam a substituição dos doentes, pelo seu estado de saúde e necessidade de auxílio em tarefas de autocuidado. Sendo assim, a dependência que os doentes vítimas de TCE podem

apresentar faz com que seja necessário que os enfermeiros prestem cuidados em que substituem os mesmos nos seus autocuidados (e.g., higiene, vestuário, uso do sanitário, posicionar, transferir, alimentar). Constata-se o anteriormente descrito nas seguintes narrativas:

“...normalmente os autocuidados estão comprometidos...” (...) “...em termos de autocuidados a higiene está sempre alterada, o vestuário, a alimentação, muitas vezes tem que ser alimentados não por via oral, mas por outras vias...o posicionar-se, transferir-se...” E1

“...todo o plano de cuidados é adaptado à dependência do doente.” E5

“...prestamos cuidados gerais, em termos de higiene e de atividades de vida diárias...” E8

“Os cuidados que presto têm que ver com os autocuidados que estão alterados, entre eles o alimentar-se, posicionar-se, transferir-se...” E9

“Pronto, temos que ajudar nos autocuidados, a higiene, vestuário, alimentar-se, etc...” E11

“...depois os cuidados inerentes aos autocuidados que estão alterados.” E13

“Depende do grau de dependência do doente...temos os autocuidados que podem estar comprometidos, os cuidados de higiene, alimentar-se, quase todos os autocuidados.” E14

“Depende da dependência de cada doente, não é? Há doentes que ficam mais dependentes do que outros...tem a ver com os autocuidados, por exemplo higiene, alimentação, transferir, posicionar, são cuidados que temos que prestar normalmente a estes doentes...” E15

Os principais cuidados dependem um bocado da dependência dos doentes...,mas normalmente é a nível dos autocuidados, a higiene, o uso do sanitário, o posicionar-se...” E16

Pelos discursos dos participantes percebe-se que as necessidades apresentadas pelos doentes são um dos principais focos da prática de enfermagem. Indo de encontro ao que nos diz Kérouac e colaboradores (1996), a *Escola das Necessidades* baseia-se na premissa de que o enfermeiro deve tentar através da sua atuação satisfazer as necessidades fundamentais dos doentes, tendo como objetivo superar um estado de doença, devendo-os ajudar a ultrapassar as limitações momentâneas ou duradouras nos autocuidados. Na mesma linha de pensamento, George (2000) destaca que os indivíduos têm necessidades e os enfermeiros devem ser capazes de as identificar, tendo um papel fundamental no auxílio à pessoa de forma a fazer com que a mesma gradualmente chegue a um estado de saúde que permita a sua independência, preenchendo, quando necessário, uma lacuna que passa pela sua incapacidade momentânea, evitando ou aliviando o sofrimento que a mesma possa trazer. Em suma, os enfermeiros consideram deveras importante desempenhar certas tarefas pelos doentes, que, na impossibilidade de serem executadas pelos próprios, permitem assegurar a manutenção da vida,

o seu desenvolvimento no processo de saúde-doença e a conservação do bem-estar dos doentes (Tomey & Alligood, 2004).

5.1.3. Ensinos ao doente e família

Nas narrativas dos enfermeiros surge o interesse em ter os doentes informados em relação ao seu estado de saúde, assim como é valorizada a importância de que essa informação seja passada às famílias. O dia-a-dia do doente e família durante todo o processo de internamento surge inevitavelmente mais ligado à presença dos cuidados de enfermagem, havendo na sua génese a necessidade de ensinos da parte dos profissionais, importantes tanto a nível hospitalar como para o período pós-hospitalar ou regresso a casa.

Neste sentido, a gestão do momento e a preparação do regresso a casa do doente, realizando ensinos ao próprio e à sua família, são aspetos identificados como fundamentais. Na gestão do momento, surgem discursos como:

“Na abordagem do doente vítima de TCE temos que explicar tudo, orientar o mesmo no tempo e no espaço, fazer com que se sinta ambientado no local onde está...” E3

“...temos também...de dar informações sobre o estado de saúde...” E6

“Orientar o doente no tempo e espaço...” E13

Em relação à preparação para o regresso a casa o foco é espelhado não só no doente, mas também na sua família, sendo que os enfermeiros tentam compreender a forma como poderão integrar e capacitar para o momento da alta clínica, como é evidenciado pelos seguintes participantes:

“...temos que atender às necessidades das famílias, dar-lhes informações do estado de saúde e dos cuidados e complicações que podem existir...” (...) *“...o acompanhamento, sinais e sintomas de complicações, para os doentes estarem atentos e as famílias também...de forma a recorrerem aos nossos cuidados novamente caso seja necessário...”* E6

“...gerimos os cuidados, assim como as necessidades que as famílias podem ter...” E9

“...avaliamos também o apoio que o doente terá da família aquando da alta...” E10

Numa fase em que se encontra um doente/família em crise, os profissionais devem ter a capacidade de compreender as necessidades dos mesmos de forma a conseguir ajudar a identificar quais as melhores estratégias para uma normalização e retorno a um estado pré-crise, evidenciando a sua disponibilidade e conhecimentos para que tal seja feito com sucesso (Zink, 2001).

5.1.4. Gestão do risco

A gestão do risco emerge da preocupação que o estado de saúde dos doentes vítimas de TCE inspira nos profissionais, já que, nos doentes com alterações neurológicas e comportamentais, poderão existir riscos inerentes à sua condição clínica. A prevenção de quedas, da autolesão e do engasgamento foram subcategorias identificadas e que dão a entender a preocupação que os enfermeiros têm com os doentes e consequências negativas que a sua não intervenção nestes pontos poderá significar. Os subsequentes discursos demonstram a preocupação de alguns dos participantes:

“...tentamos diminuir a agitação, normalmente são doentes agitados e tentamos minimizar o que eles possam fazer, por exemplo o risco de queda...” E4

“...avaliar se o doente está desorientado ou agitado, para agir em conformidade...de forma a prevenir quedas...” E7

“...estes doentes exigem cuidados específicos...prevenção de quedas já que são doentes bastante agitados...” E8

“...temos que ter muita atenção ao risco de queda que os doentes apresentam...” E16

Podemos associar a queda a um momento em que o doente poderá causar dano a si próprio, no entanto, emergiu uma subcategoria referente à autolesão, visto existirem participantes que referem a sua preocupação não só com o que poderá advir das quedas, mas também da necessidade de vigilância tendo em vista a prevenção de que os doentes não causem dano a si próprios.

“...são comportamentos de risco, podendo trazer maleficência para o próprio doente.” E4

“...se estiver desorientado temos que ter cuidado que não se magoe...” E14

Meleis (2005) afirma que a preocupação com a promoção de um ambiente envolvente ao doente foi a base de muitas conceções sobre a enfermagem. O meio ambiente externo ao doente tem um papel essencial na evolução do estado clínico do doente, podendo funcionar como um adjuvante à recuperação ou, por outro lado, ser um obstáculo.

O engasgamento, devido à condição clínica, que poderá estar debilitada após TCE, é também importante para os participantes, estando intimamente ligada à avaliação da deglutição e ao autocuidado alimentação, emergindo em discursos como:

“...muitas vezes tem que ser alimentados não por via oral mas por outras vias...” E1

“...avaliamos se o doente tem condições para ser alimentado oralmente...” E7

“...avaliamos a deglutição...” E17

A tipologia dos principais cuidados de enfermagem ao doente após TCE que emergiram neste ponto, faz-nos perceber que existem uma panóplia de perceções e valorizações destes cuidados por parte dos enfermeiros. Dos mais ou menos consensuais, dão a visão global do que é feito pelos enfermeiros no seu dia-a-dia, que vai desde os cuidados de vigilância até à gestão do risco inerente ao estado de saúde dos doentes, passando pelos cuidados de substituição e ensinamentos aos doentes e suas famílias.

De forma a facilitar a compreensão das categorias e subcategorias que integram o tema “Principais Cuidados de Enfermagem Após Traumatismo Crânio Encefálico”, as mesmas estão representadas seguidamente na Tabela 4.

Tabela 4 - Principais Cuidados de Enfermagem Após Traumatismo Crânio Encefálico

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Cuidados de vigilância	Monitorização do estado de consciência	<i>“Por norma temos que avaliar e monitorizar o estado de consciência, a ECG...”</i> E17
	Monitorização hemodinâmica	<i>“Avalio os sinais vitais...”</i> E2
	Monitorização função motora e pupilar	<i>“...temos também que avaliar..., as motilidades, as pupilas...é basicamente isso”</i> E16
	Avaliação da deglutição	<i>“...avaliamos a deglutição, porque também pode ter alterações...”</i> E17
	Vigilância das alterações comportamentais	<i>“...muitas vezes há alterações de comportamento...e temos que adaptar os cuidados às necessidades efetivas do doente.”</i> E1

Tabela 4 (Cont.) - Principais Cuidados de Enfermagem Após Traumatismo Crânio Encefálico

Categories	Subcategorias	Unidades de registo
Cuidados de substituição	Autocuidado higiene	<i>"...em termos de autocuidados a higiene está sempre alterada..."</i> E1
	Autocuidado vestuário	<i>"...temos que ajudar nos autocuidados... vestuário..."</i> E11
	Autocuidado uso do sanitário	<i>"...normalmente é a nível dos autocuidados...o uso do sanitário..."</i> E16
	Autocuidado posicionar	<i>"...têm que ver com os autocuidados que estão alterados, entre eles...posicionar-se..."</i> E9
	Autocuidado transferir	<i>"...tem a ver com os autocuidados, por exemplo...transferir..."</i> E15
	Autocuidado alimentar	<i>"...temos os autocuidados que podem estar comprometidos...o alimentar-se..."</i> E14
Ensinos ao doente e família	Gestão do momento	<i>"Na abordagem do doente vítima de TCE temos que explicar tudo, orientar..."</i> E3
	Preparação do regresso a casa	<i>"...temos que atender às necessidades das famílias, dar-lhes informações do estado de saúde e dos cuidados e complicações que podem existir..."</i> (...) <i>"...o acompanhamento, sinais e sintomas de complicações, para os doentes estares atentos e as famílias também..."</i> E6
Gestão do risco	Prevenção de quedas	<i>"...temos que ter muita atenção ao risco de queda que os doentes apresentam..."</i> E16
	Prevenção da autolesão	<i>"...se estiver desorientado temos que ter cuidado que não se magoe..."</i> E14
	Prevenção do engasgamento	<i>"...muitas vezes tem que ser alimentados não por via oral, mas por outras vias..."</i> E1

5.2. Importância Atribuída às Alterações Comportamentais

A importância atribuída às alterações comportamentais, emergiu nos discursos dos participantes pela sua exposição do que pensam sobre as alterações comportamentais presentes nos doentes e do próprio significado que lhes atribuem. Este tema encerra duas categorias emergentes, nomeadamente, a perceção sobre as alterações comportamentais e o significado atribuído, traduzindo a forma como os enfermeiros percebem e valorizam a sua presença quando prestam cuidados aos doentes.

5.2.1. Perceção sobre as alterações comportamentais

As alterações comportamentais podem existir quando o comportamento da pessoa é desviante, inaceitável ou perigoso comparado com o que seria considerado normal num grupo ou numa comunidade em que as pessoas têm os mesmos valores e cultura (Stéfan & Mathé, 2015). As perceções por parte dos enfermeiros sobre as alterações comportamentais centram-se principalmente na consideração que tal ocorre devido à situação clínica do doente, sendo um quadro clínico expectável/normal e constituindo-se também como dimensão central dos cuidados. Podemos verificar a consideração por parte dos enfermeiros da normalidade da situação em discursos como:

“Os doentes normalmente chegam mais desorientados, muito confusos, num estado que não é o deles...” E3

“Geralmente os doentes após TCE ficam com alterações do comportamento...” E8

“Os comportamentos ficam deveras alterados...” (...) *“São comportamentos que são normais depois de um TCE...”* E9

“Depende do traumatismo..., mas costumam ter alterações...que considero normais para um doente que sofreu deste tipo de traumatismos...” E11

“Acaba por ser normal porque tem que ver com a patologia que o doente apresenta.” E15

“O que penso? Eu acho que é normal...essas alterações estão ligadas ao TCE.” E17

Considerando os discursos dos participantes e não havendo nenhum que refira a presença de alterações comportamentais como algo de anómalo após TCE, constata-se que a maioria dos participantes refere que os comportamentos exigem vigilância contínua de forma a otimizar resultados que se esperam dos doentes que os apresentam, constituindo-se como dimensão central dos cuidados de enfermagem prestados. Excertos das narrativas dos enfermeiros sustentam a importância das alterações comportamentais quando prestam cuidados aos doentes, traduzindo-se no principal foco da sua intervenção em exposições como:

“...muitas vezes tem que haver uma adaptação, uma reeducação das necessidades básicas, porque muitas vezes eles esquecem de como as realizar...” (...) *“Temos que os reintroduzir em quase todos os seus autocuidados.”* E1

“Estes doentes não cumprem o plano terapêutico e acabam por ser mais dependentes...muito devido às alterações comportamentais.” E5

“A maior parte dos doentes são agitados, confusos, envolvendo cuidados especiais...” E7

“...condiciona os cuidados que prestamos, fica mais difícil planear os cuidados adequadamente e torna-se também difícil ensinar os familiares sobre essas alterações...” E9

“A meu ver pessoal é complicado, as pessoas muitas vezes mudam de vida...isto porque passam a ter algum tipo de dependência, quando anteriormente eram independentes...” E14

“...com um doente que apresenta alterações de comportamento tenho que estar mais atenta...”

E16

“...eles têm que estar aqui vigiados.” E17

A alteração do estado de saúde dos doentes com a presença de alterações comportamentais relevantes exige segundo os participantes uma adaptação dos cuidados de enfermagem prestados. A dificuldade dos doentes em executar tarefas básicas referentes aos seus autocuidados, a não adesão ao plano terapêutico ou mesmo a necessidade de maior vigilância durante o internamento, faz com que os cuidados de enfermagem sejam condicionados e necessitem de ser adequados às necessidades de cada doente, que se encontram mais dependentes de terceiros.

5.2.2. Significado atribuído às alterações comportamentais

Nesta categoria, que surgiu após abordagem aos participantes sobre o significado que atribuem às alterações comportamentais que observam nos doentes após TCE, verificou-se a dificuldade de resposta de muitos dos participantes, com pausas longas para pensar em expressões como *“sei lá que significado lhes dou...”* antes do início de exposição das suas ideias. Após cuidada análise e descodificação das respostas obtidas identificamos fundamentalmente duas subcategorias, ameaça para o doente e fonte de *stress* para o profissional.

O sentido de ameaça que as alterações comportamentais constituem para o doente e a forma como é percebida pelo profissional, é descrita em discursos como:

“...São comportamentos de risco para o doente...” (...) *“...acaba por alterar a pessoa em si...vai trazer consequências na vivência da pessoa enquanto pessoa e também da pessoa inserida no meio familiar...” E4*

“...Estes doentes não cumprem o plano terapêutico...” (...) “estas alterações podem...influenciar as suas atitudes.” E5

“...não conseguem por vezes falar nem perceber o que lhes dizemos..., o que dificulta trabalhar com estes doentes...” E8

“...sei que poderá melhorar com o tempo, mas outras vezes não...vemos também que a clínica é mais favorável numa pessoa mais nova do que mais velha...nos idosos este tipo de evento traumático é sempre mais difícil de recuperar, acabando essas pessoas muitas vezes por ficar dependentes.” E14

“...sei que não é certo ele cumprir o que que peço e pode fazer asneiras, ou cair...” (...) “...esses doentes requerem mais cuidados de enfermagem e maior vigilância...” E16

No âmbito da ameaça para o doente valorizamos a associação feita por alguns dos participantes entre as alterações comportamentais e o estado clínico do doente. Isto porque, quando têm doentes com alterações comportamentais ao seu cuidado, os enfermeiros têm a função de vigiar e gerir da melhor forma as mesmas, tendo sempre a preocupação de atender às alterações do padrão habitual, com o objetivo de, antecipadamente, aferir se o mesmo não se deve a uma degradação do estado de saúde do doente. Tal situação é narrada pelos seguintes participantes:

“Depende das alterações do doente, temos que ver como é que estava quando foi admitido e como se vai comportando, de forma a valorizarmos ou não.” (...) “Avaliamos tudo, tanto o comportamento como o estado de consciência, porque acho que as duas coisas estão interligadas.” E2

“Podem ser neurológicas e necessitam de vigilância, porque muitas vezes estão associadas ao agravamento do estado clínico dos doentes...” (...) “...por exemplo se um doente entra já agitado e confuso e mantém esse registo claro que dou menos significado...que em situações esporádicas e alterações bruscas...às vezes não é fácil concluir a que se devem essas alterações.” E6

“...temos sempre que ter atenção se essa confusão é sustentada e devido ao TCE ou se há alguma alteração que possa revelar uma degradação neurológica.” E14

“...dou importância no sentido de seguimento e continuidade...” (...) “Valorizo e dou significado quando há alteração dos padrões habituais dos doentes...” E17

Com grande importância para se perceber como os enfermeiros lidam e encontram estratégias para cuidar de doentes com alterações comportamentais após TCE, a fonte de *stress* para os profissionais foi identificada como subcategoria emergente.

Uma das ideias recentes mais aceitas sobre os contextos de vida, particularmente quando temos que desempenhar uma determinada tarefa (e.g., trabalho, desporto, artes), é que cada vez mais esse desempenho se afigura como stressante. As fontes de *stress* têm vindo a tornar-se amplas e intensas, fazendo com que seja necessário utilizar formas eficazes de lidar com as mesmas, para que seja promovida uma adaptação humana positiva (Gomes, 2014). Alguns dos enfermeiros inqueridos referem que, para além do descrito anteriormente relativamente ao significado atribuído às alterações comportamentais, essas alterações constituem por si só, significativas fontes de *stress* com as quais têm que viver no seu dia-a-dia. Narrativas como as seguintes são demonstrativas do exposto:

“Cria para começar algum stress...” (...) “Enquanto profissional no nosso serviço acho que isso tem grande relevância, doentes muito agitados criam grande stress em nós...” (...) “...e gerir este stress não é fácil.” E9

“Há determinadas situações e comportamentos com que me deparo por parte dos doentes que me causam stress, por exemplo, um doente agressivo claro que nos causa um bocado de apreensão aquando da necessidade de lhe prestar cuidados de enfermagem...” E11

“...às vezes chegamos ao ponto que o stress já é tanto que acabamos por fazer determinadas coisas, como levantar a voz aos doentes e isso invés de ajudar só piora a situação...” E12

“A nível profissional estes doentes criam um certo stress às pessoas e mesmo a nível de serviço...” E13

“Às vezes há pessoas e situações que nos criam algum impacto e stress obviamente...” E14

“...essas situações são importantes porque causam stress, principalmente os doentes que se encontram agitados.” E17

“...causa um bocado de stress porque estes doentes nunca são certos.” E16

O *stress* descrito pelos participantes do estudo, resultará da interação em curso entre as exigências do meio ambiente e os próprios recursos pessoais. Deste processo interativo, a tensão (função humana negativa), será consequência do desequilíbrio entre as exigências com que se deparam e os recursos (Cox, 1985; Lazarus, 1999; McGrath, 1970). O bem-estar (função humana positiva), será consequência do equilíbrio entre as exigências e os recursos (Gomes, 2014).

De forma a conseguir ultrapassar esta fonte de *stress* que a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem a doentes com alterações comportamentais após TCE lhes causam, os enfermeiros necessitam de mobilizar conhecimentos, de forma a saber lidar e acertar estratégias com o intuito de conseguir o seu bem-estar, que serão abordadas no seguimento desta análise no bloco temático “Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais”.

Na Tabela 5 resume as categorias, subcategorias e unidades de registo que emergiram do bloco temático “Importância Atribuída às Alterações Comportamentais”.

Tabela 5 - *Importância Atribuída às Alterações Comportamentais*

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Percepção sobre as alterações comportamentais	Quadro clínico expectável/normal	<i>“Os doentes normalmente chegam mais desorientados, muito confusos, num estado que não é o deles...”</i> E3 <i>“São comportamentos que são normais depois de um TCE...”</i> E9
	Dimensão central dos cuidados	<i>“Estes doentes não cumprem o plano terapêutico e acabam por ser mais dependentes...muito devido às alterações comportamentais”</i> E5 <i>“A maior parte dos doentes são agitados, confusos, envolvendo cuidados especiais...”</i> E7
Significado atribuído às alterações comportamentais	Ameaça para o doente	<i>“...São comportamentos de risco para o doente...”</i> E4 <i>“...sei que não é certo ele cumprir o que que peço e pode fazer asneiras, ou cair...”</i> E16
	Fonte de <i>stress</i> para o profissional	<i>“Enquanto profissional no nosso serviço acho que isso tem grande relevância, doentes muito agitados criam grande stress em nós...”</i> E9 <i>“Às vezes há pessoas e situações que nos criam algum impacto e stress obviamente...”</i> E14

5.3. Alterações Comportamentais mais Relevantes

Após sofrer um TCE os doentes podem apresentar uma série de alterações, sendo que estas podem ser difíceis de agrupar pois por vezes se confundem umas com as outras. Nesse sentido, e indo de encontro à evidência encontrada acerca das mudanças que os doentes apresentam após TCE, consideramos quatro grandes grupos primários para enquadrar futuramente as alterações comportamentais que os participantes mais referiram.

As alterações físicas, como mudanças sensoriais, convulsões, distúrbios do sono, alteração do apetite e capacidade de deglutição, fraqueza, falta de equilíbrio ou coordenação são consideradas como importantes após TCE. A comunicação também pode estar afetada, e existir alteração e dificuldade na fala, com a busca por parte do doente de palavras que permitam expressar os problemas com que se depara. Cognitiva e emocionalmente, os processos de pensamento e aprendizagem também poderão ficar afetados, havendo falta de discernimento, facilidade de distração, amnésia ou desorientação/confusão, assim como ansiedade, depressão, labilidade emocional ou alterações de humor. Por último, podem ainda existir consequências motoras, como agitação, reação exagerada a comportamentos, desinibição e impulsividade (National Institute on Disability & Rehabilitation Research, 2010).

Tomando por base o exposto anteriormente e após análise da descrição por parte dos participantes do estudo de quais as alterações comportamentais mais relevantes, consideramos três categorias principais: alterações da comunicação, alterações cognitivas e emocionais e alterações motoras. Assim, da análise dos discursos, percebemos que para além das alterações gerais/patológicas que os doentes podem apresentar após TCE e que se encontram intimamente ligadas na sua maioria a alterações motoras, os enfermeiros valorizam também a alteração da função cognitiva/emocional e da comunicação.

5.3.1. Alterações da comunicação

A alteração da comunicação é importante, embora referida por poucos participantes, pois a dificuldade de os doentes se exprimirem ou compreenderem o que lhes é dito faz com que os profissionais tenham uma tarefa mais árdua na tentativa de ir ao encontro das necessidades dos doentes aquando da prestação de cuidados, o que pode levar a que os comportamentos evoluam e se agravem as alterações cognitivas, assim como sejam despoletadas reações desajustadas.

Os doentes que sofreram um TCE podem demonstrar frustração com as suas dificuldades, na tentativa quer da expressão como da compreensão da linguagem (Fitzsimmons & Bohan, 2011).

Sendo a lesão cerebral na área de Broca esquerda ou perto da mesma, a memória dos padrões motores da fala é afetada, resultando numa disfasia expressiva, compreendendo o doente a linguagem, mas sendo incapaz de a utilizar de forma adequada (Fitzsimmons & Bohan, 2011). Esta dificuldade de expressão é evidenciada pelos participantes do estudo em discursos como:

“...depende um bocado do doente..., mas alguns podem não falar ou obedecer ao que queremos...” E5

“...quando os doentes não conseguem verbalizar aquilo que querem dizer é complicado...” E17

Já a disfasia de compreensão é caracterizada por lesão na área de Wernicke esquerda, centro de controlo do reconhecimento da linguagem verbal, sendo o doente incapaz de compreender o significado do que é dito (Fitzsimmons & Bohan, 2011). No discurso do participante E3 evidencia-se essa mesma dificuldade de compreensão:

“...há doentes que não conseguimos controlar conversando com eles...” E3

A presença da disfasia expressiva e compreensiva é comumente designada por disfasia global, caracterizando-se por uma dificuldade quer na expressão quer na compreensão da linguagem (Fitzsimmons & Bohan, 2011), como é referido pelo E8:

“...por um lado a comunicação com esses doentes não é fácil, nem eles nos entendem a maior parte das vezes, nem se conseguem fazer entender...o que dificulta, são doentes que não obedecem aquilo que lhes dizemos pondo em risco a sua condição.” E8

A importância da comunicação na prestação dos cuidados de enfermagem é sem dúvida fundamental, e devem estar os enfermeiros cientes que alterações de comunicação podem estar presentes nos doentes que sofreram um TCE, de forma a informar familiares ou prestadores de cuidados que essas disfasias não significam que os doentes estejam intelectualmente afetados, mas sim que a presença de lesões em certas áreas cerebrais desencadeia determinadas alterações. A comunicação deve ser sempre tentada, por exemplo com o auxílio da escrita, utilização de figuras ou gestos (Fitzsimmons & Bohan, 2011).

5.3.2. Alterações cognitivas e emocionais

Em relação às alterações cognitivas e emocionais, e de forma a sustentar a sua importância para os participantes, surgiram discursos muito centrados na confusão/desorientação dos doentes na alteração do padrão comportamental e também na labilidade emocional visualizada. A subcategoria confusão/desorientação emerge em narrativas como:

“...a mais relevante tem mesmo a ver com o estado de confusão...” E1

“É o doente ficar confuso, principalmente, e ficam durante muito tempo, não é uma situação que passe rápido...” E4

“E temos também os doentes confusos, que contrariam a maior parte das vezes os nossos cuidados...” E5

“Comportamentais...sei lá...é mais a confusão...” E6

“Desde a desorientação espacial e temporal...” E7

“As que acho mais relevantes são a desorientação dos doentes...” E13

“A desorientação dos doentes...o não reconhecerem as pessoas...” E15

“A desorientação, sobretudo...” E16

“O estado confusional aparece muito, mas também podem estar confusos e não estar agressivos...” E17

Tendo sido referida pela maioria dos participantes do estudo, a confusão/desorientação é valorizada pelos enfermeiros pela comum presença nos doentes que sofreram um TCE, indo de encontro ao que nos dizem Golden, Driskell e Lashley (2016), quando referem que, entre outros, a confusão e a desorientação são critérios para o diagnóstico de um TCE.

Relativamente à alteração do padrão comportamental, emerge no discurso de dois dos participantes, que nos dizem que por vezes os doentes demonstram comportamentos diferentes aos que geralmente teriam anteriormente ao TCE. Já Lezak (1978), referia que os familiares de doentes vítimas de TCE notavam alterações de personalidade e padrão comportamental, descrevendo o descuido, a egocentricidade e a infantilidade como das principais alterações visualizadas. As seguintes narrativas evidenciam o exposto:

“Apresentam por vezes alterações da personalidade...” E9

“A confusão do doente, as alterações de personalidade, são as que mais valorizo...” E11

A labilidade emocional, distúrbio emocional comum após TCE, é também referida em narrativas como:

“... são as que aparecem aqui mais...a labilidade emocional...” E9

“...a labilidade emocional que desenvolvem...” E10

5.3.3. Alterações motoras

Quando deparados com as suprarreferidas alterações da comunicação, cognição e emoções por parte dos doentes, os enfermeiros mencionam que existem casos em que os últimos têm comportamentos efetivos/ações que vão desde a agressividade, agitação psicomotora, desinibição, deambulação desadequada e falta de iniciação. Esta descrição específica vai de encontro ao que nos dizem Bogner e Shannon (2016), quando descrevem as alterações comportamentais mais comuns após TCE, indo elas desde a agitação, irritabilidade, agressão, impulsividade e desinibição, falta de iniciação e inquietação, podendo estar muito presentes quando é observada amnésia/confusão pós-traumática, levando os doentes a ações visíveis, que podem ir desde expressões de raiva verbais e físicas até mesmos agressões dirigidas a pessoas ou objetos.

Uma revisão dos encaminhamentos para um serviço de consulta comportamental nos EUA sugeriu que 90% dos comportamentos se enquadram em aproximadamente nove categorias, incluindo: agressão, agressão verbal, agressão contra si mesmo, agressão a objetos, comportamento sexualmente inadequado / desinibido, comportamento socialmente inadequado, comportamento repetitivo, falta de iniciação e comportamento errante (Kelly, Todd, Simpson, Kremer, & Martin, 2011). As seguintes narrativas por parte dos enfermeiros sustentam o descrito anteriormente:

“A agressividade é para mim a mais notória...” E2

“Descrever...a mais relevante para mim é sem dúvida a agressividade...” E3

“...a agitação psicomotora está muitas vezes presente...” E4

“...a agressão física e verbal, a agitação psicomotora, a fuga do doente, são as que mais temos no nosso serviço.” E7

“...a alteração do estado de consciência, sobretudo quando leva ao estado de agitação...” E8

“...agitação, desinibição, são as que aparecem aqui mais...agressividade...” E9

“Nos comportamentos o que dou mais relevância é a agitação psicomotora, os doentes não estão bem em lado nenhum...” (...) “...que desenvolvem, a deambulação desadequada...” E10

“A agitação e os comportamentos agressivos são os que mais aparecem...” E12

“As que acho mais relevantes são...a agressividade, a prostração...” E13

“A que aparece aqui no serviço mais é a agitação psicomotora e agressividade, associada à confusão...” (...) “...alguns doentes também ficam sem filtros, desinibidos, sai-lhes tudo pela boca fora...” E14

“...a agitação, agressividade...” E15

“...a prostração, alguns ficam mais frontalizados, agressivos...” E16

“...o que considero mesmo relevante é a agressividade!” E17

De forma a que sejam mais facilmente percebidas quais as alterações comportamentais mais relevantes para os enfermeiros quando têm ao seu cuidado doentes que sofreram um TCE, a Tabela 6 resume as categorias, subcategorias e unidades de registo que emergiram no bloco temático “Alterações Comportamentais mais Relevantes”.

Tabela 6 - *Alterações Comportamentais mais Relevantes*

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Alterações da comunicação	Disfasia expressão	“...quando os doentes não conseguem verbalizar aquilo que querem dizer é complicado...” E17
	Disfasia compreensão	“...há doentes que não conseguimos controlar conversando com eles...” E3
	Disfasia global	“...por um lado a comunicação com esses doentes não é fácil, nem eles nos entendem a maior parte das vezes, nem se conseguem fazer entender...” E8
Alterações cognitivas e emocionais	Confusão/desorientação	“...a mais relevante tem mesmo a ver com o estado de confusão...” E1 “As que acho mais relevantes são a desorientação dos doentes...” E13
	Alteração do padrão comportamental	“Apresentam por vezes alterações da personalidade...” E9 “A confusão do doente, as alterações de personalidade, são as que mais valorizo...” E11
Alterações motoras	Agressividade	“A agressividade é para mim a mais notória...” E2
	Agitação psicomotora	“...a agitação psicomotora está muitas vezes presente...” E4
	Labilidade emocional	“...a labilidade emocional que desenvolvem...” E10
	Desinibição	“...alguns doentes também ficam sem filtros, desinibidos, sai-lhes tudo pela boca fora...” E14
	Deambulação desadequada	“...a fuga do doente...” E7 “...a deambulação desadequada...” E10
	Falta de iniciação	“As que acho mais relevantes são...a prostração...” E13

5.4. Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional

Sendo os enfermeiros o grupo profissional mais numeroso na área da saúde e prestando cuidados aos doentes 24 horas por dia, é importante perceber qual o impacto que as alterações comportamentais observadas no dia-a-dia e com as quais têm de lidar, provocam nos enfermeiros.

Este bloco temático emerge dos discursos dos participantes e será relevante para a percepção de fatores que poderão dificultar ou ser obstáculos aquando da prestação de cuidados a doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE.

Após análise dos dados, emergem neste bloco temático três categorias, as implicações pessoais, as implicações profissionais e os sentimentos na interação com os doentes.

5.4.1. Implicações pessoais

Em relação à categoria relacionada com as implicações pessoais, o desgaste emocional é referido pelos enfermeiros como uma consequência da interação entre estes e doentes que apresentam alterações de comportamento, como é demonstrado nos seguintes discursos:

“...há situações em que, pontualmente, te pode afetar emocionalmente...podem criar impacto negativo em termos emocionais, como quando lidamos com pessoas mais jovens...” E7

“É desgastante, são doentes que exigem bastante...as pessoas ficam cansadas porque são doentes repetitivos e sempre com os mesmos comportamentos que exigem intervenção contínua...” E8

“Há situações em que mexe comigo, não me consigo abstrair como seria previsto, de forma a não me deixar influenciar ou atingir emocionalmente, principalmente quando são pessoas jovens vítimas de TCE...” E10

Este desgaste emocional é referido por três participantes, que evidenciam a necessidade de prestar cuidados a pessoas jovens, a exigência de intervenção contínua e os comportamentos repetitivos por parte dos doentes como fatores de desgaste fundamentais e que influenciam a dificuldade de abstração com consequente implicação na sua vida pessoal.

Também discursos relativos ao questionamento pessoal/existencial por parte dos enfermeiros surgem como sendo uma das implicações pessoais consideradas, emergindo em narrativas como:

“Pessoalmente faz com que me cause um pouco de medo, porque penso que um dia até me pode acontecer a mim e ficar da maneira que vejo alguns doentes...” E12

“Isto mexe comigo e faz-me pensar na vida, muitas vezes penso como é que estas situações podem acontecer de um dia para o outro, da forma como as pessoas ficam...” E13

“Pessoalmente há coisas que muitas vezes nem damos importância na nossa vida e que por ver como é que as pessoas ficam depois destes eventos nos faz repensar e dar valor acrescido, valorizar mais as pequenas coisas...” (...) “...faz-nos pensar de outra forma no nosso dia-a-dia.”

E15

Este questionamento pessoal e existencial acontece sobretudo devido à alteração de estado de saúde observada pelos enfermeiros nos doentes que sofreram um TCE. Este facto causa receio que um dia lhes acontece algo similar, assim como fá-los repensar na sua vida de forma a conseguir dar valor acrescido a situações consideradas como adquiridas no dia-a-dia.

Por último, consideramos a existência do comprometimento excessivo por parte dos profissionais como uma das implicações pessoais que emergem dos dados extraídos relativos ao impacto que as alterações comportamentais provocam. Esse comprometimento é descrito pelos enfermeiros nas subseqüentes exposições:

“...geralmente penso nestas situações mais no sentido de tentar perceber se me falhou alguma coisa, digo assim “será que o doente precisava de outro tipo de vigilância?”...” E6

“...não digo que não tem implicação, muitas vezes vais para casa a pensar nisso...” E7

“...não me consigo abstrair como seria previsto...” E10

“...às vezes apercebemo-nos de algumas coisas que nos marcam e levamos aquilo para casa, acabamos sempre por esquecer, mas às vezes acontece...” E11

“Às vezes afeta mais que aquilo que devia...” E15

“Pessoalmente há situações que nos marcam e que levamos para casa, que nos ficam e não esquecemos...” E17

A dificuldade de separar o trabalho da vida pessoal emerge sobre a subcategoria de comprometimento excessivo, havendo por parte dos participantes no estudo o reconhecimento que certas situações vivenciadas durante a sua prática profissional não são passíveis de ser esquecidas, implicando o pensamento nas mesmas mesmo após o término dos seus turnos.

5.4.2. Implicações profissionais

Havendo impacto a nível pessoal, como descrito anteriormente, não deixa de existir um grande impacto a nível profissional quando se lida com doentes que apresentam alterações comportamentais. A grande panóplia de alterações comportamentais com que os profissionais se

deparamos com que, através da análise realizada às respostas dos entrevistados, tenham emergido quatro subcategorias neste ponto. O obstáculo ao exercício profissional, a alteração da dinâmica e organização do trabalho, a ameaça à segurança pessoal e o questionamento sobre a prática profissional serão explanados como subcategorias emergentes com base no discurso dos enfermeiros.

Relativamente à primeira subcategoria, os enfermeiros entrevistados referem a necessidade de mobilização de conhecimentos e formas de cuidar específicas para conseguir lidar com este tipo de doentes, pelo que a existência de dificuldades e obstáculos no exercício profissional se torna facilmente uma realidade.

“...são doentes que por não terem consciência do que fazem, nem onde estão, nem o que se está a passar naquele momento, são mais difíceis de prestar cuidados...” E1

“Inicialmente cuidar destes doentes não é fácil, com o passar do tempo e com a experiência vais adquirindo alguns conhecimentos...” (...) “...Estes doentes não cumprem o plano terapêutico...”

E5

“...não conseguem por vezes falar nem perceber o que lhes dizemos..., o que dificulta trabalhar com estes doentes...” E8

“...há sempre a dúvida como o doente vai reagir...” E11

“...sei que não é certo ele cumprir o que que peço e pode fazer asneiras, ou cair...” E16

A alteração da dinâmica e organização do trabalho, segunda subcategoria emergente, é valorizada pela quase totalidade dos entrevistados como uma das implicações profissionais existentes. A imprevisibilidade e a necessidade de vigilância apertada fazem com que, aquando da presença de doentes com alterações comportamentais, não sejam realizadas certas intervenções dentro dos *timings* programados, por estes doentes exigirem mais tempo de cuidados que outros, assim como ajuste na sua execução em função de necessidades específicas. Tal é evidenciado em exposições como:

“Para mim há a consciencialização para a necessidade de estar mais alerta...” E2

“A nível profissional gastamos mais tempo com estes doentes, por exemplo quando estão mais agitados, para controlar o doente...” (...) “...necessitam que estejamos mais presentes, precisam mais dos nossos cuidados e de uma maior vigilância...” (...) “...altera a organização do nosso trabalho, pois temos que estar ali mais tempo.” E3

“Sei lá...faz com que eu tenha um cuidado e vigilância acrescida...” E6

“...profissionalmente muda um pouco a forma de fazer as coisas, porque estes doentes requerem muitos mais cuidados e paciência...” (...) “...o trabalho é muito e esses doentes acabam por ser pessoas que dão muito mais trabalho, precisas de estar lá constantemente...” E12

“A nível profissional estes doentes criam um certo stress às pessoas e mesmo a nível de serviço...” E13

“Profissionalmente muda um bocado a minha forma de fazer as coisas, são doentes que não cumprem o que nós pedimos e acabamos por ter que nos adaptar aos doentes...” E16

“É possível que profissionalmente cuidemos destas pessoas de maneira diferente, porque são pessoas que não estão propriamente no seu estado habitual...” E17

A terceira subcategoria que emerge é a ameaça à segurança pessoal, considerada pelos profissionais como uma das implicações que podem existir quando prestam cuidados a doentes que apresentam alterações comportamentais. A insegurança pessoal é demonstrada em discursos como:

“...são doentes que por não terem por vezes consciência do que fazem...levam a que eles tenham comportamentos desadequados connosco, desde tentarem agredir, serem mal-educados, criando algum stress nos profissionais...” E1

“...alguns são agressivos e temos que agir com rapidez...” E2

“...podes ter consequências físicas, já houve agressões por parte dos doentes a profissionais, como pontapés, murros...” E4

“...há situações em que, pontualmente, pode ter alguma implicação, em que te pode afetar...até fisicamente, porque temos muitas vezes o risco de ser agredidos por estes doentes...” (...) “...ou então até agredidos em termos físicos e verbais, criando impacto negativo...” E7

“...um doente agressivo claro que nos causa um bocado de apreensão aquando da necessidade de lhe prestar cuidados de enfermagem...” E11

“...quando tomamos nós comportamentos mais frontais os doentes têm tendência a responder da mesma forma, e isso não ajuda!” E12

Por fim, a quarta subcategoria refere-se ao questionamento sobre a prática profissional, que acontece muitas vezes pela dificuldade e falta de eficácia das intervenções instituídas para lidar com as alterações comportamentais. Esse questionamento é descrito pelos seguintes participantes:

“Às vezes obriga-me a refletir um bocadinho, o registo de trabalho tento mante-lo, mas é claro que por vezes temos que refletir...” E7

“...faz com que me tente por no lugar do outro para perceber a melhor forma de lidar com as situações...” E9

“Profissionalmente...temos que ter um bocado de paciência, compreender que aquele é o seu estado e tentar fazer o melhor para também conseguir o melhor possível do doente...” E16

Todas as subcategorias que emergiram pressupõem a existência de um foco de *stress* com o qual os enfermeiros têm de lidar no seu dia-a-dia, de forma a que consigam profissionalmente desempenhar da melhor forma o seu trabalho e também alcancem o distanciamento necessário entre o mesmo e a sua vida pessoal.

Para que tal seja realizado com sucesso, Gomes (2014) explica através do seu *Modelo Interativo de Adaptação ao Stress* as diferentes fases para que a adaptação humana aconteça. O processo de adaptação no modelo interativo envolve a avaliação cognitiva, as respostas (nível emocional, cognitivo e comportamental), assim como o ajuste às condições avaliadas. É fator central a avaliação cognitiva para perceber como se vão desencadear as respostas ao evento stressante, pois não só está envolvido no início das respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, mas também em como essas respostas vão ser interpretadas e geridas (Gomes, 2014).

Entende-se então que no modelo interativo a avaliação cognitiva pode mediar a relação entre as situações stressantes e os resultados, assim como a possibilidade de os fatores antecedentes serem variáveis moderadoras entre ambos, o que faz acreditar que os eventos stressantes não são entidades estáticas que podem implicar uma influência maior no início do processo, mas sim exercer uma influência a longo prazo na adaptação humana, reforçando a dinâmica natural da relação pessoa-meio ambiente, e a variabilidade de avaliações cognitivas e respostas a uma mesma situação por parte de indivíduos diferentes (Gomes, 2014).

Desta forma, cabe aos enfermeiros encontrar, através da sua avaliação, as melhores respostas para conseguirem lidar com as consequências que as implicações pessoais e profissionais lhes causam, de modo a que o *coping* seja realizado eficazmente e a adaptação humana seja concretizada, sempre com o intuito de um resultado que leve a um funcionamento humano positivo. As estratégias usadas pelos enfermeiros para que tal seja possível serão abordadas no bloco temático seguinte.

5.4.3. Sentimentos na interação com os doentes

Sem dúvida que as alterações comportamentais presentes nos doentes após TCE causam nos enfermeiros variados sentimentos com os quais estes têm de lidar. Indo de encontro ao que foi demonstrado anteriormente, também esses sentimentos poderão causar eventos considerados como stressantes e carecerem de estratégias adaptativas para que sejam geridos pelos profissionais da melhor maneira.

O sentimento de medo, subcategoria que emergiu nesta categoria, é descrita pelos enfermeiros em discursos como:

“Às vezes tenho receio de chegar à beira de doentes com essas alterações sozinha, medo até...”

E1

“...claro que há alturas em que vamos com algum receio...” E11

“...às vezes ficam agressivos e tentam bater nas enfermeiras e nas pessoas que cuidam deles, não é fácil...” (...) *“...há situações em que mesmo trabalhando aqui há muitos anos se sente medo...”* E14

“Por exemplo se estivermos a falar de doentes mais agressivos e violentos sinto-me um bocado ameaçada...sinto algum receio...” E16

Muito ligada à falta de capacidade em conseguir lidar com certas alterações comportamentais de forma a ter os resultados esperados, a impotência surge também como um sentimento aquando da interação com os doentes, como é exposto nas seguintes narrativas:

“É assim, às vezes necessito de ajuda(risos), normalmente sozinha não consigo...” E3

“Numa fase inicial, quando comecei a trabalhar, tive alguma dificuldade já que não tinha qualquer experiência neste tipo de doentes...” (...) *“...nunca nos sentimos preparados para tudo...há realmente algumas situações em que sentimos que não estamos preparados...”* E7

“Às vezes sinto-me um bocadinho incapaz, porque muitas das estratégias que utilizamos não são as que gostaríamos...” E9

“Às vezes sinto que não consigo, que não tenho os resultados que espero ou gostaria de ter...” (...) *“...não vemos grandes resultados no nosso desempenho...muitas vezes os doentes são encaminhados para áreas mais técnicas, serviços de reabilitação, e não vão com os comportamentos adequados ou mais independentes...”* E10

“Frustrada!! Acho que toda a gente se sente frustrada porque não tem capacidade para controlar isso, não é?” E12

“Sinto-me mal, é complicado ter que lidar com essas situações...sinto-me menos capaz ao lidar com este tipo de doentes...sinto-me muitas vezes stressada por ter que resolver algumas situações!” E13

“Frustrada, é um bocado isso, sinto-me muitas vezes frustrada por não conseguir comunicar com este tipo de doentes...” (...) “...sinto ali uma certa incapacidade em lidar com essas pessoas e situações.” E17

Em contraponto, existem enfermeiros que referem sentimentos de proficiência quando interagem com este tipo de doentes, mostrando segurança nas suas capacidades para lidar com as alterações comportamentais. Apresentam-se então os dados extraídos relativos à subcategoria mestria:

“Para mim já se torna normal, lidamos com esses doentes todos os dias, faz parte do nosso dia-a-dia e já sabemos lidar com eles...” E1

“...com o tempo e com a experiência vamos criando mecanismos e sabendo evitar ao máximo alguns tipos de danos que possam por em causa o doente e a sua integridade.” E5

“...com o passar do tempo uma pessoa vai adotando certo tipo de estratégias que nos ajudam a lidar com este tipo de situações...” (...) “...se formos fazer uma comparação com uma fase inicial da vida profissional sinto-me preparado para lidar com estas alterações comportamentais.” E7

“É assim, a minha vida foi vinte e tal anos a trabalhar com estes doentes e já tenho uma sensação em que percebo as dificuldades e não me sinto frustrada, porque até hoje consegui sempre comunicar e ter algum resultado positivo...” E8

“É assim, depende do comportamento do doente, mas acho que reajo normalmente bem, sinto-me capaz...” E11

“...às vezes sentimo-nos capazes para lidar sozinhos com as situações, mas temos que estar sempre alerta para as consequências, como inclusive agressões...” E14

O sentimento de impotência ou mestria durante a prestação de cuidados está muito ligada às experiências pelas quais os enfermeiros foram passando durante a sua vida profissional. Como se percebe pelo que foi exposto na entrevista E7, existe numa fase inicial da sua vida profissional o sentimento de incapacidade, que com a experiência adquirida pelas diversas situações

vivenciadas fez com que o sentimento de capacidade e mestria fossem um facto assumido no presente.

Na Tabela 7 apresenta-se o resumo referente ao bloco temático relativo ao “Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional”, com as categorias e subcategorias emergentes e unidades de registo justificativas.

Tabela 7 - *Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional*

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Implicações pessoais	Desgaste emocional	<i>“...podem criar impacto negativo em termos emocionais...” E7 “É desgastante, são doentes que exigem bastante...” E8</i>
	Questionamento pessoal/existencial	<i>“Isto mexe comigo e faz-me pensar na vida...” E13</i>
	Comprometimento excessivo	<i>“...não me consigo abstrair como seria previsto...” E10</i>
Implicações profissionais	Obstáculo ao exercício profissional	<i>“...são doentes que por não terem consciência do que fazem, nem onde estão, nem o que se está a passar naquele momento, são mais difíceis de prestar cuidados...” E1 “...Estes doentes não cumprem o plano terapêutico...” E5</i>
	Alteração da dinâmica e organização de trabalho	<i>“...altera a organização do nosso trabalho, pois temos que estar ali mais tempo.” E3 “...o trabalho é muito e esses doentes acabam por ser pessoas que dão muito mais trabalho, precisas de estar lá constantemente...” E12</i>
	Ameaça à segurança pessoal	<i>“...podes ter consequências físicas, já houve agressões por parte dos doentes a profissionais, como pontapés, murros...” E4</i>
	Questionamento sobre a prática profissional	<i>“Às vezes obriga-me a refletir um bocadinho, o registo de trabalho tento mante-lo, mas é claro que por vezes temos que refletir...” E7</i>
Sentimentos na interação com os doentes	Medo	<i>“Por exemplo se estivermos a falar de doentes mais agressivos e violentos sinto-me um bocado ameaçada...sinto algum receio...” E16</i>
	Impotência	<i>“Às vezes sinto-me um bocadinho incapaz, porque muitas das estratégias que utilizamos não são as que gostaríamos...” E9</i>
	Mestria	<i>“...se formos fazer uma comparação com uma fase inicial da vida profissional sinto-me preparado para lidar com estas alterações comportamentais.” E7</i>

5.5. Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais

Partindo do pressuposto evidenciado até este momento, depreende-se que os enfermeiros, quando têm sobre o seu cuidado doentes com alterações comportamentais após TCE se deparam com situações que lhes causam *stress*, sendo por isso importante perceber de que forma e que estratégias usam para ultrapassar essa situação e voltarem a um estado de bem-estar.

A adaptação humana ao *stress*, como foi referido no enquadramento do presente trabalho, pode passar por uma série de etapas de avaliação cognitiva, dependendo da importância que é dada ao evento stressante – a pessoa pode assumir que a situação não é importante de forma a existir a necessidade de mobilizar esforços de *coping* - ou à forma como a pessoa encontra estratégias para lidar com as situações com o intuito de um funcionamento humano positivo. No entanto, também as estratégias utilizadas poderão ser limitadas e os esforços de *coping* não serem os suficientes, levando a que os resultados do evento tragam dano ao indivíduo e o mesmo sinta que não é capaz de lidar ou resolver o problema, aceitando a situação (funcionamento humano negativo) (Gomes, 2014).

Sendo a adaptação ao *stress* um processo interativo, é de salientar que as avaliações cognitivas podem desencadear na pessoa respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais que variam consoante a situação. Por exemplo, num caso em que o enfermeiro se encontra perante um doente agressivo (primeiro nível de avaliação cognitiva), o dano resultante de um mau desempenho na interação com o mesmo (segundo nível de avaliação cognitiva) poderá ser seguido de emoções negativas, distúrbios físicos e da tendência para evitar a situação no futuro (funcionamento humano negativo). O modelo interativo sugere que os processos podem interagir de forma a causar ciclos negativos, mas também, e será o intuito principal das estratégias utilizadas, promover ciclos positivos de funcionamento humano, resultantes da capacidade de lidar com eventos stressantes (Gomes, 2014).

De forma a ser mais facilmente percebidas quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros ao lidar com o doente que apresenta alterações comportamentais, identificamos duas categorias, que são as ações promotoras da segurança do doente/profissional e as ações promotoras do ambiente familiar/conforto.

5.5.1. Ações promotoras da segurança do doente/profissional

Intimamente ligada à disfunção cognitiva, a presença de alterações comportamentais nos doentes que sofreram um TCE pressupõe por parte dos enfermeiros ações que promovam a segurança de ambos, sendo que, dentro dessas estratégias, as subcategorias que emergiram foram as de carácter farmacológico e as não farmacológicas.

Através do discurso dos participantes percebe-se a importância dada à administração de terapêutica com o intuito de controlo de comportamentos desadequados.

“...em caso de necessidade administro medicação que possam ter em SOS para ficarem mais calmos...” E2

“...normalmente...administro medicação após contacto médico ou terapêutica que se encontra em SOS...” E3

“...há situações em que os doentes estão de tal forma desorientados que temos que utilizar...a contenção química, com fármacos...” E7

“...é importante que estejam com a medicação adequada, o que nem sempre acontece...” E8

“...muitas vezes temos que administrar medicação, que às vezes nem está prescrita, de forma a controlarmos os doentes...” E9

“...no caso de agitação e de não conseguirmos de outra forma temos que utilizar medidas que passam pela administração de medicação...” E10

“...usamos muito aqui no serviço a medicação que os doentes têm prescrito em SOS...” E14

“...quando não consigo de outra forma recorro à medicação...” E15

“Quando são situações em que temos doentes agitados ou violentos temos sempre a possibilidade de recorrer à medicação...” E16

“...uso...a medicação...” E17

Percebendo-se que o intuito da administração de terapêutica medicamentosa tem como principal objetivo o controlo das alterações comportamentais presenciadas, sobretudo quando se fala de agitação psicomotora e agressividade, assim como de reduzir os riscos inerentes para o doente (e.g., quedas, autolesão) e para os profissionais (e.g., agressões), não é menos verdade que os discursos dos participantes vão de certa maneira contra o que está descrito para que a reabilitação da disfunção cognitiva seja possível.

Segundo Oliveira e colaboradores (2012), a nível farmacológico, a instituição de neuroestimulantes, antiepiléticos ou antidepressivos ajudam a melhoria da função cognitiva - somente

a entrevista E8 refere a importância da adequada prescrição medicamentosa -, sendo que os agentes antipsicóticos e benzodiazepinas atrasam esse processo, e a suspensão dessas terapêuticas deve ser realizada. Na mesma linha de pensamento, Bogner e Shannon (2016) referem que a intervenção farmacológica deve ser cuidadosamente avaliada, pois embora se considere um impacto positivo no momento, poderá trazer consequências negativas na cognição a curto e longo prazo. Por exemplo, o uso de agentes antipsicóticos ou benzodiazepinas para controlar a agitação pode suprir a cognição e aumentar a sedação, tendo um efeito paradoxal não só no comportamento, mas também nos resultados esperados no futuro, diminuindo a capacidade de reabilitação psicomotora por parte dos doentes (Bogner & Shannon, 2016).

Para além das ações farmacológicas, também as não farmacológicas são muito referidas pelos enfermeiros como estratégias que utilizam para lidar com os doentes com alterações comportamentais. Estas estratégias visam a segurança do doente, diminuindo também as inseguranças com que os enfermeiros se deparam.

“...efetivamente, quando eles são agressivos temos que os proteger, deles próprios e também a nós, imobilizando-os, colocando as camas baixas, cadeirões travados, mesinhas de cabeceira bloqueadas...para que eles, caso se desmobilizem, não possam recorrer a materiais que lhes possam fazer mal.” E1

“Para proteger o doente e os profissionais a estratégia mais usada é sem dúvida a imobilização...”

E2

“Normalmente aqui no serviço é a imobilização...” E3

“...quando vemos que eles não cumprem temos que tomar outras medidas, por exemplo a imobilização, que por vezes não ajuda, mas tem que ser feito.” (...) “...não cumprindo o que dizemos quando confusos aumentam o seu risco de queda e outros precisando nós de atuar para os proteger também.” E4

“Caso os doentes não cumpram ou não me sinta seguro com determinado doente por vezes imobilizamos...” E5

“...quando não conseguimos minimizar as alterações comportamentais com outras estratégias temos que optar pela imobilização...faço-o como bem maior e para tentar minimizar riscos que possam existir...” E6

“...há doentes que estão de tal forma desorientados que para os conseguirmos controlar temos que utilizar a contenção física...” E7

“Na falta de outras possibilidades temos que passar para a imobilização, sempre tendo atenção para o tipo de imobilização, pois às vezes a imobilização pode contribuir mais para a agitação do doente...” E8

“Por vezes a única coisa que podemos fazer é imobilizar os doentes...” E9

“Quando não conseguimos temos que utilizar medidas que passam...pela imobilização, isto no caso de agitação...não queremos que com as suas atitudes se torne inseguro...” E10

“...a contenção física dos doentes, imobilizar...são estratégias que utilizamos...” E11

“...quando eles não colaboram e deixamos de ter paciência para estar sempre a vigiar ou controlar as ações dos doentes tenho mesmo que imobilizar...” E12

“...em caso de necessidade imobilizo os doentes...” E13

“...usamos muito...também a imobilização...” E14

“...quando não se consegue de outra forma recorro à...imobilização...até costumamos recorrer primeiro à imobilização e só depois à medicação, isto porque a medicação pode ter efeitos que aumentam a sedação e o risco de queda, e ninguém quer ter um doente mais calmo, mas com um novo TCE.” E15

“...uso a contenção física para me sentir mais segura...” E16

“...uso a contenção física quando eles estão mais agressivos...para os controlar e minimizar os riscos de poder ser agredida.” (...) *“...está comprovado que por vezes até ficam mais agitados quando imobilizados, mas perante o stress que as situações nos colocam a única maneira por vezes de conseguir lidar é adotando estas medidas, para conseguirmos ter “domínio” e resolver a situação, depois disso fico mais calma.”* E17

Como se depreende dos variadíssimos discursos dos participantes, há um foco dado à contenção física que ultrapassa todas as restantes medidas não farmacológicas utilizadas para lidar com algumas das alterações comportamentais que estão presentes nos doentes após TCE. Muito relacionada com a necessidade de intervir quando têm ao seu cuidado doentes que apresentam agressividade ou agitação psicomotora, é esta estratégia a referida pela totalidade dos enfermeiros como sendo de “primeira linha”, com o intuito, não só de garantir a segurança do doente, mas também dos próprios profissionais.

Importa neste ponto referir que a imobilização, muitas vezes utilizada para prevenir quedas, está contraindicada, visto que a mesma causa nos doentes a redução da sua mobilidade e força muscular, aumentando esse risco no futuro (Bogner & Shannon, 2016; Fleminger, 2011). Embora o descrito seja uma realidade aceite, já Eastwood e Schechtman (1999) num estudo em que doentes com alterações de comportamento se encontravam sobre a observação direta de

enfermagem, nos dizem que mesmo sobre essa observação metade dos participantes necessitaram de ser imobilizados pela repetição da sua inquietação, impulsividade e confusão.

Para além da intervenção efetiva sobre o doente e manutenção de um ambiente circundante seguro que minimize os riscos para o mesmo e para quem lhes presta cuidados, também alguns enfermeiros referem a importância de auxílio nessa prestação de cuidados, porquanto estratégia não farmacológica utilizada para se sentirem mais seguros.

“Nesses doentes tento sempre ir acompanhada, ou quando vejo que eles ficam mais agitados ou agressivos chamo logo alguém...” E2

“Muitas vezes a conversa não ajuda e tentar demovê-los das ideias fixas é difícil, pelo que tento abordar os doentes sempre com ajuda de outras pessoas, não vou lá sozinha...” E14

“...tento ter uma atitude calma...mas quando não surte efeito peço ajuda aos colegas...” E15

“...tenho tendência também a pedir ajuda a colegas de forma a sentir-me mais segura...” E16

A ajuda por parte de terceiros é, segundo os enfermeiros, importante para que exista um sentimento de maior segurança aquando da necessidade de prestação de cuidados de enfermagem a doentes onde se prevê que haja mais dificuldade ou resistência aos mesmos.

5.5.2. Ações promotoras do ambiente familiar/conforto

O ambiente do doente é todo o contexto onde se processam as aprendizagens (Kérouac *et al.*, 1996). Nesse sentido, e estando os doentes internados, é importante que se promova um ambiente familiar e de conforto para que essas aprendizagens sejam adquiridas.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade deve visar o respeito pela natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente que as envolve, dando às mesmas os mecanismos necessários para que, através de comportamentos adequados, tenham um papel ativo na promoção da sua saúde (Tomey & Alligood, 2004). Para que tal seja uma realidade os enfermeiros utilizam no seu dia-a-dia ações que visam o controlo do ambiente envolvente ao doente, quando este apresenta alterações comportamentais após TCE.

“Campainhas sempre perto caso seja um doente capaz de a utilizar, o mais disponível possível, passar mais vezes no quarto, caso necessitem de alguma coisa...” (...) “...de noite terem alguma luz de presença...” E1

“...estar mais presente, porque por vezes eles chamam pelas famílias e por nós...” E4

“...ofereço a campainha ou ajuda sempre que necessitar...” E5

“...com vista a ter os doentes mais calmos passo mais vezes nos quartos, porque também precisam de perceber que está ali alguém...” (...) “...respeitar os períodos de descanso...” E9

“...tentamos ter os doentes numa posição mais central no serviço, para conseguirmos vigiar melhor, sendo que às vezes não é possível nem viável...” E16

Como exposto nos discursos anteriores, estratégias como passar mais vezes nas unidades dos doentes e oferecer ajuda em caso de necessidade, disponibilizar a campainha, manter luzes de presença acesas no período noturno, respeitar os períodos de descanso ou colocar certos doentes em posições mais centrais no serviço têm sem dúvida o objetivo principal de promover uma maior orientação e adequação de comportamentos com vista à melhoria da função cognitiva e redução de alterações comportamentais visualizadas. De salientar o exposto pela entrevista do E9, que referiu a importância de providenciar um ambiente que permita o respeito pelos períodos de descanso como uma das estratégias que utiliza, o que vai de encontro ao que nos dizem Bogner e Shannon (2016), visto que a estabilização do ciclo de sono/vigília é necessária para melhorar a cognição e reduzir a agitação.

Para além do controlo do ambiente, surge como subcategoria neste bloco temático a comunicação empática como estratégia para lidar com os doentes. Phaneuf (2005), define comunicação como um processo de criação e recriação de informação, uma partilha, troca de sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação, enquanto instrumento básico utilizado na enfermagem, permite atingir objetivos fundamentais na abordagem ao doente. Na relação terapêutica estabelecida, o enfermeiro necessita de ser capaz de criar um interesse verdadeiro e altruísta pelas experiências do outro, isento de qualquer tipo de juízo. Comunicar é uma arte, pelo que deve existir uma preocupação com a expressão de ideias, sentimentos, interesses e opiniões, sendo por isso mesmo um ato de partilha que requer capacidade de escuta (Phaneuf, 2005). Esta importância é exposta pelos seguintes participantes:

“...tento utilizar um discurso calmo...apelar sempre para o local onde está...muitas vezes temos que entrar no mundinho dele...” E1

“A empatia, tento ser empática com o doente para não o agitar mais, para não o stressar ou contribua para causar situações que o agitem mais...” (...) “...ouvir, o simples facto de realizar escuta ativa, de estarmos ali, ajuda...” E4

“Primeiro tento ouvir o doente, muitas vezes os doentes podem não estar tão confusos ou desorientados como pensamos, e ao conversar podemos conseguir expressar-nos da melhor forma e também perceber o doente...” (...) “...sentar, ouvir um bocadinho, nem que sejam dois ou três minutos por vezes é o suficiente para eles ficarem mais calmos e comuniquem connosco...” E6

“...simplesmente às vezes estar junto dele e tentar perceber o que quer...faz com que se consiga acalmar os doentes.” E8

“Passa muito por tentar primeiro acalmar o doente através da comunicação que temos com ele...”

E10

“Eu gosto muito de conversar com os doentes, numa fase inicial converso muito, tento acalmá-los da melhor maneira possível...” E11

“...quando me deparo com alguma situação em que estou perante um doente confuso ou agressivo tento acalmar o doente, explicar o que pode e não deve fazer...” E13

“Tento às vezes orientar o doente no tempo e no espaço...” E17

Por último, é considerado o apoio familiar como alicerce das ações que visam a promoção do conforto e sentimento de ambiente familiar aquando o internamento. A importância da família na recuperação de uma situação de doença é inquestionável, sendo primordial nas culturas onde a coesão e a entreatada são mais evidentes. O vínculo existente entre o doente e a sua família pode criar problemas na organização dos serviços e gestão de conflitos, no entanto, cabe ao enfermeiro compreender a importância desta para o doente, nomeadamente para a melhora do seu estado de saúde, articulando de forma prudente a sua manutenção durante o internamento. A relação terapêutica estabelecida pode favorecer compromissos úteis com a família, de modo a facilitar a prestação dos cuidados ao doente (Phaneuf, 2005).

Os enfermeiros mencionam a importância dada à incorporação das famílias ou cuidadores na prestação de cuidados porquanto estratégia fundamental, visível nos seguintes discursos:

“...nós no nosso serviço temos a possibilidade de deixar ficar a família mais tempo, e quando vemos que essa permanência ajuda e traz benefícios para o doente propomos isso, como estratégia...tem ajudado quanto basta e tem corrido bem na maioria dos casos.” E4

“As famílias também são muito importantes, e aqui especificamente no nosso serviço promovemos a permanência da família 24h no internamento se eles assim o desejarem, o que permite a doentes mais confusos e agitados uma maior orientação...” (...) “As famílias ajudam-nos a assegurar a integridade do doente e a vigiar, chamando-nos sempre que necessitam de algum cuidado específico.” E5

“...caso haja disponibilidade familiar, propomos a permanência dos mesmos o máximo de tempo possível, tanto de dia como de noite...estas permanências muitas vezes fazem com que os doentes fiquem mais calmos...” E6

“...cá no serviço usamos o acompanhamento de um familiar ou pessoa significativa para conseguir controlar aquela desorientação ou agitação, muitas vezes os doentes ficam mais calmos, dentro do possível.” E7

“...uma estratégia muito importante é o apoio dos familiares, se os familiares poderem estar mais presentes devemos incentivar a permanência dos mesmos, se a família quiser, puder e se tiver condições para, porque não pode ser qualquer pessoa a lidar com estes doentes...” E8

“Também se achar que melhora permito a presença dos familiares, com vista a ter os doentes mais calmos...” E9

“Eu acho que passa muito por...ter a colaboração dos familiares, embora haja também famílias disfuncionais e torna-se difícil, no entanto, se houver um familiar ou cuidador que colabore nos cuidados temos essa vivência de que os doentes ficam mais calmos...” E10

“Muitas vezes deixar permanecer as famílias com os doentes durante mais tempo também ajuda, já tivemos doentes que com a presença de familiares acabam por ter comportamentos mais calmos e adequados.” E14

“...usamos muitas vezes os familiares como um pilar para acalmar os doentes e conseguirmos que eles fiquem durante mais tempo desmobilizados...mas temos sempre que averiguar se esses familiares ou cuidadores tem capacidade para ser uma mais valia nos cuidados ou não...” E16

“...proponho também muitas vezes que as famílias permaneçam mais tempo com os doentes, para manter ali um ambiente mais familiar, essa estratégia até já usamos inconscientemente.” E17

Bond, Draeger, Mandleco e Donnelly (2003), chegaram à conclusão de que uma família em crise tem necessidade de receber informações verdadeiras, específicas e consistentes, sentir-se ativamente envolvida no processo de cuidar e compreender a totalidade da experiência. Os enfermeiros, sendo parte integrante da equipa multidisciplinar têm obrigação de fazer a ponte entre todos os profissionais de forma a conseguir ajudar tanto os doentes como as suas famílias a identificar os melhores mecanismos e sistemas de apoio necessários para o retorno a um estado pré-crise (Zink, 2011).

A Tabela 8 apresenta-se de forma a dar uma perceção global sobre o bloco temático “Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais”.

Tabela 8 - *Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais*

Categories	Subcategorias	Unidades de registo
Ações promotoras da segurança do doente/profissional	Farmacológicas	<i>“...quando não consigo de outra forma recorro à medicação...”</i> E15 <i>“...é importante que estejam com a medicação adequada, o que nem sempre acontece...”</i> E8
	Não farmacológicas	<i>“Para proteger o doente e os profissionais a estratégia mais usada é sem dúvida a imobilização...”</i> E2 <i>“...tenho tendência também a pedir ajuda a colegas de forma a sentir-me mais segura...”</i> E16
Ações promotoras do ambiente familiar/conforto	Controlo do ambiente	<i>“Campainhas sempre perto caso seja um doente capaz de a utilizar, o mais disponível possível, passar mais vezes no quarto, caso necessitem de alguma coisa...”</i> (...) <i>“...de noite terem alguma luz de presença...”</i> E1 <i>“...respeitar os períodos de descanso...”</i> E9
	Comunicação empática	<i>“A empatia, tento ser empática com o doente para não o agitar mais, para não o stressar ou contribua para causar situações que o agitem mais...”</i> E4 <i>“Eu gosto muito de conversar com os doentes, numa fase inicial converso muito, tento acalmá-los da melhor maneira possível...”</i> E11
	Apoio familiar	<i>“...uma estratégia muito importante é o apoio dos familiares, se os familiares poderem estar mais presentes devemos incentivar a permanência dos mesmos, se a família quiser, puder e se tiver condições para, porque não pode ser qualquer pessoa a lidar com estes doentes...”</i> E8 <i>“...proponho também muitas vezes que as famílias permaneçam mais tempo com os doentes, para manter ali um ambiente mais familiar, essa estratégia até já usamos inconscientemente.”</i> E17

5.6. Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional

Questionados os enfermeiros sobre quais os aspetos que consideram de maior importância para a melhoria, aquisição de competências e capacitação no cuidar de doentes com alterações comportamentais após TCE, emergem não só fatores promotores da proficiência no exercício profissional como também as barreiras à mesma.

5.6.1. Fatores promotores

A formação específica sobre alterações comportamentais, ou até mesmo sobre fisiopatologia cerebral, é considerada por alguns dos participantes do estudo como essencial, com a intenção de aumentar os conhecimentos, alertar para as possibilidades de durante a prática

clínica ocorrerem determinadas situações e sugerir formas mais adequadas para lidar com algumas das alterações comportamentais visualizadas.

Foi através da formação universitária que a enfermagem se foi valorizando e ganhando reconhecimento, sendo que, com o desenvolvimento e enriquecimento das ciências humanas a visibilidade e compreensão das práticas de cuidar começaram a ter impacto e ser uma realidade nas instituições (Collière, 2001). É hoje aceite que a enfermagem deve continuar a evoluir na sua formação, assentando bases na pesquisa de conhecimento científico assim como na aplicabilidade do mesmo na prática dos cuidados. Os cuidados de saúde devem distinguir-se por uma abordagem individual, direcionada para a pessoa, que deve ser vista como um todo (Watson, 2002).

Sustendo-nos nestas premissas, consideramos a importância da formação sobre as alterações comportamentais como subcategoria emergente presente ponto, imbuída nos excertos discursivos que se apresentam.

“...talvez também pudesse ser importante algum tipo de formação acerca das alterações comportamentais que os doentes possam ter...” E1

“Formação melhora sempre, há sempre algumas ideias que de certeza que conversadas poderão ser melhoradas...” E3

“...a formação sobre este tipo de doentes, sabermos como atuar ou termos conhecimento para, é importante...” E4

“...se calhar com a formação, ir relembando, de forma a ficarmos mais despertos para determinados pormenores que nos vão deixar mais alerta para nos possibilitar fazer melhor no dia-a-dia...” E6

“...formação é importante...” E7

“Podemos ter mais formação nesta área...” E9

“...talvez haver mais formação sobre a temática para ficarmos mais atentos e alerta...quantos mais conhecimentos nesta área melhor será o nosso desempenho, sem dúvida...” E10

“Acho que uma formação era importante, como falar com os doentes, como nos devemos dirigir a estes doentes... (...) “...volto a frisar que a formação pode ser importante, principalmente a nível da comunicação, manter tom e voz calmo, respeitar as rotinas dos doentes...” E12

“Acho importante investir em formação, por exemplo para conseguirmos gerir da melhor forma a ansiedade e stress que estas situações nos podem trazer...” E13

“Formação ajuda sempre, é sempre importante as pessoas estarem mais informadas sobre os temas...” E15

“Formações sobre o tema, porque estar informados sobre a problemática e o que pode acontecer é importante, assim como é importante saber o que devemos ou podemos fazer para lidar com elas...” (...) “...com conhecimentos é que conseguimos arranjar estratégias para lidar com as situações...” E17

Também o maior conhecimento acerca da fisiopatologia cerebral é referido por dois participantes no estudo como relevante para os enfermeiros no desempenho do seu papel na equipa multidisciplinar, como é demonstrado em excertos como:

“É importante também o conhecimento fisiopatológico das lesões para percebermos que algum tipo de comportamentos ou alterações se adequam ou não há lesão que o doente sofreu...” E5
“...o conhecimento que as pessoas têm das patologias e a perceção de que determinadas atitudes vão ter determinados resultados nos doentes é fundamental...” E9

Mencionado como fundamental para um melhor cuidar quando se deparam com doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE, identifica-se igualmente o tempo de serviço no contexto como primordial para que os enfermeiros adquiram competências e se sintam mais capazes no desempenho profissional. Neste sentido, para Phaneuf (2005), a excelência das capacidades do enfermeiro não surge instantaneamente, ela é desenvolvida através da experiência, de uma formação sólida, mas também através de componentes pessoais relacionadas com a personalidade e de um saber fazer orientado não só pela prática em si, mas pela capacidade de análise e interpretação das situações que se lhe apresentam. O anteriormente referido é validado através dos seguintes discursos por parte dos enfermeiros:

“...acho que para uma maior capacitação dos enfermeiros é o dia-a-dia, não há assim nada que permita capacitar, o que nos permite a capacitação é o dia-a-dia, lidar com esses doentes...” E1

“É assim, eu acho que só com o tempo e com a experiência é que uma pessoa vai adquirindo e sabendo lidar melhor com este tipo de doentes...” (...) “...lidar com eles no dia-a-dia é que nos vai dando estratégias para saber lidar com eles.” E2

“...mas o dia-a-dia e a experiência é que nos deixa mais despertos para determinadas situações...não tem nada a ver a forma como ajo hoje com aquela que agia quando comecei a trabalhar.” E3

“É assim, a prática acaba por ser o mais evidente (risos)...” (...) “...os doentes nunca são lineares, por isso a prática sem dúvida que é o grande fator!” E4

“Acho que são capacidades que se vão adquirindo com a experiência (convicção), não são capacidade que se possam dar de imediato a um enfermeiro.” (...) “...um enfermeiro com maior experiência e maior capacidade vai conseguir lidar com as alterações do doente melhor do que um enfermeiro que nunca tenha passado por situações idênticas...” (...) “...só com o tempo e a experiência se consegue lidar com estes doentes, nos timings corretos e de forma natural...” E5

“...e a experiência no dia-a-dia.” E7

“...a experiência é um fator importante.” E9

Benner (2001) reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao defender que o caminho que o enfermeiro deve percorrer para que seja plenamente competente na prestação de cuidados passa por cinco estádios: 1) Iniciado – corresponde aos estudantes de enfermagem, tendo um corpo de conhecimentos limitado, assim como o conteúdo das suas ações; 2) Debutante/iniciado avançado – é semelhante ao estágio anterior, embora já possua a capacidade de reconhecer particularidades importantes de certas situações, com um nível de intervenção limitado mas mais alargado que o da iniciada; 3) Enfermeiro competente - é atingida entre os dois ou três anos de experiência profissional e a enfermeira apresenta maior facilidade em gerir as suas ações, permitindo a sua atuação mais eficaz em situações imprevistas; 4) Enfermeiro proficiente – possui capacidades em estabelecer prioridades eficazmente, o que lhe permite atuar em situações imprevisíveis ou de emergência com base na experiência adquirida em situações anteriores; e, 5) Perito – o enfermeiro está autónomo e seguro nas suas intervenções, o que lhe permite fazer face a qualquer situação mais emergente que possa surgir no decorrer da prestação de cuidados, sendo esta capacidade atingida aproximadamente com cinco anos de experiência profissional em determinada área de intervenção.

De acordo com a mesma autora, a competência está associada ao nível de excelência do cuidar, correspondente ao estágio de perito, onde existe uma versatilidade segura na atuação do enfermeiro que descreve como *“poder de transformação”* (Benner, 2001, p. 185), o que se verifica nos discursos anteriores e na continuação da análise dos dados extraídos:

“...e a experiência, sendo eu um exemplo disso, porque tive muita dificuldade numa fase inicial em lidar com estes doentes, e já trabalhava há alguns anos, e agora sinto que tenho um desempenho muito melhor, porque a experiência ajuda...” E10

“...muitas vezes situações idênticas têm soluções diferentes e são abordadas de diferentes maneiras por parte dos profissionais, e nós passando por elas também vamos percebendo como gerir e o que fazer, porque a experiência é muito importante.” E11

“...com o tempo fui-me apercebendo que quando mantemos mais calma e somos mais pacientes temos melhores resultados com este tipo de doentes que apresentam alterações de comportamento...” E12

“Penso que há situações em que só passando por elas e tendo conhecimento do que as poderá resolver é que se faz com que se melhore os cuidados que prestamos...” E14

“Muito sinceramente, e tendo já trabalhado noutra serviço, acho que só com a prática do dia-a-dia é que vamos adquirindo competências para lidar com estes doentes...” (...) *“...não há chapa cinco, os doentes são todos diferentes...o principal é mesmo a experiência, no campo.”* E15

“...e mais importante por vezes é mesmo a experiência de situações anteriores para conseguirmos melhorar nas novas que aparecem...de um momento para o outro é impossível capacitar ou adquirir competências...” E17

De salientar que, segundo os pressupostos de Benner (2001), os enfermeiros participantes no estudo se encontram na sua maioria no estadió de peritos ($n = 11$) se considerarmos somente o tempo de serviço no contexto (≥ 5 anos), sendo a média de anos de exercício profissional no contexto neurocirúrgico de 8,43 anos ($DP = 7,62$) entre todos os profissionais. No entanto, também enfermeiros com menos de cinco anos de experiência na área foram referindo a sua perceção acerca da importância da experiência para a evolução como enfermeiros, havendo somente a um, com quatro meses de exercício profissional no contexto, a não conseguir responder à questão e a questionar-se do porquê *“Não sei...será por falta de experiência?”* E16.

5.6.2. Barreiras

Havendo fatores que promovem o desenvolvimento da proficiência no exercício profissional dos enfermeiros, não deixam de se encontrar na análise dos dados barreiras para que a mesma seja alcançada com sucesso. Emergem como subcategorias a falta de recursos

humanos, o *gap* teoria-prática, a falta de formação específica e a falta de treino como subcategorias.

Evidenciado em discursos anteriores a necessidade e exigência de maior disponibilidade por parte dos profissionais para cuidar de doentes com alterações comportamentais após TCE, surge a referência à necessidade de mais recursos humanos. Em seguida apresentam-se alguns excertos elucidativos.

“...a verdade é que nós não conseguimos estar a olhar para um doente vinte e quatro horas por dia, e tendo mais pessoal podia ajudar em determinadas situações...” E6

“...ter mais pessoal de atendimento dentro dos serviços, não estou a falar especificamente em enfermeiros, poderiam ser assistentes operacionais por exemplo...estes doentes quando têm mais pessoas presentes no serviço conseguem controlar-se melhor...” (...) *“...até se nota que os doentes de dia com mais pessoal e interação são diferentes do período noturno, que para eles é um estímulo negativo.”* E8

“Um deles seria mais tempo e mais disponibilidade, esse seria um fator importante.” E10

“...muitas vezes não temos só um doente com alterações de comportamento, os turnos não são lineares e temos mais nove doentes para cuidar...é difícil e stressante.” E17

A lacuna existente entre a teoria e a prática também é referenciada pelos enfermeiros como barreira no exercício das suas funções. O investimento não deve ser feito apenas na melhoria das nossas capacidades teóricas e práticas, pois estas podem não se traduzir nos ganhos que esperamos. A excelência da prestação de cuidados faz-se igualmente através de um investimento profundo em outras dimensões, como a humana, devendo o enfermeiro ser capaz de corresponder a todas as necessidades evidenciadas pelo doente (Phaneuf, 2005).

Não descurando a importância das bases teóricas na prática clínica, identifica-se que os enfermeiros, tendo como preocupação a melhoria do estado clínico e promoção da saúde dos doentes, têm tendência nas suas ações a dar maior importância à prevenção de possíveis danos que as alterações de comportamento possam ter nos doentes e terceiros. Para que consigam otimizar os resultados das suas intervenções, ajustam as mesmas em função das necessidades dos doentes, referindo não seguir “regras” quando têm ao seu cuidado doentes com alterações comportamentais após TCE. Esta linha de pensamento é evidenciada em discursos como:

“...não é muito fácil dizer “olha há uma regra, vamos fazer esta formação” ...” E1

“...não há uma forma de dizer “o doente tem que ser assim tratado” ...não existe o “faz desta ou daquela maneira” quando se cuida de um traumatizado de crânio com alterações comportamentais...” E11

“...muitas vezes parece fácil, mas é na teoria, quando na prática as coisas não são assim e as situações não são lineares e fogem-nos do controlo...” E12

“...uma coisa é a teoria, outra é chegarmos aqui e depararmo-nos com este tipo de situações e doentes, por mais que se diga que deve ser desta ou daquela maneira...” E15

“Há teorias que não se enquadram de todo no dia-a-dia, por exemplo, já fui a formações e congressos em que se dizia que não devemos imobilizar os doentes...eu gostava de ver esses teóricos a tentar controlar um doente completamente desorientado e que nos foge do serviço, ou a fazê-lo seguir uma linha amarela para ir à casa de banho, gostava também de ver como é que conseguiriam controlar um doente com uma parésia e que se tenta levantar sozinho, que se não estiver imobilizado cai 4/5/6 vezes num turno...” E17

Ligada inversamente à formação sobre alterações comportamentais/fisiopatologia, surge a falta de formação específica em exposições como:

“...talvez pudesse ser importante algum tipo de formação...” E2

“Podíamos ter mais formação nesta área...” E9

“...talvez haver mais formação sobre a temática...” E10

“Acho que uma formação era importante...” E12

“Acho importante investir em formação...” E13

A falta de treino a lidar com certas situações - por poucas experiências vivenciadas - é evidenciada não só por enfermeiros com pouco tempo de serviço no contexto neurocirúrgico, mas também por enfermeiros com mais experiência que relembram as dificuldades por que passaram quando se depararam pela primeira vez com doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE. Sendo que a média total de anos de serviço se situa nos 11,59 ($DP = 9,5$), identifica-se uma passagem de outros contextos para o presente, que não deixa de ser valorizado pelos participantes. É importante destacar este facto visto que emergem exposições em que o sentimento primordial é o da impossibilidade de capacitar de um momento para o outro, sendo o treino e as vivências individuais essenciais para que tal possa acontecer. É validada a subcategoria falta de treino como barreira à proficiência no exercício profissional nos seguintes excertos:

“...acho que todos os enfermeiros que começam a trabalhar num serviço como este tem alguma dificuldade em lidar com estas alterações comportamentais...” E1

“...não são capacidades que se possam dar de imediato a um enfermeiro.” E5

“...estou desperta para determinados pormenores que outros colegas de outros serviços podem não estar...” E6

“...tive muita dificuldade numa fase inicial em lidar com estes doentes, e já trabalhava há alguns anos...” E10

“...acho que não é possível ficar capaz de cuidar ou arranjar estratégias de um dia para o outro, isto vai-se adquirindo...” E11

“...tendo já trabalhado noutro serviço, acho que só com a prática do dia-a-dia é que vamos adquirindo competências para lidar com estes doentes...” E15

“Não sei...será por falta de experiência?” E16

“...de um momento para o outro é impossível capacitar ou adquirir competências...” E17

A Tabela 9 sintetiza as categorias, subcategorias e unidades de registo que surgiram do bloco temático “Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional”.

Tabela 9 - *Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional*

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Fatores promotores	Formação sobre alterações comportamentais	“...talvez haver mais formação sobre a temática para ficarmos mais atentos e alerta...quantos mais conhecimentos nesta área melhor será o nosso desempenho, sem dúvida...” E10
	Formação sobre fisiopatologia	“É importante também o conhecimento fisiopatológico das lesões para percebermos que algum tipo de comportamentos ou alterações se adequam ou não há lesão que o doente sofreu...” E5
	Tempo de serviço no contexto	“...acho que para uma maior capacitação dos enfermeiros é o dia-a-dia, não há assim nada que permita capacitar, o que nos permite a capacitação é o dia-a-dia, lidar com esses doentes...” E1 “Penso que há situações em que só passando por elas e tendo conhecimento do que as poderá resolver é que se faz com que se melhore os cuidados que prestamos...” E14

Tabela 9 (Cont.) - *Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional*

Categories	Subcategorias	Unidades de registo
Barreiras	Falta de recursos humanos	<i>“...a verdade é que nós não conseguimos estar a olhar para um doente vinte e quatro horas por dia, e tendo mais pessoal podia ajudar em determinadas situações...” E6</i>
	Gap teoria-prática	<i>“Há teorias que não se enquadram de todo no dia-a-dia, por exemplo, já fui a formações e congressos em que se dizia que não devemos imobilizar os doentes...eu gostava de ver esses teóricos a tentar controlar um doente completamente desorientado e que nos foge do serviço, ou a fazê-lo seguir uma linha amarela para ir à casa de banho, gostava também de ver como é que conseguiriam controlar um doente com uma parésia e que se tenta levantar sozinho, que se não estiver imobilizado cai 4/5/6 vezes num turno...” E17</i>
	Falta de formação específica	<i>“Podíamos ter mais formação nesta área...” E9</i>
	Falta de treino	<i>“...acho que todos os enfermeiros que começam a trabalhar num serviço como este tem alguma dificuldade em lidar com estas alterações comportamentais...” E1 “...tive muita dificuldade numa fase inicial em lidar com estes doentes, e já trabalhava há alguns anos...” E10</i>

5.7. Vivências Marcantes da Problemática

Surge por último o bloco temático referente às vivências marcantes experienciadas pelos participantes do estudo quando têm ao seu cuidado doentes com alterações comportamentais após TCE. Tendo sido questionados sobre quais as situações que mais os marcaram, os enfermeiros expuseram diferentes perspetivas, valorizando tanto experiências positivas como negativas durante a prestação de cuidados. A apresentação, análise e discussão deste bloco temático será realizada de uma forma descritiva visto estarmos a identificar situações particulares que foram vivenciadas durante o exercício profissional.

5.7.1. Experiências positivas

Relativamente às experiências positivas vivenciadas, os enfermeiros referem-se à reversão das alterações comportamentais e à melhoria do quadro clínico global como sendo as mais marcantes durante o exercício das suas funções no serviço de internamento de neurocirurgia.

Na subcategoria respeitante à reversão das alterações comportamentais destacam-se os seguintes excertos discursivos:

“...não consigo especificar só um doente, porque são muitos...mas os que efetivamente hoje estão confusos e imobilizados, presos a uma cama...o facto de com o passar do tempo os vemos a recuperar, a tocar à campainha quando precisam, esses marcam pela positiva...” E1

“...lembro-me de uma senhora que esteve aí internada, que entrou bastante agitada, até vinha de máscara do serviço de urgência porque cuspiam em toda a gente...percebemos que de dia estava mais calma e durante a noite agitada...falou-se com os familiares para ficarem no período noturno e foi uma diferença do oito para o oitenta, ficou muito mais tranquila e serena...” E4

“...houve várias, mas lembro-me de um doente superagressivo, que chegou a destruir uma cama, e que agora está muito mais calmo...no início não cumpria nada do que lhe era pedido e a única forma de o conseguir ter mais controlado era imobilizando, porque estando livre destruíam tudo e tinha risco de queda elevado devido ao desequilíbrio...o que ajudou foi o tempo, a presença da esposa e a maior orientação...não deixa de estar desorientado, mas já cumpre, toca à campainha e já é um doente em quem podemos confiar.” E5

“Tive um doente que estava agressivo, imobilizado à cama, e que cada vez estava mais agitado...levei-o à casa de banho e depois disso acabou por ficar muito mais calmo, afinal aquele comportamento, embora estivesse desorientado, estava a agravar-se porque ele queria era urinar mas não nos dizia...” E14

“Tivemos um doente há algum tempo atrás que estava completamente desorientado, tivemos que o imobilizar, medicar, uma situação difícil de gerir...entretanto teve alta e voltou ao serviço e estava uma pessoa completamente normal, super calmo, acessível, veio com uma pessoa familiar e estava ali a cumprimentar as pessoas normalmente...foi uma situação que me marcou porque nem parecia a mesma pessoa...” (...) “Acho que as situações que mais me marcam é quando vejo a evolução positiva que os doentes têm com o passar do tempo.” E15

Também a melhoria associada ao quadro clínico global é referida por alguns dos participantes. Sendo o contacto entre enfermeiro-doente realizado durante o internamento, e quando a condição patológica exige do profissional mais cuidados, a visualização da melhoria do estado de saúde dos doentes com a evolução clínica e resolução da lesão resultante do TCE é valorizada e relatada como experiência positiva em excertos como:

“...há doentes que ficam com alterações que muitas vezes levam ao estado de coma, ou a uma escala mais baixa, e os que me lembro pelo lado positivo é de às vezes o traumatismo ser muito grave e acharmos que essa pessoa nunca vai recuperar ou ter uma vida normal e depois sabermos que efetivamente recuperam e ficam pessoas autónomas...claro que ficamos contentes e são essas que nos trazem boas recordações...” E1

“...o que mais me marca é vermos os doentes a sair daqui e acharmos que aquela pessoa não vai melhorar e depois ele regressar ao serviço e ao fundo do corredor chamar por nós, isso marca...termos noção de que os doentes se lembram de nós, que nos reconhecem e que vamos ficar na memória deles para sempre, acho que isso é muito bom.” E10

5.7.2. Experiências negativas

As experiências negativas são mencionadas principalmente quando os enfermeiros têm sobre o seu cuidado doentes que apresentam comportamentos com tendência para a agressividade extrema, alguns dos quais constituindo ameaça para a segurança pessoal dos profissionais. Adicionalmente, também foi valorizado como situação marcante pela negativa o agravamento do quadro clínico do doente, com necessidade de intervenção por parte dos entrevistados.

Tateno, Jorge e Robinson (2003) referem que os comportamentos agressivos após TCE são muito comuns e descritos na literatura, variando entre 11 a 96%, sendo que 33,7% dos doentes têm alterações do comportamento com tendência para a agressividade após 6 meses do acontecimento. Igualmente, Baguley e colaboradores (2006) chegaram a conclusões idênticas, em amostras de 6 meses, 2 anos e 5 anos após o trauma, falando em 25 % de comportamentos agressivos significativos, como sequelas a longo termo (Alderman, 2007). Experiências negativas encontram-se narradas pelos participantes nos seguintes excertos de discurso:

“Tivemos um doente muito agressivo, num pós-TCE, em que houve a necessidade de chamar colegas, praticamente todos que se encontravam a trabalhar, equipa médica inclusive, teve que ser imobilizado e fazer terapêutica medicamentosa...marcou-me porque uns dias depois o doente dizia que era impossível ter feito aquilo, até a família ficou chocada com a situação e não reconhecia o doente...” E3

“Já tive várias, mas lembro-me de uma em que o doente estava extremamente agressivo e as medidas que se adotaram foram a imobilização de membros, superiores e inferiores, assim como tronco, com a ajuda ainda de administração de medicação...foi aquilo que foi possível realizar para

conseguir controlar esse doente, uma situação extrema, e se calhar são essas situações que nos marcam mais...” E7

“Se calhar o que mais me marca é quando os doentes estão agressivos...lembro-me de um que estava completamente desorientado e que nós tivemos que nos socorrer de medidas medicamentosas e imobilização para lidar com a situação, foi um stress...” E9

“São tantas...tive uma vez um que para dar uma medicação intramuscular foi preciso chamar a segurança para segurar o doente, era um jovem e estava super agressivo, mesmo com a família, que percebeu a necessidade de atuar daquela forma...” E11

“Lembro-me de um doente que esteve aí que estava desorientado, confuso, agitado...estas situações marcam porque percebo que os doentes estão nessa condição mas não a conseguem controlar...” E12

Associada às alterações comportamentais do foro agressivo, os enfermeiros referem ainda os enfermeiros o ataque à sua integridade física como situação marcante pela negativa no exercício da sua atividade profissional. Tal é verificado em discursos como:

“Lembro-me de um doente que estava na casa de banho a desfazer a barba com uma lâmina, era um doente desorientado e agressivo...a esposa estava no quarto com o doente e não lhe conseguia tirar a lâmina...só passados 15 minutos conseguimos convencer o doente a dar-nos a lâmina...” E2

“...o doente simplesmente não largava o meu braço, e estava a magoar-me...” E3

“Tive uma situação de um doente que se soltou e vinha com o suporte de soro para me bater(risos)...nunca me esqueço dessa situação porque depois queríamos amarrar o doente à cama e era eu a segurar numa perna mas ele tinha mais força do que eu, estávamos todos do serviço de volta dele a tentar imobilizar o homem...” E8

“Tive algumas, embora trabalhe há pouco tempo...lembro-me de um doente que estava confuso e agressivo e queria ir embora durante a noite, a tentar agredir-nos...foi difícil fazê-lo voltar para o quarto para aí o podermos imobilizar.” E13

“Lembro-me de um doente completamente agitado, agressivo verbal e fisicamente, a tentar bater nas pessoas...primeiramente e depois de não conseguir controlar a situação sozinha tive que chamar os colegas, imobilizamos o doente e administramos medicação, só aí é que o conseguimos acalmar.” E17

Como última subcategoria emergente deste bloco temático surge o agravamento do quadro clínico global. Para além da valorização pela positiva da melhoria do quadro clínico,

também a sua degradação é considerada como uma situação marcante vivenciada durante a prática clínica, neste caso, emergindo na categoria referente às experiências negativas. Os discursos expostos em seguida sustentam essa apreciação por parte dos enfermeiros:

“Por exemplo, lembro-me de uma em que o doente começou a ficar mais confuso e agitado, com ansiedade, assim como a família, porque não estão habituados a ver as pessoas naquele estado...essas situações recordo-as.” E6

“...as situações que mais me marcam é quando os doentes até estão bem e de um momento para o outro ficam mais prostrados, desorientados, e necessitam da minha intervenção...ou seja, quando as alterações comportamentais que têm implicam que eu tenha que agir.” E16

O resumo dos dados analisados referentes ao bloco temático “Vivências Marcantes da Problemática” encontram-se expostos na Tabela 10.

Tabela 10 - *Vivências Marcantes da Problemática*

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Experiências positivas	Reversão das alterações comportamentais	<i>“...os que efetivamente hoje estão confusos e imobilizados, presos a uma cama...o facto de com o passar do tempo os vermos a recuperar, a tocar à campainha quando precisam, esses marcam pela positiva...” E1</i>
	Melhoria do quadro clínico global	<i>“...o que mais me marca é vermos os doentes a sair daqui e acharmos que aquela pessoa não vai melhorar e depois ele regressar ao serviço e ao fundo do corredor chamar por nós, isso marca...termos noção de que os doentes se lembram de nós, que nos reconhecem e que vamos ficar na memória deles para sempre, acho que isso é muito bom.” E10</i>
Experiências negativas	Agressividade extrema	<i>“São tantas...tive uma vez um que para dar uma medicação intramuscular foi preciso chamar a segurança para segurar o doente, era um jovem e estava super agressivo, mesmo com a família, que percebeu a necessidade de atuar daquela forma...” E11</i>
	Ataque à integridade física	<i>“Tive uma situação de um doente que se soltou e vinha com o suporte de soro para me bater...” E8</i>
	Agravamento do quadro clínico global	<i>“...as situações que mais me marcam é quando os doentes até estão bem e de um momento para o outro ficam mais prostrados, desorientados, e necessitam da minha intervenção...ou seja, quando as alterações comportamentais que têm implicam que eu tenha que agir.” E16</i>

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

6.1. Reflexão dos Principais Achados

Neste ponto será realizada uma reflexão sobre os principais achados que emergiram durante o desenvolvimento do trabalho de investigação. Através da revisão da literatura, apoiada sobretudo pelos dados analisados das narrativas dos participantes no estudo, foi possível aprofundar a temática das alterações comportamentais no doente vítima de TCE.

Sendo o objetivo geral do presente trabalho de investigação explorar os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE emergiram sete blocos temáticos que na sua globalidade dão resposta aos objetivos específicos previamente delineados, sendo eles: 1) Principais Cuidados de Enfermagem ao Doente Após TCE; 2) Importância Atribuída às Alterações Comportamentais; 3) Alterações Comportamentais mais Relevantes; 4) Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional; 5) Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais; 6) Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional; e, 7) Vivências Marcantes da Problemática.

Sendo o primeiro objetivo específico identificar quais os cuidados de enfermagem ao doente vítima de TCE que os enfermeiros mais valorizam, os enfermeiros foram abordados com o intuito de permitir que expusessem de forma aberta a sua perceção sobre os cuidados que prestam no dia-a-dia durante o seu exercício profissional. A questão não foi inocente, visto que deixou em aberto a possibilidade ou não de referirem os cuidados de enfermagem passíveis de serem prestados a doentes com alterações comportamentais após TCE. Emergiu o bloco temático Principais Cuidados de Enfermagem ao Doente Após TCE como fundamental para dar resposta ao primeiro objetivo específico do estudo.

Das exposições discursivas dos enfermeiros sobressaíram a valorização dos cuidados de vigilância, cuidados de substituição, os ensinamentos ao doente e família e a gestão do risco. Na sua prática profissional os enfermeiros têm a preocupação com a vigilância e monitorização de parâmetros respeitantes ao estado de consciência, hemodinâmica, função motora e pupilar, avaliação da deglutição e vigilância das alterações comportamentais. De referir que a vigilância das alterações comportamentais é, nesta fase, referida somente por cinco dos participantes no estudo como dos cuidados de vigilância que mais valorizam. Os cuidados de substituição foram destacados com o intuito de proporcionar ao doente a satisfação de tarefas que o mesmo não consegue fazer sozinho (e.g., higiene, vestuário, uso do sanitário, posicionar, transferir, alimentar).

Também existe por parte dos profissionais o cuidado com a realização de ensinamentos adequados aos doentes e suas famílias, subdividindo a sua atuação na abordagem específica a cada doente durante o internamento e na preparação do seu regresso a casa, englobando a família nesses ensinamentos. A gestão do risco é considerada ainda como dos principais cuidados de enfermagem realizados aos doentes que sofreram um TCE. Com o objetivo de reduzir possíveis danos nos doentes, os enfermeiros têm tendência a prevenir o risco de queda, a autolesão e o risco de engasgamento aquando dos cuidados prestados.

Os doentes são, segundo os enfermeiros participantes no estudo, percebidos como pessoas com inúmeras necessidades de cuidados e na maior parte das vezes dependentes de terceiros. O enfermeiro, como profissional que presta cuidados, tem na sua intervenção o papel de identificar as necessidades dos doentes e auxiliar os mesmos, para que seja possível o seu desenvolvimento no processo de saúde-doença, tendo como objetivo ultrapassar limitações e dificuldades com vista à manutenção da vida e conservação do seu bem-estar (George, 2000; Kérouac *et al.*, 1996; Tomey & Alligood, 2004).

De forma a dar resposta ao segundo objetivo específico, em que procuramos compreender a importância atribuída às alterações comportamentais após TCE, emergiu o segundo bloco temático, Importância Atribuída às Alterações Comportamentais. Este bloco temático permitiu, através da análise das exposições dos enfermeiros, perceber o que pensam e que significado atribuem às alterações comportamentais que visualizam e com as quais têm que lidar quando prestam cuidados a doentes que as apresentam após TCE.

A percepção que os enfermeiros têm sobre as alterações comportamentais leva-os, primeiramente, a observá-las como expectáveis e normais quando têm ao seu cuidado doentes que sofreram um TCE, para posteriormente as considerarem como uma dimensão central dos cuidados prestados. Quando questionados sobre qual o significado que atribuem às alterações comportamentais, emergem duas subcategorias dos discursos dos participantes, que se relacionam com a valorização das alterações comportamentais como sendo uma ameaça para o próprio doente e também uma fonte de *stress* para o profissional que necessita de lhe prestar cuidados. Das narrativas analisadas, percebe-se a reflexão por parte dos enfermeiros das dificuldades com que se deparam aquando da prestação de cuidados de enfermagem a doentes com alterações comportamentais após TCE, principalmente pela exigência de cuidados específicos que requerem mais disponibilidade e também pela própria ameaça que certos comportamentos têm no doente, causando nos profissionais situações de *stress*.

Embora alguns dos participantes refiram que certas alterações comportamentais se afiguram como expetáveis e normais após TCE, consideramos pertinente valorizar a importância que é atribuída às mesmas quando emergem neste bloco temático subcategorias referentes à dimensão central de cuidados, ameaça para o doente e a fonte de *stress* para o profissional. Como nos diz Gomes (2014), cada vez mais no nosso dia-a-dia vivenciamos situações que se afiguram como stressantes, tendo os indivíduos que encontrar as melhores estratégias para que consigam desempenhar as suas tarefas da melhor forma, atingindo um funcionamento humano positivo. Nesta fase, os enfermeiros consideram que as alterações comportamentais com as quais têm que lidar são importantes e se perspetivam como passíveis de criar situações de *stress* com interferência nos cuidados de enfermagem que prestam.

Procurando identificar quais as alterações comportamentais que os enfermeiros consideram mais relevantes, terceiro objetivo específico delineado, emerge o bloco temático Alterações Comportamentais mais Relevantes. Emergem neste bloco temático como categorias as alterações de comunicação, as alterações cognitivas e emocionais, assim como as alterações motoras.

Todas estas alterações dificultam a intervenção dos enfermeiros quando prestam cuidados a doentes que sofreram um TCE. Em relação às alterações de comunicação, Fitzsimmons e Bohan (2011) dizem-nos que as mesmas podem ocorrer sobre três formas, podendo causar no doente dificuldades de expressão, compreensão ou ambas. Estas dificuldades emergem nas narrativas dos participantes como subcategorias referentes à disfasia de expressão, disfasia de compreensão e disfasia global. Também a confusão/desorientação, a alteração do padrão comportamental e a labilidade emocional, subcategorias englobadas na categoria referente às alterações cognitivas e emocionais, dificultam a intervenção dos enfermeiros durante a prestação de cuidados. Como última categoria do bloco temático referente às alterações comportamentais mais relevantes emergem as alterações motoras, sendo que nos discursos dos participantes se percebem as dificuldades encontradas na prestação de cuidados de enfermagem principalmente quando as alterações de comportamento se centram na agressividade, agitação psicomotora, desinibição, deambulação inadequada ou falta de iniciação.

Sendo todas as subcategorias emergentes valorizadas, identificam os participantes do estudo as alterações motoras, ou seja, as que na maior parte das situações implicam comportamentos efetivos por parte dos doentes, como as que carecem de maior intervenção da parte dos profissionais. Esta maior preocupação por parte dos enfermeiros vai de encontro ao que

nos diz uma revisão sobre os encaminhamentos realizados nos EUA para serviços de consulta comportamental, nos quais 90% dos mesmos se devem a comportamentos como agressão, agressão verbal, agressão contra si mesmo, agressão a objetos, comportamento sexualmente inadequado / desinibido, comportamento socialmente inadequado, comportamento repetitivo, falta de iniciação e comportamento errante (Kelly, Todd, Simpson, Kremer, & Martin, 2011).

Considerando-se até ao momento como desafiante prestar cuidados ao doente com alterações comportamentais após TCE, visa o quarto objetivo específico do presente trabalho explorar o impacto das alterações comportamentais dos doentes vítimas de TCE para os enfermeiros. Emergiu o bloco temático Impacto das Alterações Comportamentais no Profissional com categorias referentes às implicações pessoais, implicações profissionais e aos sentimentos na interação com os doentes. Nestas três categorias, a maioria das subcategorias emergiram como tendo um impacto negativo no profissional, existindo somente, englobada na categoria referente aos sentimentos na interação com os doentes, a subcategoria mestria identificada como que havendo uma perceção de controlo por parte dos profissionais, suscetível de ser considerada de maneira a ter um impacto positivo.

Consideradas como tendo um impacto negativo no profissional, temos nas implicações pessoais o desgaste emocional, o questionamento pessoal/existencial e o comprometimento excessivo como subcategorias que despontam das narrativas dos participantes. Nas implicações profissionais, as alterações comportamentais são apreciadas como sendo um obstáculo ao exercício profissional, potenciadoras da alteração da dinâmica e organização de trabalho, uma ameaça à segurança pessoal e por fim fonte da necessidade de questionamento sobre a prática profissional. Aquando a interação com os doentes, os principais sentimentos passam pelo medo e impotência, havendo somente a sensação de mestria e perceção de controlo sido manifestada por alguns participantes como impacto positivo no profissional que interage com doentes com alterações comportamentais após TCE.

Com o intuito de otimizar os cuidados de enfermagem prestados e lidar da melhor forma com as alterações comportamentais que os doentes apresentam, o quinto objetivo específico foi definido de forma a identificar as estratégias que os enfermeiros mais utilizam ao lidar com os doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE. Emergiu o bloco temático referente às Estratégias Utilizadas para Lidar com o Doente com Alterações Comportamentais, que nos permitiu identificar como os enfermeiros intervêm e a forma como adequam os seus cuidados às necessidades dos doentes.

Com o objetivo da promoção da segurança do doente e do profissional, os enfermeiros baseiam as suas ações principalmente em duas modalidades de cuidados, sendo elas tanto a administração de terapêutica farmacológica como a utilização de medidas não farmacológicas. Não sendo aconselhada, a administração de agentes antipsicóticos ou benzodiazepínicos (Oliveira *et al.*, 2012) são das terapêuticas medicamentosas mais utilizadas pelos enfermeiros participantes no estudo com o objetivo de controlar comportamentos desajustados observados nos doentes.

Muito ligada à necessidade de controlo da agressividade e agitação dos doentes, são também utilizadas estratégias não medicamentosas (e.g., camas baixas, grades subidas, imobilização) como forma de proteger tanto doentes como profissionais durante a prática clínica. Ainda dentro das estratégias mais comumente utilizadas emerge a categoria referente às ações promotoras do ambiente familiar/conforto. Nesta categoria os enfermeiros têm em atenção quando prestam cuidados no controlo do ambiente, na comunicação empática com o doente assim como valorizam o apoio familiar para otimizar os resultados que querem atingir, de forma a ultrapassar dificuldades encontradas perante situações em que os doentes apresentam alterações comportamentais após TCE.

Considerando o significado da necessidade de lidar com o doente que apresenta alterações comportamentais após TCE como importante para o bem-estar dos profissionais, identificam-se as estratégias utilizadas como o *coping* realizado pelos mesmos para atingir os melhores resultados possíveis no seu desempenho profissional. Segundo Gomes (2014), a importância que as pessoas dão às situações faz com que sejam necessárias ou não estratégias para lidar com as mesmas. Neste sentido, percebemos que, de forma a evitar situações em que não conseguem lidar com os problemas e *stress* com que se deparam (funcionamento humano negativo) tendem a utilizar estratégias de *coping* ao seu alcance (farmacológicas, não farmacológicas, controlo do ambiente, comunicação empática, apoio familiar) de forma a interagir dinamicamente com as situações com que se deparam e atingir um funcionamento humano positivo que os leve a um estado em que sintam bem-estar e resolução do evento stressante com o qual tiveram que lidar (Gomes, 2014).

Como último objetivo específico procuramos descrever os fatores condicionantes da aquisição de competências e capacitação dos enfermeiros para cuidar dos doentes com alterações comportamentais após TCE. Com o intuito de dar resposta a este objetivo emergiu o bloco temático Contingentes ao Desenvolvimento da Proficiência no Exercício Profissional, onde se enquadram os fatores promotores e as barreiras ao mesmo como categorias dos dados analisados.

Descrevendo os fatores que podem contribuir para a melhoria, aquisição de competências e capacitação dos enfermeiros para cuidar de doentes com alterações comportamentais após TCE, são considerados como fatores promotores a existência de formação específica sobre as alterações comportamentais assim como sobre a fisiopatologia das lesões cranianas. No entanto, na sua maioria, fazem notar os profissionais que muito do seu desenvolvimento no cuidar de doentes com alterações comportamentais após TCE se deveu principalmente à experiência, valorizando por isso mesmo o tempo de serviço no contexto. A importância do tempo de serviço no contexto faz-se notar principalmente nas exposições de enfermeiros que, embora com alguns anos de exercício profissional, ao iniciarem as suas funções no contexto neurocirúrgico, se sentem incapazes de encontrar as melhores estratégias para realizarem os cuidados de enfermagem necessários aos doentes que apresentam alterações comportamentais.

Para além dos fatores promotores, emergem as barreiras como categoria do deste bloco temático, englobando-se nas mesmas as subcategorias referentes à falta de recursos humanos, o *gap* teoria-prática, a falta de formação específica e a falta de treino. Quando abordam as barreiras, os enfermeiros tendem a ressaltar a possibilidade de que com mais recursos humanos talvez fosse possível otimizar os resultados esperados, isto porque os doentes com alterações comportamentais, segundo as narrativas dos participantes, exigem mais disponibilidade de tempo, mais cuidados de enfermagem e também uma maior vigilância comparativamente aos demais doentes. O *gap* teoria-prática é referido por alguns participantes visto que, embora existam estudos sobre quais as medidas a implementar em determinadas situações e a melhor forma de atuar, as mesmas não irão, segundo os mesmos, de encontro com o que é a realidade dos cuidados. Exemplos descritos vão desde a administração medicamentosa e imobilização em casos de agressividade e agitação psicomotora não controlável, que segundo as narrativas dos enfermeiros são consideradas como “primeira linha” por forma a proteger tanto doentes como profissionais de comportamentos desajustados que os doentes apresentam. Em contraponto com a formação sobre alterações comportamentais e o tempo de serviço, surge a falta de formação específica e a falta de treino a lidar com esta tipologia de doentes como barreiras ao desenvolvimento da proficiência no exercício profissional.

Foi realizada ainda neste trabalho de investigação uma abordagem aos enfermeiros com o intuito de os deixar expor quais as vivências que mais os marcaram aquando da presença de doentes com alterações comportamentais após TCE no exercício das suas funções. Emergiu o

bloco temático Vivências Marcantes da Problemática, onde valorizam os enfermeiros tanto as experiências positivas como as negativas.

As experiências positivas prendem-se principalmente com a reversão das alterações comportamentais ou melhoria do quadro clínico global, subcategorias emergentes na categoria. Em relação à categoria relativa às experiências negativas, emergem dados relativos às dificuldades vivenciadas pelos profissionais, como são os casos de situações em que se deparam com agressividade extrema por parte dos doentes, ataque à integridade física ou também em alguns casos ao agravamento do quadro clínico global do doente.

Concretizando uma apreciação global aos principais achados que emergiram do estudo realizado, e indo de encontro tanto ao objetivo geral do trabalho como aos específicos, conseguimos inferir que realmente existem vários fatores que se encontram presentes quando os enfermeiros prestam cuidados ao doente com alterações comportamentais após TCE.

Primeiramente, a necessidade de cuidados específicos de vigilância aos doentes que sofreram um TCE, assim como a sua elevada dependência, fazem com que haja a necessidade de uma grande disponibilidade por parte dos profissionais. Aliada a esses cuidados há ainda a necessidade da realização de ensinamentos e gestão do risco associado a cada doente e patologia.

Consideram também os profissionais que os doentes vítimas de TCE que apresentam alterações comportamentais exigem mais cuidados de enfermagem, muitas vezes passando essas alterações a ser a dimensão central dos cuidados que prestam. Significam, na maioria das vezes, tanto uma ameaça para os doentes como uma fonte de *stress* para os profissionais, sendo que há a necessidade de adequarem os cuidados prestados para otimizar os resultados esperados.

Igualmente, quando presentes, as alterações comportamentais dificultam a interação doente-enfermeiro, prejudicando a relação terapêutica. São casos valorizados e descritos pelos enfermeiros na prática clínica as alterações da comunicação, as alterações cognitivas e emocionais, assim como as alterações motoras.

O impacto das alterações comportamentais é um dos pontos abordados em que mais são expostas as dificuldades sentidas por parte dos participantes no estudo, tanto pessoal como profissionalmente. O desgaste emocional, o questionamento pessoal/existencial, o comprometimento excessivo são as implicações pessoais mais consideradas, havendo ainda implicações profissionais emergentes, como são o obstáculo ao exercício profissional, a alteração da dinâmica e organização de trabalho, a ameaça à segurança pessoal e o questionamento sobre

a prática profissional, aliada ainda a sentimentos de receio/medo e impotência na interação com os doentes.

Com o descrito até aqui, percebe-se que todos os cuidados de enfermagem prestados são valorizados pelos enfermeiros, no entanto, é transmitida a ideia de que os doentes com alterações comportamentais após TCE se perspetivam como dependentes de mais cuidados de enfermagem e trazem também mais desafios e dificuldades para os enfermeiros no exercício profissional.

Nesse sentido, descrevem os enfermeiros que para otimizar os resultados esperados em saúde, utilizam variadas estratégias para ultrapassar as dificuldades supracitadas. O controlo do ambiente, a comunicação empática e o apoio familiar são algumas das estratégias utilizadas, sendo que, quando as mesmas não surtem o efeito desejado, são utilizadas ainda intervenções farmacológicas e não farmacológicas efetivas de forma a que seja realizado um *coping* que permita o estabelecimento da resolução das situações stressantes com que se deparam e a manutenção do bem-estar do profissional.

Por último, consideram os participantes no estudo importantes para a melhoria, aquisição de competências e capacitação dos enfermeiros a formação sobre as alterações comportamentais, formação sobre fisiopatologia e o tempo de serviço como essenciais, de forma a diminuir as barreiras que emergem, como são o caso da falta de recursos humanos, falta de formação específica e a falta de treino - que só poderá ser realizada com a interação com os doentes - , associada também à dificuldade de adequar a teoria à prática quando se presta cuidados de enfermagem a estes doente.

6.2. Implicações Futuras e Limitações

Tendo como base o pensamento do presente trabalho, que nos diz que *“o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006), percebemos que na procura de mais e melhores conhecimentos, a enfermagem vai alicerçando cada vez mais as suas raízes, desenvolvendo-se como disciplina, ciência e profissão.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), as cada vez mais complexas problemáticas de saúde com que os enfermeiros se deparam, assim como a exigência de padrões de qualidade também eles mais rigorosos, coloca o enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em

situação crítica como uma mais valia para a implementação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade.

Este estudo permitiu explorar os fatores presentes na intervenção dos enfermeiros no cuidado ao doente com alterações comportamentais após TCE. Entre os dados emergentes, sobressaíram principalmente exposições relativas ao que se passa no “dia-a-dia” dos enfermeiros, enriquecendo por isso o trabalho com vivências experienciadas pelos participantes.

Não havendo forma fácil de definir a excelência dos cuidados prestados (Phaneuf, 2005), os enfermeiros, adaptando-se à exigência com que se deparam, vão fazendo muitas das vezes mais com menos. Não obstante, podemos inferir e sugerir algumas estratégias que, após análise dos dados extraídos aquando das entrevistas aos participantes no estudo, contribuiriam para a prática da enfermagem e otimização dos resultados em saúde.

Em primeiro lugar, desponta a ideia de que os doentes que sofreram um TCE, assim como os que apresentam alterações comportamentais após esse evento, exigem mais disponibilidade de tempo por parte dos profissionais. Infere-se a necessidade de, como medida de otimização e melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, quando os enfermeiros tivessem esses doentes ao seu cuidado os rácios fossem ajustados às necessidades efetivas dos doentes.

Na mesma linha de pensamento, é valorizado que doentes com alterações comportamentais beneficiam com a maior presença, quer de familiares, quer de pessoal assistencial, pois a mesma os deixa mais calmos e recetivos aos cuidados que são necessários. Esta presença durante mais tempo com os doentes é importante porque diminui a necessidade de utilização de medidas farmacológicas ou não farmacológicas referidas pelos participantes para controlar determinados comportamentos (e.g., antipsicóticos, benzodiazepinas, imobilização), sendo por isso fator essencial para a reabilitação psicomotora dos doentes e consequente melhoria dos *outcomes* futuros (Oliveira *et al.*, 2012).

De referir ainda a formação específica sobre as alterações comportamentais assim como sobre a fisiopatologia das lesões cranianas como fundamental para que os enfermeiros tenham os conhecimentos necessários para desempenhar as suas funções. Como nos diz Watson (2002), a enfermagem deve evoluir assente na pesquisa de conhecimento científico e sua aplicabilidade na prática. Os enfermeiros devem, por isso, tanto ter a possibilidade de frequentar sessões de formação adequadas às suas necessidades como a proatividade de procurar esses conhecimentos. Sugere-se a implementação dessas formações a todos os profissionais de enfermagem que cuidam de doentes que sofreram um TCE.

Sendo distinguido pelos enfermeiros como essencial, o tempo de serviço no contexto permite aos enfermeiros encontrar as melhores estratégias para lidar com os doentes que apresentam alterações comportamentais após TCE. Segundo Benner (2001), o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro passa por cinco estádios, sendo que, no último, o enfermeiro é considerado como perito pois é autónomo e seguro nas suas intervenções, tendo no mínimo cinco anos de experiência num contexto específico. Pelo que nos é narrado e o descrito na literatura, percebe-se a importância de uma equipa estável em que os enfermeiros tenham a possibilidade de permanecer no serviço de neurocirurgia até serem desenvolvidas todas as competências necessárias para o exercício das suas funções com a máxima qualidade (Ponsford *et al.*, 2014).

No sentido do descrito anteriormente, e havendo da parte dos profissionais de enfermagem dificuldades, tanto em termos de conhecimento sobre as alterações comportamentais como da forma de lidar com as mesmas, ainda mais essas dificuldades são passíveis de ser sentidas pelos familiares e cuidadores que necessitam de prestar cuidados a doentes com alterações comportamentais após TCE. Sugere-se a implementação de um projeto que permita a partilha de conhecimentos adquiridos com as famílias e cuidadores, de forma a preparar a alta clínica adequadamente e otimizar os cuidados prestados aquando do regresso a casa.

Por último, embora sem intervenção direta dos cuidados de enfermagem, mas com inegável influência nos mesmos, está a necessidade de encaminhamento de doentes para outros profissionais de saúde. Quando têm ao seu cuidado doentes com alterações comportamentais após TCE, os enfermeiros devem estar despertos para a possibilidade de encaminhamento para profissionais adequados (e.g., psicólogos, neuropsicólogos) (Gordon *et al.*, 2006), com vista a otimização do estado de saúde dos doentes. Esta possibilidade de encaminhamento deve ser oferecida aos enfermeiros, pois são eles que mais tempo disponibilizam aos doentes, tendo a noção exata das suas necessidades.

Sendo este um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa e no qual foi abordado somente um serviço de internamento de neurocirurgia, o contributo para a prática da enfermagem cinge-se ao local onde o mesmo foi realizado. Isto acontece, pois, noutros contextos, os resultados poderiam ter sido diferentes, não sendo por isso possível generalizá-los. Outra limitação para a realização do estudo foi o cumprimento de prazos tendo em conta a articulação

das várias etapas do processo de investigação, muitas das vezes devido ao nosso exercício profissional.

6.3. Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo de investigação iniciou-se pela inquietação em relação à temática das alterações comportamentais após TCE, que causam no profissional de enfermagem desafios durante a sua prática clínica. Muitas vezes, o tempo de experiência profissional leva os enfermeiros a considerar determinadas situações como normais, generalizando os cuidados de enfermagem prestados.

Ao enquadrar teoricamente o trabalho, percebemos a complexidade do tema e a multiplicidade de cuidados de enfermagem que os doentes podem necessitar quando sofrem um TCE, assim como quando apresentam alterações comportamentais após esse evento.

Este estudo foi desenvolvido num serviço de internamento visto que, sendo o doente vítima de TCE uma *“pessoa em situação crítica”*, a possibilidade de encontrar casos em que fosse possível por parte dos profissionais de enfermagem expor as suas experiências relativamente às alterações comportamentais após TCE era mais provável. O enfermeiro, durante o internamento, é o profissional de saúde mais próximo e presente no processo de transição saúde/doença, sendo por isso também ele quem mais lida com os doentes que apresentam alterações comportamentais. O aprofundamento da temática permitiu perceber quais os fatores que se encontram presentes durante os cuidados de enfermagem prestados, e em específico foram identificadas dificuldades valorizadas pelos enfermeiros durante o seu exercício profissional.

Dos dados emergentes, identificamos quais os cuidados de enfermagem ao doente vítima de TCE que os enfermeiros mais valorizam, compreendemos a importância das alterações comportamentais após TCE para os enfermeiros, percebemos qual o real impacto que as alterações comportamentais existentes nos doentes têm nos enfermeiros e compreendemos a importância que é atribuída às mesmas.

Ainda foram possíveis identificar as estratégias que os enfermeiros mais utilizam ao lidar com doentes com alterações comportamentais após TCE e descrever os fatores contributivos para a aquisição de competências e capacitação dos enfermeiros para cuidar destes doentes.

Acreditamos que, com os contributos partilhados durante todo o processo investigativo, se possa - no contexto onde se realizou o estudo - orientar uma prática de cuidados de enfermagem

que vá ainda mais ao encontro das necessidades dos doentes vítimas de TCE e que apresentam alterações comportamentais. O foco deve ser colocado na otimização, abrangência e consciencialização de todos os enfermeiros para que se trabalhe permanentemente em prol da melhoria contínua dos *outcomes* dos doentes e suas famílias.

Recomendamos ainda a utilização dos dados emergentes do presente trabalho em serviços de internamento neurocirúrgico que os considerem relevantes. Também seria importante que fossem realizados estudos futuros com o intuito do desenvolvimento dos conhecimentos relativos às alterações comportamentais após TCE e, principalmente, sobre como os enfermeiros intervêm no seu exercício profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albicini, M., & MCKinlay, A. (2015). Internalizing disorders in adults with a history of childhood traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(7), 776-784.
- Alderman, N. (2007). Prevalence, characteristics and causes of aggressive behaviour observed within a neurobehavioural rehabilitation services: Predictors and implications for management. *Brain Injury*, 21(9),891-911.
- Amorim, C., Menezes-Júnior, J., Alves, T., Araújo, D., Gúzen, F., & Cavalcanti, J. (2013). Avaliação Neurológica Realizada por Enfermeiros em Vítimas de Traumatismo Cranioencefálico. *Revista Neurociências*, 21(04), 520–524.
- Ashworth, P. (1990). High technology ad humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, 6, 150-160.
- Baguley, I.J., Cooper, J., & Felmingham, K. (2006). Aggressive behavior following traumatic brain injury: how common is common? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(1), 45–56.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belanger, H. G., King-Kallimanis, B., Nelson, A.L., Schonfeld, L., Scott, S.G., & Vanderploeg, R.D. (2008). Characterizing wandering behaviors in persons with traumatic brain injury residing in veterans health administration nursing homes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(2), 244-250.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and intervention in acute and critical care: A thinking–in-action approach*. (2nd Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bogner, J., & Shannon, T. (2016). 36 – Behavioral impairment: Recognition and management. In F.S. Zollman (Second Edition), *Manual of traumatic brain injury: Assessment and Management* (279-288). New York: demosMedical.

- Bogner, J., Barrett, R.S., Hammond, F.M., Horn, S.D., Corrigan, J.D., Rosenthal, J., Beaulieu, C.L., Waszkiewicz, M., Shea, T., Reddin, C.J., Cullen, N., Giuffrida, C.G., Young, J., & Garmoe, W. (2015). Predictors of agitated behavior during inpatient rehabilitation for traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8 suppl): S274–S281.e4.
- Bond, A.E., Draeger, C.R., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury. Implications for evidence-based practice. *Critical Care Nurse*, 23(4), 63-72.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Buchaman, R. J., Wang, S., & Huang, C. (2003). Profiles of nursing home residents with traumatic brain injury using the minimum data set. *Brain Injury*, 17(6), 507-523.
- Chang, B.S., & Lowenstein DH; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology (2003). Practice parameter: antiepileptic drug prophylaxis in severe traumatic brain injury: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 60(1), 10-16.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. Boulder, CO: Aspen Publication.
- Clinchot, D.M., Bogner, J., Mysiw, W.J., Fugate, L., & Corrigan J. (1998). Defining sleep disturbance after brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77(4), 291-295.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Connolly, S., Caldwell, S.B., & Wilson, C. (2013). Maintaining community living with post brain injury agitation: A role for sodium valproate. *Brain Injury*. 27(6), 754-757.
- Connolly, S., Caldwell, S.B., & Wilson, C. (2013). Maintaining community living with post brain injury agitation: A role for sodium valproate. *Brain Injury*, 27(6), 754-757.
- Conway, J., Schaub, C., & Yody, B.B. (1999). Behavior adjustments in traumatic brain injury: A case study. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 10(3), 43-47.
- Corbani, N. M. de S., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349–354.

- Coutinho, C.P. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática (2.ª Edição)*. Coimbra: Almedina.
- Cox, T. (1985). *Stress*. New York: Macmillan.
- Cunha, B., Costa, D., & Mota, J. (2012). Estudo Epidemiológico de Incidência e Mortalidade por Traumatismo Crânio-Encefálico na População Portuguesa. Universidade Católica Portuguesa – Faculdade Engenharia Epidemiologia e Saúde Pública. Sintra. Acedido 18-04-2016. Disponível em <http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2013/04/Relat%C3%B3rio-ESP.pdf>
- Deb, S., Lyons, I., & Koutzoukis, C. (1999). Neurobehavioural symptoms one year after a head injury. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 360–365.
- Dobscha, S.K., Clark, M.E., Morasco, B.J., Freeman, M., Campbell, R., & Helfand, M. (2009). Systematic review of the literature on pain in patients with polytrauma including traumatic brain injury. *Pain Medicine*, 10(7), 1200-1217.
- Donahue, M. (1985). *Historia de la enfermeria*. St. Louis: Mosby.
- Donders, J., & Warschausky, S. (2007). Neurobehavioural outcomes after early versus late childhood traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22, 296–302.
- Dubouloz, C.-J. (2003). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin, *Processo de investigação: Da conceção à realização* (3a ed., cap. 19, 305-320). Loures: Lusociência.
- Eastwood, E.A., & Schechtman, J. (1999). Direct observation nursing: Adverse patient behaviors and functional outcomes. *Nursing Economics*, 17(2), 96-102.
- Fitzsimmons, B., & Bohan, E. (2011). Capítulo 35 – Distúrbios Neurológicos e Neurocirúrgicos Comuns. In P.G. Morton, & Fontaine (Nona Edição), *Cuidados críticos de enfermagem: Uma abordagem holística* (851-872). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fleminger, S. (2011). 38 – Behavioral Impairment: Recognition and management. In F.S. Zollman, *Manual of traumatic brain injury: Management* (248-255). New York: demosMedical.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gennarelli, T. (1983). Cerebral concussion and diffuse brain injuries. In P. Cooper, *Head Injury* (137). Philadelphia: Williams & Wilkins.

- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Golden, C.J., Driskell, L.D., & Lashley, L.K. (2016). *The intercorrelation of traumatic brain Injury and PTSD in neuropsychological evaluations*. Fort Lauderdale: Springer Briefs in Psychology.
- Gomes, A. R. (2014). Positive human functioning in stress situations: An interactive proposal. In A.R. Gomes, R. Resende, & A. Albuquerque, *Positive human functioning from a multidimensional perspective: Promoting stress adaptation* (Vol. 1, 165-194). New York: Nova Science.
- Gomes, A.R. (2017). Adaptação Humana ao Stress em Contextos Desportivos: Teoria, Avaliação, Investigação e Intervenção. *Motricidade, 13*(1), 3-18.
- Gordon, W.A., Zafonte, R., Cicerone, K., Cantor, J., Brown, M., Lombard, L., Goldsmith, R., & Chandna, T. (2006). Traumatic brain injury rehabilitation: State of the science. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 85*(4), 343-382.
- Guyot, L.L., & Michael, D.B. (2000). Post-traumatic hydrocephalus. *Neurological Research, 22*(1), 25-28.
- Hawley, C. A., Ward, A. B., Long, J., Owen, D. W., & Magnay, A. R. (2003). Prevalence of traumatic brain injury amongst children admitted to hospital in one health district: A population-based study. *Injury, 34*, 256–260.
- Kelly, G., & Simpson, G. (2011). Remediating serious inappropriate sexual behavior in a male with severe acquired brain injury. *Journal of Sexuality and Disability, 29*(4), 313-327.
- Kelly, G., Todd, J., Simpson, G., Kremer, P., & Martin, C. (2006). The overt behavior scale (OBS): a tool for measuring challenging behaviors following ABL in community settings. *Brain Injury, 20*(3), 307–319.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona : Masson.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S. A..
- Langlois, J., Rutland-Brown, W., & Thomas, K. (2006). *Traumatic brain injury in the United States: Emergency department visits, hospitalizations, and deaths*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Springer.
- Lezak, M.D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(7), 592–598.
- Lombard, L.A., & Zafonte, R.D. (2005). Agitation after traumatic brain injury: Considerations and treatment options. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 84(10), 797–812.
- Lopes, M., (1998). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica 2000, 26-59.
- Lopez, A.D., & Murray, C.C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.
- Masson, F., Maurette, P., Salmi, L.R., Dartigues, J.F., Vecsey, J., Destailats, J.M., & Erny, P. (1996). Prevalence of impairments 5 years after a head injury, and their relationship with disabilities and outcome. *Brain Injury*, 10, 487–497.
- McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: Development & progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1). 12-28.
- Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2015). *A saúde dos Portugueses. Perspectiva 2015*. Lisboa: DGS.
- Morais, C. M. F. (2012). *Matrizes conceituais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- National Institute on Disability and Rehabilitation Research (2010). *The Traumatic Brain Injury Model Systems*. Acedido 01-07-2018. Disponível em <https://www.tbndsc.org>
- NIH Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury (1999). Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. *The Journal of American Medical Association*, 282(10), 974-83.

- Nott, M.T., Chapparo, C., & Baguley, I.J. (2006). Agitation following traumatic brain injury: An Australian sample. *Brain Injury*, 20(11), 1175-1182.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, E., Lavrador, J.P., Santos, M.M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192.
- Ooijen, E. V. (2003). *Clinical Supervision Made Easy*. London: Churchill Livingstone.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D.F., Beck C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ponsford, J., Janzen, S., McIntyre, A., Bayley, M., Velikonja, D., & Tate, R.; INCOG Expert Panel (2014). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part 1: post-traumatic amnesia/delirium. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(4), 307-320.
- Regulamento n° 124/2011, de 18 de fevereiro. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 35. Série II.
- Reilly, P., & Bullock, R. (2005). *Head injury: Pathophysiology and management*. London: Hodder Arnold.
- Rutland-Brown, W., Langlois, J.A., Thomas, K.E., & Xi, Y.L. (2006). Incidence of traumatic brain injury in the United States, 2003. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(6), 544-548.

- Sabez, M., Simpson, G., Walker, A., Rogers, J.M., Gillis, I., & Strettles, B. (2014). Prevalence, comorbidities, and correlates of challenging behavior among community-dwelling adults with severe traumatic brain injury: a multicenter study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 29*(2), 19–30.
- Santos, M.E., De Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 16*(2), 71-76.
- Schwartz, L. (2003). Long-term behavior problems following pediatric traumatic brain injury: Prevalence, predictors and correlates. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(4), 251–263.
- Silver, J.M., McAllister, T.W., & Arciniegas, D.B. (2009). Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 166*(6), 653-661.
- Silver, J.M., Yudofsky, S.C., & Hales, R.E. (1994). *Neuropsychiatry of traumatic brain injury*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 313–353.
- Soares, I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca. Contributos para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa.
- Solomon, S. (2001). Posttraumatic headache. *Medicine Clinics of North America, 85*(4), 987-996, vii-viii.
- Sonnenberg, L. K., Dupuis, A., & Rumney, P. G. (2010). Pre-school traumatic brain injury and its impact on social development at 8 years of age. *Brain Injury, 24*(7–8), 1003–1007.
- Souza, M. D. L. De, Sartor, V. V. D. B., Padilha, M. I. C. D. S., & Prado, M. L. Do. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem, 14*(2), 266–270.
- Stéfan, A., & Mathé, J.F.; SOFMER group (2015). What are the disruptive symptoms of behavioral disorders after traumatic brain injury? A systematic review leading to recommendations for good practices. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 59*(1), 5-17.
- Stocchetti, N., Colombo, A., Ortolano, F., Videtta, W., Marchesi, R., Longhi, L., & Zanier, E. R. (2007). Time course of intracranial hypertension after traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma, 24*(8), 1339-1346.
- Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadei, F., & Kraus, J. (2006). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica (Wien), 148*(3), 255-268.
- Tassé, M.J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science, 42*, 62–69.

- Tateno, A., Jorge, R.E., & Robinson, R.G. (2003). Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry*, *15*(2), 155-60.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, *2*(7872), 81-84.
- Terre, R., & Mearin, F. (2009). Evolution of tracheal aspiration in severe traumatic brain injury-related oropharyngeal dysphagia: 1-year longitudinal follow-up study. *Neurogastroenterology & Motility*, *21*(4), 361-369.
- Thurman, D.J. (2001). Epidemiology and economics of head trauma. In L. Miler, & R. Hayes, *Head trauma: Basic, preclinical, and clinical directions* (1193-1202). New York: Wiley & Sons.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas da enfermagem e sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos, diagnósticos intervenções*. Loures: Lusodidacta.
- Waldow, V. (2006). *Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes.
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *ACTA Paulista de Enfermagem*, *24*(3), 414–418.
- Warden, D.L., Gordon, B., McAllister, T.W., Silver, J.M., Barth, J.T., Bruns, J., Drake, A., Gentry, T., Jagoda, A., Katz, D.I., Labbate, L.A., Ryan, L.M., Sparling, M.B., Walters, B., Whyte, J., Zapata, A., & Zitnay, G.; Neurobehavioral Guidelines Working Group (2006). Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, *23*(10), 1468–1501.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Whyte, J., Katz, D., Long, D., DiPasquale, M.C., Polansky, M., Kalmar, K., Giacino, J., Childs, N., Mercer, W., Novak, P., Maurer, P., & Eifert, B. (2005). Predictors of outcome in prolonged posttraumatic disorders of consciousness and assessment of medication effects: a multicenter study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *86*(3), 453-462.
- Winn, H.R., Bullock, M., Hovda, D., Schouten, J., Maas, A., *et al.* (2011a). Chapter 323 – Epidemiology of traumatic brain injury. In H.R. Winn (6th Edition), *Youmans neurological surgery* (Vol. 4, 3270-3275). New York: Elsevier Saunders.

- Winn, H.R., Bullock, M., Hovda, D., Shahlaie, K., Zwienenberg-Lee, M., Muizelaar, J., *et al.* (2011b). Chapter 331 – Clinical pathophysiology of traumatic brain injury. In H.R. Winn (6th Edition), *Youmans neurological surgery* (Vol. 4, 3362-3379). New York: Elsevier Saunders.
- Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coehlo, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, M.M., & Avery, J. (2007). Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain Injury*, *21*(8), 769–805.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7*(3), 25–32.
- Zimmerman, R.A., & Bilaniuk, L.T. (1982). Computed tomographic staging of traumatic epidural bleeding. *Radiology*, *144*(84), 809-812.
- Zink, E. (2011). Capítulo 36 - Lesões Cranianas. In P.G. Morton, & D.K. Fontaine (Nona Edição), *Cuidados críticos de enfermagem: Uma abordagem holística* (851-872). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de Consentimento Informado

ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe for feita, queira assinar este documento.

Eu, **Tiago Daniel Vilaça de Oliveira**, aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em parceria com a Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a vossa prestigiada colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “*Fatores Presentes na Intervenção dos Enfermeiros no Cuidado ao Doente com Alterações Comportamentais Após Traumatismo Crânio Encefálico: Estudo numa Unidade de Cuidados de Neurocirurgia*”.

O TCE ocorre então quando uma força externa causa disfunção no cérebro, podendo ser resultado de impacto violento na cabeça ou no corpo, assim como perfuração. Quando leves poderão trazer disfunção temporária e quando mais graves podem levar a alterações quer físicas quer cognitivas e mentais a longo termo.

A nível das alterações cognitivas e mentais, os sintomas podem aparecer imediatamente após o traumatismo ou somente passado algum período de tempo, embora a lesão já esteja presente anteriormente. São alguns desses sintomas a perda de memória ou concentração, mudanças de humor, ansiedade e depressão, confusão profunda, agitação ou comportamentos incomuns, discurso arrastado ou alterações de consciência e coma (Mayo Clinic, 2016).

As alterações comportamentais podem existir quando o comportamento da pessoa é desviante, inaceitável ou perigoso comparado com o que seria considerado normal num grupo ou numa comunidade em que as pessoas têm os mesmos valores e cultura (Stéfan & Mathé, 2015).

As alterações comportamentais são comuns após traumatismo crânio encefálico e afetam em média 62% das pessoas depois do 1º ano do acontecimento, estando muitas vezes presentes ainda após 5 anos do trauma (Deb *et al.*, 1999; Masson *et al.*, 1996).

Perante o exposto é intuito deste projeto abordar a temática tendo como fim a perceção de aspetos relacionados com a mesma, especificamente neste Serviço de Internamento de Neurocirurgia.

Mais, se acrescenta que não serão revelados dados pessoais mantendo por isso o anonimato e confidencialidade de qualquer dado recolhido e que estes serão apenas utilizadas para fim de estudo, não havendo como tal registo de dados de identificação.

Esta entrevista será gravada em formato áudio, sendo posteriormente transcrita pelo investigador e validada pelo participante. Os dados extraídos serão utilizados durante a elaboração do presente projeto de investigação e eliminados após o término do mesmo.

É livre para abandonar o estudo a qualquer momento e, portanto, a sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os seus pares e/ou outros profissionais ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Mais, informo, que o estudo teve o parecer favorável quer da Comissão Científica e Pedagógica, quer da Comissão Mista do referido Mestrado.

Os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver, no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me (Tiago Daniel Vilaça de Oliveira, investigador principal do estudo e aluno de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, . Disponibilizo os meus contactos: Telem: xxxxxxxx ou email: xxxxxxxxxxxxxx@xxxxxxxxx).

Muito Obrigado pela sua colaboração,

Braga, 2018

(Tiago Daniel Vilaça de Oliveira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações verbais que me foram fornecidas pela (s) pessoa (s) que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Comprometo-me ainda assegurar a veracidade dos dados que irei transmitir.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nota: Este documento é composto por 3 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador /a, outra para a pessoa que consente.

APÊNDICE B – Guião de Entrevista

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO MINHO/UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Código:

Dados Sociodemográficos

_Sexo: Masculino

Feminino

Idade: _____

Estado Civil: _____

Habilitação Académicas: _____

Habilitações Profissionais: _____

Tempo de Experiência Profissional: _____

Tempo de Experiência Profissional Serviço Neurocirúrgico: _____

Número de locais de trabalho: Um

Dois ou mais

Guião de Entrevista

1. Como descreve os principais cuidados de enfermagem que presta aos doentes após traumatismo crânio encefálico? Fale-me sobre esses cuidados.
2. O que pensa sobre os comportamentos dos doentes após traumatismo crânio encefálico?
3. Que significado atribui às alterações comportamentais que verifica nos doentes após traumatismo crânio encefálico?
4. Quais as implicações pessoais e profissionais dessas alterações comportamentais? Fale-me da sua vivência pessoal.
5. Como descreve as alterações comportamentais que são mais relevantes para si?
6. Como se sente ao lidar com essas alterações comportamentais no doente?
7. Que estratégias costuma utilizar aquando da prestação de cuidados para lidar com essas alterações comportamentais no doente com traumatismo crânio encefálico?
8. Na sua opinião, que fatores contribuem ou poderão contribuir para a aquisição de competências e capacitação dos enfermeiros para o cuidado a estes doentes e seus familiares, tendo em vista uma melhoria do *outcome* do doente?
9. Se já vivenciou alguma situação em que verificou alterações comportamentais em doentes após traumatismo crânio encefálico, fale-me de uma que mais o/a tenha marcado e como atuou com o doente/família.