



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Autonomia do Enfermeiro no controlo da Pressão Intracraniana (PIC) no doente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave

Ana Patrícia Gonçalves Fernandes

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Autonomia do Enfermeiro no controlo da Pressão Intracraniana (PIC) no doente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave

Ana Patrícia Gonçalves Fernandes

**Relatório Orientado por:
Professora Maria Cândida Durão**

2012



“Um Homem nunca sabe aquilo de que é capaz até que o tenta fazer”

Charles Dickens

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Cândida Durão, pela motivação e disponibilidade, pelos esclarecimentos e críticas que efectuou;

À Enfermeira Sofia Rio, Enfermeiro Casimiro Correia, Enfermeira Olga Ribeiro, orientadores dos campos de estágio, pelo apoio, disponibilidade e dedicação, imprescindíveis à consecução dos objectivos propostos para cada serviço;

Ao Hélio, aos meus pais, à minha irmã e sobrinhos, pelo incentivo e apoio incondicionais... por estarem sempre presentes;

Aos meus amigos, que me têm sempre acompanhado, mesmo nos momentos difíceis...

A todos, muito obrigado!

RESUMO

O trauma e o Traumatismo Crânio-Encefálico são importantes causas de mortalidade e incapacidade em todo o Mundo, sendo o doente vítima de Traumatismo Crânio-Encefálico Grave o que se encontra em maior risco, pela possibilidade de desenvolvimento de lesões cerebrais irreversíveis (American College of Surgeons, 2008). Não sendo possível intervir na lesão primária resultante do traumatismo, é possível minimizar a lesão secundária que decorre da primeira. Um dos factores que pode agravar a lesão secundária e consequentemente o prognóstico, recuperação e posterior qualidade de vida do doente é o aumento da Pressão Intracraniana. Sendo o enfermeiro o profissional mais presente e activo no contacto com o doente, podem ser implementadas intervenções autónomas de forma a prevenir a elevação da mesma.

Baseado na importância do tema desenhou-se um percurso de aquisição de competências que culminou com a realização de estágio em: Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos. Este tinha como objectivo geral Desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave e como objectivos específicos Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave e Justificar as intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC. Como resultados considera-se o atingir dos objectivos na sua totalidade, ficando explícita a importância das acções autónomas dos enfermeiros no controlo da PIC: a avaliação da necessidade de alternância de manobras invasivas com repouso, um correcto posicionamento com ênfase na posição neutra do pescoço e elevação da cabeceira, o controlo da temperatura corporal por arrefecimento corporal e do ambiente, o controlo da dor por medidas farmacológicas e não farmacológicas e o controlo do ruído e luz ambiente.

Palavras-chave: Autonomia, Cuidados de Enfermagem, Doente Crítico, Pressão IntraCraniana, Traumatismo Crânio Encefálico Grave.

ABSTRACT

Trauma and Traumatic Brain Injury is an important cause of mortality and disability worldwide, and the patient suffered Traumatic Brain Injury is what is most at risk, for the possibility of developing irreversible brain injury (American College of Surgeons , 2008). Not being able to intervene in the primary lesion resulting from trauma, is likely to minimize secondary injury that results from the first.

One factor which can aggravate secondary injury and consequently the prognosis, and recovery quality of life of patients is the increased intracranial pressure. The nurse, as the longer present and active professional in contact with the patient may implemented independent intervention to prevent lifting thereof.

Based on the importance of the issue drew up a route to acquiring skills that culminated with the realization of stage in: General Emergency Room, Surgical Intensive Care Unit and Neurosurgical Intensive Care Unit. The general objective was to develop expertise in the provision of nursing care to the person in critical condition, requiring control of intracranial pressure, resulting from Severe Traumatic Brain Injury and specific objectives where consolidating technical, scientific and relational in providing specialized care to critically ill patient and family, requiring control of intracranial pressure, resulting from Severe Traumatic Brain Injury and justify the independent intervention that guide the provision of care to implement the control of intracranial pressure. As a result it is considered to achieve the objectives in its entirety, making explicit the importance of autonomous actions of nurses in the control of intracranial pressure: assessing the need for invasive procedures alternating with rest, emphasis the correct positioning of the neck in neutral position and elevation of the head, the control of body temperature by cooling body and the environment, control of pain by pharmacological and nonpharmacological measures and noise control and ambient light.

Keywords: Autonomy, Nursing, Critical Patient, intracranial pressure, Skull Brain Injury Burn.

ÍNDICE

Índice de Quadros.....	2
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	3
0. Introdução.....	4
1. Abordagem ao doente vítima de TCE grave.....	8
1.1. Trauma, TCE e Cuidados de Enfermagem Especializados.....	8
1.2. Pressão Intracraniana e Cuidados de Enfermagem Especializados.....	12
2. O Percurso de Aquisição de Competências.....	20
2.1. Locais de Estágio.....	22
2.2. Análise do percurso mediante os objectivos de estágio.....	24
2.2.1. Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da PIC.....	25
2.2.2. Justificar as intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC.....	37
3. Considerações finais.....	46
4. Bibliografia.....	49
5. Anexos.....	54
Anexo I - Quadros de Objectivos dos Campos de Estágio.....	55
Anexo II - Cronogramas de Estágio.....	62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Quadro síntese dos NANDA, NOC e NIC no doente com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE grave.....	19
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- American College of Surgeons	PAM- Pressão Arterial Média
ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária	PIC – Pressão Intracraniana
ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses	PPC – Pressão de Perfusão Cerebral
AVC – Acidente Vascular Cerebral	PTZ - Politraumatizado
CCI – Comissão Controlo Infecção	REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
CVC – Catéter Venoso Central	SD – Sala de Directos
DVE – Drenagem Ventricular Externa	SNC – Sistema Nervoso Central
ENA – Emergency Nurse Association	SO – Sala Observação
EOT- Entubado Orotraquealmente	SR – Sala Reanimação
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	SU – Serviço de Urgência
FC – Frequência Cardíaca	SUG – Serviço de Urgência Geral
GCS – Escala de Coma de Glasgow	TA – Tensão Arterial
HIC – Hipertensão Intracraniana	TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico
HSA – Hemorragia Subaracnoideia	TOT – Tubo Orotraqueal
H ₂ O - Água	TVM – Traumatismo Vertebro-Medular
LA – Linha Arterial	UC – Unidade Curricular
LCR – Líquido Cefaloraquidiano	UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
mmHg – milímetros de Mercúrio	UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
NaCl – Cloreto de Sódio	UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos NeuroCirúrgicos
NC - Neurocirúrgico	VMER – Viatura de Emergência e Reanimação
NHF – Necessidades Humanas Fundamentais	WHO – World Health Organization
OE – Ordem dos Enfermeiros	

0. INTRODUÇÃO

O presente documento faz parte integrante da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). De acordo com o estabelecido no plano de estudos nesta UC ocorreu a operacionalização e desenvolvimento do Projecto de Estágio elaborado e registado previamente, no qual se propunha um percurso de aquisição de competências: *“cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico”* (Benner, 2001:43) desenvolvidas em situações reais. Para tal, baseou-se no modelo desenvolvido por Dreyfus. Este identifica a aquisição de “skills” através da instrução, treino e experiência (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Numa abordagem profissional actual, estas competências específicas são definidas como as que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010: 3).

Tratando-se de um Curso de Mestrado, as competências delineadas no plano de estudo são consentâneas com as competências preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008). Pela sua particularidade, as primeiras são ainda congruentes com as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Embora relacionadas, surgem com objectivos diferentes: a obtenção de grau académico e a obtenção de título profissional respectivamente. Este trabalho insere-se no percurso formativo que se conclui com a aquisição do grau académico de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo do meu exercício profissional, como enfermeira de um Serviço de Urgência Polivalente, tomei consciência de diversas lacunas na prestação de cuidados ao doente com situações de saúde que determinam aumento da Pressão Intracraniana (PIC), nomeadamente as decorrentes de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave. Aliado ao gosto pessoal da prestação de cuidados ao doente neurocrítico, a

pertinência do tema é apoiada a nível internacional e nacional pelo crescente número de sinistralidade e sua conseqüente mortalidade e morbidade (OE, 2011; World Health Organization [WHO], 2004). Pude analisar que, no meu ambiente de trabalho não existia particular atenção para as deste doente, não existindo portanto, a necessária diferenciação e individualização na prática de cuidados. Assim, por acreditar que o enfermeiro especializado poderá ter um papel preponderante nesta mudança, possibilitando assim melhores cuidados e permitindo directamente aumentar o reconhecimento da autonomia da enfermagem, escolhi este tema como ponto de partida para o percurso de aquisição de competências na área do doente crítico.

Um doente crítico é considerado *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”* (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008:9), encontrando-se *“(...) at high risk for actual or potential life-threatening health problems”*¹ (American Association of Critical-Care Nurses, 2012). A OE (2010) segue a mesma linha de pensamento, acrescentando a necessidade de meios avançados de vigilância enfatizando assim a importância do papel do enfermeiro na abordagem ao doente crítico. Também Henderson (1982) enfatiza a crescente responsabilidade da enfermeira relativamente ao cuidar do doente crítico, justificável nas últimas décadas pelo alargamento da prestação de cuidados a toda a população. Sendo este doente o que *“exige cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes”* (Urden, Stacy & Lough, 2008:4), foi necessário delimitar o percurso a seguir no período de estágio delineado. De outra forma teria sido incompatível o atingir dos objectivos, pela vasta abrangência deste doente particular.

Tendo sido então estabelecida a necessidade de uma área específica de intervenção, foi traçado o seguinte **objectivo geral**: Desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave e como **objectivos específicos**: Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave e Justificar as

¹“(...) em elevado risco para reais ou potenciais problemas de saúde que ameacem a vida”.

intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC. Para atingir os objectivos foi desenhado um percurso de realização de estágios, tendo sido escolhidos serviços de Urgência Geral (UG) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Os locais foram identificados tendo como premissa serem conceituados pela sua abordagem e qualidade de cuidados, permitindo assim um vasto leque de experiências. Estas, por sua vez, foram facilitadoras do desenvolvimento de competências que fomentam a melhoria da qualidade dos cuidados autónomos de enfermagem especializados prestados ao doente com elevação da PIC resultante de TCE Grave, promovendo desta forma a melhoria da sua recuperação, prognóstico e posterior qualidade de vida. Este propósito dá assim resposta ao Artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que frisa como *“autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos na investigação em enfermagem”*. (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

Embora não com a designação formal de autonomia, Florence Nightingale (2005) reproduziu no seu trabalho a necessidade do papel do enfermeiro no controlo do ambiente, na manutenção da assepsia ou na observação e vigilância do doente. Também Virgínia Henderson seguiu esta linha de pensamento referindo que *“many procedures have to do with care, rather than cure”*² (Henderson, 1966:32), enfatizando que estes não necessitavam de dependência médica. Posteriormente, concluiu ainda que os enfermeiros são profissionais com actos interdependentes mas também com actos independentes (Henderson, 2006). O próprio Decreto-lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, estabelece que *“os enfermeiros têm uma actuação (...) dotada de (...) de dignidade e autonomia de exercício profissional”*. Não serão precisamente estas intervenções autónomas que necessitam actualmente de continuar a ser estudadas, implementadas e a causar diferença na prática de enfermagem? Não serão essas intervenções que tornam o papel do enfermeiro essencial dentro da equipa multidisciplinar?

Tendo sido explicitado que a execução e reflexão crítica do trabalho realizado em Estágio tem como produto final este Relatório de Estágio, ao longo do mesmo vão

² “muitos procedimentos estão relacionados com cuidar e não curar”

ser analisadas as competências adquiridas, que não são mais do que os resultados esperados para o final deste percurso. Como suporte para o desenvolvimento das mesmas, não pode deixar de ser referido novamente o modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner como modelo de aquisição e desenvolvimento de competências. Sucintamente, esta autora refere que temporalmente, *“um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito.”* (Benner, 2001: 43). Com o desenvolvimento, na prática, deste projecto, pretendeu-se o desenvolvimento de competências para atingir, em alguns campos o nível de Proficiente e noutros de Perito.

Segundo Henderson a Enfermeira possui uma função singular: *“Assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte serena) que ele poderia realizar sozinho, se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento, necessários”* (Henderson, 2007:69). Desta forma, associado aos exemplos citados relativamente ao doente crítico e à autonomia do enfermeiro, foi o seu quadro de referência de Enfermagem que guiou o desempenho em termos de prática clínica.

O presente trabalho, que visa dar conta do percurso realizado, está dividido em capítulos, sendo que o primeiro se centra na Abordagem ao doente vítima de trauma com TCE grave, no segundo analisa-se o Percurso de Aquisição de Competências realizado em contexto clínico e conclui-se com as Considerações Finais.

1. ABORDAGEM AO DOENTE VÍTIMA DE TCE GRAVE

Com o objectivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências clínicas especializadas na área de intervenção do doente com elevação da PIC, resultante de TCE Grave, pretende-se ver reforçada a autonomia do enfermeiro no controlo da mesma. Para tal foi necessário desenvolver todo um percurso teórico e prático. Procedeu-se inicialmente à escolha do tema e realização e aprovação do Projecto de estágio (2º Semestre), para posterior realização dos estágios e construção do presente relatório (3º Semestre).

Para o trabalho desenvolvido no 2º Semestre, foi utilizada como estratégia metodológica uma revisão da literatura, como base para atingir o cuidar holístico das vítimas de trauma. Como ponto de partida para a pesquisa, foi formulada a seguinte questão: “Quais as intervenções autónomas do enfermeiro no controlo da PIC no doente com TCE Grave?”. Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados virtual EBSCO, bem como através do motor de busca da Google, com as palavras “autonomia”, “enfermeiro”, “doente crítico”, “pressão intracraniana”, “traumatismo crânio encefálico”, "autonomy", "nurse", "critically ill", "intracranial pressure" e "traumatic brain injury," permitindo aceder a temas como Trauma, TCE, PIC e o impacto social e familiar do traumatismo. Foi também realizada pesquisa nos catálogos existentes nas bibliotecas da ESEL, ao longo do período de planeamento e da própria realização do estágio, o que permitiu aprofundar conhecimentos nesta área específica de intervenção sustentando o desempenho e as acções especializadas, no decorrer do ensino clínico.

1.1. Trauma, TCE e Cuidados de Enfermagem Especializados

O trauma é uma importante causa de morbi-mortalidade em todo o Mundo, afectando sobretudo a população mais jovem (WHO, 2004). Só em Portugal, no ano de 2011, segundo a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2012) ocorreram 2641 feridos graves decorrentes de acidentes de viação. Segundo as mesmas estatísticas (ANSR, 2012), Lisboa é o distrito com maior percentagem de feridos graves e mortos. Desta forma, torna-se indiscutível a importância do “(...) investimento na formação” e na “sistematização de orientações para as situações

mais frequentes e/ou graves (...)” (Ordem dos Médicos, 2009:9). O problema tem proporções de tal forma significativas, que também a OE (2011:3) considerou o *“aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais”* como pertinentes quando da formulação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, reforçando a necessidade de competências especializadas na abordagem ao doente crítico.

Compreendido nesta abrangente temática encontra-se o traumatismo craniano, sendo a sua causa mais frequente os acidentes relacionados com acidentes de viação e quedas, enquanto outros mecanismos de lesão incluem práticas de desportos e lesões não intencionais (Emergency Nurse Association [ENA], 2008). Sendo actualmente a visão global inquietante, esta irá tendencialmente agravar, pelo crescimento exponencial das vias de circulação, pelo desenvolvimento de veículos com melhores performances, o tráfego mais intenso e a construção em altura (Nunes [et al], 2009). Esta última prende-se em grande escala com os acidentes de trabalho (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2008), existindo só em 2008 registo de 240018 acidentes de trabalho (Pordata, 2011). No entanto, surge a necessidade de referir que alguns destes acidentes podem não ser reportados como tal. Os dados apresentados apoiam o facto de o TCE ser uma das maiores causas de morte e incapacidade do Mundo (WHO, 2004). Este facto é explicado pelas fracturas ou lesões intracranianas decorrentes do trauma podendo provocar a morte ou, de forma temporária ou definitiva, alterações das funções cognitivas, físicas ou psicossociais (Nunes [et al], 2009). A frequência e gravidade das lesões resultam assim em sequelas graves, culminando em repercussões sociais e económicas (Santos, Sousa & Caldas, 2003) para o doente, família e em última análise para o país.

A cinemática do trauma, como *“processo de análise de um acidente, com interpretação do movimento das forças envolvidas, e como estas provocam lesões no corpo humano”* (Nunes [et al], 2009:8) é a base para a compreensão do TCE, e suas lesões adjacentes. Com base na história do trauma e nas leis da física é previsível determinar a acção das forças e suas consequências nas estruturas anatómicas da vítima, tais como fracturas, concussões ou contusões (Black & Hawks, 2008). Aproximadamente 70% dos doentes com TCE que recebem

cuidados médicos podem ser classificados como vítimas de trauma leve, 15% como vítimas de trauma moderado e 15% como vítimas de trauma grave (American College of Surgeons [ACS], 2008). Considera-se TCE Grave quando o doente apresenta um score <8 na Escala de Coma de Glasgow (GCS)³ (ACS, 2008; ENA, 2008; Howard & Steinmann, 2010). Considera-se que, com esta pontuação, o doente não tem capacidade para proteger a via aérea necessitando de uma via aérea definitiva, de correcção da hipoxia e de eventual hipotensão, bem como de uma avaliação neurológica frequente (ACS, 2008). Desta forma, pode-se afirmar que os doentes com TCE grave, são “(...) os doentes que apresentam o maior risco de sofrerem morbidade e mortalidade significativas” (ACS, 2008:142) tornando-se imperativo a intervenção adequada para “prevenir ou minimizar o desenvolvimento de lesões cerebrais irreversíveis” (ACS, 2008:142). Assim, nas vítimas em que o traumatismo não é fatal é necessário intervir com rapidez para que tal não suceda por lesão secundária (ACS, 2008; ENA, 2008; WHO, 2004).

Sendo a lesão primária, como o nome indica, a lesão resultante do embate directo, provocando lesões no cérebro e crânio (Black & Hawks, 2008), só poderá ser evitada com a prevenção do acidente em si. No entanto, a lesão secundária, resulta da lesão provocada pelo edema, inflamação e hemorragia decorrente da lesão primária (Black & Hawks, 2008), incluindo “hipotensão, hipóxia, hipercapnia, e edema cerebral tendo por resultado o aumento da PIC, diminuição da perfusão cerebral e a isquémia cerebral” (ENA, 2008: 84). Sendo este um risco real, os cuidados para minorar a lesão secundária são parte essencial da actuação para com o doente (Fauci [et al], 2009). A WHO (2004) identifica nas suas *guidelines* esta actuação como o tratamento apropriado para minimizar sequelas funcionais e maximizar o retorno à independência. Em suma, a lesão secundária pode ser minimizada através dos cuidados prestados ao doente vítima de TCE. Como base para orientação da prestação de cuidados de enfermagem um dos modelos conceptuais que se adequa é o de Virgínia Henderson. Esta autora identifica 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF): Respirar normalmente; Comer e beber adequadamente; Eliminar por todas as vias de eliminação; Deslocar-se e manter uma postura desejável; Dormir e descansar; Seleccionar roupas adequadas,

³ A Escala de Coma de Glasgow é um método rápido e simples para avaliar o nível de consciência. É avaliada a abertura ocular, a resposta motora e a resposta verbal, através de um somatório de scores, sendo o score mínimo é 3 e o máximo de 15. (ACS, 2008)

vestir-se e despir-se; Manter a temperatura do corpo num nível normal; Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos ou sentimentos; Praticar de acordo com a sua fé; Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; Divertir-se ou participar em várias formas de recreação e Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” em saúde, que representam os seus padrões de vida quotidianos (Henderson, 2007). Retratando os seus principais conceitos, a enfermeira (enfermagem) avalia o grau de auxílio e influências externas (ambiente) que o doente (pessoa) necessita para a satisfação de cada necessidade (necessidades) e trabalha ao encontro da recuperação da autonomia em cada uma delas (saúde), (Tomey & Alligood, 2002). Na opinião de Henderson (2007: 5) é “*a necessidade de estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação, que faz da enfermagem um serviço de maior importância*”. Nesta afirmação denota-se a ligação enfermeira-doente crítico referindo ainda que por vezes a delegação de funções é exercida, excepto “*(...) no caso de doentes em estado crítico, em que a “enfermeira profissional” presta a totalidade dos cuidados*” (Henderson, 2007:47). No caso específico do doente com elevação da PIC, este encontra-se sem capacidade de autonomia, o que transforma o enfermeiro no substituto integral do seu auto-cuidado, avaliando e tomando decisões fundamentadas sobre as intervenções necessárias e adequadas para cada necessidade afectada. Desta forma, “*a enfermeira tem justificação para decidir pelo doente, em vez de com ele, o que é bom para si*” (Henderson, 2007: 8). Nas suas obras, é estabelecido um alerta para os perigos de delegar “*os cuidados físicos aos doentes a enfermeiras menos qualificadas*” (Henderson, 2007:17), pela possibilidade de realizarem uma incorrecta avaliação das necessidades. Desta forma, parece ser lícito afirmar que a autora idealizava já uma especialização nos cuidados prestados: “*The current need for nurses who are able and accountable in specializes clinical nursing (...)*”⁴ “ (Henderson & Nite, 1978:102). No seguimento deste pensamento, uma das particularidades de ser enfermeira, enquanto profissional especializado e autónomo que aborda holisticamente o doente, resulta ainda da capacidade de percepção o desequilíbrio familiar decorrente da notícia

⁴ “A necessidade actual de enfermeiros capazes e responsáveis em enfermagem clínica especializada (...)”

de acidente e internamento da vítima (Morgon & Guiarardello, 2004). De facto, é frequente na prática diária a família verbalizar sentimentos de tristeza, stresse, ansiedade ou mesmo readaptação de papéis. Estando assim, o enfermeiro em posição singular, pela sua formação, sensibilidade e ligação contínua ao doente, devem ser identificadas as necessidades dos familiares (como a necessidade de informação ou a promoção da esperança) e a assistência deve ser alargada à família (Morgon & Guiarardello, 2004). Henderson (1982) sinaliza o trabalho “doente-família-enfermeira” como uma medida de excelência para a enfermagem e refere frequentemente a importância da família na recuperação do doente.

1.2.Pressão Intracraniana e Cuidados de Enfermagem Especializados

Após abordar alguns dados epidemiológicos e a importância da análise das lesões primárias e secundárias determinadas por TCE grave, considerou-se pertinente realizar uma breve revisão da anatomia e fisiologia do crânio, para posterior compreensão da regulação da Pressão Intracraniana.

A caixa craniana é constituída por 8 ossos, que envolvem e protegem o encéfalo, sangue e líquido cefalorraquidiano (LCR), (Seeley, Stephens & Tate, 2011). O encéfalo, por sua vez, é composto pelo cérebro, diencéfalo (tálamo e hipotálamo), mesencéfalo, protuberância anular ou ponte, bulbo e cerebelo (Seeley, Stephens & Tate, 1997), estruturas fortemente dependentes da irrigação sanguínea e consequente aporte de oxigénio e glicose. O LCR constitui uma almofada protectora em torno do SNC, sendo composto por um líquido semelhante ao plasma e ao líquido intersticial, que preenche os ventrículos, o espaço subaracnoideu do encéfalo e a espinhal medula (Seeley, Stephens & Tate, 2011). Este é produzido na sua maioria por células endimárias especializadas nos ventrículos laterais, passa pelo foramen de Monro para o terceiro ventrículo e depois pelo Aqueduto de Sylvius para o quarto ventrículo, terminando no espaço subaracnoideu através do buraco de Magendie e 2 buracos de Lushka (Seeley, Stephens & Tate, 2011).

Sendo uma “caixa” fechada e rígida, a pressão que se encontra dentro desta está dependente do seu conteúdo e volume. *“A PIC pode ser definida como a pressão sob a qual os componentes intracranianos são mantidos dentro da caixa craniana”.*

(Koizumi & Diccini, 2006: 114). A Doutrina de Monro-Kellie, afirma “*que um aumento de volume de uma das componentes intracranianas tem de ser compensada por um decréscimo numa ou mais das outras componentes, de tal modo que o volume total permaneça constante*” (Urden, Stacy & Lough, 2008: 790). O sangue venoso e o LCR podem ser comprimidos para fora do recipiente dando algum grau de compensação à pressão, fazendo com que na fase inicial após o trauma, uma massa tal como um coágulo pode aumentar e a PIC permanecer normal. Entretanto, uma vez atingido o limite de deslocamento do LCR e do sangue intravascular, os mecanismos de compensação são esgotados e a PIC aumenta rapidamente (ASC, 2008).

Ao analisar os mecanismos da PIC é imperativo analisar também a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e a Pressão Arterial Média (PAM), uma vez que se encontram intimamente ligadas. A expressão $PPC = PAM - PIC$ representa essa relação, onde se pretende sincronia entre os valores da PAM e da PIC, de forma a possibilitar a compensação do valor de PPC. Esta permite assegurar a quantidade de sangue proveniente da circulação sistémica necessária para assegurar o oxigénio e glucose adequados ao metabolismo cerebral (Black & Hawks, 2008). Os valores da PIC devem ser mantidos ≤ 20 mmHg (Fauci [et al], 2009) pois valores elevados mantidos podem causar isquémia tecidual. A PIC com valores acima de 20 mmHg é considerada HIC (Hipertensão Intracraniana).

Como forma de tratamento da HIC estão preconizadas diversas abordagens de tratamento, entre as quais se destacam:

- Cirurgia e/ou Drenagem do LCR: a diminuição e controlo da PIC pode ser estabelecida através da remoção cirúrgica de hematomas ou de drenagem de hidrocefalia (Koizumi & Diccini, 2006);
- Hiperventilação por um curto período de tempo: o aumento do $PaCO_2$ resulta em vasoconstrição cerebral, diminuindo a PIC (Black & Hawks, 2008). No entanto o seu uso tem vindo a ser abandonado por diminuição da perfusão cerebral e consequente isquémia (Swearingen & Keen, 2001). Além disso, “*os efeitos da hiperventilação sobre a PIC são transitórios, muitas vezes durando apenas algumas horas*” (Fauci [et al], 2009:1722);

- Terapêutica Osmótica: o Manitol causa um aumento rápido na osmolaridade do líquido extracelular, sendo que a barreira hematoencefálica impede que este abandone o espaço intravascular, criando assim, um gradiente para a água proveniente dos espaços extra e intracelular do tecido cerebral para o espaço intravascular. Este mecanismo provoca a diminuição da PIC (Koizumi & Diccini, 2006);
- Sedação e Bloqueio Neuromuscular: o uso de sedativos ou de bloqueadores neuromusculares permite uma redução do metabolismo cerebral, da actividade muscular e conseqüentemente da PIC. Também factores que podem contribuir para a elevação da PIC como a ansiedade ou agitação são controlados (Koizumi & Diccini, 2006);
- Controlo de convulsões: é utilizada a administração de fármacos para prevenção ou cessação de convulsões, uma vez que a convulsão aumenta o metabolismo cerebral e conseqüentemente a PIC (Walleck, 1993);
- Hipotermia: uma das áreas actualmente mais discutidas é a hipotermia nos doentes vítimas de TCE. Se alguns artigos apoiam que a hipotermia moderada decresce a PIC e melhora neurologicamente os doentes com TCE moderado a grave (Wright, 2005:160), outros advertem para a sua utilização apenas *“quando o paciente apresenta lesão intracraniana incontrolável por outros meios”* (Gentile [et al], 2011: 81), sendo que ainda não existem dados que comprovem que beneficia o prognóstico (Fauci [et al], 2009).

Os sinais e sintomas de HIC incluem a alteração de consciência, a tríade de Cushing (bradicardia, hipertensão sistólica e bradipneia), diminuição dos reflexos do tronco cerebral, o papiledema, a postura de descorticação, anisocória pupilar e diminuição da reacção à luz, vômitos em jacto, cefaleias e alteração do padrão respiratório (Cotran, Kuman & Rubbins, 1989; Urden, Stacy & Lough, 2008). O controlo do aumento da PIC, como principal resultado da lesão secundária, é assim de extrema importância, pela sua mobilidade e mortalidade nos doentes com TCE Grave (López, Aznárez & Fernández, 2009; Ordem dos Médicos, 2009). Novamente é reforçada a importância do papel do enfermeiro, como o profissional por excelência que avalia e despista sinais e sintomas de aumento da PIC, pois *“(...) a enfermeira presta um serviço e vinte e quatro horas, àqueles que precisam dele. Por*

esta razão, apenas esta está na melhor posição para ajudar o doente a manter-se na “corrente da vida” (...) “ (Henderson, 2007:6).

Sendo que a HIC pode ter consequências devastadoras, além do despiste atempado de sinais e sintomas de HIC, a Brain Trauma Foundation (2007) recomenda nas Guidelines for the Management of Severe Head Injury que a HIC deve ser despistada através da monitorização da PIC em todos os doentes com TCE Grave com TAC CE anormal, com TCE Grave com idade superior a 40 anos ou pressão sistólica inferior a 90mmHg. Até 1960, ano em que Lundberg iniciou a avaliação (medicação) da PIC, a sua elevação só podia ser deduzida clinicamente através da avaliação neurológica contínua, o que impossibilitava o conhecimento precoce de períodos em que esta aumentava significativamente (Snyder, 1983). O desenvolvimento da monitorização da PIC revolucionou o tratamento nos doentes com HIC permitindo detectar precocemente patologia intracraniana, limitar o uso indiscriminado de terapêuticas utilizadas no controlo da PIC que por si só podem ser prejudiciais e calcular e facilitar a manutenção da PPC (Brain Trauma Foundation, 2007).

Os monitores de avaliação da PIC, como os Camino ICP Monitor® (mais frequentemente utilizados) consistem essencialmente num transdutor, com fibra óptica, que permitem avaliar a pressão e temperatura cerebral (Cecil [et al], 2011:29).

No entanto, mais importante do que a familiarização com os sensores de PIC, é conseguir desenvolver a percepção da relação entre os estímulos e cuidados prestados ao doente como o seu reflexo em termos do valor de PIC apresentado no monitor. Por outras palavras, é importante que o enfermeiro controle os estímulos e os procedimentos autónomos não só quando dispõe desta monitorização e pode observar os valores, mas também quando existe o risco pouco evidente do doente ter elevação da PIC. Desta forma desenvolve-se em contexto clínico, um enfermeiro especializado não só na prestação de cuidados ao doente com HIC conhecida, mas a todos os doentes a quem são prestados cuidados no SU que, pela sua patologia de base têm hipoteticamente uma elevação da PIC. Exemplos são os doentes com AVC, em que a elevação da PIC não é evidente mas que poderá conduzir a lesão secundária, determinando sequelas evitáveis ou pelo menos minimizáveis. O

enfermeiro com essa capacidade de adaptabilidade, dedução e competência não poderá, certamente, ser um iniciado, mas sim um profissional experiente com um grau elevado de abstracção nos seus juízos. Tendo assim em consideração todo o trabalho que é imprescindível desenvolver na profissão de Enfermagem, Patrícia Benner, frisa na sua obra a necessidade da prática de cuidados: *“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”* (Benner, 2001:61). Complementa referindo que o enfermeiro *“tem de ter muita experiência antes de poder aplicar os seus critérios em cada um dos doentes”* (Benner, 2001:51). Estas afirmações suportam assim a complementaridade entre os conhecimentos teóricos e a necessidade de desenvolvimento de estágios clínicos, imprescindíveis para o desenvolvimento de competências especializadas.

Para esse desenvolvimento e aquisição de competências, baseando-se no modelo de Dreyfus, *“um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito.”* (Benner, 2001:43). Sendo enfermeira generalista há cerca de sete anos, coloco-me pessoalmente nos patamares de Competente/Proficiente, com base na auto e hetero-avaliação com os meus pares e superiores hierárquicos. Acolho como minha, a caracterização: *“a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. A percepção é uma palavra-chave”* (Benner, 2001:55). Penso que esta citação manifesta, mais do que a importância do tempo de profissão, a desenvoltura e o pensamento já trabalhado. É exactamente neste sentido que me dirigi durante a frequência deste curso de Mestrado em Enfermagem; adquirir um desenvolvimento pessoal e profissional que me permita evoluir enquanto enfermeira para um maior grau de diferenciação com competências de um nível superior: Proficiente/Perito.

A autora defende que *“as enfermeiras peritas não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável (...) o reconhecimento dos colegas e dos doentes é visível (...)”* (Benner, 2001:60). De facto,

“a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A

perita tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. (...) ela gere a partir de uma compreensão profunda da situação global. ”

Benner (2001: 58)

Este pensamento reflecte o contributo da experiência e partilha para a autonomia dos cuidados de enfermagem. Reportando mais uma vez para o doente com elevação da PIC e, para além dos procedimentos clínicos de intervenção e tratamento, são diversas as intervenções a empreender de forma contínua, para controlar e minimizar a PIC. Este caminho era já referido por Henderson em 1966: *“Nenhum outro profissional, que não o enfermeiro, pode dedicar de si mesmo constantemente dia e noite para esses fins. Na verdade, de todos os serviços médicos, a enfermagem é o único que poderia ser chamado de contínuo”* (Henderson, 1966:17). Posteriormente, enfatizou ainda o papel interdependente e independente da enfermeira, sendo que a sua complexidade e qualidade apenas se encontrava dependente da imaginação e da competência da mesma (Henderson, 2006). Adam (1994:22) afirma que *“ao delimitar a sua esfera de competência, (...) de funções não faz mais do que sublinhar a independência ou autonomia”*. Na área específica descrita neste relatório – a intervenção autónoma do enfermeiro no controlo da PIC- (ENA, 2008; Swearingen & Keen, 2001) corroboram esta opinião ao definirem as Intervenções de Enfermagem específicas, uma vez que é o enfermeiro que mobiliza, realiza técnicas e estimula o doente com mais frequência; o seu contacto é alargado no tempo, íntimo e intensivo. Têm vindo a ser realizados alguns estudos, (Snyder, 1983; Suadin, 2009), que visam relacionar intervenções de enfermagem com o aumento e controlo da PIC sendo consensual o efeito das primeiras nos valores das segundas. No entanto, estes estudos são também considerados ainda em número reduzido, sendo necessário continuar a investigar as práticas de enfermagem (Cavalcanti, Oliveira, Araújo & Guzen, 2011). Koizumi & Diccini (2006) identificam factores reconhecidos como precipitantes de HIC tais como manuseamento da via aérea, posicionamentos, estímulos desagradáveis ou actividades que aumentem o metabolismo cerebral; a maioria deles pode ser descontinuada por procedimentos de enfermagem como a análise da necessidade de aspiração de secreções, o posicionamento neutro da cabeça ou o arrefecimento

corporal em caso de febre. São diversos os autores (ENA, 2008; Palma, Pereira, Amaro & Palma, 2008; Snyder, 1983; Suadin, 2009; Sweainger & Keen, 2001), que para além da monitorização permanente do estado de consciência do doente, identificam também o planeamento e controlo da mobilização, elevação da cabeceira da cama, técnica na aspiração de secreções, controlo da dor e estimulação sensorial como indispensáveis para controlo da PIC. A tomada de decisão e implementação dos procedimentos que operacionalizam estas intervenções são da responsabilidade do enfermeiro e decorrem da sua autonomia profissional. Desta forma, quem mais preparado, senão o enfermeiro, para gerir o controlo da PIC nos doentes com TCE Grave?

Cabe aos enfermeiros identificar *“os melhores diagnósticos, para orientar as intervenções de enfermagem, com o objectivo de atingir os melhores resultados para o paciente”* (NANDA, 2010) com base no *“julgamento clínico utilizado na prática para decidir o foco do atendimento de enfermagem”* (NANDA, 2010). Assim, em particular para o doente com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave, surgem dois diagnósticos de enfermagem (NANDA). Com o objectivo final de alcançar os resultados pretendidos (NOC), são estabelecidas ainda as intervenções de enfermagem a desenvolver (NIC) (Johnson, Butcher, Dochterman, Mass & Moorhead, 2009).

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados Pretendidos (NOC)
1. Diminuição da capacidade adaptativa intracraniana, relacionada com lesão cerebral, manifestado por aumento da PIC após um estímulo	Estado Neurológico: Consciência Alvo do Resultado: Não comprometida e Nenhuma
2. Risco de perfusão tecidual cerebral ineficaz, relacionado com o TCE	Perfusão Tecidual: Cerebral Alvo do Resultado: Não comprometida e Nenhuma
Intervenções de Enfermagem a realizar (NIC)	
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar cuidadosamente o estado neurológico do paciente e comparar com os dados iniciais - Monitorizar o tamanho, forma, simetria e reactividade das pupilas - Monitorizar os sinais vitais do paciente (temperatura, pressão sanguínea, pulso e respiração) 	

- Monitorizar a PIC e PPC
- Permitir que a PIC retorne à medida inicial entre as actividades de enfermagem
- Monitorizar a PIC e as respostas neurológicas do paciente às actividades de enfermagem
- Reduzir os estímulos do ambiente ao paciente
- Planear os cuidados de enfermagem para proporcionar períodos de descanso
- Administrar sedação conforme a necessidade
- Observar mudanças do paciente em resposta a estímulos
- Monitorizar as conversas que o doente possa ouvir
- Administrar anticonvulsivantes, se adequado
- Evitar flexão do pescoço ou flexões extremas de quadril/joelhos
- Posicionar a cabeceira da cama a 30º, ou mais
- Administrar emolientes fecais
- Evitar o uso de pressão expiratória final (PEEP)
- Encorajar a família/pessoa significativa a conversar com o paciente
- Limitar a aspiração a menos de 15 segundos
- Monitorizar a ingestão e a eliminação
- Manter a normotermia
- Administrar e dosear drogas vasoactivas, conforme prescrição, para manter parâmetros hemodinâmicos
- Manter o nível de glicose sérica dentro do limite normal
- Administrar medicação para a dor, conforme apropriado
- Auxiliar na inserção dos instrumentos de monitorização da PIC
- Calibrar e nivelar o transdutor
- Ajustar os alarmes
- Registrar as leituras da pressão PIC
- Observar alterações no paciente frente aos estímulos
- Monitorizar a PIC e a reacção neurológica do paciente às actividades de cuidado
- Limitar os movimentos do paciente, conforme necessário
- Mudar e/ou reforçar o curativo do local de inserção do dispositivo, conforme necessário
- Monitorizar o local de inserção quanto a sinais de infecção
- Administrar antibióticos
- Notificar o médico sobre PIC elevada que não responda aos protocolos de tratamento

Quadro I- Quadro síntese dos NANDA, NOC e NIC no doente com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE grave

2. O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Como já referido no capítulo anterior, após a aprovação do Projecto de Estágio procedeu-se à sua operacionalização. Grande parte do processo para o atingir das competências, foi desenvolvido através desse trabalho em contexto hospitalar com posterior reflexão sobre as práticas realizadas. Como fio condutor foram estabelecidos objectivos específicos para os diversos campos de trabalho (Anexo I- Quadros dos Objectivos dos Campos de Estágio), pois os objectivos apontam para *“os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico”* (Mão de Ferro (1999) citado por Ferrito [et al], 2010).

O capítulo que se segue engloba assim, o trabalho desenvolvido em diferentes contextos clínicos (campos de estágio) com as respectivas actividades e resultados obtidos; representa o percurso vivenciado ao longo do 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Sendo esta aquisição de competências um processo de construção e modificação individualizado, neste capítulo optou-se pelo discurso na 1ª pessoa.

Os orientadores do contexto clínico foram enfermeiros que pela sua experiência e domínio dos cuidados foram identificados como peritos pelos Enfermeiros chefes e pelo tutor da escola. Segundo Benner (2001:60), *“as peritas podem também ser consultadas pelas outras enfermeiras. (...) esse conhecimento pode ser desenvolvido para alargar o campo de acção das enfermeiras que desejam e são capazes de atingir a excelência”*. Penso que este facto foi de grande importância, uma vez que em algumas competências a desenvolver, o nível a atingir pessoalmente seria exactamente o de perito.

Realizaram-se ainda contactos com elementos também considerados peritos (que não o orientador) e que desempenham funções particulares nesses campos de forma a obter dados e experiências pertinentes. Tornou-se fundamental acompanhar de perto o seu trabalho, o que se transformou numa mais-valia, por

exemplo relativamente ao desempenho de cargos de gestão, como será referido posteriormente.

Foram também realizados vários Jornais de Aprendizagem e um Estudo de Caso, de forma a organizar, reflectir e sintetizar informação. A prática reflexiva revela-se *“como um importante meio de capacitação dos (...) e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas”* (Santos & Fernandes, 2004:59), sendo que para uma reflexão estruturada e produtiva o guia adoptado foi o do Ciclo Reflexivo de Gibbs, pela sua pertinência e poder de síntese (Gibbs, 1988). Em suma este Ciclo é um modelo, que implica um processo de seis etapas, com a particularidade de considerar as emoções. Por outro lado, foi ainda realizado um estudo particular, através de um estudo de caso, que consiste em *“uma exploração de (...) um caso, obtido por meio de uma detalhada colecta de dados (...). É um estudo aprofundado de (...) um indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão”* (Galdeano, Rossi & Zago, 2003:372). Benner (2001:56) apoia este tipo de método afirmando que as enfermeiras *“aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação.”*

No decurso do estágio foram ainda possibilitadas actividades não planeadas, como turnos de observação no Bloco Operatório, facultando “olhar de fora” interacções, procedimentos e actuações, facilitadoras da aprendizagem relativa à prevenção e controlo da infecção. Por fim, foi permitida também a inscrição num Seminário de Neurocirurgia e Neurotraumatologia realizado no hospital onde fazia estágio, aumentando os conhecimentos a nível teórico na área das neurociências. Sendo os oradores médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e como convidados alguns doentes da instituição, alcancei uma visão multidisciplinar de situações reais de cuidados.

A escolha de não realizar os estágios na minha própria instituição de trabalho prendeu-se com o facto de ter optado por serviços de referência e pela possibilidade de partilha, novas experiências e novos contextos de trabalho. Desta forma penso que as oportunidades de aprendizagem foram maiores, quer em termos de casuística, bem como em qualidade dos cuidados desenvolvidos. Considero que o

conhecimento destes contextos promoveu um maior e melhor conhecimento, que se repercutiu na gradual melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados.

2.1. Locais de Estágio

(Adam, 1994) identificou os estágios como a oportunidade de dar ao estudante a possibilidade de formação em virtude das concretas necessidades do utente e não em função das patologias. Os serviços seleccionados para a realização dos mesmos foram escolhidos durante a realização do Projecto por serem considerados serviços de referência pela sua qualidade de cuidados, oportunidades de aprendizagem relativas à área temática, características próprias de funcionamento, população e profissionais. O período de estágio foi dividido em três blocos que, cronologicamente, tiveram em consideração a crescente especificidade dos doentes em questão, evoluindo do menos para o mais complexo. Como tal, foram realizados estágios num Serviço de Urgência Geral, numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e numa Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos da área metropolitana de Lisboa, durante o período de 17 semanas (Anexo II – Cronogramas de Estágio).

Serviço de Urgência Geral (SUG)

O estágio em Serviço de Urgência Geral decorreu num hospital central, universitário. Pelas suas características de localização geográfica e população abrangida, pelos acessos em termos rodoviários e pelo crescente desenvolvimento de estruturas na capital, este serviço possibilita uma casuística elevada em termos de doentes críticos médicos, cirúrgicos e de trauma. De facto, o SU funciona como “porta de entrada” no hospital, sendo que “ *a prática de enfermagem de urgência reúne, como em nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento*” (Howard & Steinmann, 2010:4). A realização de trabalho em contexto de urgência justifica-se assim pelas medidas autónomas de grande importância para o doente e o seu prognóstico, que podem ser tomadas numa fase precoce após o TCE, para o controlo da PIC. Desta forma, optou-se, por realização das 5 semanas de estágio exclusivamente na Sala de Reanimação (SR)

e de Serviço de Observação (SO), local onde estes doentes são recebidos e permanecem até serem transferidos para cuidados definitivos.

Sendo o meu próprio local de trabalho um SUG, a realização deste estágio permitiu desenvolver competências na área de prestação de cuidados, por observação e comparação com o que é realizado na minha prática diária. Sendo um serviço com um poder de organização mais elaborado, foram elevados os ganhos a nível da abordagem ao doente crítico, acolhimento da família e gestão.

Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC)

A UCI é identificada como o serviço eleito a fim de reduzir a morbilidade e a mortalidade do doente vítima de TCE Grave, pelo que a sua transferência do SU para a UCI deve ser a mais célere possível (ENA, 2008; Howard & Steinmann, 2010; Koizumi & Diccini, 2006). Aqui, foi possível tomar conhecimento da excelência dos cuidados prestados e a sua continuidade, frisando que *“a enfermeira de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas (...)”* (Urden, Stacy & Lough, 2008:6).

A prática clínica, durante 5 semanas, em contexto de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, permitiu um leque de experiências abrangente na área do doente neurocirúrgico (NC) uma vez que a patologia mais frequente do serviço se encontra relacionada com esta valência. Acrescentando que o referido hospital é uma referência a nível nacional no âmbito das neurociências, recebendo doentes do foro da NC de toda a região de Lisboa, zona sul do país e ilhas, proporcionou-me a prestação de cuidados a doentes com elevação da PIC, resultante de TCE Grave mas principalmente resultante de outro tipo de etiologia como hemorragias e tumores. Desta forma, este campo de estágio permitiu a abordagem ao doente crítico, no seu sentido mais abrangente da expressão. Sendo o meu colega orientador membro da Comissão de Controlo de Infecção (CCI), foi fundamental também toda a informação partilhada relativamente ao tema.

Unidade de Cuidados Intensivos NeuroCirúrgicos (UCINC)

Pela especificidade dos doentes que este serviço acompanha foi neste que decorreu a maior parte do estágio; 7 semanas. Estes doentes são admitidos pelo SU ou no pós-operatório de cirurgias de urgência. São vítimas em estado crítico, habitualmente com politraumatismos graves que, pela especificidade do TCE, se encontram internados na UCINC. Vários destes doentes encontram-se com monitorização invasiva de avaliação da PIC. Desta forma o serviço encontra-se, há vários anos, como referência pela qualidade dos cuidados desenvolvidos.

Ao longo das 17 semanas procedeu-se então a estágio em contexto clínico, com intenso trabalho autónomo e orientação tutorial como suporte. Previamente ao início do trabalho em cada campo de estágio foram delineados, como já referido, objectivos específicos e as respectivas actividades para os atingir, bem como o seu desenvolvimento cronológico.

2.2. Análise do percurso mediante os objectivos de estágio

Além do desenvolvimento das competências pela prestação de cuidados, também foi dada uma atenção particular ao suporte teórico para perspectivar a mudança pela aprendizagem e conseqüente prestação de cuidados. Desta forma, sem prejuízo das linhas orientadoras gerais dos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, das Competências do Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, da Teoria das Necessidades de Enfermagem de V. Henderson e do Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner, o estágio foi norteado pelos Objectivos pessoais delineados: Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave e Justificar as intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC. Sendo estes convergentes para o atingir do Objectivo geral; Desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC,

resultante de TCE grave, este sub-capítulo, por facilidade de exposição, está organizado segundo aqueles.

2.2.1. Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da PIC

Para a concretização deste objectivo, comecei por me integrar inicialmente na equipa de enfermagem e posteriormente na equipa multidisciplinar de todos os serviços onde decorreram os estágios. Para tal, foi imprescindível contar com a colaboração dos enfermeiros que me guiaram ao longo do percurso. Mais do que experientes, no sentido temporal da palavra, estes eram considerados peritos na área, por toda a equipa. Como exemplo prático de uma enfermeira perita, esta pode ser identificada como *“muito respeitada tanto pelas colegas como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competências”* (Benner, 2001:58). Também Henderson (1982) refere que muitas das acções dos enfermeiros se baseiam nos procedimentos desempenhados pelos enfermeiros mais experientes. Este facto permitiu assim, além da proximidade à equipa, retirar como observador externo informações sobre os domínios do conhecimento clínico (Benner, 2001).

Nos primeiros turnos, como componente da integração decorreu simultaneamente a ambientação/familiarização aos procedimentos técnicos. Tal como sugere Benner (2001), ao chegar a um novo serviço, mesmo já sendo um enfermeiro a desempenhar funções em determinada área pode encontrar-se novamente no patamar de iniciado por ser confrontado com particularidades inerentes do cuidar que lhe sejam familiares. As competências de ordem técnica foram sendo desenvolvidas de forma progressiva, no sentido da autonomia. Nestas competências encontram-se envolvidos mais do que meros procedimentos técnicos, implicando o conhecimento de tudo o que envolve o tratamento do doente passando pela operacionalidade dos vários dispositivos médicos, certificação de que tudo se encontra funcionando, até a verificação de necessidade de ajustamento. Como exemplo prático, penso que uma das mais importantes refere-se à utilização do material específico para o doente com avaliação contínua da PIC: os sensores de

PIC. Não sendo uma situação recorrente na minha prática de cuidados esta nova experiência exigiu trabalho de pesquisa bibliográfica, verificação *in loco* do material, cuidados gerais para manutenção adequada do sensor e verificação da manutenção dos valores transformando-se numa mais-valia na prestação de cuidados a este doente. O aprofundar destas competências possibilitou, inclusivamente, o desenvolvimento de tomada de decisão nos cuidados prestados aos doentes, através da validação das intervenções autónomas implementadas no controlo da PIC, através da leitura dos valores apresentados. Este desenvolvimento apresentou-se assim como uma necessidade pessoal e profissional como aproximação à equipa e ao próprio doente crítico. Esta aproximação permitiu também a referenciação das situações problemáticas identificadas a outros profissionais da equipa multidisciplinar de forma pertinente e validada, sendo valorizada e retribuída. Esta partilha foi já antecipada por Henderson (2007: 3): *“como membro de uma equipa médica a enfermeira ajuda os outros membros, tal como eles, por sua vez, ajudam a planear e executar o plano global, quer ele seja para a melhoria da saúde, quer para a recuperação da doença, quer para o apoio na morte”*. Em termos da própria equipa de enfermagem permitiu ainda a referenciação para outros enfermeiros com áreas de especialidade distintas, de acordo com a área de intervenção e perfil de competências próprias, tal como o Enfermeiro de Reabilitação. Desta forma foi possível a união de dois profissionais com áreas de saber específicas para um objectivo comum: o cuidar holístico do doente. Este facto foi mais notório na UCINC onde, em todos os turnos, existiam enfermeiros especialistas na área de reabilitação. Em todos os turnos de estágio foi realizada partilha de informação e cuidados consoante a identificação dos problemas reais ou potenciais da pessoa em situação crítica, implementação e avaliação das intervenções que contribuíam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Foi recorrente a abordagem dos colegas no sentido da verificação da necessidade e da estabilidade do doente antes da realização de trabalho referente, por exemplo, à parte motora ou respiratória. Embora realizado já inconscientemente, em todos os campos de estágio era lembrado que *“todos os membros da equipa devem considerar a pessoa (doente) que servem como a figura central, e devem consciencializar-se de que, em primeiro lugar, estão todos a “ajudar” o doente”* (Henderson, 2007:3).

Para estabelecer esta relação de ajuda todos os estágios foram norteados pela prestação directa de cuidados ao doente crítico. Esta metodologia permitiu aumentar os horizontes da minha realidade profissional e fazer rever as boas práticas no cuidar do doente. Um dos momentos de aprendizagem mais marcantes no SUG foi referente à abordagem ao doente politraumatizado (PTZ). Numa tarde habitual no serviço, fomos contactados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a informar da chegada, dentro de cerca de 30m, de um jovem vítima de acidente de viação, com TCE Grave. Só este pequeno facto, não habitual no meu SUG, permitiu à equipa de enfermagem ter tempo de preparar a Sala de Directos (SD) em termos de material e recursos humanos de enfermagem, médicos especialistas, assistentes operacionais e técnicos de raio-X, bem como preparação do ambiente da sala. Tudo isto se veio a revelar uma mais-valia; facultou uma mais rápida e melhor abordagem do doente no seu todo. Senti que na minha prática diária existe uma lacuna enorme, uma vez que este planeamento é muitas vezes descurado, ou por falha do Centro Orientação de Doentes Urgentes (CODU) ou por comunicação ineficiente com os restantes profissionais da instituição. É de realçar que este processo é da responsabilidade do enfermeiro responsável pela SD e que implica um grande domínio de todos os procedimentos em causa; um perito na área. Quando o doente chegou, a transmissão de informação foi realizada pelo médico e pelo enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) aos respectivos colegas. Tratava-se de um jovem do sexo masculino, 18 anos, vítima de acidente com motociclo, embate frontal, com projecção posterior. Desconhecem-se causas do acidente, bem como mecanismos de lesão. À chegada ao local o doente apresentava GCS 10, tendo tido posteriormente crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Por esse motivo foi Entubado Orotraquealmente (EOT). Foi transportado em plano duro, com colar cervical e apoios de cabeça. Todos os profissionais actuavam da mesma forma, utilizavam a mesma linguagem e as suas acções interligavam-se: a abordagem utilizada foi o ABCDE. Esta abordagem foi por mim reconhecida pela formação durante o ano lectivo escolar, na unidade curricular Suporte Avançado de Vida em Trauma, mais especificamente o curso Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN[®]), o que facilitou a minha própria prestação. Relativamente ao controlo da PIC, uma vez que o doente sofreu um TCE Grave, identifiquei actuações específicas e autónomas dos enfermeiros na sua abordagem inicial, que reflectiam exactamente essa preocupação:

- A- Manteve-se a Via Aérea permeável assegurada por Tubo Orotraqueal (TOT), mantendo a protecção da coluna cervical com a presença do colar cervical. Mantendo o plano duro, colar cervical, apoios de cabeça e faixas de estabilização no mento e no frontal, além da prevenção de lesões mais graves por incerteza de Traumatismo Vertebro-Medular (TVM), esta mobilização manteve também o *correcto posicionamento do pescoço de forma a evitar a sua flexão* e consequente elevação da PIC.
- B- O tórax foi exposto revelando uma expansão simétrica. Saturação periférica O₂=100% com Insuflador Manual com aporte de oxigénio suplementar. Apresentava escoriações a nível torácico direito. Foi solicitado, pelo cirurgião, a aspiração de eventuais secreções, para verificar se teriam vestígios hemáticos. Foi alertado pelo enfermeiro que se encontrava junto a cabeça do doente que não tendo alterações na auscultação, dificuldade na ventilação e mantendo boas saturações talvez fosse mais prudente reservar essa técnica para quando houvesse sinais de que tal seria necessário, de forma a *reduzir os estímulos externos, principalmente os mais invasivos*. Com esta advertência evitou-se uma subida significativa da PIC.
- C- Sem hemorragias externas exsanguinantes, embora doente pouco corado. Normotenso; Tensão Arterial (TA)= 140/70 mmHg. Pulsos palpáveis bilateralmente, rítmico, taquicárdico; Frequência Cardíaca (FC)= 120bpm (dor?). Trazia em curso Lactato de Ringer 500cc. Foi puncionado um 2º acesso, tendo ficando com Soro Fisiológico 1000cc em curso. Foi questionada a *pertinência de administração de analgésicos*, pela possibilidade de dor; se a taquicardia fosse decorrente deste estímulo negativo, a PIC poderia estar aumentada por este factor.
- D- Score (1+5 com MSup+1) = 7, recuperando com o decorrer do tempo algum grau de agitação psico-motora; mobiliza 4 membros, sem défices motores aparentes. Inicia perfusão de Propofol 2%, passando score a 6 (1+4+1), bastante mais calmo. Pupilas isocóricas e reactivas; mióticas (administração de medicação durante crise convulsiva no local?)
- E- Foi mantida a normotermia com colocação de lençol. Apresentava escoriações no joelho esquerdo e coxa direita. Aplicadas compressas embebidas em Betadine®. Sem lesões a nível do dorso (efectuada mobilização em bloco, aproveitando para trocar plano duro). A mobilização foi

efectuada uma única vez, permitindo uma rentabilização das acções. Desta forma possibilitámos *menos estimulação por mudanças da posição corporal* e interferimos menos na elevação da PIC. Foram ainda colocados rolos de lençóis sob a *cabeceira* do plano duro de forma a ficar com uma *elevação de cerca de 30º*, de forma a melhorar a drenagem venosa e contribuir para a redução da PIC.

Após a avaliação primária procederam-se a medidas auxiliares, tendo sido *solicitada a administração de bólus de Propofol* (de forma a reduzir a percepção aos estímulos dolorosos e consequente redução da PIC).

Esta abordagem “ABCDE” permitiu, como já referido, a realização de procedimentos rápidos e congruentes entre todos os profissionais presentes. Desta forma, considero pertinente que todos os elementos que desempenham funções na Reanimação do meu hospital de origem frequentarem um curso de trauma multidisciplinar, pois seria um investimento na formação que constituiria uma mais-valia, melhorando o trabalho em equipa e eficácia e qualidade no atendimento prestado. A qualidade dos cuidados seria, com certeza, melhorada.

Esta avaliação sumária permitiu, além de uma correcta abordagem a uma vítima de trauma, não esquecer a sua particularidade como TCE: o risco de elevação da PIC. Os procedimentos autónomos ou advertidos pelos enfermeiros (identificados a *itálico*) fizeram com que este doente diminuísse o seu risco de desenvolver HIC, ainda antes de qualquer exame complementar de diagnóstico que a fizesse prever ou qualquer sensor de PIC que a confirmasse. Resumindo, os enfermeiros actuaram a nível da prevenção de complicações, podendo fazer a diferença a nível do prognóstico deste jovem.

Ao referir a abordagem à pessoa em situação crítica é essencial mencionar a maximização da prevenção e controlo da infecção perante este doente. Este tema revela-se de extrema importância, uma vez que em situações de urgência, pelo stress e necessidade de rápida actuação, esta área é por vezes menos valorizada. É necessário ter presente que, embora incomum imediatamente após o trauma (ACS, 2008), a sépsis é a principal causa de morte tardia (dias ou semanas) como 3º pico na distribuição trimodal das mortes nas vítimas de trauma grave (Urden,

Stacy, Lough, 2008). Tal sucede uma vez que, os doentes em estado crítico, tornam-se *“propensos a adquirir infecções hospitalares através da exposição aos microrganismos transmitidos por via directa ou indirecta, pelos profissionais, visitantes ou equipamentos, ar, água, alimentos e medicamentos”*. (Martins, 2001: 409). Frisando a antiguidade desta constatação Martins (2001:3) refere que *“desde que existem os hospitais, existem as infecções hospitalares (...)”*. No entanto, segundo Wilson (2003), no passado as medidas de controlo de infecção tendiam a centrar-se em medidas específicas para prevenir a transmissão a partir dos doentes que se sabia terem microrganismos contagiosos. O conceito de aplicação de medidas de controlo de infecção por rotina, nos cuidados a todos os doentes, foi recomendado pela primeira vez no final da década de 80 pelo Centers for Disease Control. Neste contexto é necessário reflectir que um paciente com uma infecção hospitalar é submetido a tratamentos agressivos, a sua permanência no hospital é mais prolongada e sua evolução pode ser fatal e que também para a instituição as perdas são elevadas com o aumento da mortalidade, dos custos de internamento e diminuição da oferta de vagas para novos internamentos. Sendo graves as consequências de uma infecção hospitalar, não só do ponto de vista individual, como institucional, surgiram associadas ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde as CCI. A experiência que me foi possibilitada na UCIC e na UCINC foi de dialogar e auxiliar o enfermeiro - elemento de ligação da CCI, no sentido de compreender o seu papel. Como funções, este participa activamente na elaboração do programa de prevenção e controle de infecção hospitalar; com políticas institucionalizadas, metas prioritárias de acção, bem como normas e procedimentos. O enfermeiro de ligação à CCI têm como função principal a colaboração na prevenção e controlo de infecção a nível da unidade, liderando e motivando o restante grupo. Para tal, existe todo um trabalho directo com a equipa multidisciplinar: sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância do tema, orientação dos profissionais de enfermagem para o mesmo, supervisão de execução de boas práticas, identificação de problemas, colaboração em estudo de vigilância epidemiológica, informação em caso de suspeita de surto epidémico, elaboração de procedimentos, realização de auditorias, identificação de necessidades de formação e ser formador em acções de formação na área de controlo de infecção. Seguindo o estipulado pela WHO (2002) relativas à prevenção de infecções adquiridas no hospital, são ainda notórias as medidas de prevenção e

controlo de infecção que podem ser implementadas, tais como: a lavagem rigorosa das mãos; a troca e lavagem da roupa dos profissionais; as normas de procedimentos e a utilização de barreiras universais de protecção durante os mesmos; a limpeza e manutenção de equipamentos; a utilização de cartazes informativos e demonstrativos (tanto para os profissionais, como para os familiares); ensino aos familiares; formação aos profissionais e realização de auditorias. Como actividade não planeada foi-me ainda possibilitado estágio de observação em Bloco Operatório, que permitiu comprovar a nível pormenorizado e exaustivo algumas das actividades anteriormente descritas, como preparação da sala antes da intervenção cirúrgica, utilização de Equipamentos Protecção Individual, desinfectação dos profissionais de saúde, assepsia durante o procedimento, limpeza da sala no final da cirurgia e ensino aos familiares aos quais era permitida a entrada no recobro.

Entre os enfermeiros, é do senso comum, que é deveras complexo assistir e apoiar devidamente a família dos doentes de que cuidamos. Com diálogos informais com vários elementos das equipas, as opiniões divergiram entre a falta de tempo disponível, o cansaço psicológico do enfermeiro e ainda a falta de formação para lidar com a família e a transmissão de notícias difíceis. Todos identificaram a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica do doente e a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica, como competências de enfermagem indispensável e todos manifestaram ser das mais desafiantes. Pessoalmente, como profissional e como estudante, retratei-me em algumas opiniões e identifiquei a família do doente crítico como tendo necessidade de uma atenção e apoio específicos, pela particularidade e gravidade da situação. Henderson (1978) defendeu esta atenção e conhecimento da família como forma de conhecimento do doente em si.

Família, segundo Phipps, Long, Woods & Cassmeyer (1999:121) “*abrange a família monoparental, a família reconstruída (...)*” pode “*(...) definir-se de acordo com a proximidade geográfica (...)*” ou ainda “*as pessoas que o doente reconheça como tal*”. Desta forma conclui-se que abarca todos os que fornecem um suporte significativo ao indivíduo. Ao longo dos estágios, em diferentes contextos, várias foram as situações que permitiram a reflexão relativa a este tema. Numa das vivências no SU, mais propriamente na SD, encontrávamo-nos na reanimação de um jovem com TCE Grave quando chega a informação de que a família tinha

chegado ao hospital. Após a devida abordagem e estabilização do doente, eu e o enfermeiro chefe de equipa dirigimo-nos para junto dos pais para lhes fornecer informações do estado do seu filho. Deparámo-nos com 3 familiares unidos fisicamente, chorosos e extremamente ansiosos. A abordagem inicial foi da própria família ao identificar “fardas brancas” a aproximarem-se da sala. Eram notórios sentimentos de impotência e desconhecido nas primeiras frases do diálogo. Pela comunicação não verbal revelavam medo e até uma certa frustração. Identifico o facto de ter conhecimentos sobre a condição actual do doente, anatomia e procedimentos futuros, como facilitador. Reconheço estas informações como poder/estratégia para à medida que vou fornecendo esses dados a minha própria ansiedade vá decrescendo e sendo gerida. Desta forma foi transmitido o contexto aparente do acidente, como o doente se encontrava neste momento e que embora aparentemente estável, o diagnóstico dependeria do resultado dos exames complementares. Analisando, parece-me que a abordagem foi correcta, uma vez que segundo bibliografia consultada (Phipps, Long, Woods & Cassmeyer, 1999), pela proximidade afectiva e perante o estado de saúde alterado do seu ente querido, a família muitas vezes sente-se desamparada e desenvolve necessidades específicas de informação, esperança e partilha. Ridley (2004), apoia também esta situação real, frisando a ideia de que o enfermeiro é o profissional por excelência que realiza esse papel e na linha da frente (Pinto & Leal, 2009). Frequentemente o enfermeiro é o profissional mais sensível ao sofrimento que a ameaça de morte e a separação da família em relação ao doente provoca, sendo que todo o plano de cuidados de enfermagem deve sempre incluir a família (Henderson, 2007).

Posteriormente, ao realizar estágio em Cuidados Intensivos, foi possibilitada uma relação mais intensa e duradoura com a família dos doentes aí internados. Estas condicionantes permitiram trabalhar o impacto negativo da doença na família, realizar gestão da comunicação interpessoal e da informação face à complexidade da vivência de processos da doença e falência orgânica, a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica e a satisfação relativamente à qualidade do exercício profissional realizado. Um dos doentes internados na UCIC permanecia no serviço há 35 dias, com o diagnóstico de Hematoma Temporo-Parietal esquerdo, com edema vasogénico e desvio das estruturas da linha média. Tinha sido rapidamente intervencionado mas sempre

manteve GCS 3, mesmo após suspensão de sedação. A esposa deslocava-se todos os dias, nos dois períodos de visita, à UCIC, de forma a poder passar alguns momentos com o marido. Certa vez verbalizou com angústia que tinha de abandonar o serviço pois tinha de regressar ao trabalho. Para além das palavras, denotava-se choro fácil, suportado por sentimento de culpa por sentir que o deixava uma vez mais. Após diálogo com os colegas do serviço, que já tinham um conhecimento mais abrangente da situação, fui informada das alterações de papéis que a família tinha sofrido com este internamento e com a actual situação de saúde do seu “elemento chave”. Concomitantemente, fui também alertada para a recusa que a esposa manifestava quanto ao prognóstico de recuperação da consciência e motricidade. Esta negação vai directamente de acordo a Pinto & Leal (2009:41): “(...) nos primeiros momentos o que assola (...) é a dúvida da recuperação da consciência, onde o sair do silêncio e voltar a comunicar, talvez seja um dos principais anseios da família”. Sendo que “a assistência ao paciente (...) deve estender-se também ao familiar do paciente” (Morgon & Guirardello, 2004: 203), o meu sentimento perante esta situação foi maioritariamente de impotência: estava já a ser desenvolvido um óptimo trabalho para com esta família e qualquer intervenção que eu pudesse acrescentar seria, de certo, mínima. No entanto, por não me parecer uma situação linear, decidi continuar o caminho que os colegas tinham iniciado. Nos dias seguintes estabeleci que, como enfermeira responsável pelo doente, iria realizar uma adaptação da entrevista inicial à família, para determinar hábitos e necessidades tanto do doente como da família, para poder estabelecer algumas estratégias de ajuda/gestão e tentar desmistificar o futuro desta situação. Para este pensamento guiei-me, de forma não consciente pelas aulas desenvolvidas no 2º Semestre na Unidade Curricular Transição Saúde-Doença. Como ideia principal lembrei que a situação de internamento de uma pessoa tende a condicionar emocionalmente o bem-estar dos membros da família. Meleis, Saywer, Im, Messias & Schumacher (2000) definem o período de transição de um estado de saúde para um estado de doença como uma “*Passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro*” (Meleis [et al], 2000:12). Segundo os autores, ao possuímos a capacidade de identificar este processo de transição e os seus constituintes, possibilitamos um melhor auxílio à família afectada e diminuimos a sua vulnerabilidade. Durante o decorrer da interacção foi confidenciada a alteração da rotina familiar do último mês, as

dificuldades sentidas por tal, a saudade da imagem do esposo como pessoa divertida e comunicativa e a culpabilização de não ter conseguido com adoptasse hábitos de vida mais saudáveis (obesidade). Existia assim, um sentimento de tormento que dificultava o aceitar do prognóstico. Em vários dias após esta conversa, foi reforçada a sua impossibilidade de prever tal situação de doença. Esta intervenção manteve-se ainda ao longo do tempo, em consonância com a tentativa de sensibilização para o inalterado estado de consciência do doente. Outra estratégia estabelecida foi o permitir a visita após o horário convencional, o que se adaptava melhor à nova dinâmica familiar. A implementar a longo prazo ficou a possibilidade de envolvimento da esposa na prestação de cuidados, valorizando assim o papel da família e tornando-a um elemento activo na equipa de saúde (Cabral, Oliveira, Monte, Vale & Silva, 2005). Nesta situação particular foi assim notória a posição singular do enfermeiro em compreender e identificar as necessidades dos familiares, de forma a implementar uma assistência com qualidade. Certamente que cada família é única, mas alguns estudos tem sido realizados na tentativa de estabelecer quais as necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares. Um estudo realizado por Morgon & Guirardello (2004) identifica as necessidades: de sentir que a equipa de saúde se interessa pelo doente; que tipo de tratamento está a ser realizado; ter a certeza que está a ser realizado o melhor tratamento possível; esperança no processo de melhoria e obter respostas dadas com franqueza. Pela experiência pessoal possibilitada em UCI reconheço como as mais verbalizadas a importância da esperança e a necessidade de confiança na equipa e no tratamento. Estas, quando reconhecidas como cumpridas permitem uma proximidade e sintonia entre enfermeiro-família-doente, tornando o cuidar especializado possível.

Penso ser ainda importante ponderar os efeitos da família no pessoal de saúde, ou seja, que a relação existente entre o enfermeiro e os significativos é realmente recíproca e que pode ser desafiante também para o primeiro. Ridley (2004) identifica os enfermeiros como o primeiro contacto com a informação. Desta forma referencia que “(...) *providing 24 hours emotional support for friends and family can be extremely challenging*” (Ridley, 2004:1010). Esta é uma premissa observada durante o desenrolar da minha prestação de cuidados, quer por observação directa, quer por experiência pessoal. Muitas vezes as estratégias são desenvolvidas, como

transmitir conhecimentos médicos e de enfermagem, estabelecer visitas em conjunto ou desenvolver conhecimento de técnicas e estratégias de comunicação como forma de conseguir lidar com situações complexas e evitar o desgaste psicológico do próprio enfermeiro. Desta forma, o trabalho desenvolvido com a família, permite um cuidar especializado do doente crítico.

A realização de estágio em diferentes contextos, permitiu assim, duas abordagens diferentes à família. Em estágio no SU verifiquei que o enfermeiro que fornece informações é o enfermeiro chefe de equipa, uma vez que em termos de disponibilidade é o que se encontra mais livre para tal. O mesmo é válido para o meu local de trabalho. No entanto, já na prática diária surge a questão se esta será a estratégia mais correcta? Quem melhor para prestar informações sobre a condição do doente senão o enfermeiro que realmente esteve com o doente? No reverso da situação encontra-se a abordagem realizada nas UCI, onde quem presta os cuidados à família é o enfermeiro responsável pelo utente. Penso que esta será a melhor forma de cuidar holisticamente do doente. A experiência transmitiu-me também, que as famílias identificam um enfermeiro como “seu” e optam por partilhar mais facilmente com este questões ou receios, pois foi já criada uma relação de empatia.

Fora do âmbito da prestação de cuidados clínicos, o estágio permitiu-me ainda dias dedicados à observação e participação nas funções de gestão e coordenação do mesmo. O facto de não ter doentes atribuídos nesses turnos permitiu liberdade em termos de tempo para posterior discussão e reflexão do tema com o colega, o que se revelou uma estratégia facilitadora. O trabalho específico desenvolvido durante estes turnos pelo enfermeiro de coordenação relacionou-se com os objectivos de organização do serviço, comunicação entre a equipa, deliberação de funções e formação dos profissionais. Estas funções convergem para “(...) *desenvolver as estruturas e para melhorar a sua organização, logo, para garantir a qualidade do serviço prestado pelos profissionais que nela trabalham*” (Hesbeen, 2001: 79). De referir ainda que, estas são desempenhadas por enfermeiros uma vez que “(...) *estes terem conhecimentos para administrar esses recursos e por serem coordenadores de todas as actividades exercidas nas unidades hospitalares (...)*” Kuregant (1991:76). Como tal, tive possibilidade de observar a passagem de turno pelo chefe de equipa tendo sido dialogadas estratégias para melhorar a prestação

de cuidados ao doente e família; a validação e pedido de terapêutica como forma de rentabilização de recursos económicos mas com a certeza de medicação disponível para o tratamento do doente; verificação e reposição de material do serviço, como balas de oxigénio para transportes de doentes e solicitação de reparação de material, como bombas e seringas infusoras. Nos últimos pontos citados, é essencial salientar que as *“funções relativas à administração de recursos materiais devem ser executadas pelo enfermeiro com o objectivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal (...) e não com o fim de se tornarem uma actividade puramente burocrática cuja única meta é a de preservar os interesses financeiros da instituição.”* (Kuregant ,1991:76).

No decorrer desta experiência foi notória a confiança depositada no elemento de coordenação do serviço, sendo este continuamente solicitado para resolver todo o tipo de questões ou problemas inesperados. Analiso este facto como um elemento perito que tem como apropriação *“uma quantidade tal de conhecimentos que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas (...)”* (Benner, 2001:204). Verifica-se ainda que o perito, por se encontrar sempre presente entre os diferentes membros da equipa, tem a possibilidade de prevenir e detectar os erros da mesma (Benner, 2001). Também Rosa (1994:239) contempla estes factos afirmando que *“a impossibilidade de prever todos os circuitos e circunstâncias da execução conduz-nos a uma especial função do líder de suprir qualquer função em falta”*. Estes dias foram úteis para reavivar que muitas vezes envolvemo-nos na prestação de cuidados directos ao doente e esquecemos todo o trabalho que está envolvido para podermos ter acesso a um simples material de penso ou à alimentação correcta para o nosso doente. Desta forma, com a gestão, e embora com um trabalho mais burocrático, estamos também a cuidar do nosso doente crítico que vivencia processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Seguindo esta linha de pensamento, concluo que existem competências que são desenvolvidas com o desempenho deste cargo, uma vez que este se baseia principalmente na prevenção e avaliação dos cuidados prestados ao doente crítico. Assim, realizam-se cuidados tão diversos como o diagnóstico precoce das complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, a monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas

identificados, a garantia de gestão de medidas farmacológicas de combate à dor ou a supervisão das práticas dos elementos da equipa de enfermagem.

2.2.2. Justificar as intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC

O desenvolvimento deste objectivo teve em vista a intervenção precisa, eficiente, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica, enfatizando a autonomia do enfermeiro. Face à área em estudo pretendeu-se desenvolver a autonomia das acções desempenhadas pelo enfermeiro ao doente com elevação da PIC e a sua pertinência no cuidar do mesmo. Para atingir este objectivo específico revelou-se essencial a realização de diálogos com peritos na área, pesquisa bibliográfica, solicitação aos serviços de normas e protocolos e também a realização de um Estudo de Caso como forma de organização, síntese, estudo e análise das intervenções. Apresenta-se de seguida e de forma resumida a situação, seguindo-se-lhe a prestação de cuidados realizados ao doente, organizados de acordo com as NHF de V. Henderson.

Homem, 65 anos, solteiro, residente fora da área de Lisboa, autónomo nas Actividades de Vida Diárias. Vítima de acidente de viação; TCE Grave, com diagnóstico de focos de contusão e HSA e consequente elevação da PIC. Após o acidente (embate frontal de motociclo em veículo ligeiro), foi assistido no local, transportado para o SU e posteriormente transferido para a UCINC. Chegada à unidade com GCS= 3, já sob perfusões de Propofol e Alfentanil, pupilas anisocóricas (Pesq>Pdrt), não reactivas ao estímulo luminoso. Foi diminuída sedo-analgesia para observar score real do doente, que reagiu em fuga (GCS= 6). Manteve-se EOT (tubo n.º 7,5, ao nível 23 da comissura labial), conectado a prótese ventilatória, na modalidade de Volume Controlado, com FiO₂= 40%, PEEP=4, Volume Corrente= 480, Frequência Respiratória (FR)= 14. Apresentava Tensão Arterial (TA)= 150/93mmHg, Frequência Cardíaca (FC)= 66, Saturação de O₂=100%. Foi colocado Cateter Venoso Central (CVC) na subclávia esq.^a e Linha Arterial (LA) na radial esq.^a. Foi colocado Sensor de PIC em topografia frontal drt.^a, por Neurocirurgião. Valor inicial de 23mmHg, com cabeceira a 40°. É colocada

também Monitorização de Oximetria Cerebral, com valores iniciais de 55 (esq) e 56 (drt). Após cerca de cerca de 72h os valores de PIC atingem os 32mmHg, pelo que são administrados: Manitol, NaCl 20%, Propofol em bólus, estabilizando em 27mmHg. Repete TAC-CE que revela agravamento das lesões. Inicia perfusão de Tiopental, passando para GSC= 3, com estímulo de GAG presente. É colocada monitorização BIS (Índice Biespectral) com valores de 44. Por hipertermia é realizada colheita de espécimes para culturas: Hemocultura, Urocultura e Secreções Brônquicas. Sete dias após o acidente de viação, mantinha GSC=3, pupilas anisocóricas (Pesq>Pdrt), não reactivas ao estímulo luminoso, EOT em Volume Controlado, CVC com respectivas perfusões em curso, LA, sensor de PIC, monitorização de oximetria cerebral e monitorização BIS. Após o término do estágio tive oportunidade de averiguar a situação clínica do doente, que recuperou score neurológico para 7, realizou traqueostomia e realizava desmame do ventilador.

Nesta situação é de realçar o tratamento precoce do doente: *“O tratamento do doente com TCE começa em meio pré-hospitalar”* (Howard & Steinmann, 2011:285). No entanto, assim que possível *“é importante que (...) sejam transportados para centros de traumatologia com valências de Neurocirurgia de cuidados intensivos (...), a fim de reduzir a morbilidade e mortalidade”* (Howard & Steinmann, 2011:285). O doente internado neste serviço, encontrava-se em estado crítico; num estado de dependência total, em que mesmo as suas funções corporais ou actividades mais simples se encontravam afectadas. Desta forma, prestar cuidados de enfermagem especializados numa UCI torna-se extremamente desafiante e gratificante uma vez que *“a enfermeira de cuidados intensivos tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente”* (Urden, Stacy & Lough, 2008:6). Uma vez que este se encontrava, efectivamente, sem capacidade de autonomia, transformando o enfermeiro no substituto integral do seu auto-cuidado, cabe ao enfermeiro especializado satisfazer as necessidades do doente, priorizando-as (Henderson, 2007), sendo notória a simbiose enfermeira-doente crítico. Não obstante, *“um plano escrito desenvolvido pelas pessoas implicadas, faz-se para a unidade e para a continuidade dos cuidados; no entanto deve ser sujeito a modificações imediatas (...) conforme o exigido pelas diferentes necessidades do doente. Numa doença*

grave essas necessidades podem mudar tão rápido que não é possível elaborar um planeamento definitivo” (Henderson, 2007: 70).

De acordo com as NHF identificadas por V. Henderson, uma das necessidades fundamentais básicas é Respirar Normalmente. Como já referido anteriormente, de acordo com o ACS (2008) o doente com score inferior a 8 exige entubação imediata por incapacidade de protecção da via aérea, o que se verificou. Nesta sequência *“uma enfermeira deverá, sem dúvida, ser capaz de actuar com os aparelhos de ventilação”* (Henderson, 2007:27). Assim, relativamente à modalidade ventilatória, encontrava-se conectado em Volume Controlado, ou seja, *“(…) recebe um determinado volume corrente que é pré-programado”* (Marcelino, 2008:69). Com esta modalidade o doente é totalmente dependente uma vez que *“o ventilador é o único responsável pela ventilação do doente independentemente do estímulo respiratório do mesmo.”* (Marcelino, 2008:69). O PEEP designa-se como *“a pressão positiva no final da expiração (…)”* (Marcelino, 2008:115). Em artigo de revisão da literatura, concluí-se que *“níveis variando entre 0 a 15 cm H₂O (…), a PEEP pode ser utilizada visto não haver incrementos estatisticamente significantes da PIC.”* (Abreu & Almeida, 2009:76). No entanto, outros autores referem que este valor deve ser manipulado com cautela, uma vez que o *“PEEP causa aumento da pressão intra-torácica e subsequente aumento da Pressão Venosa Central, Pressão Venosa Cerebral e PIC”* (Koizumi & Diccini, 2006:123). Efeito semelhante é conseguido em caso de assincronia resultante do uso do insuflador manual (Koizumi & Diccini, 2006).

Relativamente ao efeito da aspiração de secreções na PIC, tem um impacto negativo na PIC e na perfusão cerebral em doentes com traumatismo craniano (Tume & Jinks, 2008:232). Desta forma, as *secreções brônquicas* que o doente apresentava eram *aspiradas apenas em SOS*, ou seja quando eram audíveis ou visualizadas através do TOT. Este procedimento segue as *guidelines* da American Association for Respiratory Care (2010:761) que refere que a aspiração só deve ser realizada para manter a permeabilidade da via aérea definitiva. Esta associação refere ainda que a sua duração não deve exceder os 15 segundos. Os seus efeitos na PIC podem também ser minimizados mantendo a posição da cabeça em *posição neutra* e usando uma sonda de aspiração com diâmetro externo-interno 2:1 (Swearingen & Keen, 2001). Koizumi & Diccini (2006) apoiam ainda a possibilidade

da *necessidade de administração de fármacos como os sedativos ou bloqueadores neuromusculares antes da aspiração*, de forma a evitar o reflexo da tosse, como presente neste doente. Esta avaliação era de facto realizada. No entanto, mesmo com o auxílio de bólus de fármacos a PIC do doente subia para valores de cerca de 40, sendo que retornavam aos valores iniciais cerca de 2 minutos depois. O uso de soro fisiológico por rotina para realização de higiene brônquica deixou de fazer parte da minha prática profissional pois “is unlikely to be beneficial, and may in fact be harmful”⁵ (American Association for Respiratory Care, 2010:759). De facto, pode aumentar o reflexo da tosse (American Association for Respiratory Care, 2010), o que irá por sua vez “*aumentar a pressão intra-abdominal e intra-torácica como resultado da contracção muscular visceral (...) impedindo a drenagem venosa cerebral*” (Koizumi & Diccini, 2006:124) e conseqüentemente “*se o paciente já estiver com a PIC elevada (...) picos na PIC podem ocorrer*” (Koizumi & Diccini, 2006:124).

Todos os doentes com alteração da consciência, com necessidade de EOT, estão susceptíveis a uma degradação da sua higiene oral, uma vez que a flora da orofaringe se transforma em bactérias patogénicas em cerca de 48 horas (Prendergast, Hallberg, Jahnke, Kleiman & Hagell, 2009:369). Concomitantemente, o uso de diuréticos e narcóticos intravenosos resultam em xerostomia (Prendergast [et al], 2009:369), tornando essencial a realização de higiene oral de forma frequente. Este artigo adverte ainda para o facto de durante este procedimento não serem detectadas diferenças significativas nos valores de PIC apresentados, o que se confirmou efectivamente durante o cuidar da higiene oral deste doente. Ainda de referir, que Henderson identifica “*(...) a condição da boca um dos melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem*” (Henderson, 2007:5).

Relativamente à necessidade Comer e Beber Adequadamente, independentemente da via pela qual o doente é alimentado, a enfermeira é que assume a responsabilidade pela *adequação das quantidades ingeridas* (Henderson, 2007). O doente em causa iniciou alimentação entérica cerca de 16h após o acidente, mantendo alimentação parentérica em perfusão contínua, a 70cc/h, segundo protocolo da unidade, sem estase gástrica. De acordo com Kreymann [et al] (2006)

⁵ “é improvável que seja benéfico, e poderá inclusive, ser prejudicial”

a alimentação entérica é a primeira opção no suporte nutricional do doente em estado crítico, para neutralizar o estado catabólico induzido pela situação, manter a imunocompetência e integridade do aparelho digestivo, manter a função pancreática e da vesícula biliar, reduzir a colonização bacteriana, promover a profilaxia da infecção e sépsis. Defende ainda que deve ser instituída nas primeiras 24h. Ainda de acordo com esta ideia, salienta-se a especificidade da patologia do utente, sendo que *“O suporte nutricional precoce é recomendado em pacientes com TCE, devendo ser iniciada assim que a estabilidade hemodinâmica for obtida”* (Gentile [et al], 2011:80).

Embora não verificada neste caso, Singer [et al] (2009) refere que a hiperglicémia deve ser evitada para prevenir complicações infecciosas e que no doente crítico é um factor que contribui para o aumento da mortalidade. Gentile [et al] (2011), refere que nos doentes com TCE a hiperglicémia está associada ao aumento da PIC, levando a um agravamento das lesões neurológicas secundárias ao trauma e reduzindo a sobrevida.

Em termos de Eliminar por todas as vias de Eliminação, todas as entradas e saídas eram monitorizadas em cada hora (Clochesy [et al], 1993) pelo risco de desidratação ou retenção de fluidos pela administração de fármacos como o Manitol ou Dexametasona (Lee & Armstrong, 2008). Relativamente à eliminação intestinal deve ser evitada a manobra de valsava, pois *“o aumento da pressão intra abdominal e intra torácica impedem a drenagem venosa cerebral (...) Se o doente já estiver com a PIC elevada (...) picos podem ocorrer”* (Koizumi & Diccini, 2006:125).

Os doentes inconscientes são particularmente susceptíveis a zonas de pressão, pela sua impossibilidade de Deslocar-se e Manter uma postura desejável (Henderson, 2007). Desta forma, a inspecção, a massagem e aplicação de hidratante nas proeminências ósseas em cada mobilização e posicionamento é indispensável (Clochesy [et al], 1993). Durante a mobilização os valores de PIC atingiam os 45, o que tornava estes procedimentos nos que mais aumentavam a PIC. Os valores iniciais eram retomados cerca de 3 minutos depois.

Vários estudos têm sido realizados para, no posicionamento, identificar o ângulo correcto para posicionar a cabeça dos doentes, de forma a evitar a elevação da PIC. No entanto, este é ainda um assunto controverso. Em revisão da literatura Borges

(2004:47) identifica que, “*na maioria dos doentes, a elevação da cabeceira até 30° permite uma diminuição da PIC, sem alterar de forma significativa a PPC.*” No mesmo artigo verifica ainda que um ângulo acima dos 30° é desaconselhado, por diminuir a PPC. Nesta posição é complexa a manutenção da posição neutra do pescoço. Esta é uma particularidade de extrema importância pois a rotação, flexão ou extensão da cabeça dificultam o retorno cerebral pelas veias jugulares, ocasionando elevações da PIC. Um dos cuidados prestados deverá pois, ser a *manutenção da posição neutra do pescoço*, com auxílio de almofadas e lençóis. Suadoni (2009: 38) complementa ainda que a *elevação da cabeceira* deverá ser estabelecida para cada doente.

Ainda relativamente à mobilização, Koizumi & Diccini (2006), alertam para a probabilidade de aumento da PIC se forem realizadas actividades associadas, o que também se pode comprovar neste doente em particular; a PIC atingia valores mais elevados e com uma recuperação posterior temporal mais prolongada. Desta forma, é possível afirmar que *os cuidados de enfermagem devem ser espaçados*, permitindo à PIC do doente retornar ao seu basal. Foi com base nesta premissa que foi solicitada por algumas vezes a colaboração dos clínicos em relação aos seus procedimentos como colocação de CVC ou LA.

Sendo de evitar a elevação da temperatura, pelo aumento do metabolismo cerebral associado (Clochesy [et al], 1993), Manter a temperatura do corpo num nível normal, *Ajustando a roupa e Modificando o ambiente*, tornou-se uma constante na prestação de cuidados de enfermagem (Henderson, 2007). Pelo aparecimento de febre no doente, foram colhidas HC, UC e secreções brônquicas e administrados antipiréticos. Durante estes períodos era realizado também arrefecimento corporal, expondo as extremidades do doente e aliviando a quantidade de roupa, pretendendo a manutenção da temperatura corporal nos limites normais.

A necessidade de Comunicação encontrava-se também alterada, sendo que como forma de expressão foi utilizada a avaliação da dor. A Dor, “*através da activação do sistema nervoso simpático é provavelmente a maior causa de aumento da Pressão Sanguínea, do Fluxo Sanguíneo Cerebral e da Pressão IntraCraniana (...)*” (Koizumi & Diccini, 2006:125) o que transforma a sua prevenção, despiste, avaliação e controlo como uma das intervenções autónomas possíveis de implementar no

controlo da PIC. Esta define-se como “*uma experiência multidimensional desagradável (...) associa-se ou é descrita como associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial.*” (DGCG, 2003:3) O seu controlo eficaz “*é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde*”. (DGCG, 2003:1). Henderson refere ainda que o profissional que mais contacto tem com a dor é o enfermeiro, tendo também a melhor oportunidade para investigar todas as suas características (Henderson, 1966).

Não sendo possível a auto-avaliação, a escala de avaliação da dor utilizada no doente foi a Escala Comportamental de Dor (BPS - Behavioral Pain Scale) que identifica/valoriza a expressão facial, a movimentação dos membros e a adaptação ventilatória (Cade, 2008). Cada domínio tem um score de 1 a 4 em que os profissionais decidem qual a descrição que melhor caracteriza o comportamento do doente (Cade, 2008:290). O somatório das pontuações determina um score total entre 3 (sem dor) e 12 (dor máxima), sendo o valor recorrente para este doente o 3. No entanto, “*Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua ocorrência, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis (...)*” (OE, 2008:17), ou seja, além do *tratamento da dor*, a equipa desenvolve também todo um trabalho no sentido da *sua prevenção*.

Embora sem propriedades analgésicas, o doente encontrava-se também medicado com fármacos que resultam como adjuvantes, como anticonvulsivantes (inibindo a excitação neuronal ou a disseminação da excitação) ou Sedativos/Hipnóticos (pela sedação através da depressão generalizada do SNC). Estes são todos de prescrição médica e apenas administrados se efectivamente prescritos, mas a necessidade de manutenção das velocidades dos fármacos em perfusão é habitualmente da autonomia do enfermeiro responsável pelo doente, com posterior informação clínica. Assim, para uma utilização eficaz e segura é necessário o conhecimento por parte do enfermeiro especializado das indicações, contra-indicações e efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor, bem como as interacções medicamentosas, o que resulta em protocolos terapêuticos complexos.

No entanto, esta é apenas uma parte da solução, uma vez que a natureza da dor é multidimensional. O *uso de terapias não farmacológicas* pode, desta forma, ser mais apropriado em algumas situações (Ead, 2005). Tracy & Chlan (2011) identificam estas medidas como alternativas ou adjuvantes importantes à terapia farmacológica no tratamento dos sintomas. Descrevem-nas ainda como terapias, tratamentos e produtos não considerados nos tratamentos da medicina tradicional. Também a OE (2008) apoia a sua utilização mas como forma apenas de complemento e não em substituição da terapêutica. Durante o estágio pode desenvolver como intervenção não farmacológica a aplicação de frio e aplicação de calor (de forma a diminuir a inflamação e a promover o relaxamento muscular), exercício com movimentos passivos ou activos (promovendo o combate à rigidez, inactividade, atrofia muscular e limitação de movimentos), massagem (facilitando o relaxamento e a tensão muscular) e conforto (promovendo relaxamento através do apoio e a segurança pelo contacto directo).

Relativamente ao controlo do ambiente, por norma, as UCI's são movimentadas, barulhentas e luminosas, não sendo de todo este o ambiente mais apropriado a doentes com a PIC aumentada (Suadoni, 2009:39). Desta forma, o enfermeiro deve actuar *controlando o ambiente, limitando a estimulação sensorial* (Suadoni, 2009). Neste doente em particular era observável o aumento da PIC quando os profissionais de saúde se aglomeravam dentro ou junto do seu quarto, conversando entre si. No entanto, vários colegas ao longo do estágio partilharam experiências em que referiam a luz como um factor determinante no aumento da PIC.

Sucintamente, são várias as medidas que o enfermeiro implementa, com bases teóricas, técnicas, científicas e relacionais que alteram os valores de PIC num doente (identificadas em itálico). Interligar os conhecimentos teóricos com a prática clínica permitiu consolidar e comprovar de que forma o enfermeiro pode agir autonomamente, fazendo a diferença dentro da equipa multidisciplinar, pela sua prestação e melhorando a condição do doente. Identificam-se desta forma, para este caso específico:

- A realização de Manobras Invasivas, com particular atenção ao menor tempo possível para a sua realização, à possibilidade de tempo de intervalo entre as suas execuções e a sua efectiva necessidade de realização;

- O Posicionamento, com pertinência no correcto posicionamento do pescoço e elevação da cabeceira a 30°;
- O Controlo da temperatura corporal, por medidas de arrefecimento, manipulação do ambiente e administração de antipiréticos;
- O Controlo da dor, por medidas farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente proporcionando conforto;
- O Controlo do Ambiente, através do controlo da iluminação e do ruído.

A correcta execução e cuidados técnicos complexos, aliados ao modelo das necessidades de Henderson, reflectem o papel único da enfermagem para o doente com aumento da PIC: *“During periods of prostration or of coma (...) She remains (...) indispensable”* (Henderson, 1966:27). Aliada a esta singularidade emerge inevitavelmente a necessidade de responsabilização; o enfermeiro especializado tem de ter responsabilidade pelas decisões que toma (aspirar secreções ou não), pelos actos que pratica (correcto posicionamento corporal do doente) e ainda pelos que delega (consentimento para realização de reabilitação motora).

Durante toda a prática de cuidados, foram tidos em consideração os princípios éticos descritos pela OE (2003): da beneficência, não - maleficência, justiça e da vulnerabilidade. Estes não têm uma relação simples nem hierárquica entre eles, existindo frequentemente tensões entre eles (OE, 2003). No Artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro está descrito como Princípio Geral que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)”* e como Princípio Orientador da actividade *“o respeito pelos direitos humanos”*. Também com papel preponderante surge o Artigo 79.º definindo os Deveres Deontológicos em Geral, o Artigo 82.º dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida e o Artigo 83.º do Direito ao Cuidado. Sendo esta a filosofia de cuidados de enfermagem em que acredito, é aquela que pretendi desenvolver durante este percurso de aquisição de competências especializadas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma é uma importante causa de morbi-mortalidade, sendo o TCE uma das maiores causas de morte e incapacidade em todo o Mundo (WHO, 2004). Este facto resulta da frequência e a gravidade das lesões resultantes em sequelas graves fazendo com que estes constituam um importante problema de saúde pública, pelas suas repercussões sociais e económicas (Ordem dos Médicos, 2009).

Compreendeu-se pela cinemática do trauma e pela Doutrina de Monro-Kellie, a existência de lesões primárias e secundárias a nível cerebral, bem como a possibilidade e importância da minimização da lesão secundária através dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. Esta afirmação foi teoricamente suportada por Henderson (2007:6), uma vez que *“(...) a enfermeira presta um serviço vinte e quatro horas, àqueles que precisam dele. Por esta razão, apenas esta está na melhor posição para ajudar o doente a manter-se na “corrente da vida” (...)*”. Ficou também explícito que profissionalmente *“compete, pois, a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal para a melhoria da saúde”* (Adam, 1994:21). Desta forma, o enfermeiro, Mestre e com uma determinada Área de Especialização, deve manter a sua prestação em estreita articulação com todo um leque de informação científica, técnica e tecnológica actualizada, com base nos saberes adquiridos na prática.

Com esta ordem de ideias foram desenvolvidos estágios clínicos, uma vez que *“é necessário com efeito ter estado tempo suficiente num mesmo meio e ter participado num determinado número de experiências similares para adquirir bases permitindo complementar o julgamento clínico”* (Benner, 2001: 207). A efectivação dessas experiências, a sua descrição e análise reflexiva permitiram por sua vez o atingir da totalidade dos objectivos propostos: Desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, resultante de TCE Grave (Geral); Consolidar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e família, com necessidade de controlo da

PIC, resultante de TCE Grave e Justificar as intervenções autónomas que orientam a prestação de cuidados a implementar no controlo da PIC (Específicos).

Sendo o desenvolvimento de competências o resultado de cuidados de enfermagem competentes e das capacidades de julgamento clínico desenvolvidas em situações reais (Benner, 2001), foram também alcançadas as seguintes competências durante a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; trabalho em equipa;
- Seleccionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas actuais/novos da disciplina.

Além do desenvolvimento de competências e conseqüente desenvolvimento profissional, a realização dos estágios no 3º Semestre do Mestrado permitiu um crescimento pessoal e realização profissional, pela possibilidade de novas vivências e aquisição de novos níveis de perícia. Para tal, foi crucial a saída da minha “zona de conforto”, o Serviço de Urgência, e a realização de prática em Unidades de Cuidados Intensivos. Assim, em saberes em que o meu estágio seria o Competente ou o Proficiente evoluíram para estados superiores, alcançando o de Perito. Durante este percurso, ficou delineada e explícita a importância das acções autónomas dos enfermeiros perante um doente com elevação da PIC. Estas, quando realizadas, determinam toda a diferença em termos de melhoria do doente. Exemplos práticos são a comprovação da diminuição dos valores de PIC quando existe a avaliação da necessidade de alternância de manobras invasivas com repouso, um correcto posicionamento com ênfase na posição neutra do pescoço e elevação da cabeceira, o controlo da temperatura corporal por arrefecimento corporal e do ambiente, o

controlo da dor por medidas farmacológicas e não farmacológicas e o controlo do ruído e luz ambiente.

É também um facto que este saber é hoje reconhecido pelos meus pares, sendo actualmente consultada pelos colegas de trabalho em dúvidas relacionadas com o controlo da PIC, indo de encontro à definição de perita defendida por Benner (2001). Após o término dos estágios realizei, a pedido da chefia do serviço, uma formação relativa aos cuidados de enfermagem na prevenção da HIC e aos cuidados de enfermagem ao doente com Drenagem Ventricular Externa. A adesão da equipa, o feedback e a constatação da melhoria dos cuidados foram francamente positivos, o que se tornou uma recompensa singular. No momento da conclusão deste relatório encontra-se em realização com um grupo de trabalho do serviço a realização de uma norma de serviço relativa a estes dois temas.

Ao chegar ao final do percurso académico para aquisição do grau de Mestre, o sentimento é ambíguo; de realização mas de início de uma longa caminhada. Ao longo das experiências clínicas e da própria redacção do relatório ficaram latentes alguns caminhos passíveis de serem explorados, entre os quais se sugere:

- Realização de aplicação informática no programa já existente no Serviço de Urgência, com “check-list” de acções de enfermagem para controlo da PIC;
- Desenvolvimento de folha de registo de Unidade com visualização rápida causa-efeito entre acções de enfermagem e alteração dos valores de PIC, permitindo individualização de cuidados.

Em suma, sinto que a realização deste projecto sedimentou alicerces no desenvolvimento pessoal e profissional. A este último nível, foram desenvolvidas competências numa área de intervenção autónoma da enfermagem e acredito ter promovido, junto dos profissionais com quem tive e tenho oportunidade de trabalhar, uma maior sensibilização para este tema. Em última análise, acredito ter contribuído, de alguma forma, para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com necessidade de controlo da PIC.

4.BIBLIOGRAFIA

Abreu, M., & Almeida, M. (2009). Manuseio da ventilação mecânica no trauma cranioencefálico: hiperventilação e pressão positiva expiratória final. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 72-79.

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

American Association for Respiratory Care. (June de 2010). Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways 2010. *Respiratory Care*, pp. 758-764.

American Association of Critical-Care Nurses. (2012). <http://www.aacn.org/wd/pressroom/content/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=>. Obtido em 15 de Janeiro de 2012

American College Of Surgeons. (2008). *ATLS – Advanced Trauma Life Support* (8ª Edição ed.).

Autoridade Nacional Segurança Rodoviária. (Abril de 2012). <http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=vvB8NPsUJ%2fw%3d&tabid=344&mid=1114&language=en-US>. Obtido em 05 de Maio de 2012

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Black, J., & Hawks, J. (2008). *Medical- Surgical Nursing* (8ª Edição ed.). Saunders Elsevier.

Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Borges, F. (Maio de 2004). Qual o ângulo de elevação da cabeceira do TCE: 0°; 15°; 30°; 45°; ou mais? Enfermagem baseada na evidência. *Ciência e Técnica*, pp. 44-47.

Brain Trauma Foundation . (2007). *Guidelines for the Management of Severe Head Injury* . Mart Ann Liebert.

Cabral, I., Oliveira, J., Monte, M., Vale, P., & Silva, V. (2005). A Família como elemento activo na reinserção do doente vítima de TCE. *Nursing*, 8-9.

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assesment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, pp. 288-296.

Cavalcanti, J., Oliveira, F., Araújo, D., & Guzen, F. (2011). A Enfermagem e o traumatismo craneoencefálico: estudo de revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem*.

Cecil, S., Chen, P., Callaway, S., Rowland, S., Adler, D., & Chen, J. (2011). Traumatic Brain Injury, Advanced Multimodal Neuromonitoring From Theory to Clinical Practice. *Critical Care Nurse*.

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2008). *Doenças e Acidentes em Portugal, Da relação com deficiências e incapacidades*. Vila Nova de Gaia.

Cotran, R., Kuman, V., & Rubbins, S. (1989). *Patologia Estrutural e Funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Direcção Geral do Ensino Superior. (2008). Obtido em 28 de Abril de 2011, de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/De+scritores+Dublin/>.

Dochterman, J., & Bulechek, G. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed.

Dreyfus, S., & Dreyfus, H. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. California: Berkeley.

Ead, H. (Fall de 2005). Improving pain management for critically ill and injured patients. *CACCN*, pp. 26-31.

Emergency Nurse Association. (2008). *Trauma Nursing Core Course; Provider Manual* (6ª Edição ed.).

Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, & Jameson. (2009). *Harrison- Medicina Interna* (17ª edição ed., Vol. II). McGrawHill.

Fernandes, O. (1997). *Entre a teoria e a experiência - Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Lusociência.

Ferrito, C., Ruivo, M., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, pp. 3-18.

Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-am Enfermagem*, pp. 371-375.

Gentile, J., Himuro, H., Rojas, S., Veiga, V., Amaya, L., & Carvalho, J. (Jan-Fev de 2011). Condutas no paciente com trauma cranioencefálico. *Revista Brasileira Clin Med*, pp. 74-82.

Gibbs, G. (1988). <http://www2.glos.ac.uk/gdn/gibbs/index.htm>. Obtido em 05 de Maio de 2012, de Geography Discipline Network.

Henderson, V. (2007). *Principios basicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta.

Henderson, V. (2006). The Concept of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1, pp. 21-31.

Henderson, V. (2006). The Concept of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, pp. 21-31.

Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing, a definition and its implications for practice, research and education*. The MacMillan Company.

- Henderson, V. (1982). The nursing process - is the title right? *Journal of Advanced Nursing* , 7, pp. 103-109.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing* (6ª Edição ed.). Macmillan Publishing.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática* (6ª Edição ed.). Lusociência.
- Johnson, M., Butcher, H., Dochterman, J., Mass, M., & Moorhead, S. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem* (2ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Koizumi, M., & Diccini, S. (2006). *Enfermagem em Neurociência - Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Atheneu.
- Kreymann, K., Berger, M., Deutz, N., Hiesmary, M., Jolliet, P., Kazandjiev, G., et al. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care. *Clinical Nutrition*, pp. 210-223.
- Kuregant, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. Editora Pedagógica e Universitária.
- Lee, E., & Armstrong, T. (2008). Increased Intracranial Pressure. *Critical Journal of Oncology Nursing* , pp. 37-41.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Martins, M. A. (2001). *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle* (2ª Edição ed.). Lusodidacta.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nurse Science* , 12-28.
- Ministério da Educação. (2000). *Desenvolvimento Pessoal e Profissional - Contextos e processos de formação das novas competências profissionais*.
- Ministério da Saúde. (14 de Junho de 2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (3ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Morgon, F. G. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-am Enfermagem* , 2.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed.

Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P., et al. (2009). *Manual de Trauma - Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros* (5ª Edição ed.). Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro - Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro)*. Obtido em 14 de Abril de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Palma, N., Pereira, R., Amaro, S., & Palma, S. (Dezembro de 2008). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Aumento da Pressão Intracraniana. *Enformação*, pp. 10-12.

Phipps, W., Long, B., Woods, N., & Cassmeyer, V. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (2ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Pinto, V., & Leal, F. (2009). Recuperação da Consciência da pessoa em coma por TCE. *Revista Investigação em Enfermagem*, p. 41.

Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2011). <http://www.pordata.pt/Portugal/Acidentes+de+trabalho+total+e+mortais-72>. Obtido em 28 de Março de 2012

Prendergast, V., Hallberg, I., Jahnke, H., Kleiman, C., & Hagell, P. (July de 2009). Oral Health, Ventilator-Associated Pneumonia, and Intracranial Pressure in Intubated Patients in a Neuroscience Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, pp. 369-376.

Ridley, S. (2004). Loved ones of seriously ill patients need information. *British Journal of Nursing*, p. 1010.

Rosa, L. (1994). *Cultura Empresarial- Motivação e Liderança, Psicologia das Organizações*. Editorial Presença.

Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, p. 59.

Santos, M., Sousa, L., & Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos Traumatismos Crânio-Encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16, pp. 71-76.

- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia* (8ª Edição ed.). Lisboa: Lusociência.
- Snyder, M. (1983). Relation of nursing activities to increases in intracranial pressure. *Journal of advanced nursing* , pp. 273-279.
- Suadin, M. (2009). Raised intracranial pressure:nursing observations and interventions. *Nursing Standard* , 23, pp. 35-40.
- Suadoni, M. (2009). Raised intracranial pressure: nursing observations and interventions. *Nursing Standard* .
- Swearinger, P., & Keen, J. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos, Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes* (4ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias e Enfermagem)* (5ª Edição ed.). Lusociência.
- Tracy, M., & Chlan, L. (June de 2011). Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse* , pp. 19-28.
- Tume, L., & Jinks, A. (2008). Endotracheal suctioning in children with severe traumatic brain injury: a literature review. *Nursing in Critical Care* , pp. 232-240.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção* (5ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Walleck, C. (1993). Patients with head Injury and Brain Dysfunction. In J. Clochesy, C. Brev, S. Candin, E. Rudy, & A. Whittaken, *Critical Care Nursing* (pp. 677-696). W.B. Saunders Company.
- Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica* (2ª Edição ed.). Lusociência.
- World Health Organization. (2002). Obtido em 04 de Dezembro de 2011, de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>
- World Health Organization. (2004). *Guidelines for Essencial Trauma Care*.
- Wright, J. (April-June de 2005). Therapeutic Hypothermia in Traumatic Brain Injury. *Critical Care Nursing* , 2, pp. 150-161.

5.ANEXOS

Anexo I - Quadros de Objectivos dos Campos de Estágio

Objectivos - Serviço de Urgência Geral do Hospital X

Objectivos Específicos	Actividades
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector ✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa
Aprofundar conhecimentos teóricos relativos à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave	✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais ✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC ✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações autónomas de controlo da PIC
Aplicar conhecimentos teóricos relativos a pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave	✓ Prestação de cuidados autónomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave: <ul style="list-style-type: none">- Mobilização do doente- Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço- Técnica na aspiração de secreções- Estimulação sensorial

Consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave

✓ Identificar a percepção da família perante o doente crítico

Objectivos - Serviço de Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital XX

Objectivos Específicos	Actividades
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa
Consolidar competências teóricas, técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao doente crítico com necessidade de controlo da PIC e sua família	<ul style="list-style-type: none">✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações independentes de controlo da PIC✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área das Drenagens Ventriculares Externas e dos Sensores de Pressão IntraCraniana✓ Prestação de cuidados autónomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave:<ul style="list-style-type: none">- Mobilização do doente- Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço- Técnica na aspiração de secreções- Estimulação sensorial✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Drenagem Ventricular Externa

	<ul style="list-style-type: none">✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Sensor de Pressão IntraCraniana✓ Rentabilização as oportunidades de aprendizagem, tendo a iniciativa na análise de situações clínicas
Consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave	<ul style="list-style-type: none">✓ Promoção de apoio emocional à família do doente crítico✓ Colaboração na gestão da ansiedade da família do doente crítico

Objectivos - Serviço de Unidade de Cuidados NeuroCirúrgicos do Hospital XXX

Objectivos Específicos	Actividades
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	<ul style="list-style-type: none">✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa
Enunciar as intervenções autónomas a implementar no controlo da PIC, realizando com estas tomada de decisão nos cuidados prestados	<ul style="list-style-type: none">✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações independentes de controlo da PIC✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área das Drenagens Ventriculares Externas e dos Sensores de Pressão IntraCraniana✓ Prestação de cuidados autónomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave:<ul style="list-style-type: none">- Mobilização do doente- Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço- Técnica na aspiração de secreções- Estimulação sensorial✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Drenagem Ventricular Externa

	<ul style="list-style-type: none">✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Sensor de Pressão IntraCraniana✓ Rentabilização as oportunidades de aprendizagem, tendo a iniciativa na análise de situações clínica✓ Observação critica das práticas instituídas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível✓ Reflexão sobre as práticas instituídas no serviço✓ Realização de formação contínua em contexto de trabalho
Desenvolver e consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico	<ul style="list-style-type: none">✓ Promoção de apoio emocional à família do doente crítico✓ Colaboração na gestão da ansiedade da família do doente crítico

Anexo II - Cronogramas de Estágio

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Patrícia Fernandes N.º 3741

“A Autonomia do Enfermeiro no controlo da Pressão IntraCraniana (PIC) no doente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave”

Cronograma - Serviço de Urgência Central do Hospital X (10 de Out a 13 Nov)

Objectivos Específicos	Actividades	10 a 16 Outubro	17 a 23 Outubro	24 a 30 Outubro	31 Outubro a 6 Novembro	7 a 13 Novembro
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector					
	✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa					
Aprofundar conhecimentos teóricos relativos à pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave	✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais					
	✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC					
	✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações autónomas de controlo da PIC					

Objectivos Específicos	Actividades	10 a 16 Outubro	17 a 23 Outubro	24 a 30 Outubro	31 Outubro a 6 Novembro	7 a 13 Novembro
<p>Aplicar conhecimentos teóricos relativos a pessoa em situação crítica, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave</p>	<p>✓ Prestação de cuidados autónomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização do doente - Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço - Técnica na aspiração de secreções - Estimulação sensorial 					
<p>Consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave</p>	<p>✓ Identificar a percepção da família perante o doente crítico</p>					

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Patrícia Fernandes N.º 3741

“A Autonomia do Enfermeiro no controlo da Pressão IntraCraniana (PIC) no doente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave”

Cronograma - Serviço de Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital XX (14 de Nov a 18 Dez)

Objectivos Específicos	Actividades	14 a 20 Novembro	21 a 27 Novembro	28 Novembro a 4 Dezembro	5 a 11 de Dezembro	12 a 18 Dezembro
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector					
	✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa					
Consolidar competências teóricas, técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao doente crítico com necessidade de controlo da PIC e sua família	✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais					
	✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC					
	✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações independentes de controlo da PIC					

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área das Drenagens Ventriculares Externas e dos Sensores de Pressão IntraCraniana 					
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestação de cuidados autónomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização do doente - Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço - Técnica na aspiração de secreções - Estimulação sensorial 					
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Drenagem Ventricular Externa 					
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Sensor de Pressão IntraCraniana 					
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rentabilização as oportunidades de aprendizagem, tendo a iniciativa na análise de situações clínicas 					
<p>Consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção de apoio emocional à família do doente crítico 					
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaboração na gestão da ansiedade da família do doente crítico 					

1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Patrícia Fernandes N.º 3741

“A Autonomia do Enfermeiro no controlo da Pressão IntraCraniana (PIC) no doente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Grave”

Cronograma - Serviço de Unidade de Cuidados NeuroCirúrgicos do Hospital XXX (02 de Jan a 17 Fev)

Objectivos Específicos	Actividades	02 a 08 Janeiro	09 a 15 Janeiro	16 a 22 Janeiro	23 a 29 Janeiro	30 Jan a 05 Fev	06 a 12 Fevereiro	13 a 17 Fevereiro
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	✓ Conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, articulando a especificidade de cada sector							
	✓ Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica e desenvolvendo o trabalho em equipa							
Enunciar as intervenções autónomas a implementar no controlo da PIC, realizando com estas tomada de decisão nos cuidados prestados	✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área do controlo da PIC, em livros e bases de dados virtuais							
	✓ Solicitação ao serviço de normas, protocolos e outro material de formação utilizado no serviço relativo ao controlo da PIC							
	✓ Realização de diálogos informais com colega orientador do estágio e com equipa de enfermagem relativo a actuações independentes de controlo da PIC							

	<p>✓ Realização de pesquisa bibliográfica na área das Drenagens Ventriculares Externas e dos Sensores de Pressão IntraCraniana</p>							
	<p>✓ Prestação de cuidados autônomos especializados realizados à pessoa com aumento da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização do doente - Elevação da cabeceira da cama/Posicionamento do pescoço - Técnica na aspiração de secreções - Estimulação sensorial 							
	<p>✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Drenagem Ventricular Externa</p>							
	<p>✓ Prestação de cuidados ao doente com colocação de Sensor de Pressão IntraCraniana</p>							
	<p>✓ Rentabilização as oportunidades de aprendizagem, tendo a iniciativa na análise de situações clínica</p>							
	<p>✓ Observação crítica das práticas instituídas no serviço, sugerindo, sempre que se justifique, reformulações com base na evidência científica disponível</p>							
	<p>✓ Reflexão sobre as práticas instituídas no serviço</p>							
	<p>✓ Realização de formação contínua em contexto de trabalho</p>							

<p>Consolidar competências relacionais na prestação de cuidados especializados à família do doente crítico, com necessidade de controlo da PIC, nomeadamente resultante de TCE Grave</p>	<p>✓ Promoção de apoio emocional à família do doente crítico</p>							
	<p>✓ Colaboração na gestão da ansiedade da família do doente crítico</p>							

