



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A Pessoa com Traumatismo Crânio-Encefálico:
uma abordagem de enfermagem especializada**

Vanda Filipa Dias Santos

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A Pessoa com Traumatismo Crânio-Encefálico:
uma abordagem de enfermagem especializada**

Vanda Filipa Dias Santos

Orientador: Professora Carla Nascimento

2012



Agradecimentos

Agradeço à minha família e amigos o apoio e suporte!
Agradeço à Professora Carla Nascimento pelo que me fez crescer e pela competência
com que me acompanhou ao longo desta etapa!
Agradeço aos orientadores de estágio pelos momentos de aprendizagem
e por me terem feito sentir como parte da equipa !

A todos, o meu muito obrigado

“O que temos feito por nós mesmos morre connosco;
o que temos feito pelos outros e pelo mundo
permanece e é imortal.”

Alberto Pike

RESUMO

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) consiste numa agressão ao cérebro causada por uma força física externa. Pode condicionar, de forma temporária ou definitiva, as funções cognitivas, físicas ou psicossociais, estando associado ou não a alteração ou diminuição do estado de consciência. É um tipo de lesão responsável por uma elevada taxa de mortalidade e morbidade, com elevados custos sociais.

A minha preocupação pela abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE emerge da minha experiência profissional em UCI, com incidência de casos elevada. Estes doentes exigem um atendimento imediato e adaptado, preponderante ao bom prognóstico neurológico. A falta de uma abordagem de enfermagem sistematizada, a não uniformização dos cuidados a desenvolver à Pessoa com TCE, gera insegurança, desconforto e insatisfação no seio da equipa.

Deste modo, proponho a implementação de um protocolo de abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE grave. De modo a dar resposta a esta finalidade realizei estágios em contextos reconhecidos na prestação de cuidados à Pessoa com TCE. A passagem por tais contextos teve também como propósito a aquisição e desenvolvimento de competências específicas no cuidar da Pessoa com TCE, uma vez que é uma área onde o enfermeiro pode contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados, não só pela implementação de medidas rigorosas de tratamento mas também pelo saber reconhecer e prevenir complicações.

A suportar teoricamente o meu estágio, optei pela Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Palavras- chave: Traumatismo crânio-encefálico; Cuidados de enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos; Família

ABSTRACT

Traumatic brain injury (TBI) consists on an aggression to the brain caused by a physical external action. It may temporarily or permanently condition the cognitive, physical or psychosocial functions and may or may not be associated with a change or decrease of the consciousness state. It is a type of lesion responsible for a high mortality and morbidity rate with high social costs.

My concern with the approach of nursing to the individual with TBI derives from my own professional experience in ICU, where the incidence of such cases is high. These patients demand an immediate and adapted assistance, essential for a good neurologic prognosis. The absence of a systemized nursing approach and the non-standardization of the assistance towards the individual with TBI lead to insecurity, discomfort and dissatisfaction within the team.

Therefore, I propose the implementation of a protocol of nursing approach of the individual with serious TBI. In order to fulfill this end I attended internships in environments acknowledged in the provision of assistance towards the individual with TBI. Being in those environments also served the purpose of acquisition and development of specific competences on how to care for the individual with TBI, since it is an area where a nurse can significantly contribute to the quality of the assistance, both in the implementation of strict treatment measures and in knowing how to recognize and prevent complications.

To theoretically support my internship I opted for the Theory of Transitions of Afaf Meleis.

Keywords: Traumatic brain Injury; Nursing care; Intensive Care Unit; Family

INDÍCE

Págs.

INTRODUÇÃO.....	10
1. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: UM CAMPO ESPECIALIZADO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.....	13
1.1- O TCE como um problema de saúde.....	13
1.2- O enfermeiro na abordagem à Pessoa com TCE.....	14
1.3- Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis na Pessoa com TCE.....	17
2. PERCURSO DESENVOLVIDO.....	20
2.1- Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgica.....	21
2.2- Serviço de Urgência Geral.....	30
2.3- Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	40
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de sessão e apresentação da formação : " Cuidar da Pessoa com TCE grave" na UCI Neurocirúrgica

Apêndice II - Plano de sessão e póster: " Traumatismo Crânio Encefálico - Abordagem à Pessoa com TCE" na Urgência Geral

Apêndice III - Folheto informativo para a família da Pessoa com TCE na UCI Polivalente

Apêndice IV - Questionário de diagnóstico de situação na UCI Polivalente

Apêndice V - Proposta de Programa de Curso de Trauma a realizar na UCI Polivalente

Apêndice Vi - Plano de sessão e apresentação da formação na UCI Polivalente - Resultados dos questionários e protocolo de abordagem à Pessoa com TCE grave

Apêndice VII - Protocolo de Abordagem de Enfermagem à Pessoa com TCE grave na UCI Polivalente

INDÍCE DE TABELAS

Págs

Quadro nº1	Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/família com TCE no Serviço de UCI Neurocirúrgica.....	22
Quadro nº2	Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE no Serviço UCI Neurocirúrgica	27
Quadro nº3	Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE no Serviço de Urgência Central.....	31
Quadro nº4	Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE no Serviço de Urgência Central.....	36
Quadro nº5	Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE no Serviço de UCI Polivalente.....	40
Quadro nº6	Implementar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE na UCI Polivalente.....	44

ABREVIATURAS

ATLS- Advanced Trauma Life Suport

AANN- American Association Neurosurgery Nurses

AANS- American Association Neurosurgical Surgeons

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIC- Pressão intracraniana

PPC- Pressão de Perfusão Cerebral

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV- Suporte Avançado de Vida

SUC- Serviço de Urgência Central

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório pretende dar a conhecer o percurso de estágio desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Desde já, parece-me importante relembrar algumas das muitas definições de relatório, sendo este “ a exposição escrita na qual se descrevem factos verificados mediante pesquisas, objetivos ou experiências “ (Strauven,1994:42). Um relatório pressupõe um culminar de um trabalho anteriormente projetado, neste caso em particular, partindo de nós próprios, da nossa experiência, da consciência das nossas necessidades e no qual me proponho a uma “ autoanálise e autocrítica do desempenho, favorecendo o progresso do avaliado e supondo alterações nas suas atitudes de acordo com as necessidades e interesses” (Ferreira, 1999:45).

Assim, neste documento pretendo dar a conhecer o produto resultante do meu estágio realizado durante um semestre (10 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012), em diferentes contextos de saúde com a duração de 750 horas.

A minha preocupação pela abordagem à Pessoa com TCE advém particularmente da minha realidade profissional. O Hospital onde atualmente exerço funções, dá resposta ao nível de cuidados médicos de médio e alto risco a toda uma vasta população, sendo o meu contexto de trabalho, UCI, uma unidade polivalente com capacidade de admitir doentes do foro médico, do foro cirúrgico ou mesmo grandes politraumatizados. De acordo com as estatísticas do serviço, no ano de 2009, 8,1% dos internamentos deviam-se a doentes politraumatizados, tendo tido esta realidade um aumento considerável em 2010, concretamente de 15,1%, e no ano de 2011 a incidência passou a ser de 22,7%. Estes doentes são um desafio diário para a equipa multidisciplinar, exigindo uma atuação imediata e adequada preponderante ao bom prognóstico neurológico. Destes doentes, e justificado pelo elevado número de casos, limitei ainda a minha intervenção deste estágio à Pessoa com TCE.

A falta de um protocolo de atuação sistematizada de enfermagem, ou mesmo em conjunto com a equipa médica, ou a não uniformização dos cuidados de enfermagem, geram receios e inseguranças no seio da equipa, podendo tal realidade ser diminuída através de uma abordagem sistematizada com contributo para a qualidade dos cuidados de saúde à Pessoa com TCE.

Assim, o percurso por mim realizado teve como finalidade a implementação de um protocolo de abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE, numa UCI.

De modo a dar resposta a esta finalidade, realizei estágio em serviços reconhecidos na prestação de cuidados a Pessoas com TCE. Primeiramente, UCI Neurocirúrgica, um serviço especializado na área em estudo que tem como finalidade o tratamento da Pessoa em estado crítico, por doença aguda ou por traumatismo, fornecendo vários subsídios na área da Pessoa com TCE. Num serviço de urgência central com uma elevada casuística em trauma, recebendo muitos doentes em situação crítica e, por essa razão, possibilitando o contato com uma abordagem inicial ao doente politraumatizado com TCE. Por último, no meu próprio contexto de trabalho. A passagem por estes diferentes contextos teve como propósito a aquisição e desenvolvimento de competências específicas no cuidar da Pessoa com TCE de modo a atingir o nível de perita, adquirindo “(...) uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento” (Benner,1996:8).

Os estágios foram delineados de acordo com o referencial da Ordem dos Enfermeiros (2010), em que os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica requerem uma observação e colheita de dados sistematizados de modo a prever e detetar precocemente possíveis complicações, procurando assegurar uma intervenção de enfermagem precisa, concreta e eficiente, visando a recuperação máxima do doente. Acrescentando ao enquadramento normativo da profissão, as orientações das competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), bem como os Descritores de Dublin (2000). Perante este conjunto de intenções, foram definidos como objetivos :

- Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE em contexto de UCI/ Urgência;
- Implementar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE na UCI.

Para dar resposta a estes objetivos de estágio, as competências a desenvolver na realização deste estágio foram:

- Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, neste caso concreto, à Pessoa com TCE, numa perspetiva holística, respeitando valores e normas deontológicas;
- Gerir a efetivação de protocolos terapêuticos complexos à Pessoa com TCE;

- Realizar uma gestão diferenciada da dor (indicador com impacto direto na estabilidade do doente) e do bem-estar da Pessoa com TCE otimizando as respostas do doente;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a Pessoa com TCE e família na vivência de situação crítica;
- Gerir a relação terapêutica com a Pessoa com TCE e família, na vivência de situação crítica.

O presente relatório obedece à seguinte estrutura: quadro teórico, percurso desenvolvido e considerações finais. Com o enquadramento teórico, pretendo justificar a pertinência e a problemática do tema escolhido, assim como situar o mesmo à luz do modelo teórico de enfermagem adotado, Afaf Meleis - Teoria das Transições. Segue-se a análise do percurso realizado pelos locais de estágio onde desenvolvi o meu projeto, fazendo uma apreciação crítica ao meu desempenho, enfatizando as competências adquiridas e desenvolvidas. O documento termina com o momento de considerações finais, pretendendo refletir globalmente sobre o trabalho desenvolvido, explicitando as minhas expectativas, dificuldades e constrangimentos sentidos ao longo da realização do mesmo.

1- TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO: UM CAMPO ESPECIALIZADO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1.1- O TCE como um problema de saúde

Em cada ano, em todo o mundo, inúmeras pessoas sofrem vários tipos de traumatismos, principalmente, em consequência de acidentes de viação. Esta realidade é por vezes designada como uma verdadeira “praga” da civilização moderna. Estima-se que em todo o mundo milhões de pessoas morram vítimas de trauma, números estes com expressão crescente ao longo dos últimos anos.

O trauma é a terceira causa de morte em todas as idades e a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida (Pape et al, 2009), afetando o subgrupo mais ativo e produtivo da sociedade, resultando num problema económico. A prevenção da morte e das incapacidades evitáveis constituem uma meta a atingir (Moini, 2009).

Em Portugal, a taxa de mortalidade por acidente é cerca do dobro de outros países da Europa, verificando-se uma média de duas vítimas mortais e sete feridos graves, por dia, resultantes de acidentes de viação (OSR, 2010).

Apesar de ser ainda uma realidade atual, nas últimas décadas têm surgido importantes progressos no tratamento da vítima politraumatizada e igualmente melhorias significativas ao nível da formação dos profissionais de saúde, quer nos cuidados pré-hospitalares, quer nos serviços de urgência e cuidados intensivos. Estes avanços afetaram a orgânica das unidades de cuidados intensivos passando estas a receber pessoas com complexos e multissistémicos traumatismos, exigindo cuidados de saúde complexos, impondo uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à Pessoa com TCE, no sentido de diminuir a sua taxa de mortalidade e morbilidade. A maioria das vítimas politraumatizadas, sofre de traumatismo crânio-encefálico.

Dado que um dos mecanismos primários associados aos TCE são os acidentes de viação, a maioria da população encontra-se exposta ao risco de sofrer um TCE ao longo da sua vida. Concomitantemente, existem comportamentos de risco que aumentam esta probabilidade, nomeadamente, ingestão de álcool, agudo ou crónico, uso de drogas, uso corrente de medicação anticoagulante, uso incorreto ou não uso de sistemas de segurança rodoviária, não uso de capacetes de proteção adequados para motos e bicicletas e prática de desportos sem equipamento de proteção adequado (ENA, 2007).

Globalmente, o TCE consiste numa agressão ao cérebro causada por uma força física externa. O TCE é um processo que pode demorar vários dias a semanas a instalar-se. Trata-se de combinação da lesão neuronal, insuficiência vascular e processos inflamatórios. Este pode ser classificado em TCE leve, moderado ou grave, de acordo com a Escala de Comas de Glasgow.

As lesões decorrentes do TCE são classificadas em lesão cerebral primária e lesão cerebral secundária. A lesão cerebral primária resulta do trauma direto no encéfalo, associado a lesões vasculares e danos das células nervosas, como resultado direto de uma agressão inicial, independentemente do mecanismo de lesão. São exemplos: lacerações do couro cabeludo, fraturas de crânio, contusões cerebrais, concussões cerebrais, hematomas epidurais, subdurais e intracerebrais, hemorragias subaracnoideias e intraventriculares, lacerações da substância cinzenta e lesão axional difusa (Macquillan,2005).

A lesão cerebral secundária resulta de uma extensão da magnitude da lesão cerebral primária devido a fatores que promovem o défice neurológico. São exemplos: hipoxia, hipocápnia e hipercápnia, anemia, hipotensão, hipoglicemia e hiperglicemia, convulsões, edema cerebral e hipertensão intracraniana.

1.2- O Enfermeiro na Abordagem à Pessoa com TCE

Segundo Nascimento e Martins (2000), no século XIX Nigthingale fazia alusão ao uso de áreas específicas do hospital para os doentes submetidos a grandes cirurgias com maior gravidade, permitindo que estes ficassem mais próximos dos locais de trabalho das enfermeiras facilitando assim a sua vigilância e os seus cuidados. Pelo que se percebe, já naquela época a enfermagem considerava a necessidade de existência de áreas específicas para Pessoas em Situação Crítica, necessitando de um tratamento intensivo e efetivo.

Na época contemporânea, a permanência em unidades de saúde para a pessoa em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 124/2001), vai desde o serviço de urgência à UCI.

As equipas multidisciplinares, nas quais se encontra o enfermeiro, têm um papel fundamental na abordagem sistematizada à Pessoa com TCE, em qualquer uma das fases do seu atendimento. A qualidade dos sistemas de abordagem e a coordenação da equipa que trabalha com vítimas de trauma é primordial para o seu sucesso terapêutico.

Muitas vezes, torna-se problemático, sem uma intervenção estruturada, sem protocolos de atuação bem definidos, prestar os melhores cuidados à Pessoa com TCE.

Por existir um elevado grau de complexidade destes doentes, em 1995 foram criadas guidelines internacionais (Guidelines for the management of severe brain injury- American Association of Neurocirurgical Surgions), revistas em 2007, no sentido de diminuir a mortalidade e morbidade na Pessoa com TCE. Estas guidelines para o tratamento de TCE grave enfatizam a importância da monitorização rigorosa e da manutenção da perfusão cerebral adequada e a melhoria nos resultados pretendidos, ou seja, diminuição do índice de mortalidade e morbidade na Pessoa com TCE.

Desde a implementação das orientações supracitadas que vários estudos foram sendo realizados na Europa e nos Estados Unidos, demonstrando melhorias nos indicadores de mortalidade e morbidade, assim como no tempo de permanência no hospital (AANS, 2007). Nolan (2005) refere que estas guidelines se tornaram um referencial de boas práticas no tratamento da Pessoa com TCE.

A American Association of Neurosurgery Nurses [AANN] (2008), delineou guidelines no tratamento do TCE grave, de modo a obter uma melhoria dos “outcomes” do TCE grave.

Como se depreende, as estratégias para a melhoria dos casos de mortalidade e morbidade da Pessoa com TCE passam por uma abordagem sistemática e organizada, sustentada em guidelines/protocolos de atuação dos profissionais de saúde.

Como local de atendimento da Pessoa com TCE, e tendo como missão “o tratamento das ocorrências de instalação súbita com o risco de estabelecimento de falência de funções vitais, as situações urgentes, e situações de instalação súbita em que existe (...) o compromisso de uma ou mais dessas funções” (Ponce, 2006:1-2), no serviço de urgência a equipa multidisciplinar deverá intervir de forma rápida e sistematizada. O recurso a alguns programas de qualidade no atendimento de trauma tem permitido uma melhor preparação dos profissionais para a atuação na “hora de ouro”, sendo esta fulcral para a melhoria da sobrevivência (Oussedik et al, 2005).

Na abordagem primária da Pessoa com TCE grave deve realizar-se um rápido diagnóstico para se poder intervir na otimização da oxigenação, ventilação e

hemodinâmica e manter a pressão de perfusão cerebral e a prevenção das lesões secundárias ao traumatismo. Assim, um enfermeiro no serviço de urgência assume uma preponderância fulcral ao realizar a primeira abordagem à Pessoa com TCE. Deve realizar uma colheita de dados completa com história do mecanismo de lesão e antecedentes pessoais, acompanhando o doente até à sua transferência para a unidade de cuidados intensivos.

Nas unidades de cuidados intensivos são prestados cuidados diferenciados à Pessoa em situações de alto e médio risco, com falência de um ou mais órgãos que comprometam as funções vitais, numa perspetiva de prevenção de complicações, limitações de incapacidades e manutenção da vida.

Neste contexto, o enfermeiro tem uma ação preponderante nos cuidados prestados à Pessoa com TCE, uma vez que estes implicam uma vigilância contínua e sistemática da função neurológica e uma rápida intervenção quando se observa uma deterioração da mesma. De acordo com Mcnett (2010), os enfermeiros são os elementos de primeira linha da equipa de saúde com possibilidade de detetar precocemente e prevenir lesões secundárias do cérebro. Ao minorar a instalação de lesão cerebral secundária está-se a diminuir a elevada taxa de mortalidade e morbilidade existente na Pessoa com TCE (Sut, 2010).

De um modo geral, as UCI são locais de trabalho movimentados, ruidosos e com excesso de luminosidade, condições que podem agravar a lesão cerebral secundária. Por isso, existem algumas intervenções realizadas pela equipa de enfermagem, classificadas como neurofisiológicas - intervenções psicossociais, manter ambiente terapêutico - (Mcnett, 2010), para além de dar resposta às necessidades afetadas, à manutenção das funções básicas de vida, à prevenção de complicações, tendo em vista – o cuidado à Pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, a prática de enfermagem deve assumir a responsabilidade profissional e ética na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao procurar reduzir os efeitos adversos da doença e complicações na sua hospitalização. Este é um dos objetivos centrais a desenvolver nos diferentes contextos de estágio.

1.3-Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis na Pessoa com TCE

A Enfermagem caracteriza-se por um corpo de conhecimentos próprios que presta cuidados à Pessoa, grupos ou comunidade. O cuidar em Enfermagem tem implícito teorias, filosofias e modelos os quais, conduzem o pensamento e a ação da enfermagem. As teorias de enfermagem dão significado ao conhecimento e resultam da percepção da realidade, da inter-relação dos seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem. Pode ser definida como uma conceitualização de determinados aspetos da realidade tendo como objetivos descrever fenómenos, explicar as relações entre estes e prever consequências ou prescrever cuidados de enfermagem (Vítor, et al, 2010).

Na disciplina de Enfermagem têm surgido diversos modelos que aprofundam conceitos trabalhando intervenções de enfermagem adequadas a diferentes contextos. A teoria de enfermagem de médio alcance de Afaf Meleis é uma teoria que se desenvolveu ao longo dos anos e aborda o conceito das transições. Este é um conceito que tem vindo a assumir grande significado na enfermagem devido aos padrões sociais atuais.

A transição é uma “ (...) mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, ou nas capacidades. Implica mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. Transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, mudando comportamentos, e assim mudando a definição de self num contexto social: de um self saudável ou doente, de necessidades internas ou externas, afetando o estado de saúde” (Meleis, 1997:108). A autora acabada de citar define ainda transição como a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro...transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações Pessoa - Ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação” (Meleis, 2000: 35). Assim, esta é uma forma de cada indivíduo responder a uma mudança, a qual acontece quando a Pessoa se adapta e adquire bem-estar.

Para demonstrar o alcance do fenómeno de transição, este modelo explora os tipos e padrões de transições, as propriedades das experiências transicionais (consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, período de transição e eventos/pontos críticos), as condições das transições (fatores inibidores ou facilitadores), os indicadores processuais (sentir-se envolvido, interagir, estar situado e desenvolver confiança), os indicadores de resultados (mestria, bem-estar e reformulação de

identidade) e as terapêuticas de enfermagem (compreensão da situação transicional a partir da perspectiva do doente, preparação para a transição e suplementação de papel).

Existem quatro tipos de transições nas quais os enfermeiros podem intervir: desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional (Meleis, 2007). As transições de desenvolvimento são processos de maturação que ocorrem no decurso normal do ciclo de vida da pessoa, desde o nascimento até à morte. As transições situacionais incluem as mais variadas situações, súbitas e inesperadas, que requerem uma reorganização de papéis e comportamentos por parte da pessoa. As transições saúde-doença ocorrem em situações em que existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica e vice-versa. Por último, as transições organizacionais ocorrem quando existem mudanças na estrutura e dinâmicas organizacionais.

Face a qualquer uma destas transições, a Pessoa necessita de mobilizar forças externas e internas para ultrapassar as mudanças a que se encontra exposto (Meleis, 2007). Tal situação exige especial atenção por parte dos enfermeiros com conhecimento sobre transição, de comunicação e sensibilidade para compreender a essência da vivência pela Pessoa e família, contribuindo para reestruturar a sua identidade alcançando uma transição saudável.

Segundo Abreu (2008:47), esta teoria “tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a Pessoas em transição”. Como exemplificativo deste processo temos a Pessoa/Família com TCE.

O diagnóstico de TCE afeta não só a Pessoa como a sua família. Este evento é algo inesperado, é uma mudança súbita na vida da Pessoa, acarretando alterações físicas, psíquicas, relacionais e sociais. Assim, a Pessoa com TCE internada na UCI além das grandes limitações, impostas pela gravidade da doença, apresenta limitações impostas pelo próprio ambiente, pela tecnologia sofisticada de monitorização e de intervenção terapêutica, podendo muitas das vezes serem vistos como adversos, prevalecendo a dor e o sofrimento da Pessoa/Família, condicionando física e/ou emocionalmente o bem-estar, quer pelo stress físico, quer pelo psicológico imposto (procedimentos invasivos, dificuldade em comunicar, privação do sono).

A ocorrência de um processo de doença, quer aguda ou crónica na família, geralmente é interpretada como uma situação de crise, momentos de esmagadora vulnerabilidade, remetendo para processos e momentos de transição (Meleis, 1994).

Desta forma é imperioso que o enfermeiro que cuida da Pessoa com TCE, não se reduza ao modelo biomédico tradicional, focado no diagnóstico médico, insuficiente para as necessidades da Pessoa/Família com TCE em processo de transição.

Partindo destas considerações, o modelo teórico escolhido para sustentar o meu estágio foi o modelo teórico das Transições de Afaf Meleis. Esta escolha justifica-se pelo facto de considerar que é aquele mais se aplica aos cuidados de enfermagem na área da Pessoa com TCE, uma vez que esta teoria ajuda a preparar a Pessoa/Família com TCE neste evento significativo, que pode exigir novos padrões de resposta, para uma readaptação profissional, social, funcional e familiar, ou seja, exige estratégias que permitam desenvolver a integridade e equilíbrio familiar ameaçado pela separação, pelo medo de perda e pelo próprio ambiente hospitalar, estratégias que permitam identificar recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise e por último, estratégias para assumir o papel social do elemento que adoece. Este modelo permite estabelecer uma abordagem que compreende a Pessoa/Família nas diferentes dimensões da sua vida pela forma como explora a transição .

A Pessoa com TCE encontra-se a vivenciar várias transições em simultâneo, a de saúde-doença, uma vez que passa de uma condição de saúde para uma condição de doença, gerando receio e medo, a transicional, pela hospitalização e, por vezes a organizacional, por necessidade de reestruturação do contexto social, como por exemplo o emprego.

Assim, o enfermeiro deve procurar maximizar os recursos, potencialidades e competências da Pessoa/Família ou contribuir para a recuperação da Pessoa com TCE para níveis elevados de saúde, função, conforto e auto-realização.

Ao analisar a Pessoa/Família com TCE, de acordo com a teoria de Meleis, o enfermeiro consegue compreender, interpretar e explicar fenómenos específicos emergentes da prática de cuidados.

Em suma, considero que esta teoria corrobora com o artigo 82º do Código Deontológico do Enfermeiro, no sentido em que respeita a integridade psicossocial, cultural e espiritual da Pessoa com TCE e participa nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida. Com base neste pressuposto, e considerando a amplitude da Teoria de Afaf Meleis, centrei a minha intervenção de estágio na abordagem do enfermeiro à Pessoa com TCE e família em processo de transição, preparando-os para as futuras transições, tornando-os agentes facilitadores do processo de aprendizagem de novos conhecimentos e novas competências relacionadas com as experiências de mudança.

2- PERCURSO DESENVOLVIDO

O avanço tecnológico na medicina, associado ao desenvolvimento da investigação e à descoberta de novos métodos de diagnóstico e terapêutica, conduziram a um aumento da esperança média de vida bem como ao aparecimento de situações cada vez mais complexas e com elevado grau de exigência. Por esta razão é requerido à Enfermagem competências técnicas, científicas e humanas conducentes a uma prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

Neste contexto, a formação contínua e especializada do enfermeiro surge como um instrumento crucial, dotando o profissional de saberes que lhe permitam agir em situações de maior complexidade, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência. Tendo presente o Código Deontológico dos Enfermeiros, concretamente o artigo 88º referente à excelência do exercício - sabemos que a sua alínea c) nos orienta para “ manter a atualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007:15), o Enfermeiro Especialista, é um profissional “ com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida, e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. O conjunto de competências clínicas do enfermeiro especialista deriva de um aprofundar dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se estas em comuns e específicas. As competências comuns são de todos os ramos de qualquer especialidade, demonstradas através de uma “ elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e de um suporte afetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:10). As competências específicas, “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde do campo de intervenção para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação de cuidados, às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:10).

A Ordem dos Enfermeiros, apresentou como proposta para o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, sete enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, sendo estes: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

A partir deste referencial normativo da profissão, o meu objetivo geral neste fase do relatório será evidenciar as competências de enfermagem que considero ter desenvolvido com a operacionalização do meu projeto de estágio, o que tem como objeto de intervenção a Pessoa com TCE.

Assim, neste momento do relatório pretendo analisar o percurso realizado nos vários contextos de estágio, de acordo com os objetivos delineados e com as atividades programadas. Ao longo do estágio foram realizadas algumas adaptações necessárias em resposta às situações imprevistas, limitações, sugestões e solicitações que me foram sendo colocadas. Estes desvios relativamente ao planeamento inicial estiveram também relacionados com o tempo programado para a execução das atividades.

Durante o meu percurso, tive em consideração a complexidade das várias situações de saúde com vista ao aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mobilizando e integrando novos conhecimentos. Geri os cuidados prestados procurando sempre adotar uma postura proactiva e crítica sustentada na assertividade para os problemas deparados na prática profissional e em articulação com a equipa multidisciplinar.

A análise que aqui se apresenta tem início com o primeiro estágio realizado, no serviço de unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia num hospital central de Lisboa, de seguida no serviço de urgência central de um outro hospital central de Lisboa. Por último, no meu local de trabalho, no serviço de unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital central de Setúbal.

2.1- Serviço Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgica

Este primeiro estágio foi essencial para o meu processo de formação, promovendo os alicerces para as atividades a desenvolver futuramente.

O serviço de unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos é um serviço que se encontra em funcionamento desde 1967, com a capacidade total de 22 camas, dividido

em dez de cuidados intensivos, oito de intermédios e quatro camas para os doentes de pós-operatório.

Na parte do cuidados intensivos, os doentes encontram-se distribuídos por cinco salas, estas destinadas a doentes que se apresentam em estado crítico, admitidos diretamente pelo SU, doentes no pós-operatório de cirurgias programadas e de urgência. Encontra-se equipada com materiais de grande variedade técnica, altamente sofisticados, para apoio técnico e diagnóstico.

A unidade de cuidados intermédios encontra-se destinada a receber doentes que não necessitam de suporte ventilatório, mas que necessitem de cuidados diferenciados. Na sua maioria, quando os doentes têm alta dos cuidados intensivos são transferidos para esta unidade.

Assim, para este contexto de estágio propus-me os seguintes objetivos:

- Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.

Estes objetivos são apresentados em seguida, com as respetivas atividades propostas realizadas.

Quadro 1- Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE no Serviço de UCI Neurocirúrgica

Objetivo	Atividades Realizadas
Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE	<ol style="list-style-type: none">1. Integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica do serviço.2. Colaborar na prestação de cuidados à Pessoa com TCE.3. Realizar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE.4. Prestar cuidados à família da Pessoa com TCE.5. Observar técnicas específicas de tratamento/monitorização da Pessoa com TCE.

Atividade 1 - Integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica do serviço

Ao longo deste estágio foi-me possibilitado desenvolver um vasto número de atividades, nomeadamente, visitar alguns serviços específicos que têm uma articulação próxima com o Serviço de Neurocirurgia, como por exemplo a enfermaria de Neurocirurgia, Neuroradiologia e Urgência Central. Com vista a atingir esta atividade, realizei uma visita guiada ao serviço, consultei normas, protocolos e procedimentos, não só específicos do serviço mas também transversais ao hospital. Foram ainda estabelecidas conversas informais com a Sr.^a Enf.^a Chefe, com o enfermeira orientadora e os demais elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar, visando principalmente o meu conhecimento das rotinas e da dinâmica de cuidados, organização e metodologia de trabalho da equipa. Relativamente a projetos do serviço, a formação é uma área de desenvolvimento existindo periodicamente ações de formação programadas sendo as suas datas afixadas no gabinete da Enfermeira Chefe. Assim, tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre “ Cuidados às Traqueostomias”, com a participação da equipa médica de Otorrinolaringologia, uma vez que neste serviço as traqueostomias são realizadas no próprio serviço, enquanto que no meu serviço apenas são realizadas as traqueotomias percutâneas, tendo pouca incidência de doentes com traqueostomia cirúrgica. Esta formação permitiu-me verificar as diferenças entre ambas as técnicas, assim como os diferentes cuidados a prestar resultando numa melhoria dos meus cuidados à Pessoa com TCE, uma vez que o recurso à traqueostomia é uma realidade nestes doentes.

Assim, as primeiras duas semanas de estágio foram destinadas à integração no serviço. Inicialmente foi um pouco difícil trabalhar com uma equipa tão vasta parecendo que todos os dias trabalhava com pessoas diferentes mas, e ao longo do estágio, isso foi colmatado, sentindo-me totalmente integrada na mesma. Outra das dificuldades sentidas, e por mim partilhada à equipa de enfermagem, foi o fato de só o chefe de equipa receber o turno de todos os doentes o que faz com que a restante equipa não tenha um conhecimento dos outros doentes. Perante este fato, sugeri que todos os elementos tivessem conhecimento das principais alterações dos doentes, tendo esta sugestão sido bem aceite na equipa.

A observação foi um método utilizado na evolução do estágio para poder alcançar e criar uma relação agradável e cultivar um bom relacionamento, formal e informal com os membros da equipa multidisciplinar.

Atividade 2- Colaborar na prestação de cuidados à Pessoa com TCE

Durante as cinco semanas de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes do foro neurocirúrgico em situação crítica, pessoas que dependiam de cuidados especializados para a manutenção da sua vida. Desde logo, assumi a responsabilidade da prestação de cuidados a um/dois doentes críticos, autonomamente ou em colaboração com a minha orientadora de estágio, aos quais prestei cuidados de higiene e conforto, preparei e administrei terapêutica compreendendo a sua indicação e cuidados na sua utilização, como a gestão do processo terapêutico uma vez que estes doentes apresentam um elevado complexo processo terapêutico. Preparei material para colaborar e realizar procedimentos invasivos e realizei transporte intra-hospitalar.

Atividade 3- Realizar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE

Neste contexto, foi-me possibilitada prestar cuidados especializados de forma contínua, a duas Pessoas com TCE grave, permitindo-me desenvolver uma abordagem sistematizada, desde o início do internamento até ao momento da alta para os cuidados intermédios. O cuidar da Pessoa com TCE exigiu-me uma vigilância contínua e sistemática da sua função neurológica, assim como uma rápida intervenção em situações de instalação de instabilidade súbita, permitindo-me atuar proactivamente na prevenção de lesões secundárias. Esta prestação de cuidados possibilitou-me a mobilização de conhecimentos e saberes para a prática e o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, entre as quais saliento, assistir a Pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica e prestar cuidados à Pessoa em situação emergente. O cuidar da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assim como o potenciar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, determina a gestão de cuidados para a excelência do exercício.

Considero que a minha experiência na prestação de cuidados a pessoas que vivenciam processos de doença crítica e orgânica foi um elemento facilitador da minha intervenção mas, na especificidade destes doentes, aprofundei capacidades para prever, identificar/reconhecer situações críticas, agindo de forma rápida e eficaz na resolução das situações emergentes e aplicação de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente na prevenção de lesões secundárias ao TCE.

A avaliação do estado clínico do doente face às medidas de tratamento implementadas foi um exercício realizado diariamente com a enfermeira orientadora, sendo esta avaliação muito importante na vigilância e na monitorização sistemática dos parâmetros da Pessoa com TCE, de forma a evitar o desenvolvimento de complicações e ajudar assim na sua recuperação.

A dor, a sua gestão e otimização das respostas da Pessoa com TCE à mesma, são fundamentais na ação do enfermeiro, na medida em que a dor pode ser um fator de agravamento por exemplo da hipertensão intracraniana. Este sinal vital foi sendo identificado em evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, adotando uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do doente crítico, otimizando prontamente as respostas adequadas.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais e um direito da Pessoa que dela padece. Com a instituição da “Dor como o 5º sinal vital” pela Direcção-Geral da Saúde em concordância com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, passa-se a avaliar, monitorizar e registar a dor. A inclusão da avaliação e registo sistemático da dor pode assegurar que todas as Pessoas tenham acesso às intervenções para controlo da dor da mesma forma que se dá o tratamento imediato das alterações dos restantes sinais vitais. O diagnóstico precoce, a prevenção, o tratamento, o ensino são competências do campo de ação do enfermeiro especialista, assim como a sua gestão.

Durante o meu processo de formação constatei a falta de uniformização da equipa multidisciplinar no processo de gestão da dor. Neste sentido, refleti com a equipa, em momentos de passagens de turno, sobre a necessidade de gestão no controlo e monitorização da dor e da sua importância na manutenção da estabilidade da Pessoa com TCE. Pude verificar que a analgesia em perfusão de eleição era o *Alfentanil* enquanto que na minha realidade este normalmente é associado a *Midazolam*, dificultando este fármaco o processo de desmame da sedação da Pessoa com TCE.

Atividade 4 – Prestar cuidados à família da Pessoa com TCE

O aparato tecnológico existente nas UCIs facilita a abordagem rápida perante situações críticas, no entanto, a sobrevalorização da técnica em detrimento da relação com o doente e família é uma das lacunas reconhecidas falhas nas UCIs, percecionadas com ambiente hostil causador de desconforto. Assim, durante o estágio tentei facultar o primeiro contato da família com este “aparato”, uma aproximação ao desconhecido. Procurei realizar uma preparação da família para o que iria encontrar explicando como o

seu familiar poderia estar agora diferente fisicamente mas que isso integra o processo de tratamento. Penso que é muito importante cuidar da família, principalmente no primeiro contato que têm com o seu familiar. Considero de primordial importância guiá-los até junto do seu familiar e estar presente neste momento. O enfermeiro deverá criar um ambiente empático propício ao estabelecimento de uma relação, tendo a capacidade e a subtileza de identificar a preocupação e disposição da família em lidar com a situação. Durante o estágio, estabeleci um processo de empatia, relação de ajuda e escuta ativa com a família, tentando contribuir para diminuir a ansiedade inerente.

Por outro lado, a comunicação é também de extrema importância no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e à sua família. É através de uma comunicação efetiva que se esclarecem dúvidas de forma clara e objetiva, que podemos ajudar a enfrentar a vivência de um momento de crise familiar. A família tem uma grande necessidade de acolhimento, de ver que o seu familiar está a ser “bem cuidado”, que está em “boas mãos”, é importante o esclarecimento de todas as dúvidas de forma adequada, evitando o recurso a linguagem técnica que por vezes é de difícil compreensão. É frequente, a família após diálogo com o médico pedir ajuda para “descodificar” o que lhes foi dito. Considero que a minha ação foi no sentido de dar esclarecimentos de forma eficaz utilizando linguagem simples, objetiva e assertiva, embora tenha consciência que nem sempre o tempo de que dispomos é suficiente para dar todo o apoio que a família necessita.

A maioria dos doentes na UCI têm as chamadas “barreiras à comunicação”, não só porque estão sob efeito de sedação e analgesia mas, principalmente, porque estão com tubo endotraqueal, com traqueostomia ou com diminuição do estado de consciência, sendo necessário conhecer e desenvolver estratégias facilitadoras da comunicação, adaptando-as à complexidade do estado da Pessoa. Considero que ao longo da minha experiência profissional fui desenvolvendo técnicas de comunicação com o doente, facilitando meios alternativos, criando códigos e utilizando a mímica facial e gestual, adaptando estes meios às características e necessidades do doente e família, estratégias essas que apliquei durante este estágio. Como profissional, a consolidação e a permanente atualização das técnicas de relação de ajuda permitiram-me uma melhor prestação de cuidados. O estabelecimento da relação de ajuda entre o enfermeiro e a Pessoa/família, constrói-se com base na confiança que estes depositam no enfermeiro. Através da comunicação terapêutica, o enfermeiro estabelece uma relação com a Pessoa/Família com diversas finalidades, entre elas, a Pessoa/Família é ajudada a clarificar necessidades e objetivos, a resolver problemas, a superar crises situacionais ou

de maturação, a clarificar e a reforçar valores, a reduzir o stress e a ansiedade e a adquirir a compreensão e conhecimento de si mesmo (Atkinson & Murray, 1989). Estas estratégias pretendem facultar o processo de transição da Pessoa com TCE e família.

Uma das situações que vivenciei neste contexto foi explicar a uma família que o seu familiar se encontrava em morte cerebral. Por certo que é complexo numa situação de doença súbita (doente de 17 anos que tinha sofrido um acidente de viação), informar a família sobre a morte cerebral do seu familiar. Acresce a esta má notícia, a informação sobre doação de órgãos. Esta questão não é obrigatória por lei, mas neste serviço faz-se a todas as pessoas que reúnam as condições para esta prática. Esta é uma forma de ajudar a família a iniciar o processo de luto, desmistificando receios e medos sobre a situação vivenciada.

Atividade 5 - Observar técnicas específicas de tratamento/monitorização da Pessoa com TCE

Tive a oportunidade de observar os cuidados de enfermagem realizados em diversas técnicas específicas no doente neurocirúrgico, tais como a colocação de sensor de PIC e os cuidados inerentes ao mesmo. Também pude observar e cuidar de Pessoas com sensores de oximetria cerebral e BIS, tendo sido esta experiência de extrema importância, uma vez que poderá constituir uma mais valia para o meu contexto de trabalho.

Quadro 2 – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE no Serviço de UCI Neurocirúrgica

Objetivo	Atividades Realizadas
Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE	<p>6. Revisão da literatura.</p> <p>7. Identificar necessidades de melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.</p> <p>8. Implementar medidas de controlo da infeção hospitalar na prestação de cuidados à Pessoa com TCE.</p> <p>9. Análise e reflexão da prática de enfermagem.</p>

Atividade 6 - Revisão da literatura

Durante todo o estágio realizei pesquisa bibliográfica em base de dados, como MEDLINE, COCHRANE, CINAHL, onde encontrei artigos com elevado grau de evidência sobre a

abordagem à Pessoa com TCE, assim como artigos com determinadas técnicas específicas de tratamento.

Além desta pesquisa, foram também pesquisados outros temas pertinentes de modo a dar resposta às situações que me eram colocadas, tais como aneurismas, tumores cerebrais e terapêutica específica.

Atividade 7 - Identificar necessidades de melhoria de qualidade de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE

Ao longo do estágio, em reuniões de passagem de ocorrências, em momentos de prestação de cuidados ou durante conversas informais, vários foram os momentos de partilha de conhecimentos de troca de experiências que contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados. A partilha de experiências e de conhecimentos relacionados com áreas do meu saber em contexto de trabalho foi amplamente conseguida, até pelo interesse manifestado pelos enfermeiros do serviço.

Paralelamente a estas ações, com base num diagnóstico de situação realizado conjuntamente com a enfermeira orientadora, propus-me realizar por um lado, um estudo de caso de uma Pessoa com TCE grave e uma ação de formação subordinada ao tema “Cuidar da Pessoa com TCE grave” (Apêndice I), cuja população alvo seria a equipa de enfermagem do serviço de neurocirurgia e os enfermeiros a integrar o serviço a curto prazo. Foi utilizada a metodologia expositiva participativa e teve como objetivos na formação a atualização e aquisição de conhecimento na abordagem à Pessoa com TCE. A formação contou com uma adesão de 35% da equipa de enfermagem, tornando-se bastante interativa e esclarecedora de dúvidas existentes.

Atividade 8 – Implementar medidas de controlo da infeção hospitalar na prestação de cuidados à Pessoa com TCE

É da responsabilidade dos profissionais de saúde, na sua prática clínica, cumprir as normas e orientações emanadas pela comissão de controlo de infeção, de forma a prevenir e/ou reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), bem como evidenciar interesse e participar na formação e informação nesta área, pois da sua intervenção depende a verdadeira prevenção das IACS e a segurança dos doentes e profissionais. O risco de complicações graves derivadas das infeções é particularmente elevado nas UCIs, sendo vários os fatores que contribuem para este problema, a salientar: o aumento das taxas de resistência aos antimicrobianos, o desenvolvimento de

procedimentos médicos cada vez mais complexos e de tecnologia médica invasiva (sensores PIC), e na Pessoa com TCE, por vezes, fraturas de crânio que podem também contribuir para a infeção.

Durante este estágio procedi de acordo com as normas instituídas pela CCI para a prevenção das IACS, nomeadamente: lavagem das mãos, técnica asséptica, desinfeção, esterilização, prevenção da infeção por “agentes problema”. Considero que como enfermeira perita devo conhecer o Plano Nacional de Controlo da Infeção emanado pela Direção Geral de Saúde bem como as diretivas da CCI, pelo que, sempre que foi solicitado ou sempre que verificasse alguma dúvida por parte de equipa, esclareci as dúvidas expostas.

Atividade 9 - Análise e reflexão da prática de enfermagem

Realizei períodos de reflexão individuais e conjunta com a enfermeira orientadora de estágio, tendo por base a documentação diária das atividades realizadas em contexto de estágio, a pesquisa sobre patologias e tratamentos realizados, assim como a solicitação sempre que possível de esclarecimento pelos peritos na área em questão. Fui discutindo com a enfermeira orientadora de estágio o desenvolvimento das competências propostas assim como os meus objetivos específicos, procedendo a reformulações necessários.

Perspetivo estes momentos como um meio facilitador de integração da teoria na prática, ou seja, como um meio de aquisição de novos conhecimentos através da análise crítica e integração no conjunto dos saberes pessoais. Como processo contínuo e inacabado, escrevi sobre experiências vividas, procurando estratégias para um desempenho mais eficaz.

Apreciação Global: O conhecimento de um outro contexto de cuidados intensivos, tendo por foco a Pessoa com TCE, forneceu-me uma nova perspetiva e um novo olhar da Pessoa com TCE, tornando-se a pedra basilar para o meu desenvolvimento no estágio.

A Pessoa em Situação Neurocrítica, exige por parte da equipa de enfermagem a capacidade de prever e antecipar problemas. Tal como nos refere Benner (2001), o enfermeiro deve ver quais os problemas que podem surgir e antecipar o que fazer para os resolver. Assim, considero que as atividades desenvolvidas me proporcionaram fortes contributos para o desenvolvimento das competências relacionais, científicas e técnicas, tendo sido um fator promotor da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa com TCE neste contexto.

2.2- Serviço Urgência Geral

Apesar das minhas preocupações sobre este tema serem dirigidas para o contexto dos cuidados intensivos, considere bastante pertinente realizar um estágio em contexto de urgência no sentido de uma maior compreensão dos cuidados à Pessoa com TCE desde o início do cuidar em contexto hospitalar. Deste modo, desenvolvo um conhecimento mais aprofundado e integrado no domínio da enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

O Serviço de Urgência é um serviço de atendimento permanente inserido na rede de cuidados hospitalares. De acordo com a estatística interna do serviço, a afluência diária de Pessoas a este serviço é elevada, na ordem dos 528 doentes por dia, sendo o dia de maior afluência a segunda-feira, no período da manhã. Os utentes que recorrem com mais frequência a este serviço têm idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos.

No serviço de urgência, o doente passa pelas várias valências e circuitos: triagem -> 1º gabinete (de acordo com a triagem) -> avaliação complementar (exames) -> sala tratamentos -> reavaliação em gabinete (mesmo ou outro).

De acordo com os meus objetivos incidi a minha ação em algumas áreas de cuidados deste serviço, nomeadamente:

- Triagem - Neste local é utilizado o sistema de Triagem de Manchester. Este sistema prevê que o atendimento nas urgências hospitalares seja rápido e eficaz, em função da gravidade da situação em causa. Este método permite uma rápida identificação dos doentes que recorrem a este serviço e da sua gravidade, facilitando o atendimento atempado, sendo os doentes mais graves observados mais rapidamente, ou seja, de acordo com uma prioridade.
- Sala de reanimação - São encaminhados os doentes com risco de vida aos quais é atribuída prioridade vermelha, politraumatizados prioridade laranja ou vermelha, vítimas de violência com arma branca ou de fogo, com valor de Glasgow inferior a 9 ou AVC com menos de três horas de evolução. Esta área encontra-se dotada de equipamento com monitorização hemodinâmica, ventilação assistida, radiologia e material de suporte avançado de vida.
- Sala de observação - Dotada de 16 camas elétricas, com monitorização hemodinâmica, pretende ser para internamentos de curta duração em doentes que necessitam de vigilância e cuidados contínuos, ou que aguardam observação e decisão de outras especialidades médicas.

Para este local de estágio mantém-se os seguintes objetivos:

- Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.

Quadro 3 - Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE no Serviço de Urgência Geral

Objetivo	Atividades Realizadas
Adquirir/ desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa/Família com TCE	<ol style="list-style-type: none">1. Integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica do serviço.2. Colaborar na prestação de cuidados nas várias valências do serviço.3. Dominar o sistema de informação informático utilizado – ALERT.4. Realizar uma abordagem de enfermagem sistematizada à vítima politraumatizada.5. Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.6. Prestar cuidados à família da Pessoa com TCE.

Atividade 1- Integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica do serviço

De modo a conhecer a estrutura física e as várias valências do serviço, realizei uma visita guiada onde me foi explicado a dinâmica e o funcionamento do serviço, o circuito dos doentes, a distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, bem como alguns protocolos de atuação e de normas existentes.

Para a minha integração no serviço, o fato de ter sido bastante apoiada, quer pela enfermeira orientadora, quer pela restante equipa, facilitou o desenvolvimento de atividades e esclarecimento de dúvidas no âmbito da aprendizagem da dinâmica de organização e funcionamento do serviço.

A observação das rotinas e o envolvimento na vida diária do serviço foi muito importante durante todo o estágio, permitindo-me criar uma relação agradável com os doentes e estabelecer um bom relacionamento com os membros da equipa multidisciplinar.

Atividade 2 – Colaborar na prestação de cuidados nas várias valências do serviço

A sala de triagem revelou-se um desafio para mim. O contato com o protocolo da Triagem de Manchester permitiu-me mobilizar competências de identificação e prevenção de situações críticas. Em doentes com sinais e sintomas compatíveis com AVC, de início até 3h, dei início ao protocolo de via verde AVC. Em doentes com sinais e sintomas de patologia cardíaca, tive autonomia para requisitar ECG e fazer encaminhamento/acompanhamento para a sala de reanimação e chamar a equipa médica de Medicina, tendo sido diagnosticado, num dos casos, um bloqueio aurículo-ventricular completo. Pode afirmar-se que a Triagem de Manchester, para além de ser um sistema de categorização, permite ainda definir diagnósticos e algumas intervenções de cariz terapêutico, determinar a área de atendimento seguinte, bem como proceder ao encaminhamento da pessoa para outro serviço/especialidade (Reis & Torres, 2002).

Todos os doentes aos quais se realiza triagem é realizada a avaliação da dor. A dor tem um carácter muito subjetivo, devendo ser sempre valorizada como o doente a refere, quer a nível verbal, quer não verbal (alterações hemodinâmicas, ventilatórias ou comportamentais). A avaliação da dor é feita através de várias escalas, a Escala Visual e Analógica, a Escala das Faces nos doentes conscientes, a PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) e a NVPS (Non-verbal Pain Scale), sendo as duas primeiras as usadas na sala de triagem.

À semelhança do que aconteceu no primeiro contexto de estágio, esta área de intervenção de enfermagem foi por mim bastante valorizada uma vez que a dor pode ser um fator de agravamento da Pessoa com TCE.

É ainda de considerar que, na triagem, a tomada de decisão perante a abordagem à Pessoa, assume um papel muito importante, pelo que deve de ser assumido por um enfermeiro especialista ou um perito devido às suas características tão específicas. O enfermeiro também tem de ter uma excelente capacidade de comunicação/ interação com o doente, o qual se encontra perante uma situação de doença súbita.

Na triagem, consegui gerir e interpretar informação proveniente da formação académica e da experiência profissional. Foi-me possível demonstrar conhecimentos adquiridos na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica, demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o

doente e família e relacionar-me de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

A sala de reanimação foi outra valência com bastante interesse, sendo aqui necessário mobilizar conhecimentos e apresentar um elevado grau de destreza manual e rapidez na execução de cuidados.

Das situações que tive oportunidade de colaborar, destaco a prestação de cuidados politraumatizados com TCE, a Pessoas com AVC, Pessoas com patologia cardíaca, nomeadamente, EAM, bloqueio aurículo-ventricular completo, Edema Agudo do Pulmão, doentes com insuficiência respiratória e DPOC agudizada.

Na sala de reanimação tive a oportunidade de executar/colaborar em diversas técnicas e procedimentos, particularmente cuidados na manutenção da via aérea, ventilação invasiva e não invasiva e administração de medicação oral e endovenosa.

Prestei cuidados de suporte avançado de vida num doente em paragem cardio-respiratória, por fibrilhação ventricular. Atualmente, existem recursos que permitem recuperar vítimas de paragem cardíaca e respiratória desde que sejam assegurados os procedimentos adequados em tempo oportuno. A recorrência a manobras de suporte básico e avançado de vida, em tempo útil, aumentam a probabilidade de sucesso nestes casos (INEM, 2011).

Da minha experiência da sala de reanimação desenvolvi competências na área da metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, demonstrando capacidades de reagir perante situações imprevistas e complexas, assim como demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, refletindo sobre a prática de forma crítica, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo. Demonstrei ainda a aquisição de conhecimentos na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde. Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada. Desenvolvi capacidade de liderar a equipa na prestação de cuidados especializados e exercer supervisão na área de especialização, fomentando a qualidade dos cuidados prestados.

Na sala de observação, assumi os cuidados a prestar, dando prioridade à pessoa com TCE. Nesta sala, avaliei parâmetros vitais, administrei terapêutica, fiz registos cronológicos (ALERT) e prestei cuidados à família. Na sala de observação o enfermeiro

assume um papel fundamental na deteção e determinação das mudanças significativas do estado do doente, sendo o enfermeiro quem deteta essas mudanças. Segundo Benner (2001), estas competências são fundamentais para o enfermeiro perito.

Acompanhei o enfermeiro responsável do SO no esclarecimento de informações aos familiares dos doentes internados. Com supervisão deste enfermeiro geri as visitas, estabelecendo um maior contacto com a família e, ao mesmo tempo, desenvolvendo capacidades na gestão de um serviço.

Atividade 3 - Dominar o sistema de informação informático utilizado - ALERT

Neste Serviço de Urgência encontra-se implementado o sistema de informação informático ALERT, com utilização transversal em todo o serviço, ao qual os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) têm acesso em qualquer computador. Este permite uma melhor agilidade e rapidez nos registos, bem como a agregação de informação. Permite também, de uma forma virtual, realizar o acompanhamento do doente durante a sua permanência no SU.

Com algumas dificuldades iniciais no funcionamento deste sistema de informação, gradualmente, fui interiorizando o seu funcionamento, colaborando de forma mais autónoma nas várias valências do SU.

Atividade 4- Realizar uma abordagem de enfermagem sistematizada à vítima politraumatizada

As vítimas politraumatizadas são uma realidade constante no serviço de urgência, desde o pequeno trauma ao grande traumatizado. A abordagem a estes doentes deve ser sempre a recomendada pelo **ATLS (2008)**.

O ATLS pressupõe o seguimento de uma linha de raciocínio que conduz a decisões e posteriores ações que se pretendem rápidas e coordenadas na equipa para que todos trabalhem com o mesmo objetivo - estabilização do doente e prevenção de complicações. Este modo de atuação foi uma área de interesse pessoal, na qual pretendi assumir nesta área um papel de referência na equipa. Defendo que a realização desta abordagem permite desenvolver uma eficaz estabilização inicial das vítimas de trauma.

Sobre isto, fui solicitada a esclarecer dúvidas e à supervisão dos cuidados prestados assumindo uma atitude de liderança nos mesmos, quer junto do doente, quer junto da sua família.

Atividades 5 - Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE

A prestação de cuidados especializados à Pessoa com TCE, assim como à Pessoa em Situação Crítica em contexto do SU, foi amplamente desenvolvida através do desempenho de funções em cada uma das valências deste serviço.

A Pessoa com TCE tem uma alta incidência no serviço de urgência, existindo por vezes, vários casos durante um turno. Esta casuística permitiu-me desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Situação Crítica, entre as quais, a gestão de focos de instabilidade.

Participei no transporte intra-hospitalar da Pessoa com TCE, quer para a realização de exames complementares de diagnóstico, quer para o Serviço de Observação ou outros no interior do hospital. Para este transporte foram sempre considerados os aspetos de segurança, bem como o material necessário para a realização do mesmo. De acordo com o Parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE, “ o direito do doente a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”. Para tal, é ainda referido neste documento que na planificação dos cuidados a realizar, o enfermeiro é quem faz a gestão das prioridades procurando adequar os recursos disponíveis ou mobilizar novos recursos para fazer face à satisfação das necessidades do doente em cuidados de enfermagem.

Ao longo do estágio tive ainda a oportunidade de diagnosticar precocemente algumas complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações que daí decorreram, monitorizando e avaliando a adequação das respostas efetuadas perante os problemas identificados.

Atividade 6 – Prestar cuidados à família da Pessoa com TCE

Como nos refere Meleis (1994), tanto o doente como a família passam por um processo de transição sendo nele o enfermeiro um elemento facilitador.

Em situação de doença, a família terá que ser vista como um pilar importante no tratamento e recuperação do seu familiar doente, não esquecendo que também ela necessita de cuidados. O papel da família é fundamental durante as diversas fases dos cuidados de saúde, ela poderá ser um aliado essencial para a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente (Silveira, 2005).

O enfermeiro perito tem de saber reconhecer que uma situação de urgência provoca um momento de transição e de stress no doente e na família, tendo este um papel preponderante de interação e ajuda. Durante este estágio assumi a gestão do episódio de urgência de forma a minimizar os efeitos negativos do mesmo, facilitando a aceitação e o início de adaptação à situação de doença. No serviço de urgência, primeiro contacto com o hospital, é bastante notório que nem todos os doentes/família reagem da mesma forma a situações semelhantes. Neste sentido, considero ter adquirido e consolidado competências muito específicas, estabelecendo um processo de empatia, relação de ajuda e escuta ativa com a família, uma comunicação assertiva e esclarecedora de dúvidas. Demonstrei também capacidades de gestão de conflitos, quer com doentes quer com a família, sendo estas situações recorrentes neste serviço.

Uma das ferramentas essenciais da profissão de enfermagem é a relação de ajuda. Como nos refere Lazure (1994), a relação de ajuda é indissociável das intervenções de enfermagem de qualidade. A enfermeira presta cuidados com toda a competência requerida pela sua profissão quando ajuda o doente em todas as suas dimensões de ser humano. Para tal, é necessário escutar respeitar e preservar a dignidade dos doentes e dos utilizadores do sistema de saúde, criar ambientes afáveis e confortáveis e investir na qualidade da relação com o doente, utilizando uma comunicação adequada e eficaz, de modo a permitir assistência à pessoa e sua família e gerir as perturbações emocionais subsequentes à situação grave de saúde, promovendo o bem-estar psicológico e satisfação com os cuidados de saúde. Tive oportunidade de desenvolver a minha intervenção neste âmbito de cuidados.

Reforço a ideia de que, em minha opinião, é importante o enfermeiro despistar alterações clínicas do doente mas também identificar e valorizar questões psicossociais e espirituais do doente e família, as quais são de grande importância no processo de transição vivenciado.

Quadro 4 - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE no Serviço de Urgência Geral

Objetivo	Atividades Realizadas
Contribuir para a melhoria contínua da	7. Revisão da literatura.
	8. Contribuir na implementação da abordagem sistematizada à Pessoa com

qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com TCE	TCE. 9. Análise e reflexão da prática de enfermagem.
--	---

Atividade 7 - Revisão da literatura

A revisão de literatura específica, quer sobre os TCE, principalmente na primeira abordagem hospitalar e estabilização do doente crítico no serviço de urgência, quer sobre outros temas pertinentes para o estágio, de modo a dar resposta às questões que me foram surgindo, foi sendo uma atividade transversal a todo o meu desempenho. Assim destaco sistema de Triagem de Manchester, doação de órgãos, via verde AVC, EAM, ventilação não invasiva, entre outros temas.

Além desta pesquisa, realizei um curso de atualização dos cuidados de enfermagem ao doente neurocirúrgico, o que não tinha sido planeado no meu projeto, revestindo-se de uma mais valia no desenvolvimento das competências delineadas.

A participação neste curso possibilitou importantes contributos para a concretização do meu projeto, permitindo consolidação, sistematização e mobilização de conhecimentos sobre os cuidados à Pessoa com TCE em todas as suas componentes: avaliação, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento e implicações.

Este curso permitiu-me ainda desenvolver competências específicas na área da Pessoa Crítica Neurocirúrgica, quer na gestão de protocolos terapêuticos, quer na relação terapêutica, tanto com o doente como com a família.

Foi também importante como forma de reforçar a minha opinião sobre o papel fundamental do enfermeiro na execução de intervenções autónomas ao cuidar da Pessoa com TCE.

Atividade 8 – Contribuir na implementação da abordagem sistematizada à Pessoa com TCE

Na abordagem à Pessoa com TCE pude verificar que não existia uma uniformização da mesma, possivelmente porque existem muitos enfermeiros novos no serviço. Em conjunto com a enfermeira orientadora e o Enfermeiro Chefe de Serviço, considerámos pertinente a realização de um poster (Apêndice II) para o serviço sobre a abordagem sistematizada à Pessoa com TCE, no sentido da uniformização dos cuidados à Pessoa com TCE. Antes de ser exposto no serviço, o respetivo poster foi apresentado à equipa de enfermagem

num momento de formação em serviço. A receptividade da equipa foi grande e o seu feedback foi muito positivo, referindo tratar-se de um contributo bastante importante para a prática de cuidados. Uma situação que considereei gratificante foi o facto de ter conseguido transmitir conhecimentos sobre a abordagem à Pessoa TCE a uma equipa de profissionais de referência em situações de urgência.

Atividade 9 – Análise e reflexão da prática de enfermagem

A reflexão individual e conjunta foi uma constante no estágio. Frequentemente foram realizadas conversas informais com os diferentes elementos da equipa de modo a reconhecer dificuldades e lacunas e minimizar as condições menos apropriadas de trabalho, visando a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

O exercício de um pensamento reflexivo é imprescindível a uma prática de cuidar de qualidade, sendo igualmente necessário encontrar um equilíbrio entre a reflexão e a rotina, pois pensar no que fazemos, como fazemos, para que fazemos é fundamental no processo de formação, aprendizagem e desenvolvimento profissional. Os momentos de reflexão realizados proporcionaram-me diversas aprendizagens, enfatizando o meu pensamento crítico e uma atitude reflexiva, essenciais a um enfermeiro perito.

Ao longo do estágio, a partilha de experiências foi extremamente gratificante e enriquecedora. A título de exemplo, numa das nossas reflexões em equipa, os colegas da urgência não compreendiam o porquê de não se receberem dois doentes críticos na unidade de cuidados intensivos ao mesmo tempo. Na altura expliquei-lhes a minha realidade como enfermeira do serviço de UCI, o espaço físico, os recursos humanos, assim como a possibilidade de instabilidade de outros doentes. Eram notórias as diferenças de opinião, as diferentes perspetivas. No entanto, foi interessante notar que, apesar da divergência de opinião, todos temos o mesmo objetivo - a qualidade dos cuidados que prestamos aos doentes. Penso que este tipo de estágio é muito importante no desenvolvimento de um profissional de enfermagem, não apenas em contexto académico.

Tive a possibilidade de participar em passagens de ocorrências entre os chefes de equipa e a chefia do serviço, sendo que num destes momentos se colocou o problema do aumento do tempo de espera nos doentes triados nas últimas semanas, tendo tido a oportunidade de expor a minha opinião. Como elemento externo ao serviço alertei para o facto de as obras em curso no serviço limitarem o número de enfermeiros a realizar

triagem. Assim, sugeri que os enfermeiros que estavam na sala de reanimação, sempre que possível, fossem também à sala de triagem, condição bem aceite pela equipa.

Outra preocupação presente prendia-se, já referido anteriormente com o controlo da infeção hospitalar. A necessidade de manter os cuidados com a higiene hospitalar preconizados pela CCI são essenciais para a diminuição do risco de infeção. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema transversal que nenhuma instituição ou país parece ter conseguido resolver ainda. Cada ano centenas de milhões de utentes são afetados por estas infeções. “ (...) na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano” (World Health Organization, 2010).

O objetivo principal do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNPCI) é identificar e reduzir os riscos de transmissão das infeções entre doentes, profissionais e visitantes e consequentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las em níveis aceitáveis.

O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica tem competências e uma posição privilegiada na formação dos pares para a adoção de práticas seguras e de qualidade na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, como por exemplo, na lavagem das mãos e no uso de medidas de barreira de proteção. Deste modo, entreguei à equipa de enfermagem alguns artigos sobre o controlo de infeção, de modo a promover a sensibilização da equipa. Remeti ainda para a minha experiência pessoal em que, com sensibilização, formação e avaliação do impacto das mesmas, o uso continuado de medidas de barreira de proteção, ajudou a diminuir o número de IACS no meu serviço.

Apreciação Global : A passagem pelo serviço de urgência constitui uma oportunidade de um desenvolvimento de competências ao nível da avaliação e estabelecimento de prioridades nos cuidados à Pessoa com TCE.

Este estágio proporcionou-me uma maior compreensão do papel do enfermeiro na abordagem à Pessoa com TCE. O prognóstico destes doentes depende da lesão existente mas também dos cuidados de saúde realizados, reforçando a pertinência da minha escolha pela natureza distinta destes dois contextos de estágio, no atingir o nível de competência de enfermeira perita à Pessoa com TCE.

2.3- Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Na continuidade dos contextos anteriores, realizei o meu último estágio no serviço onde exerço funções, uma unidade de cuidados intensivos. É uma unidade com a lotação de oito camas, uma das quais constitui uma unidade de isolamento com sistema de pressurização. É uma unidade polivalente com capacidade para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar doentes complexos e graves em falência de um ou mais órgãos ou sistemas.

Nos últimos anos, o serviço contou com um aumento do número vítimas politraumatizadas com TCE, necessitando esta área de uma intervenção de enfermagem específica.

Mobilizando os meus conhecimentos adquiridos e o trabalho desenvolvido nos outros locais de estágio, em colaboração com o Enfermeiro Chefe do serviço, propus como objetivos a atingir neste contexto os seguintes:

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa/ Família com TCE;
- Implementar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE na UCI.

Quadro 5- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa/ Família com TCE na UCI Polivalente

Objetivo	Atividades Realizadas
Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa/ Família com TCE	<ol style="list-style-type: none">1. Identificar áreas lacunares na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.2. Identificar necessidades de formação na equipa de enfermagem relativamente à abordagem à Pessoa com TCE.3. Análise e reflexão da prática de enfermagem.

Atividade 1- Identificar áreas lacunares na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE

Através da nossa práxis diária de cuidados conseguimos verificar a existência de limitações que comprometem a qualidade dos cuidados prestados. Foi meu objetivo, neste contexto em particular, identificar obstáculos e limitações na prestação de cuidados

de enfermagem à Pessoa com TCE. Para esta identificação foi bastante importante a minha passagem pelos locais de estágio anteriores.

Como já aqui foi escrito, as unidades de cuidados intensivos são locais com bastante ruído e muita luminosidade. Esta unidade em causa não é exceção, sendo difícil diminuir os estímulos externos à Pessoa com TCE quando não existe possibilidade de individualizar o ruído ambiente e as luzes. Uma das minhas sugestões para colmatar este problema foi utilizar o quarto de isolamento para a Pessoa com TCE, quando o mesmo não for utilizado para o seu fim. Na UCI de neurocirurgia, primeiro local de estágio, esta área de intervenção neurofisiológica (intervenções autónomas) era de grande preocupação por parte da equipa de enfermagem. Para que esta intervenção, ou seja, o isolamento da Pessoa com TCE, pudesse começar a ser realizada, o que implica por vezes mobilização de doentes, foi realizada uma sensibilização à equipa em momento de formação e durante a prática diária.

A inexistência de determinados materiais específicos para a monitorização intensiva da Pessoa com TCE também poderá ser um obstáculo à prestação de cuidados à Pessoa com TCE. A título de exemplo, testemunhei um caso onde foi necessário colocar de urgência um sensor de PIC, mas por motivos de burocracia necessária para empréstimo de material entre serviços, este equipamento demorou mais tempo que o desejável, iniciando-se mais tarde as medidas de tratamento necessárias.

A passagem pelo serviço de urgência alertou-me para a necessidade de existir de material específico para imobilizar a vítima politraumatizada com TCE, uma vez que muitas vezes, a vítima entra na UCI, sem estudo radiológico da coluna. Por esta razão, e após a apresentação da sua pertinência à chefia do meu serviço, foram adquiridos dois colares Philadelfia. Foi contactado também o serviço de neurocirurgia para realizar um levantamento sobre o cabo de monitorização de PPC, o qual passou a estar disponível, por empréstimo.

A partir de 2008 o processo clínico, passou a ser informatizado utilizando-se linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) na versão Beta 2 e o software aplicativo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) disponibilizado pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde). Este é um sistema simples utilizado pela equipa de enfermagem para a formulação de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados, nas várias realidades clínicas. Durante este estágio teve início o processo de auditoria dos processos de enfermagem. Foi criado um grupo de trabalho, do qual faço parte, que realizou uma check list de

critérios a auditar. A par das auditorias, em revisão o padrão de enfermagem da CIPE, sendo minha responsabilidade introduzir mudanças relacionadas com a Pessoa com TCE. Esta atividade foi facilitada pela realização anterior de um estudo de caso sobre esta temática, por apresentar um plano de cuidados com linguagem CIPE.

Ainda sobre a prestação de cuidados de enfermagem, a família da Pessoa com TCE foi outra área das minhas preocupações, percebendo-a como vetor muito importante no processo de recuperação da Pessoa com TCE. A família encontra-se fragilizada no momento de internamento de um familiar em que a incerteza do prognóstico é grande. O seu familiar encontra-se num ambiente hostil, de elevada tecnologia, requerendo uma abordagem com determinados cuidados, muitos dos quais invasivos. Vários estudos referem que a família tem necessidades muito específicas, como as necessidades de informação, apoio profissional e apoio da comunidade (Keenan & Joseph, 2010). Cada vez mais os enfermeiros têm desenvolvido capacidades e competências nesta área de apoio à família, realizando um acompanhamento mais eficaz. Neste sentido, sensibilizei a equipa de enfermagem para o uso regular de uma pequena sala, anteriormente apenas usada para o acolhimento da família e para a transmissão de más notícias. Neste domínio de cuidados, o suporte à família, o esclarecimento das suas dúvidas, possibilitou elaborar um folheto informativo sobre TCE (Apêndice III) a entregar à família.

Outra das atividades desenvolvidas, através dos resultados das várias pesquisas que realizei ao longo do estágio, foi a sinalização de um conjunto de artigos científicos e a criação de uma “pasta” na rede informática interna (Intranet), acessível aos profissionais da UCI, constituída por vários artigos sobre a Pessoa em Situação Crítica, com maior incidência na Pessoa com TCE, manual de boas práticas em trauma, guidelines de atuação no traumatizado de crânio, entre outros.

Atividade 2 - Identificar necessidades de formação na equipa de enfermagem relativamente à Pessoa com TCE

Tendo em conta as competências a desenvolver na área da formação e de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, programei a realização de um questionário de diagnóstico de situação sobre os cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE (Apêndice IV). Com o tratamento dos dados obtidos, verifiquei a existência de deficiências/lacunas nos enfermeiros do serviço relativamente à abordagem à Pessoa com TCE.

Perante os dados recolhidos foi minha intenção realizar uma ação de formação dirigida às áreas lacunares identificadas. Porém, por questões de gestão do serviço, foi impossível realizar uma ação de formação com a carga horária ajustada as necessidades do serviço, pelo que em consonância com o Enfermeiro Chefe surgiu a ideia de realizar a curto prazo um Curso sobre Trauma dando ênfase à Pessoa com TCE grave e acrescentando outros temas considerados pertinentes. Sendo o respetivo programa (Apêndice V) da minha responsabilidade, este foi aprovado pelo Enfermeiro Chefe e pelo Diretor do Serviço.

Estando este Curso em fase de planeamento, efetuei no serviço uma ação de formação (Apêndice VI) com o objetivo de contextualizar o meu projeto na equipa, divulgar os resultados obtidos no questionário de diagnóstico de situação e apresentar o protocolo de abordagem à Pessoa com TCE Grave. Este protocolo será explicitado mais à frente.

De salientar que, com o decorrer do estágio verifiquei algumas preocupações e mudança de práticas nos cuidados à Pessoa com TCE, tais como, a preocupação com o seu correto posicionamento e manutenção da normotermia, tema por mim abordado na ação de formação realizada e em momentos que considerei oportunos durante a realização do estágio.

Atividade 3 – Análise e reflexão da prática de enfermagem

O fato do Enfermeiro Chefe do serviço ter sido o orientador deste estágio constitui-se como um fator facilitador das atividades desenvolvidas, nomeadamente, por partilhar, expor e analisar em conjunto as necessidades de mudança e alteração na abordagem à Pessoa com TCE e ao padrão de intervenção de enfermagem.

Durante este período, em momentos de reflexão conjunta procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para o significado que determinados pormenores no tratamento da Pessoa com TCE, podem e ajudam na melhoria dos resultados para uma melhor qualidade de vida destes doentes.

Neste períodos reflexivos, ao mesmo tempo que se desenvolve o saber fazer, desenvolve-se um pensamento reflexivo e com potencial evolutivo, em termos de aprendizagem, de forma mais eficaz, uniforme e com maior qualidade. Esta foi uma estratégia adotada nos estágios anteriores, com reconhecidas vantagens para toda a equipa. Assim, procurei transmitir e dinamizar a importância desta prática de reflexão conjunta junto dos meus pares no intuito de melhorar o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de forma consistente e integrada.

Quadro 6 - Implementar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE na UCI Polivalente

Objetivo	Atividades Realizadas
Implementar uma abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE na UCI Polivalente	4 - Dar assessoria na abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE. 5 – Realização de um protocolo de abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE grave.

Atividade 4 – Dar assessoria na abordagem à Pessoa com TCE

Ao longo do tempo, os enfermeiros do serviço sentiram necessidade de expor dúvidas sobre a Pessoa com TCE e vítimas politraumatizadas recorrendo ao meu conhecimento enquanto elemento de referência nesta área. De modo continuado, pretendo transmitir aos colegas de trabalho as experiências vividas nos contextos anteriores, dando assessoria na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE.

Atividade 5 – Realização de um protocolo de abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE grave

A realização do protocolo de abordagem à Pessoa com TCE Grave (Apêndice VII) foi uma atividade sustentada, mais uma vez, nos contributos teóricos e práticos dos estágios anteriores. O fato de existir incertezas/dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa com TCE no seio desta equipa de enfermagem, fomentou a sua adesão a um protocolo de atuação. Na sua estrutura, este protocolo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte uma descrição e explicação de cada intervenção enfermagem, disponível na intranet. A segunda parte corresponde a um fluxograma com as intervenções de enfermagem, disponível no processo clínico da Pessoa com TCE.

Como referido anteriormente, a apresentação deste protocolo à equipa aconteceu em momento de formação, dando a conhecer em que consistia. Por impossibilidade de presença de toda a equipa, realizei posteriormente uma apresentação informal do mesmo. Para a implementação deste protocolo, sinto-me em condições de afirmar que dei um passo importante na melhoria da qualidade na abordagem à Pessoa com TCE grave no meu contexto de trabalho.

Apreciação Global: Este último local de estágio foi fundamental para atingir a finalidade a que me tinha proposto inicialmente, ou seja, a implementação de um protocolo de abordagem de enfermagem sistematizada à Pessoa com TCE grave. Sinto que os contributos adquiridos nos contextos anteriores enriqueceram a minha prestação no meu local de trabalho, permitindo-me prestar cuidados à Pessoa com TCE de uma forma mais consciente e adequada. Possibilitou também novas perspetivas enquanto profissional que procura cuidados de excelência.

Todas as estratégias delineadas, deram origem a mudanças exequíveis no serviço, fazendo diferença na abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE e família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado o momento final deste relatório mas não do meu projeto de intervenção, pois o meu objetivo é precisamente manter vivos e em crescimento os adquiridos obtidos, torna-se agora necessário realizar uma reflexão global do percurso desenvolvido, das experiências realizadas, das dificuldades e limitações sentidas.

Todo o projeto foi direcionado para área dos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica com TCE, face à complexidade da sua situação e da necessidade de uma abordagem de enfermagem sistematizada e organizada. O TCE é um diagnóstico realizado quer à pessoa quer à sua família. Como dizia uma das minhas enfermeiras orientadoras de estágio, normalmente entra uma pessoa e sai outra diferente, colocando ao enfermeiro um desafio importante na prevenção de complicações secundárias causadas pelo TCE, bem como o impacto negativo da hospitalização numa UCI/Urgência. Nesta lógica, pretendi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados enfermagem, através da reflexão e intervenção da prática de enfermagem no sentido da excelência dos cuidados.

A orientação prestada pelos enfermeiros nos serviços foi bastante importante neste meu processo de aprendizagem. Saliento a forma como fui recebida pelas equipas dos vários serviços o que facilitou a minha integração e o desenvolvimento de uma relação de confiança recíproca, propícia a um processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Um dos aspetos importantes na evolução e aperfeiçoamento dos nossos comportamentos e atitudes, na nossa mudança e crescimento, é a identificação dos nossos sucessos e erros. Da mesma forma, a resolução e a comparação dos resultados obtidos com aqueles que foram projetados inicialmente promovem a nossa prática e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de enfermagem.

Inicialmente, senti algumas dificuldades em termos de definição de prioridades e execução de determinadas intervenções próprio de quem está a iniciar um estágio num serviço desconhecido e bem como devido à pouca experiência no cuidado de doentes do foro Neurocirúrgico/ Urgência. Contudo, ao longo dos mesmos, foi-me possibilitado desenvolver as minhas ações, enquanto estudante de mestrado de acordo com o plano de atividades delineado, com o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e científicas e, igualmente, de autonomia, responsabilidade e eficácia na prestação de

cuidados. Durante os mesmos, procurei assumir sempre o papel de perito em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica dentro da equipa multidisciplinar e ao mesmo tempo integrar a minha intervenção no plano global de cuidados de cada doente/família, atendendo à sua singularidade, no sentido da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE e família no serviço de urgência e nos cuidados intensivos.

O período de estágio foi um momento privilegiado de aprendizagem, um espaço importante na apropriação de saberes, promovendo uma reflexão sobre a prática do dia-a-dia e estimulando o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais essenciais para a atitude de um enfermeiro perito. Atendendo às especificidades de cada um local de estágio, os mesmos proporcionaram o meu desenvolvimento de profissional e pessoal. O facto de estagiar em duas instituições e serviços diferentes, proporcionou-me uma diversidade de experiências enriquecedoras, transportáveis para o meu próprio local de trabalho.

A realização de parte do estágio num serviço que me é familiar foi muito vantajoso, permitindo-me atuar mais facilmente nesta área. Toda a equipa colaborou no projeto, o que veio a ser um fator de motivação. Considero ter tido uma atitude pró-ativa, quer em termos de formação, quer em termos de humanização dos cuidados. Foi gratificante ter sido possível atuar face a uma necessidade do serviço e problemas identificados, promovendo formação em serviço que desencadeou reflexão na equipa sobre a prática de enfermagem contribuindo para o desenvolvimento profissional de colegas.

Conceber e efetivar um projeto não é seguramente uma tarefa fácil, implicando esforço e envolvimento pessoal, bem como ser capaz de gerir as diferentes situações que vão surgindo. A realização deste projeto permitiu-me planear atividades executáveis, integradas num espaço de tempo definido. Possibilitou-me ter uma perceção e organização da realidade futura, ao mesmo tempo que a limita na subjetividade.

O caminho percorrido até aqui permitiu-me desenvolver um olhar crítico sobre a prática de cuidados, refletir sobre os cuidados de qualidade à Pessoa e família em situação crítica, em especial com TCE.

A perceção das minhas capacidades pessoais foi determinante para as poder mobilizar quando a situação assim o exigiu. Desta forma, foi possível manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Este foi um espaço de reflexão pessoal, de crescimento e de construção...termino esta etapa com uma sensação de gratificação pelo trabalho realizado, sentindo que não se

trata de um trabalho terminado mas sim, de uma abertura e de um novo pensamento em enfermagem!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamenese e recurso aos cuidadores informais*. Formasau, 2ª edição, ISBN 978-989-8269-13-3.
- Albano, C. , Comandante, L., & Nolan, S. (2005). Innovations in the management of cerebral injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(2), 135-149.
- Azevedo, A.I. M. (2008). Processo de Transição do Adolescente Hospitalizado numa Unidade de Adolescentes. Tese de mestrado. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Zalazar.
- Azevedo, Mário (2009). Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares. (7ª ed.), Lisboa, Universidade Católica.
- American Association of Neurosurgery Nurses, (2008). Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury, *Clinical Practice Guideline*.
- American Association of Neurological Surgeons (2007). Guidelines of management of severe traumatic brain injury, 3ª edition.
- Andrews, P. (2011). European society of intensive care medicine study of therapeutic hypothermia for intracerebral pressure reduction after TBI, *Trials*, vol 12, nº8, 1-12.
- Benner, P. (1996). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, Vol. 1, 5-19.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coleção Enfermagem n.º3. Coimbra: Quarteto Editora, 294p. ISBN 972-8535-97-X;
- Bourdeaux, C. & Brown, J. (2011). Randomized controlled trial comparing the effect of 8.4% sodium bicarbonate and 5% sodium chloride on raised intracranial pressure after traumatic brain injury. *Neurocritical Care*, 15(1), 42-45.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). Estatísticas dos Transportes 2007. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª Ed. Lisboa
- Keenan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Canadian Journal Of Neuroscience Nursing*, 32(3), 25-35.

- Lopez, E. (2009). Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefalico grave, *Med Intensiva*, 33: 16-60.
- Macquillan, K. (2005). Managing TBI, *Nursing*, vol 35, nº 9, 35-43.
- Mcnett, M. (2009). Intensive care unit nurse characteristics impacting judgments about secondary brain injury. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(4), 182-188. Acedido em 5/5/2011 CINAHL Plus with Full Text. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010060572&site=ehost-live>
- Mcnett, M. (2008). Intensive care unit nurse judgments about secondary brain injury. Acedido em 5/5/20011 CINAHL Plus with Full Text. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010154371&site=ehost-live>
- Mcnett, M., & Gianakis, A. (2010). Nursing interventions for critically ill traumatic brain injury patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(2), 71-79. Acedido em 5/5/20011 CINAHL Plus with Full Text. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010606793&site=ehost-live>
- Meleis, A. & Trangenstein P. A.(1994). Facilitating Transition: Redefinition of Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42 :255-9.
- Meleis, A., Sawyer, LM, Im E, Messias, DKH & Schumacher K. (2000).Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nurse Science*. 23(1):12-28.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and progress*. 3ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Moini, M. (2009). Evaluation of Quality of trauma Care in a local Hospital Using a Customization of ASCOT, *European Journal of Trauma and emergency surgery*, 35; 56-60.
- Nolan, S. (2005). Traumatic brain injury: a review, *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 28, nº 2, 188-194.
- Observatório de Segurança Rodoviária (2010). Relatório de segurança rodoviária.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual. *Conselho de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (Regulamento n.º122/2011, *Diário da República*, 2ª série, 18 de Fevereiro.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (Regulamento n.º124/2011, *Diário da República*, 2ª série, 18 de Fevereiro).
- Ordem dos Médicos. Grupo de Trabalho de Trauma (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa.
- Oussedik, S., & Haddad, F. (2008). Chapter 1: principles of adult trauma care. In F. Haddad, S. Oussedik, R. Patel (Eds.) , *Orthopaedic Trauma: A Systematic Approach* . London, UK: Quay Books Mark Allen Group,1-6.
- Pape, H., Neugebauer, E., Ridley, A., Chiara, O., Nielsen, T., & Christensen, M. (2009). Cost-drivers in acute treatment of severe trauma in Europe: a systematic review of literature. *European Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 35(1), 61-66.
- Parecer Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2007). Procedimento sobre Acompanhamento de Doentes em Situação Emergente. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 25.
- Phaneuf, Margot. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-365-3.
- Rajpal, V., & Johnston, J. (2009). Nutrition management of traumatic brain injury patients. *Support Line*, 31(1), 10.
- Reis, B. & Torres, M. (2001). O papel do enfermeiro na triagem dos utentes no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, nº 40, 29-32. ISSN: 0872-8844.
- Silveira, R. (2005) - Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de Enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enfermagem*, Vol. 14.
- Strauven, C. (1994) *Construir uma formação*. Porto: Edições ASA, ISBN 97897241142.
- Suodoni, P. (2009). Raised intracranial pressure nursing observation and interventions, *Nursing standart*, vol 23, nº 43.
- Thelan, Lynne; [et al] (1993). *Enfermagem de cuidados intensivos Diagnóstico e intervenção*, Lusodidacta, ISBN 972-95399-1-x.
- Vítor, A., Lopes, M.V.O. & Araújo, TL. (2010). Teoria do deficit de auto-cuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade, *Esc Anna Nery*, 14, 611-616.

APÊNDICES

Apêndice I

PLANO DE SESSÃO E FORMAÇÃO “ CUIDAR DA PESSOA COM TCE GRAVE”

Plano da Sessão Formativa

Tema da lição: Cuidar da Pessoa com TCE Grave

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de Neurocirurgia

Método: Expositivo - interativo

Finalidade: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa com TCE Grave

Duração: 60min

Preletores: Vanda Santos

Objetivos:	Conteúdos
Introdução: (5min) 1. Proporcionar uma visão global do conteúdo da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e justificação do tema.
Desenvolvimento: (45min) <ul style="list-style-type: none">• Rever aspetos da anatomofisiologia sobre o cérebro• Explicitar cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE• Analisar a importância do papel da equipa de enfermagem, face à Pessoa com TCE	<ul style="list-style-type: none">• Breve abordagem à anatomia e fisiologia• Definição e classificação dos TCE• Tratamento do TCE grave• Cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE grave
Conclusão: (10min) <ul style="list-style-type: none">• Valorizar a importância da intervenção dos enfermeiros à Pessoa com TCE	<ul style="list-style-type: none">• Síntese das ideias centrais da sessão• Enfatizar a importância da intervenção dos enfermeiros.

1º Curso de Mestrado em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica
Neurocirurgia

Cuidar da Pessoa com TCE
Grave

Realizado Por:
Vanda Santos

15 de Fevereiro de 2012



Objetivos

Objetivo geral

Actualização e aquisição de competências no cuidar da pessoa da pessoa com TCE

Objetivos Específicos

Rever a anatomia e fisiologia

Rever definição e classificação dos TCE

Conhecer os tipos de tratamento

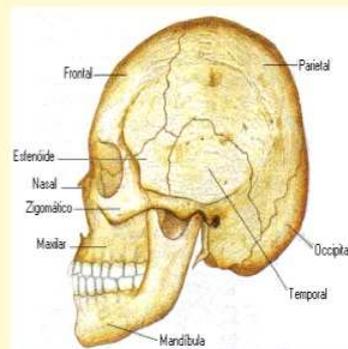
Conhecer os cuidados de enfermagem a pessoa com TCE

Anatomia

Crânio

É composto por 8 ossos, 2 pares e 4 ímpares: os parietais, os temporais, o frontal, o occipital, o esfenoide e o etmoide

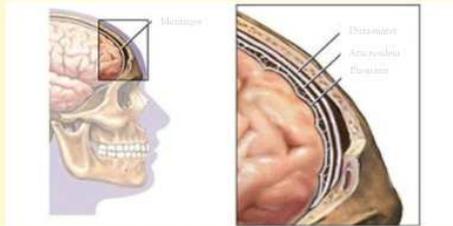
Protege o cérebro das forças directas e agressões externas



Anatomia

Meninges

As meninges envolvem o cérebro, em três camadas e proporcionam protecção suplementar.

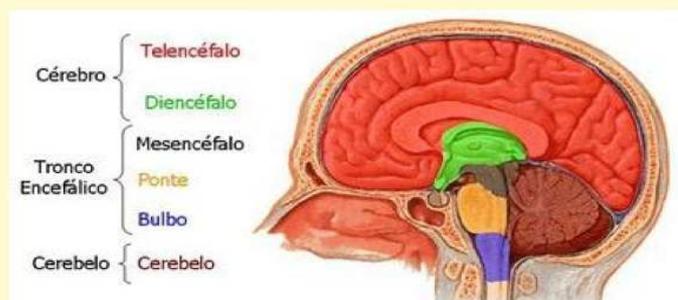


Meninges: dura-máter, aracnoideia e pia-máter.

Anatomia

- **Dura-máter** é a mais externa, resistente e espessa ricamente vascularizada e enervada por terminações sensoriais . Forma seios venosos cuja função é drenar o sangue venoso para as veias jugulares internas
- **Aracnoideia** é uma fina **membrana** trabeculada próxima da dura-máter . As trabéculas ligam-se à pia-máter formando o espaço subaracnoideu que contém o líquido
- **Pia-máter** está **intimamente aderente ao encéfalo** . A função é dar resistência aos órgãos nervosos, que são delicados e mole

Anatomia



Anatomia

Cérebro

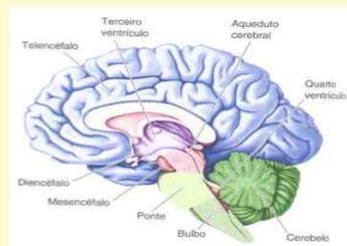
- **Lobo Frontal** - motilidade voluntária, pensamento, emoções e personalidade;
- **Lobo Temporal** - audição, comportamento, emoções e hemisfério dominante da fala;
- **Lobo Parietal** - interpretação sensorial;
- **Lobo Occipital** - visão.



Anatomia

Tronco Cerebral

O tronco cerebral é composto pelo mesencéfalo, ponte e bulbo raquidiano que tem a sua continuidade na medula espinal

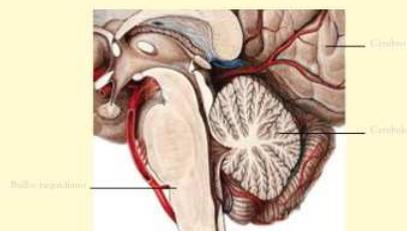


Vista lateral de estruturas do cérebro

Anatomia e Fisiologia

Cerebelo

Situa-se na fossa posterior contígua ao tronco cerebral, e está separado do cérebro pela tenda do cerebelo



Anatomia

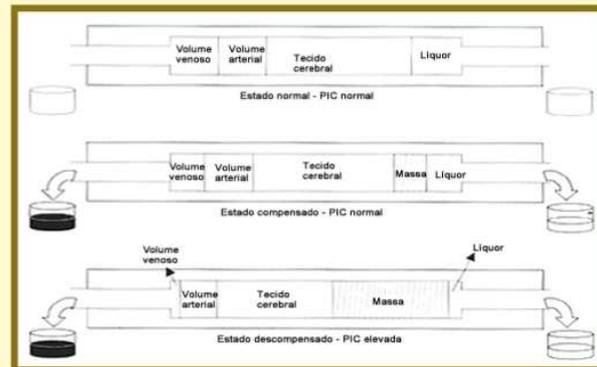
Nervos Cranianos

São doze pares de nervos cranianos, têm origem no cérebro e no tronco cerebral. Cada um tem um função específica

NERVO CRANIANO	FUNÇÃO	EFEITOS FISIOLÓGICOS
Olfativo (I)	Sensorial	Cheiro
Óptico (II)	Sensorial	Visão
Oculomotor (III)	Motora	Movimentos extra-oculares, elevação da pálpebra, contração da pupila
Patético (IV)	Motora	Movimentos oculares de depressão e inciclodução
Trigêmio (V)	Motora e sensorial	Sensibilidade facial, reflexo corneal e da mastigação
Oculomotor externo (VI)	Motora	Movimentos laterais do olho
Facial (VII)	Motora e sensorial	Movimentos dos músculos faciais, fechar os olhos, secreção de saliva e lágrimas
Acústico (VIII)	Sensorial	Audição e equilíbrio
Glossofaríngeo (IX)	Motora e sensorial	Reflexo de deglutição, deglutição e fonação
Vago (X)	Motora e sensorial	Músculos voluntários de deglutição, músculos involuntários viscerais (coração, pulmão)
Espinal acessório (XI)	Motora	Movimento da cabeça e do ombro
Hipoglosso (XII)	Motora	Movimento da língua para deglutição

Fisiologia

Doutrina de Monro-kellie



Fisiologia

Fluxo sanguíneo cerebral



No adulto saudável é de 50 a 55ml por gramas de tecido cerebral por minuto

Num trauma grave este pode diminuir 50% nas primeiras 6 a 12h após o trauma

Pressão de perfusão cerebral = Pressão arterial média - Pressão intracraniana

Valores entre 60 a 150mmHg (autoregulação pressórica)

Traumatismo Craniano

O **trauma** é uma das causas mais frequentes de lesão encefálica;

Mais de 20.000 traumatismos cranianos em Portugal todos os anos dos quais resultam cerca de 2.000 mortes

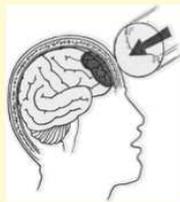
60% das pessoas sobreviventes requerem cuidados hospitalares prolongados e têm sequelas significativas

O TCE pode ser provocado por acidente de viação, quedas e outras causas traumáticas (agressões, projectil de arma de fogo, etc.), no entanto, esta proporção varia de acordo com a idade

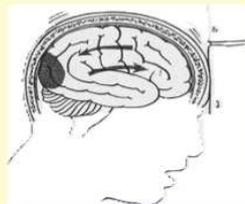
Traumatismo Craniano

“ Lesão cerebral causada por uma força física externa que produz um estado diminuído ou alterado da consciência comprometendo as habilidades cognitivas ou o funcionamento físico. Podem resultar distúrbios comportamentais ou emocionais temporários ou permanentes “ (ABTE, 2007)

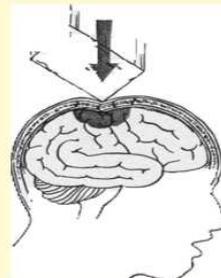
Mecanismo da lesão



Aceleração



Desaceleração



Deformação

Classificação do TCE

Grau de gravidade (ECG)

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO	ESCALA DE COMA DE GLASGOW
Grave	Igual ou inferior a 8
Moderado	Entre 9 e 13
Leve	Entre 14 e 15

A avaliação do estado de consciência desde o 1º contacto com o doente é fundamental para a decisão das medidas imediatas, e simultaneamente é indicador de prognóstico

Tipos de lesões

As **Lesões** podem ser divididas em 2 categorias:

- **Lesão Primária** - Resulta no trauma directo no encéfalo, associado a lesões vasculares e danos das células nervosas, como resultado directo de uma agressão inicial, independentemente do mecanismo de lesão
- **Lesão Secundária** - Resulta de uma extensão da magnitude da lesão cerebral primária, devido a factores que promovem o défice neurológico

Contusão

A contusão cerebral é uma escoriação na superfície do cérebro, resultante do movimento deste na abóbada craniana.



Imagem de contusão cerebral bilateral

Concussão

Perda breve de consciência, sem evidência de dano estrutural cerebral imediato ou tardio

Pode ser consequência do trauma directo na cabeça ou de lesão de aceleração ou desaceleração, em que há colisão do cérebro no interior do crânio.

Hematomas

- **Hematoma Epidural** - Consiste numa acumulação de sangue entre a parede interna do crânio e a camada mais externa da dura-mater.
- **Hematoma subdural** - Consiste na acumulação de sangue entre a dura e a aracnoideia subjacente. Subdivide-se em Agudo, Subagudo e Crónico
- **Hematoma intracerebral** - Consiste na acumulação de sangue no interior do tecido cerebral.

Lesão axonal difusa

Resulta, normalmente, de traumatismo não-penetrante que provoca tensão transversa e secção das estruturas dos neurónios. Tem prognóstico reservado e está depende do tempo do coma.



Imagem de lesão axonal difusa

Fracturas

- **Fractura do crânio fechada** - (a dura-máter não está lesada) Surgem como finas linhas, ao Rx, e não requerem tratamento a não ser permanecerem em observação.

- **Fractura do crânio aberta** - (a dura-máter está lesada: tem solução de continuidade) Podem ser palpadas e confirmadas nos exames radiológicos. Podem estar associadas a lesão cerebral derivada de penetração de fragmentos ósseos. É necessária intervenção cirúrgica e prevenção de infecção.

- **Fracturas da base do crânio** - Não são habitualmente observáveis nos exames radiológicos. Podem ser diagnosticadas por outros sinais clínicos como: perda de LCR pelo nariz ou ouvidos, diversas lesões dos nervos cranianos, equimose periorbital e sinal de Battle (equimose sobre a apófise mastoideia). Todos os utentes com estas fracturas ficam internados.

Edema Cerebral

É causado pelo **aumento** de líquidos intra e extracelular no cérebro. Pode acontecer numa região limitada ou em todo o cérebro.

Ocorre em consequência da **ruptura** da barreira hematoencefálica

Hipertensão intracraniana

“ O volume intracraniano é composto por tecido cerebral, volémia e líquido cefalorraquidiano. Qualquer aumento no volume de qualquer um destes conteúdos (...) resulta no aumento da pressão intracraniana devido à rigidez e não-expansibilidade da calote craniana ” PHIPPS et al, 2003, p. 1935

Hipertensão intracraniana(cont.)

Sinais e Sintomas

Resposta motora anormal

Estase papilar

Triade de Cushing

Cefaleias intensas

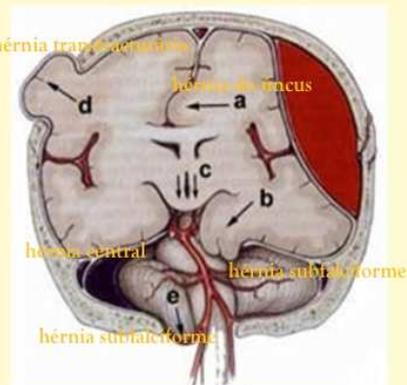
Depressão do estado de consciência

Herniação

Deslocação de um compartimento com pressão elevada para um com menor pressão, exercendo pressão sobre os vasos cerebrais e centros de funções vitais



Risco de vida



Herniação (cont.)

Sinais e Sintomas

Dilatação pupilar unilateral ou bilateral

Postura motora anormal

Deterioração neurológica

Assimetria reactividade pupilar

Pessoa com TCE Grave

Tratamento

Não cirúrgico



Cirúrgico

Prevenir as lesões
secundárias

Tratamento cirúrgico

Drenagem ventricular
externa



Craniotomia
descompressiva
unilateral

Tratamento

-Avaliação neurológica seriada

Cuidados de enfermagem

- Avaliação e monitorização da escala de comas de Glasgow
- Avaliação e monitorização das pupilas (simetria, reactividade e tamanho)

Tratamento

- Controle da pressão arterial

No período inicial pós-traumático:

- FSC é reduzido a menos de metade podendo levar a isquemia

- FSC próximo às regiões lesadas e aos hematomas subdurais é mais reduzido do que o FSC global

HIPO TENSÃO = PIOR PROGNÓSTICO

Evitar TAS < 90 mmHg

Evitar TAS > 160 mmHg sobretudo se PIC elevada

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Monitorização da pressão arterial
- Monitorização electrocardiográfica
- Monitorizar PVC e balanço hídrico
- Administrar reposição volémica ou medicação prescrita



Lactato de Ringer e Soro fisiológico

Tratamento

Controle da ventilação e oxigenação

- Evitar PaO₂ < 60 mmHg ou SatO₂ < 94%
- Manter oxigenação contínua
- Manter PaCO₂ 35-40 mmHg pois PaCO₂ provoca vasodilatação cerebral e aumento da PIC
- Evitar Hiperventilação profilática durante os primeiros cinco dias após TCE, especialmente nas primeiras 24 horas
- Hiperventilação leve (PaCO₂ 30-35 mmHg) apenas em HIC refractária ao tratamento

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Monitorizar parâmetros ventilatórios
- Vigiar valores da GSA
- Monitorizar por capnografia contínua quando possível
- Evitar aspiração de secreções frequente
- Evitar hiperinsuflações com insuflador manual
- Executar aspiração com pré-oxigenação, usando oxigénio 100%
- Limitar cada movimento de aspiração a 10 segundos ou menos
- Usar pressão de aspiração mínima necessária (< 120 mmHg)
- Usar um cateter de aspiração com o diâmetro mínimo necessário

Tratamento

- Prevenir hipertermia – 35°- 37°

- Actividade metabólica cerebral é proporcional à temperatura do corpo e aumenta 5 a 7% por °C
- A hipertermia exacerba as lesões cerebrais traumáticas e isquémicas

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Controlar temperatura corporal (evitar hipertermia) administrando antipiréticos prescritos e/ou realizando arrefecimento natural
- Controlar temperatura ambiente, se possível
- Despistar infecções

Tratamento

Nutrição

Iniciar suporte nutricional precocemente

Atingir a reposição calórica completa por volta do 7º dia após trauma

Glicemias entre os 140-170g/dl, diminui mortalidade

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Inserir sonda nasogástrica, ou orogástrica em caso de suspeita de lesão facial ou trauma de base de crânio
- Iniciar dieta prescrita precocemente
- Monitorizar o conteúdo gástrico
- Monitorizar as glicemias capilares e manter protocolo de insulina
- Vigiar outros efeitos colaterais: intolerância gástrica, diarreia, desidratação, cetoacidose

Tratamento

Posicionamento do doente

- Devem ser utilizadas posições que permitem um retorno venoso
- Evitar posições que impedem o retorno venoso cerebral e provocam picos na PIC são; Trendelenburg, ventral, flexão extrema das coxas e angulação do pescoço (obstrução das veias jugulares)

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Manter a cabeceira elevada de 30° a 45° com alinhamento cabeça, pescoço e tronco
- Evitar a rotação/flexão da cabeça e tronco aquando da mobilização do doente
- Evitar flexão acentuada das coxas
- Evitar roupa, pensos, nistros constritivos que possam dificultar a drenagem venosa

Tratamento

Controlo das convulsões

- Provocam aumento das exigências metabólicas aumentando o FSC e, conseqüentemente, a PIC mesmo em doentes sedados e curarizados
- Fenitoína e Valproato de Sódio estão indicados para reduzir a incidência de convulsões prematuras (primeiros 7 dias pós trauma), mas não melhoram a mortalidade. Não se recomendam para prevenção de convulsões pós traumáticas tardias (após 7 dias)

Tratamento

Controle da pressão intracraniana

Locais habituais para a monitorização da PIC

Espaço intraventricular

Espaço sub-aracnoideu

Espaço epidural

Parênquima cerebral



PIC normal 0-10 mmHg

PIC elevada > 20 mmHg por tempo > 5 min

Cuidados de Enfermagem

-Monitorização da PIC



Valores superiores a 20mmHg,
comunicar ao clínico

- Monitorização da PPC



Valores acima dos 65mmHg

Tratamento

Terapia hiperosmolar e diuréticos

“ O manitol é um diurético osmótico de 1ª linha: retido no espaço extracelular, melhora a perfusão das áreas isquémicas, produz vasoconstrição cerebral e reduz a PIC “

Indicações:

- Sinais e sintomas de herniação
- Déficit neurológico progressivo não atribuível a causas externas

Complicações:

- Risco de falência renal por diurese intensa
- Desequilíbrio hidroelectrolítico; Reversão osmótica

Tratamento

A solução salina hipertónica

- diminuir edema cerebral (retira a água das células)
- aumenta o risco de EP em doentes com patologia cardíaca ou pulmonar -- usada apenas quando o manitol não resultar

Diuréticos não osmóticos

- A furosemida transfere água e sódio das zonas edemaciadas
- vantagem de não se associar a desequilíbrios electrolíticos
- não aumenta a osmolaridade sérica

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Inserir sonda vesical para controlo diurese
- Avaliar PVC
- Reposição de volémia se necessário
- Monitorizar balanço hídrico rigoroso
- manter equilíbrio hidroelectrolítico
- Administrar terapêutica anti-edema prescrita

Tratamento

Sedação e miorelaxantes

- São benéficos para minimizar a dor, a ansiedade e a agitação que contribuem para o aumento da PIC
- Dificultam o exame neurológico , pelo que se deve usar drogas de curta duração
- Podem ser usados isoladamente ou em combinação para assegurar uma ventilação adequada

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- Administrar sedação se indicado pelo médico, aquando da realização de procedimentos: cuidados de higiene, posicionamentos, aspiração de secreções
- Monitorizar e controlar a dor
- Minimizar estímulos ambientais : Ruído. luminosidade

Tratamento

Terapêutica por barbitúricos

- Administração profilática de barbitúricos não é recomendada

- Usada para controlar a HIC refractária (essencial a estabilidade hemodinâmica)

- Aumentar a resistência vascular - diminui o FSC e reduz o volume intracraniano
- Controlar a formação do edema - diminui a PA e reduz a pressão sobre o tecido lesado
- Diminuir o metabolismo cerebral - reduz a actividade eléctrica, exigências cerebrais de O₂ e glicose
- Evitar a lesão celular - consome radicais livres
- Suprimir as crises convulsivas subclínicas

Tratamento

Tratamento antigo	Tratamento actualmente
Redução da PIC	Redução da PIC Manter a PPC > 60 mmHg
Desidratação electiva	Normovolémia
Osmoterapia rotineira	Osmoterapia selectiva (Osm=300mOsm/l)
Hiperventilação agressiva (PCO ₂ < 30 mmHg)	Normocápnia Hiperventilação aguda em PIC elevada
Barbitúricos profiláticos	Barbitúricos limitados
Corticóides uso rotineiro	Sem corticóides
Evitar utilização de PEEP	Uso de PEEP para PaO ₂ adequada
Evitar sedação , usar relaxantes	Evitar relaxantes e assegurar sedoanalgesia
Monitorização de PIC IV ou subdural	Monitorização de PIC IV ou parenquimatosa

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

Prevenir complicações:

Tromboembolismo

- Meias de contenção
- terapêutica anti-coagulante prescrita

Úlceras da córnea

- Lubrificação e encerramento palpebral

Infecção

- Vigiar locais de inserção de inserção cateteres
- Higiene oral com clorhexidina

Distensão Abdominal

- Vigiar eliminação intestinal
- Administração de emolientes fecais

Cuidados de Enfermagem à Família

- Promover o envolvimento da família
- Explicar os procedimentos/ tratamentos
- Encorajar a comunicação expressiva de sentimentos (choro, frustração, raiva, negação); referir que são normais
- Evitar informações contraditórias que possam comprometer a confiança na equipa (conversar com a restante equipa para manter informações consistentes)

Cuidados de Enfermagem à Família

- Não alimentar falsas esperanças ou retirar as esperanças
- Aconselhar a descansar para melhor colaborar na recuperação
- Sugerir apoio de psicólogo
- Providenciar informação (panfletos, sites de associações)

Obrigada pela vossa atenção!!

Apêndice II

**POSTER “TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO- ABORDAGEM À PESSOA COM
TCE” NA URGÊNCIA GERAL**

Plano da Sessão Formativa

Tema da lição: TCE: Abordagem à Pessoa com TCE

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de urgência

Método: Expositivo - interativo

Finalidade: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa com TCE

Duração: 30 min

Preletores: Vanda Santos

Objetivos:	Conteúdos
Introdução: (5min) - Proporcionar uma visão global do conteúdo da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e justificação do tema.
Desenvolvimento: (20min) <ul style="list-style-type: none">• Rever breves aspetos da anatomofisiologia sobre o cérebro• Explicitar cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE• Analisar a importância do papel da equipa de enfermagem, face à Pessoa com TCE no serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none">• Definição e classificação dos TCE• Tratamento do TCE• Cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE
Conclusão: (5min) <ul style="list-style-type: none">• Valorizar a importância da intervenção dos enfermeiros à Pessoa com TCE, nas várias valências do serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none">• Síntese das ideias centrais da sessão• Enfatizar a importância da intervenção dos enfermeiros.

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

ABORDAGEM À PESSOA COM TCE

- Algoritmo ABCDE
- Monitorização neurológica (ECGlasgow, força muscular e sensibilidade)
- Avaliação pupilar
- Monitorização de sinais vitais
- Pesquisa de evidência de feridas, lesões perfurantes, fracturas da face e edema peri-orbital
- Pesquisa de evidência de fracturas da base do crânio - “racoon eyes”, sinal de Battle, otorragia ,rinorraquia e otorraquia;

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movim. inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
	Sem resposta	1

Mínimo 3 Máximo 15

Classificação do TCE	Avaliação Escala Comas Glasgow
Leve	14-15
Moderado	9-13
Grave	3-8

Leve

- RX Crânio – assintomático

ou

- TAC-CE - sintomático (cefaleias, perda de consciência ou vômitos)

Moderado

- Estabilização cardio-pulmonar (O2, fluidoterapia)
- Repouso no leito
- TAC de controlo 12/24H e SOS

Grave

- Elevar a cabeceira 30/45°
- Prevenir e corrigir hipoxémia e hipotensão
- Tratar a hipertermia
- Vigiar convulsão
- Vigiar débitos urinários /balanço hídrico
- Sonda orogástrica
- Prevenir e tratar hipoglicemia/hiperglicemia
- Monitorizar PIC, se indicado

↓

Orientado em T+E+P:
Alta com ensino (sinais de alerta e estar acompanhado)

Referências Bibliográficas:

- American Association of Neurological Surgeons (2007), *Guidelines of management of severe traumatic brain injury, 3ª edition*
- Ordem dos Médicos - Grupo de Trabalho de Trauma (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa

Elaborado por:

Aluna : Vanda Santos, 1º Curso Mestrado em Pessoa em Situação Crítica

Apêndice III

FOLHETO INFORMATIVO PARA A FAMÍLIA NA UCI POLIVALENTE

Hospital X
Unidade de Cuidados Intensivos

Horário das Visitas:

Manhã: 13h-14h

Tarde: 19h-20h

Telefone:

Traumatismo Crânio-Encefálico

- Durante estes períodos pode solicitar
Informações/esclarecer dúvidas sobre o seu familiar

- Apenas é permitida a presença de uma pessoa de
cada vez junto do seu familiar

Piso 1

Traumatismo crânio-encefálico, o que é?

Quando batemos com a cabeça fazemos um traumatismo craniano. Muitos destes traumatismos não têm qualquer repercussão na nossa vida diária, uma vez que não deixam qualquer tipo de sequelas. Mas se muitos destes traumatismos são inofensivos, outros têm maior gravidade e podem levar a complicações futuras, caso não sejam resolvidos atempadamente.

São várias as causas dos traumatismos cranianos, tais como: acidentes de trabalho, quedas, acidentes de viação, agressões várias cranianas que levam a lesão cerebral. Este tipo de lesão pode apenas necessitar de observação no serviço de urgência, mas em situações mais complicadas pode necessitar de cirurgia, internamento em enfermaria ou em unidade de cuidados intensivos.

Os doentes com traumatismo crânio-encefálico grave, requerem cuidados especializados e necessitam de uma maior vigilância, como é o caso do seu familiar.

Este tipo de traumatismo pode trazer consequências várias para o doente, para a sua vida familiar e

profissional. Estas lesões podem levar a alterações da sua vida diária, da vida de relação, da personalidade, na sua capacidade de execução de tarefas básicas e de locomoção, no seu raciocínio e na sua comunicação.

Em situações mais graves, após avaliação diagnóstica, que passa pelo exame objetivo realizado pelo médico e por exames complementares de diagnóstico, mais frequentemente a tomografia axial computadorizada (TAC), pode haver necessidade de realização de uma intervenção cirúrgica urgente ou emergente.

Apesar da gravidade inerente a estas situações existe um potencial de recuperação, que se processa de um modo lento, e que necessita de apoio da fisioterapia no que diz respeito à recuperação motora e por vezes de terapia da fala.

Os familiares têm um papel muito importante no tratamento e na recuperação do doente, quer durante o internamento, quer no período pós-alta, altura em que muitas das vezes os doentes ainda não recuperaram a sua total autonomia.

O seu papel na reabilitação do seu familiar pode ser preponderante!

Apêndice IV
QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Unidade de Cuidados Intensivos -

Questionário

Caros colegas,

No âmbito do Mestrado de Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, proponho elaborar uma sessão de formação na área de cuidados de enfermagem à Pessoa com TCE, suportada nas expectativas de aprendizagem presentes na equipa de enfermagem.

Neste sentido, agradeço desde já a colaboração no preenchimento deste questionário sobre a abordagem de enfermagem à Pessoa com TCE.

A informação recolhida tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Comprometo-me a salvaguardar os princípios éticos inerentes a uma investigação, nomeadamente a assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato das fontes, assim como a não utilização para outros fins que não a investigação académica.

Grata pela atenção dispensada,

Questionário

Solicito que leia atentamente todas as questões e assinale com um círculo em torno da alínea correspondente à resposta que considera correta. No final, verifique se respondeu a todas as questões.

1 – O traumatismo crânio encefálico (TCE) é classificado em ligeiro, moderado ou grave; consoante:

- a) sinais e sintomas apresentados pelo doente
- b) evidências radiológicas em TAC CE
- c) avaliação na escala de comas de Glasgow
- d) todas as anteriores

2– O doente com TCE grave

- a) tem sempre indicação para cuidados intensivos e monitorização contínua
- b) só em caso de perda de consciência e/ou convulsão deve ser admitido em UCI
- c) deve estar comprovado existência de edema cerebral no TAC CE para transferir para UCI
- d) todas as anteriores

3 – As prioridades na primeira abordagem à Pessoa com TCE grave são, respetivamente:

- a) conectar doente ao monitor cardíaco, avaliar TA, entubar endotraqueal e ventilar com ventilador portátil
- b) entubar endotraqueal de imediato se indicado e ventilar com normocapnia, conectar ao monitor cardíaco e avaliar TA
- c) iniciar precocemente medidas anti-edema cerebral, garantir estabilidade tensional, monitorizar traçado cardíaco e iniciar anti-convulsivante
- d) avaliar a resposta do doente, garantir via aérea permeável e eficaz ventilação e circulação sanguínea

4– Em situação de TCE grave:

- a) depois de garantida a estabilidade cardiorespiratória do doente, a hipertensão intra-craniana (HIC) é a causa mais frequente de morte
- b) a HIC mantida é determinante de mau prognóstico
- c) o TAC CE deve ser realizado nas primeiras 12 a 24 h após o trauma
- d) todas as anteriores

5 – A monitorização da pressão intra-craniana (PIC) é o método mais fidedigno para avaliar a PIC e portanto determinante para tratamento de situações de HIC, qual a afirmação verdadeira:

- a) PIC com valor de 20 mmHg por mais de 5 minutos sem estímulo associado é considerado HIC
- b) O “zero” da PIC é feito ao nível das orbitas
- c) PIC elevada é preditivo de mau prognóstico
- d) Nenhuma das anteriores

6 – Relativamente à PIC:

- a) É possível medir a PIC fazendo uso de uma drenagem ventricular externa (DVE)
- b) O cateter de PIC intraventricular é mais fidedigno só até ao 5º dia após de permanência
- c) A monitorização da PIC é o método mais importante para avaliar o resultado da terapêutica em curso
- d) todas as anteriores

7- Na ausência ou mau funcionamento de sensor de PIC, são sinais e sintomas de HIC:

- a) Afundamento de estado de consciência
- b) aumento de tamanho pupilar
- c) bradicardia e hipertensão simultâneas
- d) todas as anteriores

8– O tratamento do edema cerebral é fundamental para resolver a HIC:

- a) edema cerebral grave é sempre indicação para intubação endotraqueal e ventilação mecânica eletiva
- b) ventilação mecânica com hiperventilação está atualmente contraindicada
- c) a craniotomia descompressiva é o último recurso terapêutico por ser mais invasivo
- d) todas as anteriores

9 – A abordagem terapêutica da HIC tem como objetivo principal a manutenção do aporte de fluxo sanguíneo adequado às necessidades de tecido cerebral. Assim:

- a) a pressão de perfusão cerebral (PPC) é o indicador mais fidedigno de fluxo sanguíneo cerebral eficaz
- b) a PPC deve ser $\geq 60/65$ mmHg
- c) a PPC obtém-se através da fórmula PAM (pressão arterial média) – PIC
- d) todas as anteriores

10 – A abordagem terapêutica da HIC é multifactorial, integrando fármacos e medidas não farmacológicas. Pelo que:

- a) a terapêutica não farmacológica é mais importante que as medidas anti-edemas não farmacológicas
- b) tiopental em perfusão contínua é o fármaco de eleição para tratar HIC
- c) terapêutica com anti-inflamatórios corticoides é recomendada
- d) nenhuma das anteriores

11 – O pilar fundamental do fluxo sanguíneo cerebral é a PPC por forma a evitar a isquémia cerebral na HIC; que outros exames auxiliares de diagnóstico contribuem para otimizar a PPC do doente com HIC?

- a) Doppler transcraniano
- b) Saturação de hemoglobina obtida através da veia jugular
- c) Monitorização de traçado de onda de PIC
- d) Todas as anteriores

12 – Os cuidados de enfermagem autônomos são de particular importância na abordagem terapêutica do edema cerebral. As medidas anti-edema incluem:

- a) elevação de cabeceira de cama a 30° no mínimo
- b) alinhamento cabeça com o tronco
- c) repouso no leito
- d) todas as anteriores

13- Na observação de doente com TCE, existem sinais que sugerem fratura de base de crânio, são estes:

- a) Sinal de Battle, Raccoon Eyes e otorreia
- b) Raccoon Eyes e otorreia
- c) Sinal de Battle e otorreia
- d) Nenhuma das anteriores

14- Sobre o tratamento de edema cerebral:

- a) solução salina hipotônica deve ser usada preferencialmente para soroterapia e diluições EV
- b) glicose hipertônica a 30% em bólus EV pode ser usada como estratégia para baixar a PIC
- c) cloreto de sódio hipertônico em bólus EV pode ser usado como estratégia para baixar a PIC
- d) todas as anteriores são verdadeiras

15- Assinale a afirmação verdadeira sobre o edema cerebral:

- a) a obstipação não é problema para este tipo de doentes
- b) a hemorragia intracraniana não pode ser a origem do choque hemorrágico
- c) a fenitoína pode ser interrompida 2 semana após o TCE
- d) não pode haver efeito de massa sobre o tecido cerebral sem alteração da PIC

16 – Vários fatores afetam a pressão intracraniana, identifique a afirmação verdadeira:

- a) a hipertermia pode agravar a HIC

- b) Apesar de o cérebro usar quase exclusivamente a dextrose como fonte energética celular, a hiperglicémia pode ser tão nefasta como a hipoglicémia
- c) A hipoxia contribui para subir a PIC
- d) Todas as anteriores estão corretas

17 – Para além dos cuidados prestados ao doente com TCE, também a família é alvo de atenção de cuidados de enfermagem. O acolhimento à família deve:

- a) ser realizado de forma a proporcionar privacidade e espaço para esclarecimento de dúvidas e ansiedade
- b) incidir sobretudo sobre horário de visitas ao doente e desinfeção de mãos
- c) elucidar para o mau prognóstico do TCE grave e inevitabilidade de sequelas
- d) servir para obter número telefone para contacto e questionar sobre alergias

Obrigada pela sua colaboração!!

Apêndice VI

PROPOSTA DE PROGRAMA DE CURSO DE TRAUMA A REALIZAR NA UCI
POLIVALENTE

Unidade de Cuidados Intensivos
Programa do Curso de Trauma

O curso de trauma terá a duração de 8h, com a participação de preletores peritos nos temas a abordar. O curso terá início as 9h.

9h- Boas Vindas - Introdução ao curso

9h15- Sedação e analgesia no doente politraumatizado

9h45- Traumatismo Crânio-Encefálico

- Breve anátomo-fisiológica
- Abordagem ao TCE segundo as guidelines BTF
- Métodos de avaliação e monitorização do doente neurocrítico

12h-13- Almoço

13h15- Trauma torácico

- Ventilação no doente traumatizado de torácico
- Abordagem a lesões torácicas – Pneumotórax simples e hipertensivo
 - Hemotórax
 - Contusão pulmonar

14h30- Trauma vertebro-medular

- Choque medular
- Classificação das lesões

15h- Trauma abdominal

- Hemoperitoneu
- Pressão intra-abdominal
- Cuidados ao doente com trauma abdominal

15h30- Trauma músculo-esquelético

- Abordagem ao doente com fratura pélvica
- Síndrome compartimental

16h- Banca prática – Colocação de colar cervical; Tração cutânea; mobilização no politraumatizado

Apêndice VI

**PLANO DE SESSÃO E APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA UCI
POLIVALENTE - RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS E PROTOCOLO**

Plano da Sessão Formativa

Tema da lição: A Pessoa com TCE grave: Uma intervenção de enfermagem especializada

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de UCI Polivalente

Método: Expositivo - interativo

Finalidade: Apresentar o projeto para o serviço e diagnóstico de situação

Duração: 30min

Preletores: Vanda Santos

Objetivos:	Conteúdos
<p>Introdução: (5min)</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar uma visão global do conteúdo da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e justificação do tema.
<p>Desenvolvimento: (20 min)</p> <ul style="list-style-type: none">• Justificar a pertinência do projeto para o serviço• Analisar a importância do papel da equipa de enfermagem, face à Pessoa com TCE grave <p>Conclusão: (5 min)</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorizar a importância dos enfermeiros na abordagem à Pessoa com TCE	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos resultados dos questionários• Apresentação do protocolo de enfermagem da Pessoa com TCE grave <ul style="list-style-type: none">• Síntese das ideias centrais• Enfatizar a importância do projeto na UCI



1º Curso de Mestrado na Área de Especialização de
Pessoa em Situação Crítica
Estágio- UCI Polivalente

A pessoa com TCE: Uma Intervenção de Enfermagem Sistematizada

Trabalho realizado por:

Vanda Santos

Porquê?

- O Trauma é a **terceira** causa de morte .
- Cerca de **metade** das vítimas de Trauma morre em consequência de **TCE**;
- O TCE é uma **agressão** ao cérebro, causada por uma lesão externa física.
- Doentes que requerem intervenções **rápidas** e **eficazes**, no sentido de minorar os danos.

Porquê?

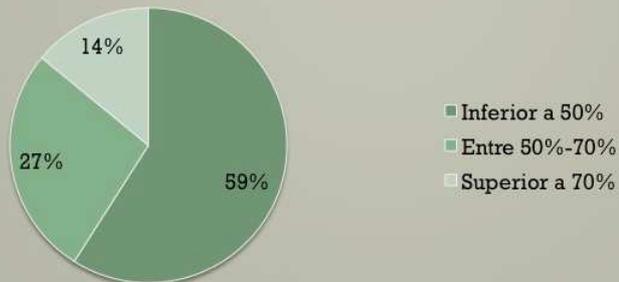
- A falta de **protocolos** de actuação na pessoa com TCE pode gerar práticas não uniformizadas
- Torna-se essencial **protocolos de actuação** na pessoa com TCE (American Association of Neurological Surgeons - guidelines of management of severe traumatic brain injury).

Objectivos

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com TCE na UCI.
 - Realização de um protocolo de abordagem de enfermagem à pessoa com TCE na UCI;
 - Implementar protocolo de abordagem de enfermagem à pessoa com TCE na UCI.
 - Formação da equipa na área da pessoa com TCE e do Trauma

Resultados

Resultados dos questionários



Áreas problemáticas identificadas

- O traumatismo crânio-encefálico é classificado em ligeiro, moderado ou grave, consoante: **A avaliação na escala de comas de Glasgow – 95%**
- A monitorização da pressão intra-craniana é o método mais fidedigno para avaliar a PIC e portanto determinante para o tratamento de situações de HIC, qual a afirmação verdadeira: **Nenhuma das anteriores – 90%**

Áreas problemáticas identificadas

- Relativamente à PIC, qual das seguintes afirmações é a correta: **Todas as anteriores – 10%**
- Escolha a afirmação correta sobre o tratamento de edema cerebral: **Todas as anteriores – 18%**
- **Assinale a afirmação verdadeira** sobre o edema cerebral: **A hemorragia intracraniana não pode ser a origem do choque hemorrágico – 10%**

Áreas problemáticas identificadas

- Classificação do TCE
- Diferenciação entre o conceito de **HIC** e **PIC**
- Métodos de **avaliação** de PIC
- **Edema cerebral**, medidas anti-edema e opções terapêuticas

Resultados positivos

- Grande objectivo: **Pressão de perfusão cerebral- 77%**
- Medidas **não** farmacológicas – **90%**
- Identificação de **sinais** de hipertensão intracraniana- **68%**
- Importância da **relação** com a família – **86%**

Protocolo de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- ◉ Pesquisa de evidência de feridas, lesões perfurantes, fracturas da face e edema peri-orbital
- ◉ Pesquisa de evidência de fracturas da base do crânio - “racoon eyes”, sinal de Battle, otorragia, rinorraquia e otorraquia;

Protocolo de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- ◉ **Avaliação e monitorização do estado neurológico do doente**
- ◉ **Avaliação e monitorização das pupilas (tamanho, simetria, reatividade)**
- ◉ **Correto posicionamento do doente**
- ◉ **Controle do ambiente**
- ◉ **Monitorização electrocardiográfica contínua**
- ◉ **Monitorização da saturação de oxigénio**

Protocolo de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- ◉ Monitorização da pressão venosa central
- ◉ Monitorização da pressão arterial
- ◉ Monitorização da temperatura
- ◉ Monitorização da pressão de perfusão cerebral
- ◉ Monitorização das glicemias capilares
- ◉ Monitorização e controle da dor
- ◉ Monitorização da pressão intra-craniana
- ◉ Monitorização do balanço hídrico

Protocolo de Enfermagem à Pessoa com TCE Grave

- ◉ Vigiar convulsões
- ◉ Entubação oro/nasogástrica
- ◉ Aspiração de secreções
- ◉ Observar valores gasimétricos e ionograma
- ◉ Vigiar coloração da pele e mucosas
- ◉ Vigiar padrão intestinal
- ◉ Prevenção de complicações(trombose venosa profunda; sinais de infecção e sinais de herniação)

“ Doente traumatizado, o melhor amigo é o enfermeiro à cabeceira”

Cohen,2008

Obrigada pela vossa
atenção!!!!

Apêndice VII

**PROTOCOLO DE ABORDAGEM DE ENFERMAGEM À PESSOA
COM TCE GRAVE NA UCI POLIVALENTE**

Protocolo de Abordagem de Enfermagem à Pessoa com TCE grave

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCI

Objetivo: Uniformizar e orientar a equipa de enfermagem nos cuidados à Pessoa com TCE grave

Abreviaturas:

PaO₂- Pressão de oxigénio

PaCo₂- Pressão de dióxido de carbono

PIC- pressão intracraniana

PAM- pressão arterial média

PPC- Pressão de perfusão cerebral

TCE- Traumatismo crânio-encefálico

TVM- Traumatismo vertebro-medular

Descrição do protocolo:

O trauma é a terceira causa de morte em todas as idades, e a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, ou seja, no subgrupo mais ativo e produtivo da sociedade (problema grave para a economia), pelo que a melhoria dos cuidados, a prevenção da morte e das incapacidades evitáveis, deve ser um dos principais objetivos na área da Saúde (Moini, 2009).

O traumatismo craniano é uma agressão ao cérebro causada por uma força física externa, que pode levar a uma lesão anatómica ou comprometer funcionalmente o couro cabeludo, crânio, meninges, liquor, ou encéfalo. Estes doentes requerem intervenções rápidas e eficazes no sentido de minorar os danos, nomeadamente as lesões secundárias, que aumentam a mortalidade e morbilidade destes doentes.

Cuidados de enfermagem:

- Avaliação e monitorização do estado neurológico do doente, através da Escala de Comas de Glasgow, três vezes no turno e SOS

- A avaliação da escala deve ser realizada de um enfermeiro para outro na passagem de turno.

Tabela 1 – Escala de coma de Glasgow (GCS)

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movim. inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
	Sem resposta	1

Mínimo 3 Máximo 15

- **Avaliação e monitorização** das pupilas (tamanho, reatividade e simetria), três vezes no turno e SOS.
- Manter o correto **posicionamento**
 - Elevação da cabeceira a 30° a 45° (caso não haja contra-indicação – TVM)
 - Manter alinhamento da cabeça, pescoço e tronco, evitando a rotação.
 - Evitar nastros e pensos apertados a nível do pescoço e (obstrução das veias jugulares).
 - Evitar posicionamentos de Trendelenburg, ventral e flexão extrema das coxas (impedem o retorno venoso cerebral).
- Controle do **ambiente**
 - Evitar estímulos externos, ruído e luminosidade em torno dos doentes.
 - Evitar diálogos que possam perturbar os doentes, com consequente aumento da PIC – diálogos sobre o prognóstico.
 - Realização de toque terapêutico, conversação com voz tranquilizadora.
 - Realização de atividades sequenciadas.
 - Administração de sedação/ analgesia se indicado pelo clínico aquando a realização de determinados procedimentos: Cuidados de higiene, posicionamento.
 - Controlo das visitas.
- **Monitorização electrocardiográfica** contínua (atenção às Bradicardias e arritmias).
- Monitorização da **saturação periférica**, com valores acima dos 94% de saturação de oxigénio.
- Monitorização por **capnografia**.

- Monitorização da **Pressão arterial**, mantendo as pressões arteriais médias entre os 90- 100mmHg.
- Monitorização da **pressão venosa central**, no doente ventilado valores entre 12-15mmHg.
 - Administração de **crystalóides** (soro fisiológico e lactato de ringer), segundo prescrição.
- Monitorizações da pressão arterial, os valores ideais são valores de **PAM superiores a 90 mmHg**, evitando a pressão arterial sistólica acima dos 160mmHg.
- Monitorização da temperatura, temperatura ideal **35º-37º**
 - Executar técnica de arrefecimento natural.
 - Administrar terapêutica anti-pirética prescrita.
- Monitorização da **pressão de perfusão cerebral**, o valor ideal para manter a perfusão cerebral adequada é valores acima dos **65mmHg**
 - PPC= PAM- PIC.
 - Administrar crystalóides e/ ou drogas vasoativas segundo a prescrição.
- Monitorização e controlo da **dor**
 - Administração de **sedação e analgesia** conforme prescrição.
 - Comunicação ao clínico em caso de agitação/convulsão.
- Monitorização das glicemias capilares, valores entre **140-180g/dl**.
- Monitorização da PIC, caso tenha sensor de PIC
 - Valores ideais inferiores a 10mmHg.
 - Valores superiores a 20,mmHg devem ser comunicados ao clínico para que se rever as possíveis causas, e tratada de forma agressiva.

Pode-se considerar uma TAC e cirurgia descompressiva.
- **Cateterismo vesical**, para monitorização horário do balanço hídrico.
- **Entubação orogástrica** até confirmação que não existe fratura da base do crânio e/ ou ossos próprios do nariz
 - Iniciar alimentação entérica, o mais precocemente possível, caso não haja qualquer contraindicação - traumatismo abdominal.
- Vigiar convulsões
 - Administração de **anticonvulsivantes** prescritos (profilaxia durante 7 dias).
- Aspiração de secreções (atividade que eleva muito as PIC)
 - Administração sedação conforme prescrição.

- Executar aspiração com pré-oxigenação, usando oxigênio a 100%.
- Limitar cada movimento de aspiração a 10 segundos ou menos, preferencialmente de modo contínuo.
- Usar pressão de aspiração mínima necessária (inferior a 120mmHg).
- Usar um cateter de aspiração com o diâmetro mínimo necessário.
- Evitar hiperinsuflações com insuflador manual.
- Evitar instilação de soro fisiológico.
- Observar valores **gasimétricos** e **ionograma**
 - PaO₂ acima dos 60 mmHg.
 - PaCo₂ entre 35- 40 mmHg- hiperventilação apenas por um período limitado de tempo, para evitar herniação.
 - Sódio entre 135-140 meq/l.
 - Cálcio entre 1,1 – 1,3meq/l.
- Vigiar **coloração** da **pele** e **mucosas**
 - Hemoglobina entre 10-11.
 - Hematócrito 30 a 35%.
- Vigiar **padrão intestinal**
 - Administração de laxantes, que devem ser instituídos na admissão.
- Prevenção de complicações
 - Vigiar sinais de **trombose venosa** profunda
 - Administração de terapêutica anticoagulante prescrita.
 - Colocação de meias de contenção.
 - Despistar sinais de **infecção** (locais de inserção do cateter venoso central, sensor de PIC, linha arterial).
 - Vigiar sinais de **hipertensão intracraniana**, num doente sem sensor de PIC (Síndrome de Cushing,- bradicardia, alteração padrão respiratório e hipertensão; resposta motora anormal- descerebração/descorticação; anisocória; cefaleias; náuseas e vômitos) .
 - Vigiar sinais de **herniação** (alteração das pupilas, padrão respiratório e motor).

Protocolo de Enfermagem da Pessoa com TCE Grave

- Avaliação neurológica:

- Reação pupilar
- Escala de comas de Glasgow
- Força muscular

- Exame física (pesquisa de feridas, lesões perfurantes, fracturas da face e edema peri-orbital; Pesquisa de evidência de fracturas da base do crânio - "raccoon eyes", sinal de Battle, otorragia, rinorraquia e otorragia)

PIC e PPC

Monitorização electrocardiográfica
- Pressão arterial - PAM >90
- PAS < 160

Manter PIC < 20 mm HG
- Elevação da cabeça
- Alinhamento do corpo
- Gerir ambiente
- Verificar nastrós/capacetes/colar cervical apertados
- Normotermia - arrefecimento
- Administração terapêutica



PIC > 20 mm Hg por mais 15 Min

Cardíaca

- Padrão respiratório
- Sat. O₂ > 94%
- Paco₂ 35-40 mm Hg
- PaO₂ > 60 mm Hg

Manter PPC 50-70 mm HG
- Elevação da cabeça
- Administração Terapêutica

Respiração

Temperatura

> 37º - arrefecimento natural
- Administração antipiréticos

Dor

- Monitorização e avaliação
- Administração terapêutica

Nutrição

- Iniciar alimentação precocemente
- Monitorizar conteúdo gástrico

Glicemia 140-180 mm HG
- Protocolo de insulina

Convulsão

Prevenção convulsão
- Gerir ambiente
- EEG em doentes em risco
- Administração terapêutica

Balanço Hídrico

Notificar clínico:
Oligoanúria / poliúria

