

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) EM UM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Paula Emanuele Santos do Amaral<sup>1</sup>; Kethully Soares Vieira<sup>1</sup>; Ana Flávia de Oliveira Ribeiro<sup>1</sup>; Danielle Oliveira Maciel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Graduação  
Universidade do Estado do Pará (UEPA)  
paulaesuascontas7@gmail.com

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.<sup>1</sup> A SAE está pautada na implementação do Processo de Enfermagem (PE), que é considerado um plano de cuidados adequadamente utilizado, capaz de guiar e favorecer a continuidade da assistência de enfermagem, por meio da facilitação da comunicação entre enfermeiros e outros profissionais que prestam os cuidados.<sup>2</sup> O Processo de Enfermagem possui cinco fases: investigação (coleta sistematizada de dados dos pacientes e seus respectivos problemas); diagnósticos de enfermagem (identificação de problemas pela análise dos dados coletados); planejamento (determinação dos resultados desejados, “metas específicas” ou resultados esperados e identificação das intervenções para alcançar resultados); implementação (colocação do plano em ação) e avaliação (determinação do sucesso no alcance dos resultados e decisão quanto às mudanças a serem feitas).<sup>3</sup> **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo Identificar os principais diagnósticos de Enfermagem ao cliente vítima de trauma cranioencefálico internado no pronto atendimento de um Hospital de referência em trauma e propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos identificados. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência com observação participativa, em momento de prática hospitalar, vivenciado pelas acadêmicas do 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da “Escola de Enfermagem Magalhães Barata”, em um hospital de referência em atendimentos de Urgência na região metropolitana de Belém-PA, na Pronto Atendimento, com o paciente J.C.C. de 63 anos, nos dias 16, 17 e 19 de abril de 2015, dando entrada no hospital por Traumatismo cranioencefálico (TCE) devido queda de moto. Todas as informações foram obtidas a partir do exame físico e da entrevista com o paciente, sendo também colhidas através das análises do prontuário e da pasta de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções para esse caso foram apurados de acordo com os livros da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>4</sup>, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>5</sup>, concomitantemente. **Resultados:** O primeiro diagnóstico do paciente foi risco de infecção, que segundo a NANDA (2009-2011), trata-se de risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. As características definidoras que o paciente possui são: estar acometido por procedimentos invasivos como instalação de cateteres para medicações e algumas lesões na pele. Conforme a NOC (2004) o resultado esperado é estar livre de processos de infecção hospitalar durante a hospitalização. E para isso, segundo a NIC (2004) as principais intervenções a serem feitas para que o cuidado de enfermagem seja prestado com qualidade são: reduzir a entrada de organismos no indivíduo através da lavagem meticulosa das mãos, técnica asséptica, minimizar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desnecessários, redução de microorganismos transmitidos pelo ar e observação de manifestações clínicas de infecção (ex: febre, urina turva, secreção purulenta). Outras intervenções estão

relacionadas aos cuidados com a pele traumatizada, prevenindo complicações e promoção da cicatrização, como tricotomia ao redor da área afetada, observar as características da lesão, aplicar solução adequada à pele/lesão, quando apropriado, aplicar curativo oclusivo, quando adequado, examinar a ferida a cada troca de curativo, comparar e registrar regularmente toda mudança na lesão, ensinar ao paciente ou familiares os procedimentos de cuidado com a lesão. O segundo diagnóstico encontrado foi Risco de quedas relacionado a dificuldade visual e trauma em olho direito. O resultado esperado segundo a NOC é controlar riscos. As intervenções são orientar o paciente a chamar auxílio ao movimentar-se, quando adequado; providenciar aparelhos auxiliares (p.ex., bengala e andador) para equilibrar o modo de andar; usar as laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas; colocar avisos para alertar os demais profissionais de que o paciente corre risco de quedas; monitorar o jeito de andar, o nível de equilíbrio com a deambulação. O terceiro diagnóstico de enfermagem encontrado foi Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado ao trauma cranioencefálico. O resultado esperado é obter adequação do fluxo sanguíneo nos vasos cerebrais para a manutenção da função cerebral. As principais intervenções segundo a NIC são monitorar sinais vitais, principalmente a pressão arterial; aplicar constantemente Escala de Coma de Glasgow para analisar nível de consciência; Monitorização da pressão intracraniana. O último diagnóstico de enfermagem foi Dor Aguda relacionada a relato verbal de dor em hemiface direita por ferimento corto-contuso. Os resultados esperados são o controle da dor e promoção do conforto. Algumas intervenções necessárias são proporcionar à pessoa o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos; após administrar medicação para alívio da dor, retornar em 30 minutos para avaliar a eficiência; proporcionar informações corretas para reduzir o medo de adição a drogas.

**Conclusão/Considerações Finais:** A etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) tem sido objeto de investigação e vem representando um dos principais passos da SAE, por contribuir para a identificação dos problemas do cliente e posterior formulação das intervenções de enfermagem. É de grande e considerável importância a integralidade no atendimento, por parte da equipe de enfermagem, individualizado para cada paciente, para que haja maiores possibilidades de se alcançar metas para a total recuperação do mesmo. Para as acadêmicas que fizeram parte desse apanhado de conhecimentos e aperfeiçoamento na área, surtiu efeito positivo com relação ao papel atuante do enfermeiro na identificação do problema (diagnóstico) e nas possíveis intervenções que venham a ser aplicadas. Deve-se salientar que o mais importante é a aproximação do enfermeiro com o paciente, proporcionando bem estar a este e aos que o acompanham além de atuar sempre como educador orientando a equipe de enfermagem para a concretização das intervenções propostas e assim alcançar os resultados esperados. É necessário desenvolver profissionais críticos, que pensem na prática que estão realizando, correlacionando com a busca de conhecimento, contribuindo para a eficiência e eficácia no atendimento oferecido pela equipe de enfermagem, fazendo com que o cliente e os familiares se sintam satisfeitos e a profissão mais valorizada, ganhando autonomia nas unidades hospitalares.

## Referências:

1. Truppel TC, Meir MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):221-27.

2. Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – Contribuição de Orem. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):285-90.
3. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um ambulatório de saúde mental. Rev Eletr Enf [Internet]. 2005 [acesso em 2015 jun 30];7(3):334-43. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_11.htm).
4. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2009 – 2011/ NANDA Internacional – Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Maccloskey JC. Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC), 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.