

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA UM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E HEMATOMA PARIETAL: UM ESTUDO DE CASO

BAIRRO, Dáteli<sup>1</sup>  
ZANELLA, Renata<sup>2</sup>  
LORDANI, Tarcísio Vitor Augusto<sup>3</sup>

## RESUMO

O método SAE (sistematização da assistência de enfermagem) é uma abordagem sistemática para determinação das necessidades de cuidados de enfermagem a uma pessoa, uma família ou uma comunidade para o fornecimento desses cuidados e avaliação dos resultados em termos de melhora da saúde. Este artigo possui como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem para um paciente que encontra-se internado com diagnóstico de traumatismo craniano e com hematoma parietal. Trata-se de um estudo de caso realizado com um paciente adulto, masculino, internado em um hospital escola, localizado na cidade de Cascavel-Pr. Os resultados foram descritos seguindo as etapas da SAE: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação, Avaliação de Enfermagem, todos nesta ordem, conforme a resolução COFEN 358/2009. Sistematizar a Assistência torna-se de imensa importância no dia-a-dia dos profissionais enfermeiros por organizar o cuidado, auxiliando-os a planejar prescrições de cuidados, fornecendo para o paciente a atenção e o cuidado necessário para retomar as suas condições de saúde, ter uma hospitalização menos traumática, e principalmente melhorando suas condições pós alta hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** sistematização da assistência de enfermagem, traumatismo craniano, paciente hospitalizado

## SYSTEMATIZATION NURSING CARE TO A PATIENTS WITH FOR DIAGNOSIS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PARIETAL HEMATOMA: A CASE STUDY

## ABSTRACT

The method SAE (systematization of nursing care) is a systematic approach to determining the needs for nursing care to a person, a family or a community for the provision of care and evaluation of results in terms of improved health. This paper aims to systematize nursing care for a patient who is hospitalized with a diagnosis of head injury and parietal hematoma. This is a case study conducted with an adult, male, admitted to a teaching hospital, located in the city of Cascavel, Pr. The results were reported following the steps of SAE: History of Nursing, Nursing Diagnosis, Nursing Planning, Implementation and Evaluation of Nursing, all in order, according to the resolution COFEN 358/2009. Systematize the assistance becomes of immense importance in day-to-day nurses to organize care, helping them plan of care requirements, providing for the patient attention and care needed to resume their health conditions have hospitalization less traumatic, and especially improving their condition after discharge.

**KEYWORDS:** systematization of nursing care, head trauma, hospitalized patient

## 1 INTRODUÇÃO

Os acidentes automobilísticos estão fazendo parte de uma realidade cada vez mais frequente na vida dos brasileiros. Nos últimos anos a mortalidade por causas externas no Brasil tem apresentado aumento constante, com valores que triplicaram no período entre 1930 e 1980 (POSSAS, 1989) e quase dobraram entre 1977 a 1996, passando de 49,9/100.000 habitantes em 1977 a 76,0/100.000 habitantes, em 1996. Esse aumento no número de acidentes e principalmente da mortalidade demonstra os impactos na população do acelerado processo de urbanização (MELLO JORGE *et al.*, 1997; MELLO JORGE *et al.*, 2001).

Os traumatismos (uma ferida ou lesão não-intencional ou intencional infligida ao corpo por um mecanismo contra o qual este não pode proteger-se) são a quarta maior causa de morte. A incidência em adultos está aumentando. O abuso de álcool e de drogas é frequentemente apontado como um fator tato em traumas não-penetrantes como penetrantes (SMELTZER, BARE, 2009). Ainda, segundo os mesmos autores, as evidências macroscópicas do traumatismo podem ser sutis ou estar ausentes. Até que se prove ao contrário, deve-se pressupor que os pacientes politraumatizados tem uma lesão medular espinhal. A lesão considerada como de aparência menos significativa pode ser mais letal.

Segundo Oliveira (2005), o traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma agressão ao cérebro, não de natureza degenerativa ou congênita, mas causada por uma força física externa, que pode produzir um estado diminuído ou alterado de consciência, que resulta em comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico. Pode também resultar no distúrbio do funcionamento comportamental ou emocional. Este pode ser temporário ou permanente e provocar comprometimento funcional parcial ou total, ou mau ajustamento psicológico.

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG

<sup>3</sup> Enfermeiro, Especialista, Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG E-mail: tarcisio@fag.edu.br

Os hematomas que se formam dentro da abóbada craniana são as lesões cerebrais mais graves. Um hematoma pode ser epidural, subdural ou intracerebral. Os sintomas mais importantes muitas vezes demoram a aparecer até que o hematoma esteja grande o bastante para causar distorções do cérebro e aumento da PIC (SMELTZER, BARE, 2009).

Com base nos achados bibliográficos, o TCE pode ser classificado em três categorias: leve, moderado e grave. No grau leve o paciente pode apresentar-se consciente, confuso e levemente sonolento, porém desperta-se após estímulos apropriados. Nos casos graves a vítima do traumatismo apresenta-se em coma, sem abertura ocular. Os casos intermediários são classificados como moderados (OLIVEIRA, 2005).

Um hematoma intracerebral é um sangramento no interior do cérebro decorrente de um traumatismo cranioencefálico aberto ou fechado, ou de uma condição cerebrovascular. O sangramento aumenta o volume do conteúdo cerebral e aumenta a pressão intracraniana (PIC). À medida que a PIC aumenta, o fluxo sanguíneo cerebral diminui e ocorre hipóxia e isquemia cerebral. A não redução da hipertensão intracraniana também provoca desvio lateral ou herniação através do forame magno. Essas alterações afetam os centros vitais da respiração, da frequência cardíaca e da pressão arterial, assim como as funções dos nervos cranianos, se os sintomas não forem reconhecidos e o sangramento não for interrompido, ocorre à morte. (TIMBY; SMITH, 2005).

Segundo o mesmo autor, o fornecimento de assistência relacionada à saúde é um processo de resolução de problemas. Pacientes apresentam-se com múltiplas necessidades relacionadas a saúde que o profissional responsável deve abordar de uma maneira sistemática e organizada para prover cuidados eficazes e afetivos.

As ações da enfermagem para a tomada de decisões clínicas originou-se de técnicas e do processo científico de resolução de problemas. Ela inclui a coleta de informação, identificação dos problemas, elaboração de um plano baseado no resultado, implementação do plano e avaliação dos resultados. A ação da enfermagem provê a base para a assistência de enfermagem em todos os serviços de saúde (TIMBY; SMITH, 2005).

O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (LÉFEVRE, 2002).

Para implantar a sistematização da assistência de enfermagem, o primeiro passo a ser dado é selecionar uma teoria de enfermagem que irá direcionar as demais etapas do processo de enfermagem. Isso precisa ser feito de maneira bem refletida e cuidadosa, e, para tanto, os enfermeiros precisam compreender quais os conceitos dos metaparadigmas das teorias de enfermagem e relaciona-los com os conceitos que emergem de discussões com a equipe e com a população do ambiente no qual a SAE será implantada (TANNURE, PINHEIRO, 2011).

Desse modo, instituir a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, organizado e com qualidade para o paciente (SILVA, PEREIRA, 2004).

O presente estudo tem por objetivo Sistematizar da Assistência de Enfermagem para um paciente internado, vítima de colisão motocicleta – anteparo, com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico e Hematoma Parietal; Demonstrar a importância da utilização da SAE para sistematizar a consulta, tornando-a assim, completa e organizada, fazendo com que os profissionais enfermeiros possam observar e atender os pacientes de maneira integral e individualizada.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, o qual, contou com revisão bibliográfica em capítulos de livros e artigos disponíveis em periódicos. O presente estudo faz parte de um grande projeto intitulado como “Sistematização da Assistência de Enfermagem para o indivíduo sadio ou doente no âmbito individual e coletivo”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz-FAG, com o PARECER nº 261/2010 – CEP/FAG. A coleta de dados, denominada histórico de enfermagem ocorreu após a aprovação do projeto e foi realizada em um hospital escola de caráter privado, conveniado ao SUS, localizado na cidade de Cascavel-Pr, participou do estudo, um paciente internado vítima de Traumatismo Cranioencefálico para realização de drenagem de hematoma. Para a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem foi utilizado a Classificação I dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (*North American Nursing Diagnoses Association*). A terceira etapa da SAE, o Planejamento de Enfermagem, foi construído baseado nos diagnósticos apresentados pelo paciente e contou com a revisão da literatura para ser formulado. A quarta etapa, Implementação, foi realizada pelos profissionais técnicos de enfermagem, que atuam na devida instituição, seguindo os horários e determinações previstas no planejamento. A quinta e última etapa da SAE, a Avaliação, não foi realizada, por não fazer parte dos objetivos do estudo. Todas as etapas foram formuladas e executadas utilizando como suporte o software *tasy*, o mesmo é utilizado na instituição hospitalar para realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

K.F.L., 18 anos, sexo masculino, ajudante de caminhoneiro, solteiro, católico, previamente hígido, SIC mãe é tabagista, etilista social, sem relato de alergias a medicamentos, nem cirurgia e internamentos anteriores, faz exercícios físicos todos os dias da semana (corrida), assiste TV, frequenta casas noturnas, possui uma filha com um ano, costuma comer frutas e realiza várias refeições ao dia, ingesta hídrica adequada. Dorme aproximadamente 8h/dia. Trabalha em pé. Não possui horário habitual para banho. Reside na área urbana em casa com saneamento básico. História familiar de diabetes.

Ao exame físico: Torporoso, com ferida operatória em região parietal E, com presença de suturas em apenas 1/3 da ferida, higiene do couro cabeludo adequada. Mucosa ocular corada, pupilas anisocóricas com midríase à D e fotorreatividade diminuída, faz uso de óculos, eupnéico, FR=20 rpm, com estímulos de tosse, dieta VO, pescoço com hematomas e lesões devido à retirada agressiva de CVC, AP: murmúrios vesiculares, AC: bulhas normorritmicas e normofonéticas, pulso cheio; abdome plano, normotenso, RHA+, ausência de visceromegalias, MMSS: CVP em MSE, hematomas em MSD. MMII: utilização de meias compressivas, lesões em MID. Genitália: sem comprometimento, higiene inadequada, SVD com débito de 100 ml de aspecto amarelo forte com presença de grumos, sendo realizado exercício vesical há 15 minutos, diarreia há 12h, com utilização de fralda geriátrica.

SSVV: PA: 130/90; FC:92; T: 35,8°C, P: 79, FR: 20.

#### 3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas da pessoa, família ou comunidade aos problemas de saúde ou processos de vida reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui uma afirmação que descreve a resposta real ou potencial do paciente a um problema de saúde, para qual a enfermeira é licenciada e competente para tratar.

1. ANSIEDADE: Relacionado à: Estresse, mudança no estado de saúde. Evidenciado por: Ansioso, pouco orientado.
2. BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL: Relacionado à: Distúrbio na imagem corporal. Evidenciado por: Diminuição da acuidade visual, falta de asseio corporal, precisa de ajuda para muitas atividades.
3. COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA: Relacionado à: Percepções alteradas. Evidenciado por: Pouco orientado, torporoso.
4. DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA: Relacionado à: Equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente. Evidenciado por: deambula com ajuda, diarreia, diminuição da acuidade visual, incisão, pouco orientado.
5. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO: Relacionado à: Pós- carga alterada, Evidenciado por: Taquicardia, torporoso.
6. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BANHO E/OU HIGIENE: Relacionado à: Prejuízo perceptivo. Evidenciado por: Falta de asseio corporal, incisão, pouco orientado, precisa de ajuda para muitas atividades.
7. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA VESTIR-SE E/OU ARRUMAR-SE: Relacionado à: Prejuízo perceptivo. Evidenciado por: Falta de asseio corporal, incisão, precisa de ajuda para muitas atividades.
8. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS: Relacionado à: Secreções retidas, tabagismo. Evidenciado por: Ar ambiente, pouco orientado.
9. DIARRÉIA: Relacionado à: Altos níveis de estresse, ansiedade. Evidenciado por: Diarreia.
10. DISTÚRPIO DA IMAGEM CORPORAL: Relacionado à: Cirurgia, lesão. Evidenciado por: Incisão.
11. DOR AGUDA: Relacionado à: Agentes lesivos. Evidenciado por: Incisão, taquicardia.
12. HIPOTERMIA: Relacionado à: Doença, exposição a ambiente frio. Evidenciado por: Taquicardia.
13. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: Relacionado à: Prejuízos sensorio-perceptivos. Evidenciado por: Diarreia, incisão, precisa de ajuda para muitas atividades, torporoso.
14. RISCO DE INFECÇÃO: Relacionado à: Procedimentos invasivos. Evidenciado por: Falta de asseio corporal, lesões de pele.
15. RISCO DE CONFUSÃO AGUDA: Relacionado à: Gênero masculino. Evidenciado por: Ansioso
16. RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO: Relacionado à: Diarreia Disfunção intestinal. Evidenciado por: Diarreia.
17. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: Relacionado à: Hipertermia. Evidenciado por: Falta de asseio corporal, precisa de ajuda para muitas atividades, ressecada.

18. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ: Relacionado à: Trauma encefálico. Evidenciado por: Pouco orientado, torporoso.

19. RISCO PARA INFECÇÃO: Relacionado à: Trauma. Evidenciado por: Incisão.

### 3.3 PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Existem três categorias de prescrição de enfermagem: as prescrições iniciadas pela enfermeira, as iniciadas pelo médico e as colaborativas. A seleção da categoria deve-se basear-se nas necessidades do paciente.

As prescrições iniciadas pela enfermeira são a respostas independentes da enfermeira as necessidades de cuidado de saúde do paciente e aos diagnósticos de enfermagem. Esse tipo de prescrição é uma ação autônoma, baseada na justificativa científica executada para beneficiar o paciente de maneira prevista, relacionada com o diagnóstico de enfermagem e com as metas centradas no paciente.

1. Assistência ao auto cuidado Auxiliar e orientar no cuidado para banho e higiene oral	ATENÇÃO
2. Banho Encaminhar para banho de aspersão em cadeira.	T
3. Conforto Aplicar conforto em proeminências ósseas com coxins.	ATENÇÃO
4. Controle da diarreia Restringir dietas laxativas e oferecer dieta rica em fibras.	ATENÇÃO
5. Controle de pressão sobre áreas do corpo	ATENÇÃO
6. Realizar massagem abdominal no sentido horário com óleo de girassol 3x/dia.	M - T - N
7. Cuidados com lesões Realizar curativo em inserção de cateter periférico e em lesões com SF 0,9% uma vez ao dia e se necessário.	T
8. Cuidados com local de incisão S/N Realizar curativo em incisão cirúrgica com SF 0,9%, mantendo-o ocluso.	T e S/N
9. Melhora da comunicação Oferecer outros meios para comunicação como papel, caneta e imagens ilustrativas.	ATENÇÃO
10. Monitorização de sinais vitais 2/2 h Monitorar SSVV, atentando para a temperatura corporal e frequência cardíaca.	12 14 16 18 20 22 00 02 04 06
11. Promoção do exercício Realizar movimentação ativa no leito e deambulação com auxílio.	M(12) T (18)
12. Proteção contra infecção Manter técnica asséptica em todos os procedimentos invasivos.	ATENÇÃO
13. Redução da ansiedade Encaminhar para serviço de psicologia.	ATENÇÃO
14. Regulação da temperatura Oferecer cobertores e realizar compressas quentes para aumento da temperatura corporal.	ATENÇÃO
15. Reposição rápida de líquidos Estimular ingesta hídrica com chás, sucos ou água.	ATENÇÃO
16. Terapia com exercício: deambulação Orientar quanto à importância da deambulação e da utilização de apoios para sua realização.	ATENÇÃO
17. Tratamento da hipotermia Aquecer o paciente com o auxílio de cobertores.	ATENÇÃO

### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da equipe de enfermagem é fundamental para que, o paciente tenha um processo de recuperação mais rápido. Por tanto, a equipe deve trabalhar em conjunto e com o princípio básico de humanização, em cuidar bem do paciente, pois a sua competência refletirá no sucesso do seu bem estar saudável, sendo de suma importância a Sistematização na Assistência de Enfermagem (SAE), sempre frisando a necessidade de não nos esquecermos que, a assistência por si só é humanização e o indivíduo deve ser tratado de forma subjetiva, individualizada, como único, devendo ser tratado/cuidado de forma holística e individual.

O envolvimento pessoal entre o profissional, cliente, família ou cuidador é de suma importância para que, o cuidado de enfermagem seja realizado, o trabalho em equipe faz com que o cliente e a família percebam uma forma de interação entre profissionais, fazendo com que a confiança mútua aconteça. Cada patologia em específico desequilibra determinadas necessidades humanas básicas do ser humano com maior ou menor intensidade, que exige uma resolução podendo ser aparente, consciente, verbalizada ou não.

Portanto, a SAE garante a autonomia da assistência do enfermeiro, prestando cuidados direcionados as necessidades humanas básicas afetadas e descrevendo os cuidados de enfermagem que foram prestados ao indivíduo. Além de mostrar a importância da utilização da SAE para sistematizar a consulta, tornando-a assim, completa e organizada, fazendo com que os profissionais enfermeiros possam observar e atender os pacientes de maneira integral, mostrando-se de imensa importância no dia-a-dia dos profissionais enfermeiros por organizar a assistência, auxiliando-os a planejar prescrições de cuidados que irão retomar a saúde deste paciente.

## **REFERÊNCIAS**

ALFARO LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTILIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. **Análise dos dados de mortalidade**. Rev Saude Publica, 31 (4 Supl): 5-25, 1997.

OLIVEIRA, S. G.; **Traumatismo Cranioencefálico: uma revisão bibliográfica**. 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; **Fundamentos de Enfermagem**; 5º ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

SILVA, A.L.R, PEREIRA, A. **Sistematização da assistência de enfermagem: o significado atribuído pela enfermeira**. In: Anais do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília (DF): ABEn-Nacional; 2005 Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>

SMELTZER, BARE. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**, 11ª ed., Editora Guanabara Koogan S/A, Rio de Janeiro, 2009.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A.M.; **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**, 2º edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

TIMBY, B. K; SMITH, N.E.; **Enfermagem médico-cirúrgica**, 8º edição; Manole, 2005.