

REL129 - TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO: A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) EM UM ESTUDO DE CASO

SÂMELA STEFANE CORRÊA GALVÃO¹; DANIELLE OLIVEIRA MACIEL¹; ITAMAR REIS MONTELO¹; MAICON DE ARAÚJO NOGUEIRA²

samela_correa@hotmail.com

¹Graduação, ²Especialização

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

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.¹ 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.² 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).³ **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)⁴, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC)⁵, 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 cortocontuso. 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 ou 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 Bibliográficas:

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.

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.

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

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2009 – 2011/ NANDA Internacional – Porto Alegre: Artmed; 2010.

Maccloskey JC. Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC), 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 200