



CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LISA LISANDRA SILVA NASCIMENTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE
CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA POR ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO.**

IRECÊ-BA

2019

LISA LISANDRA SILVA NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CRANIECTOMIA
DESCOMPRESSIVA POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Faculdade de Irecê-FAI, como requisito
parcial para obtenção do Título de Bacharel
em enfermagem.

Orientador: Cíntia Ferreira Amorim

IRECÊ-BA

2019

LISA LISANDRA SILVA NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CRANIECTOMIA
DESCOMPRESSIVA POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO.

BANCA EXAMINADORA

Cintia Ferreira Amorim

Enfermeira Especialista em Cardiologia e Terapia Intensiva e Mestranda do Programas de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde – Universidade Federal de Sergipe.

Lucas Gomes Lima

Enfermeiro especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

Samuel de Carvalho Silva

Licenciado em Ciências Biológicas, Mestre em Biologia e Biotecnologia de Micro-organismos, Doutor em biotecnologia, Pós-doc em microbiologia aplicada- bactérias probióticas, Pesquisador em grupo de pesquisa do CNPq “Micro-organismos e Biotecnologia”.

IRECÊ-BA

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao universo por tudo e por tanto. A minha mãe, Maria do Socorro Silva Nascimento, por sempre me amar de forma avassaladora, por sua força e exemplo de vida. A meu pai, Adão Souza Nascimento, por ser meu porto seguro todas as vezes que desabei, por não ter nada e ao mesmo tempo ter tanto e ser tanto, por me defender de tudo e de todos, por me acompanhar todos os dias nesses cinco anos. A minha irmã Joanne Silva Nascimento, por ser o meu referencial de um amor indestrutível. Aos meus avôs, Daminhão Gonçalves do Nascimento e Otaciana Trajano da Silva, aqueles que me deixaram durante o percurso, pelos quais experimentei a pior dor que poderia sentir na vida, mas que os carreguei comigo cada instante. A mãe minha Maria de Fatima Silva Neiva e titio Pedro Neiva, por me darem amor além do que eu merecia. A Davi e Dante, por me ensinarem a forma mais louca de amar. A minha amiga Ananda Nobrega por ser meu sustento em dias difíceis, por me amar como irmã e mesmo estando quilômetros de distância se fazia presente todos esses anos. Ao meu companheiro de estrada Yuri Novaes, por todo carinho, amizade, cumplicidade, lealdade nesses cinco anos. A minha amiga/irmã Laricia Menezes, por cuidar de mim quando o mundo me virou as costas, por seu exemplo como enfermeira mostrando amor no que faz. Aos meus companheiros Gabriel Bernardo, Bruna Marques, Nelcio Oneides e Fernanda Lemos, por serem meus verdadeiros amigos enfrentando todas as batalhas. A minha orientadora Cintia Ferreira Amorim, por sua dedicação e entrega em tudo que faz, por ser a melhor orientadora que eu poderia ter e a todos que me ajudaram nessa jornada até aqui, muito obrigado.

RESUMO

Introdução: O acidente vascular encefálico hemorrágico é reconhecido como, a ruptura de um vaso sanguíneo, ocorrendo extravasando de sangue para o tecido cerebral. A doença se torna um desafio nos casos em que é realizado o procedimento de craniectomia descompressiva principalmente durante o período de pós-operatório. **Objetivos:** compreender a assistência de enfermagem no pós-operatório de craniectomia descompressiva por acidente vascular encefálico hemorrágico. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca bibliográfica nas bases de dados da biblioteca virtual de saúde, BVS, SCIELO, LILACS e PubMed, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) craniectomia, sistematização da assistência de enfermagem e diagnósticos de enfermagem, utilizando o operador booleano AND. Foram critérios de inclusão, artigos originais, escritos na língua portuguesa e inglesa com resumos disponíveis em suas bases, durante o período de 2009 a 2019, foram excluídos artigos que traziam estudos feitos com animais, duplicados nas bases de dados, aqueles que não tragam a atuação do enfermeiro e também aqueles que não apresentam a patologia envolvida. **Resultados:** Na busca bibliográfica foram encontrados 21 artigos, destes 02 na base LILACS, 03 SciELO, 11 PubMed e 05 MedLine, contudo os que se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa, totalizaram em 08. Foram artigos com metodologias diversas, porém, com os descritores estipulados nesta pesquisa. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou identificar contribuições da assistência de enfermagem aos pacientes que foram submetidos a craniectomia descompressiva por AVEh, compreendendo que para efetuar essa assistência é fundamental a implementação do processo de enfermagem, o qual é realizado diretamente pelo enfermeiro.

Palavras-chaves: Craniectomia, enfermagem e diagnósticos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Hemorrhagic stroke is recognized as the rupture of a blood vessel, occurring leakage of blood into the brain tissue. The disease becomes a challenge in cases in which the decompression craniectomy procedure is performed mainly during the postoperative period. **Objectives:** To understand the nursing care in the postoperative period of decompressive craniectomy due to hemorrhagic stroke. **Methodology:** This is an integrative literature review, with bibliographic search in the databases of the virtual health library, VHL, SCIELO, LILACS and PubMed, using the Descriptors in Health Sciences (DECS) craniectomy, systematization of nursing care and nursing diagnoses, using the Boolean operator AND. Inclusion criteria were original articles written in Portuguese and English with abstracts available in their databases during the period from 2009 to 2019; articles that brought studies made with animals, duplicated in the databases, those that did not bring the nurse's performance and also those that did not present the pathology involved were excluded. **Results:** In the bibliographic search, 21 articles were found, of these 02 in the LILACS database, 03 SciELO, 11 PubMed and 05 MedLine, however, those that fit the inclusion criteria of the research, totaled 08. They were articles with different methodologies, but with the descriptors stipulated in this research. **Conclusion:** The research made it possible to identify contributions of nursing care to patients who underwent decompression craniectomy by strokes, understanding that to perform this care is essential to implement the nursing process, which is performed directly by nurses.

Keywords: Craniectomy, nursing and nursing diagnoses.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVE- Acidente Vascular Encefálico
- AVEh- Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
- AVEi- Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
- DVE- Derivação ventricular externa.
- EEG- Eletroencefalograma.
- MAV- Malformação arteriovenosa
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- PIC- Pressão Intracraniana
- POI- Pós-operatório Imediato
- PPC – Pressão de perfusão cerebral.
- UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
REFERENCIAL TEORÍCO	10
Fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico.	11
Fatores de risco (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)	12
Sinais e sintomas (Acidente Vascular encefálico Hemorrágico)	13
Diagnóstico (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)	14
Tratamento (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)	14
Paciente em pós-operatório de craniectomia descompressiva.	15
RECORTE METODOLÓGICO	17
RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como condição aguda a qual é caracterizada pela incapacidade de fluxo sanguíneo na região encefálica, essa condição é dividida em AVE isquêmico e AVE hemorrágico, ademais, ambas condições são consideradas complexas por conta da sua gravidade, entretanto por conta de maior incidência de mortalidade o AVE hemorrágico requer uma assistência específica (SALLUM; PARANHOS; 2013).

O acidente vascular encefálico hemorrágico é reconhecido como, a ruptura de um vaso sanguíneo, com extravasando de sangue para o tecido cerebral. A ruptura pode ser de caráter intracerebral ou em região subaracnóidea. Essa condição pode desenvolver consequências para o indivíduo acometido, como, interrupção de fluxo sanguíneo e consequente redução ou ausência de aporte de O₂ e nutrientes para a área atingida, aumento da pressão intracraniana e da pressão arterial, perda das funções motoras e por fim, déficits neurológicos (BROCA; FERREIRA; 2012).

As causas que antecedem o AVEh são diversas, sendo essas classificadas como fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores de risco modificáveis estão etilismo, tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemias e cardiopatias e não modificáveis se encaixam sexo, etnia, idade e fator genético. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil foi classificado no sexto lugar no *ranking* mundial dos casos de AVE, e na América Latina o país assume a segunda posição, sendo o país com maior incidência da doença, uma a cada quatro pessoas terão um AVE ao longo da vida (OMS, 2019).

As discussões sobre a assistência de enfermagem aos pacientes acometidos pelo AVEh, são de extrema importância, visto que o enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento de cuidados e monitorização destes pacientes, com isso, diminuindo o risco de complicações decorrentes de sequelas causadas pelo AVEh (JUNIOR; FERNANDES; NEVES; COSTA; 2013).

Dentro deste contexto, um dos métodos de tratamento imediato em casos de AVEh está a craniectomia descompressiva, estima-se que na maioria das vezes em que o procedimento é realizado os pacientes evoluíram ao óbito no período de pós-operatório, nisso se visualiza a relevância dos efeitos que a assistência dos cuidados a esses pacientes, vale salientar que o profissional enfermeiro é o responsável pelo pós-operatório imediato dos pacientes pós craniectomia e que a assistência deve ser sistematizada para melhor prognóstico (CAVALHEIRO *et al*, 2010).

Para tanto a pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão integrativa da literatura, no que se refere aos estudos teóricos tomando como base a pergunta norteadora, como são realizadas as intervenções de enfermagem no pós-operatório de craniectomia descompressiva por acidente vascular hemorrágico?

Buscou-se então, o objetivo de analisar a assistência de enfermagem no pós-operatório de craniectomia descompressiva por acidente vascular encefálico hemorrágico identificando as atribuições do enfermeiro no período pós-operatório de craniectomia e verificando quais diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizados na assistência ao paciente submetido a craniectomia descompressiva por Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico.

A motivação para a realização do estudo, se deu após uma experiência vivida no setor da emergência, do Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho, durante o período da vivência da prática de estágio da disciplina urgência e emergência, foi observado a importância do planejamento da assistência de enfermagem, realizada pelo enfermeiro, afim de evitar complicações decorrentes da doença ao paciente.

REFERENCIAL TEORÍCO

As doenças cerebrovasculares são conhecidas como doenças nos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro, um estudo realizado pela UNICAMP, constatou que no ano de 2009 ocorreram no Brasil 160.621 internações por doenças cerebrovasculares, destas 100.000 evoluíram ao óbito, neste âmbito, a patologia que ganha destaque ao longo dos anos é o AVE. A patologia é identificada como déficit neurológico atribuído a uma lesão focal

aguda e súbita no sistema nervoso central, devido a uma causa vascular (ALMEIDA; 2012).

A National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS; Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos e AVE) define de uma forma geral o AVE como a falha repentina da função cerebral resultante da interferência do suprimento sanguíneo, do qual é subdividido em dois tipos, estes determinados de acordo com seu processo patológico como AVE isquêmico e AVE hemorrágico (JUNIOR; FERNANDES; NEVES; COSTA; 2013).

Segundo dados do Data-SUS (2011), 45% das causas de morte da Bahia são por AVE, 33% por patologias cardíacas e 57% por outras patologias e acidentes automobilísticos, um ponto que a pesquisa traz atenção é que apesar dos altos índices da doença ainda é pouco o investimento em neurointensivismo em vista dos outros estados brasileiros, portanto, os estudos a respeito dessa patologia são essenciais para o entendimento e prevenção tanto da doença como das sequelas subsequentes que podem acontecer (Data-SUS, 2011).

Fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico.

O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) é ocasionado pela insuficiência do fluxo sanguíneo, em uma parte da região cerebral, essa interrupção ou redução de fluxo é causada pela obstrução de vaso ocorre por meio do deslocamento de um trombo, êmbolo ou compressão de um tumor na região cerebral (SALLUM; PARANHOS; 2013).

Os trombos são formados a partir de mudanças nos vasos sanguíneos como, lesões endoteliais na parede dos vasos que propiciam a formação de placa aterosclerótica com alterações do fluxo sanguíneo essa placa tende a se romper o que induz a formação de um trombo, uma vez exposto ao vaso ele poderá ocasionar a obstrução impedindo o fluxo sanguíneo (CECIL; 2014).

O mesmo mecanismo ocorre quando o AVE isquêmico é provocado por um êmbolo, entretanto o embolo é definido como um trombo que se desloca, mas não necessariamente o êmbolo foi formado por placa aterosclerótica, pode ocorrer por meio de outros mecanismos, como no período de pós-operatório de cirurgias ou com indivíduos que possuem patologias

relacionadas a distúrbios de coagulação. Ambas situações evoluirão para a condição de isquemia cerebral, essa falta de suprimento sanguíneo pode levar a morte de neurônios em minutos, devido a interrupção de oxigênio e nutrientes (CHAVES; FINKELSZTEJN; STEFANI; 2008).

O acidente vascular hemorrágico (AVEh) também é definido como incapacidade de suprimento sanguíneo, contudo, a via fisiopatológica difere do AVEi. No AVE hemorrágico ocorre uma ruptura do vaso com extravasamento sanguíneo para do tecido cerebral que pode ser classificada como hemorragia subaracnóidea e hemorragia intracerebral a depender do local do extravasamento (CECIL; 2014).

Hemorragias subaracnóideas (HSA) também conhecidas como hemorragias difusas, acontecem no espaço subaracnóideo ou intraventricular. Na hemorragia intracerebral, o extravasamento do sangue ocorre no interior do parênquima cerebral, camada mais interna do cérebro (TURCOTO; PEREIRA; GHIZONI; 2006).

Em ambos os casos de AVEh os pontos de gatilho para o real acometimento se dão através de aneurismas cerebrais ou malformação arteriovenosa (MAV). Os aneurismas são caracterizados por anomalias dos vasos com presença de dilatação ou saliência, por se tratar de uma ampliação anormal do vaso. O aneurisma possui uma determinada fragilidade e pode ser rompido com facilidade, uma vez que ocorre o rompimento do aneurisma, teremos o sangramento para o tecido cerebral culminando com o AVEh. O aneurisma é desenvolvido por motivos congênitos ou adquiri-los ao decorrer dos anos, devido exposição a fatores de risco para doença. (CECIL; 2014).

A malformação arteriovenosa é uma anomalia vascular que compromete diretamente a estrutura dos vasos, entretanto não é fator predominante na maioria dos pacientes acometidos pelo AVEh (CHAVES; FINKELSZTEJN; STEFANI; 2008).

Fatores de risco (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)

Com o avanço dos estudos notou-se que as causas para o AVEh podem ser consideradas e subdivididas em causas modificáveis e não modificáveis, a identificação e classificação desses fatores de risco é essencial para prevenção e controle da doença. Baseado na origem do problema, muitos países, inclusive o Brasil, modificou suas políticas

públicas de saúde, inserindo medidas antecipadas para melhorar os cuidados da saúde pública (PEREIRA; ALVARENGA; BARBOSA; 2009).

São considerados fatores de risco modificáveis aqueles que podem sofrer uma alteração, a exemplo da obesidade, tabagismo, etilismo sedentarismo, dislipidemia e cardiopatias, estão dentro dos fatores modificáveis doenças crônicas que com o trabalho de prevenção em saúde e cuidados do indivíduo podem não surgir, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes. Já os fatores de risco não modificáveis são definidos como aqueles que não está na nossa capacidade de realizar alterações, sendo estes, o sexo, raça, etnia, idade e genética (CASTRO et al; 2001).

A hipertensão é caracterizada pelo o aumento da pressão sanguínea nos vasos do corpo humano, sobrecarregando o trabalho cardíaco, por se tratar de uma doença crônica, exige um acompanhamento médico contínuo além do uso regular de medicamentos para manter adequado os níveis da pressão arterial (ROSSI et al; 2000).

A hipertensão arterial é o maior fator de risco para o AVEh, de acordo no ministério da saúde (2015) o Brasil superou a marca de 30 milhões de pessoas com hipertensão, estima-se que por ano aproximadamente 2 milhões de brasileiros recebam o diagnóstico de hipertensão. É uma patologia silenciosa e assintomática que pode acometer jovens e idosos, sendo os idosos mais susceptíveis ao diagnóstico e a complicações da hipertensão como o AVEh do que os jovens (BRASIL, 2015).

Níveis elevados de pressão fazem com que os vasos sanguíneos adquiriram pequenas lesões progressivas por conta da velocidade do sangue percorrida dentro do vaso. No tecido cerebral a aceleração da circulação sanguínea promove a vasoconstrição dos vasos, situação precursora rompimento do vaso culminando no acidente vascular com hemorragia (LAVOR; ANGRA; NEPOMUCENO; 2011).

Sinais e sintomas (Acidente Vascular encefálico Hemorrágico)

O diagnóstico precoce é essencial para início do tratamento e conseqüentemente a redução de complicações decorrentes do AVEh. A identificação do sinais e sintomas facilitam o processo de hipótese diagnóstica. O AVEh apresenta sintomas clássicos como, alteração na força muscular, formigamento no braço ou perna de um dos lados direito ou esquerdo, assimetria facial, perda da visão de um ou dos dois olhos, confusão mental,

tontura, desequilíbrio. O quadro clínico do paciente que apresenta AVE hemorrágico é retratado por uma abrupta, repentina e forte cefaleia sem causa aparente, além de alterações neurológicas de maneira súbita, sendo essas alterações visuais, verbais, motoras e paralisantes como também náuseas e vômitos, em alguns casos graves pode ocorrer o desmaio (SANTOS; NETO; 2012).

Pensando na agilidade do diagnóstico para o AVE, o Ministério da Saúde lançou um mnemônico para identificação rápida do AVE definido como SAMU, S sorriso, A abraço, M música e U urgente, de forma simples é pedir para que o sujeito sorria, lhe dê um abraço e cante uma música caso ele não consiga fazer esses passos, acionar a letra de urgência e chamar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência o SAMU (SAÚDE; 2016).

Diagnóstico (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)

O diagnóstico do AVEh é baseado na história clínica do paciente e análise de exames de imagem como tomografia computadorizada, ressonância magnética, angiogramia, para programar a conduta terapêutica (LAVOR; ARA; NEPOMUCENO; 2011).

A tomografia computadorizada e ressonância magnética são exames de imagem não invasivos e com resultado fidedigno do diagnóstico. No AVEh intracerebral as imagens possuem características hipodensas em algum dos hemisférios cerebrais, compressão ventricular e desvio de estrutura da linha média, já no AVEh subaracnóideo apresenta hiperdensidade nas cisternas da base. Através das imagens é possível definir em qual local ocorreu a lesão, de acordo os sinais apresentados pelo paciente também será possível identificar a área atingida. (LIMA; PAGLIOLI; FILHO; 2018).

É importante salientar que embora ressonância magnética e angiogramia serem exames de imagem específicos, o custo e a viabilidade não favorecem o uso destes exames em unidades de baixa e média complexidade hospitalar, sendo a tomografia é mais utilizada no diagnóstico de AVE hemorrágico (LAVOR; ARA; NEPOMUCENO; 2011).

Tratamento (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico)

Um método de eficácia no tratamento do AVE hemorrágico é a craniectomia descompressiva. Basicamente trata-se de um procedimento cirúrgico, onde o flap ósseo

(parte da caixa craniana) é cerrada, retirada e armazenada na cavidade do tecido abdominal do paciente, é extraído do tecido cerebral a hemorragia e coágulos sanguíneos, Fernandes (2008) ressalta que o principal objetivo da craniectomia descompressiva

é oferecer espaço para expansão do tecido cerebral edemaciado, restaurando a perfusão cerebral, otimizando a perfusão retrógrada através de vasos colaterais leptomenígeos, prevenindo o dano isquêmico adicional e a compressão mecânica do tronco cerebral contra estruturas intracranianas (FERNANDES; GODOY, MONTARANO; OLIVEIRA; 2008).

De acordo Fernandes (2008), os níveis de mortalidade quando é realizado o procedimento reduzem de 16% a 42%. Para Velar (2009), para melhora do paciente o procedimento deve ser feito o quanto antes, após a confirmação do diagnóstico. O procedimento de craniectomia tem finalidade curativa ou paliativa, trata-se de uma técnica limpa de acordo o seu potencial de contaminação, e baseado no grau de urgência podemos afirmar que ela é classificada como cirurgia de emergência ou de urgência, que necessita de atenção imediata por parte de todos envolvidos na equipe (VELAR, 2009).

Realizada a craniectomia encontramos em um momento decisivo para este paciente, o período do pós-operatório, onde os cuidados englobam toda a hemodinâmica deste sujeito, mediante medicações, dispositivos invasivos, até anotações e registros (SANTOS COSTA; 2012).

Paciente em pós-operatório de craniectomia descompressiva.

A equipe multidisciplinar de saúde deve estar preparada para assistir os pacientes em POI de craniectomia descompressiva. O pós-operatório imediato envolve ações que permitem o alívio da dor, manutenção do equilíbrio orgânico do corpo e prevenção de complicações, o seu início acontece no momento que o paciente sai da sala de cirurgia até o término da anestesia na UTI. (LAVOR; ARA; NEPOMUCENO; 2011).

Simultaneamente, os cuidados desempenhados pelo enfermeiro é de extrema importância, pois o profissional atua levando em conta a complexidade da patologia e do procedimento cirúrgico que foi realizado, se atentando aos parâmetros respiratório, cardíaco, a dispositivos invasivos como utilização de drenos ou cateterismo vesical de

demora, higiene, padrão nutricional, risco de lesões por pressão e utilização de polifarmácia, conduto não se restringe somente nisto (LIMA *et al*; 2016).

As atividades assistenciais estão relacionadas a avaliação contínua do paciente, como: monitorização da hemodinâmica, pressão intracraniana, perfusão periférica, sinais de lesões neurológicas, glicemia capilar, temperatura corporal, balanço hídrico e realização do processo de enfermagem (BROCA; FERREIRA; 2012).

Com o objetivo de promover uma assistência de qualidade e segurança ao paciente, o enfermeiro pode aplicar o processo de enfermagem, trata-se de um método sistematizado, que avalia o paciente céfalo-caudal, para detectar os problemas reais e potenciais e assim possibilita o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem. O processo de enfermagem contribui para a organização e prestação de cuidados de enfermagem, priorizando a qualidade do cuidado pautado em princípios científicos (MANGUEIRA *et al*; 2012).

Uma das etapas importantes do processo de enfermagem, são os diagnósticos de enfermagem, com o auxílio dessa ferramenta é permitido que o enfermeiro realize um plano de ação, baseado nas condições apresentadas pelo paciente, ao ser realizado possibilita intervenções e avaliação dos resultados obtidos com intuito de melhora e recuperação do indivíduo. Para universalizar os serviços a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA; Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem) traz na sua literatura diferenciações de diagnósticos e como podem ser trabalhados por toda a equipe. Contudo é importante na prática da enfermagem a utilização de uma linguagem científica e padronizada na assistência ao paciente em pós-operatório de craniectomia descompressiva (LIMA *et al*; 2016).

O processo de enfermagem, facilita os serviços da equipe multidisciplinar, melhora a qualidade da assistência prestada, reduzindo complicações a curto e longo prazo, dessa forma padronizando a prática profissional. Contudo, ao passo que é aplicado efetivamente percebe-se as vantagens e resolutividade das questões envolvendo as atividades exercidas, podendo otimizar a assistência, diminuir o tempo de internação, reduzir o risco de infecções, melhorar da recuperação do paciente, fortalecer a comunicação entre a equipe de enfermagem, estimula a reflexão sobre melhorias para prática assistencial além de valorizar o profissional enfermeiro (MANGUEIRA *et al*; 2012).

RECORTE METODOLÓGICO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de natureza descritiva de caráter exploratório e qualitativo. A revisão integrativa permite fazer uma análise de estudos experimentais e não experimentais para uma melhor compreensão do objeto analisado. Além de permitir um vasto leque de propósitos como: definição de conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de problemas metodológicos, a mesma se fez dividida em seis fases conforme sugerido por Souza (2010).

- Elaboração da pergunta norteadora
- Busca na literatura
- Coleta de dados
- Análise crítica dos estudos envolvidos
- Discussão dos resultados
- Apresentação da revisão integrativa.

A busca bibliográfica foi realizada em artigos científicos nas bases do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) craniectomia, sistematização da assistência de enfermagem e diagnósticos de enfermagem, utilizando o operador booleano AND.

Foram critérios de inclusão, artigos escritos na língua portuguesa e inglesa com resumos disponíveis em suas bases, durante o período de 2009 a 2019, abordando a temática assistência de enfermagem aos pacientes acometidos com acidente vascular encefálico hemorrágico, submetidos ao procedimento cirúrgico de craniectomia descompressiva, utilizando os seguintes descritores: craniectomia, enfermagem e diagnósticos de enfermagem e na língua inglesa; craniectomy, nursing and nursing diagnosis. Foram excluídos artigos que traziam estudos feitos com animais, duplicados nas bases de dados, aqueles que não tragam a atuação do enfermeiro e também aqueles que não apresentam a patologia envolvida.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra e realizado análise dos títulos, objetivos, método, resultados e conclusões

dos estudos e consolidado em tabela para análise detalhada do conteúdo da amostra. Para análise dos dados foi empregado o uso de raciocínio indutivo, buscando a compreensão baseada nas fases de observação dos fenômenos envolvidos, a relação existente entre eles e a generalização da relação. (LAKATOS, MARCORI, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na busca bibliográfica foram encontrados 21 artigos, destes 02 na base LILACS, 03 SciELO, 11 PubMed e 05 MedLine, contudo os que se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa, totalizaram em 08. Foram artigos com metodologias diversas, porém, com os descritores estipulados nesta pesquisa. A tabela 1 descreve as características dos estudos analisados.

Tabela 01- Características dos artigos da pesquisa

Título/ ano	Tipo do estudo/ Autores	Objetivo	Conclusão
Hemorragia intracerebral espontânea: Reflexo da monitorização beira leito pela enfermagem/ 2009	Estudo de caso/ (CAVALHEIRO <i>et al.</i> , 2010)	O objetivo deste estudo de caso foi discutir a relação do enfermeiro com a monitorização multimodal e a assistência de enfermagem ao paciente neurológico.	Houve importante reflexo da interação do enfermeiro com a assistência baseada em conceitos científicos e evidências clínicas.
Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa / 2016	Revisão integrativa da literatura (LIMA <i>et al.</i> , 2016).	Verificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes acometidos por AVC	Percebeu-se um enfoque das publicações nos diagnósticos de enfermagem relacionados aos distúrbios motores, como risco de quedas e mobilidade física prejudicada.
Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico na unidade de terapia Intensiva / 2016	Estudo qualitativo do tipo descritivo/ (BARCELOS, SANTOS, MALHÃES, AZEVEDO,2016)	Analisar a assistência de Enfermagem prestada pelos enfermeiros aos pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH) em unidade de terapia intensiva (UTI).	Uma vigilância adequada e precisa, associada à aplicação de planos de cuidados e a interação da equipe, podem contribuir de forma decisiva para o resultado final na assistência ao paciente neurocrítico.
Cuidado de enfermagem ao	Revisão integrativa (BIANCHINI,	Buscou analisar o conhecimento	O conhecimento na área suscita reflexão sobre a

paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa / 2010	GALVÃO, ARCURIL, 2010)	disponível sobre o cuidado de enfermagem na fase aguda do AVE.	criação de unidades de AVE com profissionais capacitados, além de investimento em educação continuada
Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral (Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident / 2011.	Estudo baseado na metodologia convergente assistencial (MATTIA <i>et al.</i> , 2011).	Identificar os diagnósticos de enfermagem, em pacientes com acidente vascular cerebral, em unidade de terapia intensiva	Foram determinados 11 diagnósticos de enfermagem segundo a North American Nursing Diagnosis Association.
Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura / 2011	Revisão integrativa de literatura (CAVALCANTE <i>et al.</i> , 2011)	Analisar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem aos pacientes hospitalizados por acidente vascular encefálico.	Identificou-se nos artigos um maior número de intervenções de enfermagem assistenciais, seguidas das educacionais, gerenciais e de pesquisa.
Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico / 2017	Revisão da literature (NUNES, FONTES, LIMA, 2017).	Investigar as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar.	Apesar da multiplicidade de intervenções postuladas existem pontos de convergência que reiteram importância do cuidado continuado, fortalecimento da autonomia dos sujeitos e busca por referenciais teóricos metodológicos que guiam a assistência
Hemorragia intracerebral espontânea: conduta terapêutica e resultados em 391 paciente / 2012	Estudo de carácter transversal (FREITAS <i>et al.</i> , 2012).	Analisar as diversas variáveis que interferiram em uma casuística de pacientes com hemorragia intracerebral espontânea de um serviço de Neurocirurgia, enfatizando o estado neurológico na admissão e a conduta terapêutica.	O fator predominante para a mortalidade foi o estado neurológico por ocasião da cirurgia

Após referida análise dos estudos, foi verificado que em pacientes com AVEh submetidos ao tratamento de craniectomia, devem ser encaminhados para UTI nas primeiras horas do período de pós-operatório, mediante a isso, conforme são admitidos

nessas unidades será realizado o monitoramento contínuo, devido ao alto risco de complicações e de óbito.

A partir da busca nos estudos selecionados, observou-se que a assistência de enfermagem é importante neste período, contudo pontua-se cuidados essenciais aos pacientes acometidos por AVEh que passaram por procedimento de craniectomia descompressiva, para essa assistência ganha-se protagonismo os cuidados realizados pelo enfermeiro, os mesmos estão descritos na tabela 02.

Tabela 02- Assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de craniectomia descompressiva por AVEh.

Cuidados
<i>Avaliação do nível de consciência</i>
→ Escala de Ramsay
→ Escala de coma de Glasgow
<i>Monitorização da Pressão intracraniana (PIC)</i>
→ Mantê-la abaixo de 20mmHg
→ Manter paciente em decúbito elevado a 30°, com cabeça em posição reta alinhada ao tórax.
→ Adotar medidas adicionais para prevenir aumento da PIC (hipertermia, hipotermia).
→ Obter dados fidedignos analisando conexões entre cateter, transdutor e monitor.
→ Fixar adequadamente o transdutor.
→ Diminuir risco de infecção pela troca de curativo a cada 24h.
→ Calcular pressão de perfusão cerebral (PPC).
<i>Avaliação dos padrões cardíacos</i>
→ Aferição, controle e registro da pressão arterial.
→ Atenção a Bradicardia.
→ Frequência cardíaca.
→ Avaliar Pressão arterial média (PAM).
<i>Avaliação dos padrões respiratórios</i>
→ Oximetria Bulbo Jugular
<i>Avaliação renal e metabólica.</i>
<i>Eletroencefalograma contínuo (EEG).</i>
<i>Avaliação pupilar.</i>
<i>Controle de temperatura e glicemia capilar.</i>
<i>Manter observações e registros atualizados.</i>

Fonte: CAVALHEIRO *et al.*, 2010; BARCELOS; SANTOS; MANHÃES; AZEVEDO; 2016; BIANCHINI, GALVÃO, ARCURIL, 2010; CAVALCANTE *et al.* 2011; NUNES, FONTES, LIMA, 2017; FREITAS *et al.*, 2012.

Em todos os estudos o cuidado de enfermagem que teve maior prevalência foi inerente a monitorização da PIC, que no pós-operatório de craniectomia é mensurada pelo

dispositivo, derivação ventricular externa ou dreno extraventricular (DVE). Trata-se de um cateter flexível conectado através de um circuito em uma bolsa coletora que é introduzido no tecido cerebral, tem objetivo de mensurar e aliviar a PIC. A avaliação é feita através o líquido que é obtido na bolsa, tendo em vista que o líquido na sua normalidade apresenta-se transparente (FUNCHAL, 2018).

Os cuidados com o DVE deverá ocorrer com rigor asséptico, para evitar infecções neurológicas, o sistema de conexão com o cateter deve se manter prévio evitando interrupções no circuito de drenagem, o dispositivo deve ser checado a cada 6h, a drenagem com DVE permite observar as características e as características do líquido contido na bolsa coletora, dessa forma analisando possíveis complicações, como presença de sangramento, caso o líquido seja sanguinolento ou indicativos de infecção com o líquido turvo. O cateter do DVE não poderá ser exteriorizado pois isso ocasiona em risco para o paciente, a bolsa coletora deverá ser esvaziada a cada 12h ou quando atingir volume de 200ml (NUNES, FONTES, LIMA, 2017).

Neste quesito, o enfermeiro detectará os primeiros sinais e sintomas que demonstram o aumento da PIC, como, frequência cardíaca inferior a 60bpm/min ou igual ou superior a 100bpm/min, elevação da pressão arterial, elevação da temperatura corporal, esse quadro clínico em pacientes que estão em uso de ventilação mecânica, para aqueles que não estão além destes sinais já citados, também será perceptível alteração dos padrões respiratórios, saturação acima de 95% , frente a isto o enfermeiro poderá intervir para estabilização do paciente.

Ao surgirem sinais e sintomas de elevação da PIC serão iniciados cuidados para que haja diminuição, diante isto o valor da PIC deve ser mantido abaixo de 20mmHg, é fundamental posicionar o paciente em decúbito elevado a 30°, manter a cabeça reta alinhada ao tórax, monitorar variações de temperatura corporal, realizar o curativo do local de forma asséptica no local da incisão cirúrgica a base de clorexidina alcoólica 0,5% a cada 24h, realizar o cálculo da pressão de perfusão cerebral (PPC) e sobretudo fornecer constantemente dados fidedignos através das anotações para tanto é relevante a realização de uma boa monitorização.

A medida da PIC é apenas um dos parâmetros, adicional a estes cuidados, alguns estudos descrevem a relevância da avaliação dos padrões cardíacos, nesse sentido Barcelos (2016), acrescenta que é necessário o acompanhamento da frequência cardíaca e pressão arterial média (PAM.), explorando dentro deste contexto padrões importantes como a elevação da pressão arterial e a detecção da bradicardia, todavia, estes são indicativos de aumento da PIC (BARCELOS, 2016).

Chama atenção que os cuidados ligados a avaliação dos padrões respiratórios, controle da glicemia capilar e temperatura, não foram mencionados nos estudos, porém Carvalheiro (2010) descreve que na presença de um distúrbio neurológico, outros sistemas do organismo estarão em desordem, a exemplo da temperatura corporal, que é regulada diretamente pelo hipotálamo, no caso do AVEh a partir do momento que ocorre a ruptura do vaso sanguíneo a estrutura hipotalâmica ficará comprometida, ocasionando uma variação de temperatura que indica o início de uma nova hemorragia, como também do aumento da PIC. Nesse contexto, a American Stroke Association (2016), preconiza que a temperatura do paciente seja mantida entre 34 °C a 35°C, afim de evitar danos a funções hipotalâmicas.

Doravante, os cuidados com a glicemia capilar devem ser avaliados corrigidos, a American Academy of Neurology (2012) aponta como objetivo prevenir episódios de hipoglicemia severos afim de afastar complicações como: confusão mental, convulsões, cefaleia e rebaixamento do nível de consciência.

Já a hiperglicemia pode evoluir para cetoacidose e desencadear hipoperfusão e morte celular, portanto pacientes em pós-operatório de craniectomia descompressiva devem manter glicemia capilar pós-prandial de 140 mg/dl a 180mg/dL (ASA, 2012)

Outro monitoramento relatado no estudo de Ocko, (2014) que o enfermeiro deverá se atentar, é o rebaixamento da função respiratória, pode ser decorrente da perda da força dos músculos responsáveis pela respiração, a exemplo a mobilidade diafragmática que pode ficar prejudicada após o AVEh, o que pode evoluir para um padrão respiratório ineficaz. Atrelado a isso, o sistema respiratório é controlado pelo do bulbo, ligado ao sistema nervo central, em virtude de um súbito rompimento do vaso sanguíneo, essa estrutura encefálica poderá ser comprometida. É importante o acompanhamento da saturação periférica de

oxigênio afim de garantir uma boa ventilação mecânica em pacientes intubados ou com suporte suplementar de oxigênio (OCKO, COSTA, 2014).

Para alcançar uma melhor a monitorização e os cuidados de enfermagem os estudos apresentam a realização do eletroencefalograma (EEC) contínuo dentro das unidades de terapia intensiva, como expressa Barcelos (2016), este tipo de monitorização é importante pois, abrange de forma ampla quaisquer anormalidades neurológicas que esse paciente venha a ter, contribuindo para definição de prognóstico decorrente da lesão cerebral e suas repercussões. Embora os benefícios bem estabelecidos do uso do EEC, essa tecnologia não está acessível em todas as UTIs do Brasil, devido o alto custo do equipamento (BARCELOS, 2016).

Em contrapartida, a American Stroke Association (2012), não desaprova o uso contínuo do EEC, mas, traz no estudo que o exame é indicado para aqueles pacientes que apresentam crises convulsivas subclínicas que quando ocorrida podem levar a um prognóstico ruim (ASA,2012).

Para melhorar a qualidade da assistência ao paciente em pós-operatório de Craniectomia, os autores Lima *et al* (2016) e Mattia *et al* (2011), utilizaram a ferramenta do processo de enfermagem a fim de sistematizar o cuidado de enfermagem no POI, para tanto identificaram que os diagnósticos mais prevalentes para essa comorbidade estes estão apresentados na tabela 03.

Tabela 03- Diagnósticos de enfermagem para pacientes em pós-operatório de craniectomia descompressiva.

Diagnósticos de enfermagem em pacientes POI por craniectomia descompressiva

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída.

Integridade tissular prejudicada.

Padrão respiratório ineficaz.

Debito cardíaco diminuído

Troca de gases prejudicada

Risco de aspiração

Risco de glicemia instável

Risco de infecção.

Volume de líquidos comprometido/ Desequilíbrio eletrolítico.

Fonte: MATTIA *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2016.

O diagnóstico que ganha maior destaque, por conta do envolvimento com a clínica do paciente neurocrítico é o de capacidade adaptativa intracraniana diminuída, relacionado a hemorragia e evidenciado por exame de imagem com áreas hipodensas ou alteração da PIC, relacionado a lesão cerebral (AVEh). Esse diagnóstico, sinaliza a necessidade de estabelecer cuidados e monitorização da PIC, entre os cuidados destaca-se deixar o paciente em decúbito de 30°, mantendo a cabeça em posição alinhada ao tórax, prevenir episódios de hipotermia e hipertermia utilizando medicações conforme prescrição médica, analisar conexão de dispositivos, troca diária de curativo de forma asséptica com o intuito de prevenir infecções (ARRUDA *et al*, 2017).

O diagnóstico integridade tissular prejudicada é utilizado em relação ao tecido cerebral lesionado decorrente do procedimento cirúrgico da craniectomia descompressiva, neste sentido, o enfermeiro poderá intervir fornecendo cuidados no tecido lesionado pela cirurgia principalmente com o curativo, o mesmo deve ser realizado a cada 24h, com rigor asséptico, utilizando campo estéril, materiais estéreis, a lavagem do local é realizada com soro fisiológico 0,9%, neste tecido não é recomendado o uso de antissépticos, contudo o paciente deverá estar em uso de antibioticoterapia como medida profilática, observar o surgimento de edema ou sangramento (SIQUEIRA, DICCINI, 2017).

Em relação aos cuidados com a pele, vale lembrar o alto risco de desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes acamados, Vaihadi *et al* (2018) pontua que durante um período de 6h na mesma posição já pode ter presença de lesão por pressão de grau I, portanto cabe ao enfermeiro, planejar os cuidados de prevenção a lesão, sendo uma das intervenções proteger a pele com placas de hidrocoloide, utilizar colchão pneumático ou piramidal, afim de não comprometer os cuidados com a PIC, visto a limitação do paciente para realização de mudança de decúbito devido a sedação, uso da ventilação mecânica e cuidados com a PIC (VAIHADI *et al*, 2018).

Dentre os diagnósticos mencionados pelos autores está o padrão respiratório ineficaz relacionado a dano neurológico, evidenciado por padrão respiratório anormal. Lima *et al* (2016), associa o diagnóstico de padrão respiratório ineficaz, com o diagnóstico de troca de gases prejudicada, por apresentarem as mesmas características definidoras e serão evidenciados pelas mesmas anormalidades (LIMA *et al*, 2016).

Contudo apesar destes diagnósticos serem apresentados pelos estudos, é importante salientar que o paciente estará em uso de ventilação mecânica, todavia o seu padrão respiratório não será ineficaz caso, esteja, estará ligada a falhas no ventilador. É prudente salientar neste interim a pesquisa de Ocko (2014), onde ao apresentar os cuidados de enfermagem a respeito do padrão respiratório, retifica, que os comandos principais da respiração encontra-se no hipotálamo, uma vez que ocorre uma lesão cerebral essa estrutura poderá ficar comprometida, o que definirá um padrão respiratório ineficaz (OCKO, 2014).

Em consonância a isto, outro diagnóstico potencial é o de risco de aspiração, neste caso estará relacionado a incapacidade de mobilidade torácica deste paciente, dentro dessa perspectiva o enfermeiro deverá agir com o intuito de prevenir complicações. Algumas intervenções de enfermagem, como, posicionar o paciente em ângulo de 45°, manter a cabeça lateralizada, não será possível tendo em vista os cuidados para a PIC, portanto para este diagnóstico cabe manter aspirador disponível e funcionando e se atentar aos sinais de broncoaspiração (SOUZA, CARVALHO, PALDINO, 2012).

O diagnóstico de débito cardíaco diminuído, foi atribuído a presença de bradicardia, tendo em vista que a bradicardia será apresentada caso de aumento da PIC. Contudo baseados nos estudos da American Stroke Association (2012), Nunes (2017), intensifica que para efetivar de forma fidedigna esse diagnóstico, o enfermeiro deverá analisar não somente a bradicardia como característica definidora, outros parâmetros como elevação da pressão arterial e da pressão arterial média, frequência cardíaca e pulsos periféricos também contribuem para a melhor intervenção dentro do processo de enfermagem (NUNES, 2017).

Neste sentido são ações do enfermeiro o acompanhamento da pressão arterial, pressão arterial média, realizar ausculta cardíaca se atentando a possível presença de sons B3 e B4, realizar gasometria arterial se atentando ao aumento do nível de lactato, acompanhar saturação e medicar paciente se necessário conforme prescrição médica (BEZERRA *et al*, 2014).

Foi possível identificar também o diagnóstico de risco de glicemia instável, devido alteração no estado neurológico, evidenciado por déficit cognitivo, este diagnóstico é frequentemente utilizado nos pacientes que apresentam AVEi, contudo partindo das discussões e protocolos estabelecidos pela American Academy of Neurology (2012) pacientes que sofreram AVEh também necessita da devida atenção neste sentido para

melhores cuidados e conseqüentemente atuação do enfermeiro no prognóstico deste sujeito se estabelece o diagnóstico de risco de glicemia instável. Cabe ao enfermeiro monitorar a glicemia de 4 em 4 horas, se atentar aos sinais que indicam hipoglicemia ou hiperglicemia (AAN,2012).

Seguindo, é abordado o diagnóstico de risco de infecção, este diagnóstico pode estar relacionado a um conjunto de fatores, principalmente pelo procedimento neurocirúrgico onde ocorre a exposição das estruturas neurológicas, como também pelo aparato de dispositivos que o paciente estará em uso. Mattia *et al* (2011) reforça que o risco de infecção estabelece relação ao uso do cateterismo vesical de demora, cateter de derivação ventricular externa (DVE), cateter venoso central ou periférico, incisão cirúrgica e ventilação mecânica. Outros fatores como idade e doenças crônicas, também terão influência para aplicação deste diagnóstico (MATTIAET *et al*, 2011).

A respeito disto Freitas *et al* (2012) faz uma ressalva sobre as infecções ao paciente neurocrítico, caso ele venha a apresentar uma infecção, ocorrerá uma piora no quadro clínico, condições de nutrição e imunidade prejudicadas, a chance de o quadro de infecção evoluir para uma sepse será maior, o que reforça a importância do diagnóstico de risco de infecção dentro do processo de trabalho de enfermagem para este paciente. Como intervenções de enfermagem o enfermeiro pode estabelecer, a realização do curativo de forma asséptica, monitorando no local da ferida sangramento, protuberância ou vazamento de líquido cérebro-espinhal, é relevante manusear os dispositivos invasivos utilizando materiais estéreis (FREITAS *et al*, 2012).

O diagnóstico de volume de líquido comprometido e desequilíbrio eletrolítico parte da preocupação com possíveis sangramentos. Contudo, Geadk *et al* (2018) aponta que em vista do procedimento cirúrgico poderá haver pressão direta em estruturas hipofisárias, estimulando a produção e excreção de hormônios antidiuréticos, o que levará a retenção de líquido e conseqüentemente a carga de líquido infundidos excede a excreção renal, levando ao desequilíbrio. Diante disto, cabe ao enfermeiro administrar a infusão os líquidos através do balanço hídrico, como também verificar condições de hidratação levando em conta edema e mucosas (GEADL *et al*, 2018).

Reforçando o diagnóstico de enfermagem de Bianchimi *et al* (2017) descreve em seu estudo que o desequilíbrio eletrolítico irá ocorrer devido ao comprometimento dos

sistemas reguladores sendo estes o cardíaco e neurológico, o paciente mostrará complicações nestes dois sistemas, o que retifica a relevância deste diagnóstico de enfermagem (BIANCHIMI *et al*, 2017).

A partir da análise dos estudos fica perceptível a contribuição do processo de enfermagem na prática assistencial do paciente acometido por AVEh e submetido a craniectomia descompressiva, sua aplicação é fundamental para a criação de um plano de cuidados de enfermagem individualizado.

É reconhecível pelos estudos a complexidade envolvendo a assistência ao paciente acometido por AVEh, por certo, a demanda de cuidados se mostrará maior em decorrência do tratamento cirúrgico de craniectomia descompressiva, para melhor efetividade do trabalho, o enfermeiro será o pioneiro na prestação da assistência, neste sentido, o mesmo a efetivará de maneira integral, para tanto é inquestionável o uso da sistematização da assistência de enfermagem em comunhão com suas etapas, incluindo o histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação da assistência e avaliação quem passará o resultado de tudo isso, será o paciente, todavia é nítido que ao passo que a assistência de enfermagem é empregada de maneira sistematizada os resultados apresentados serão positivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A pesquisa possibilitou identificar contribuições da assistência de enfermagem aos pacientes que foram submetidos a craniectomia descompressiva por AVEh, compreendendo que para efetuar essa assistência é fundamental a implementação do processo de enfermagem, o qual é realizado diretamente pelo enfermeiro.

Ao identificar as atribuições do enfermeiro é perceptível que sua prática frente ao paciente neurocrítico envolve cuidados complexos e específicos, pois, seu trabalho envolve manter este paciente hemodinamicamente estável e prevenir futuras complicações, lhe exigindo conhecimento técnico científico adequado, sendo primordial capacitações constantes para esse profissional visto que ocorre frequentemente novas atualizações, portanto são necessários mais estudos nessa área enriquecendo os cuidados de enfermagem.

Ficou claro que a aplicação do processo de enfermagem facilita e direciona o atendimento dos pacientes acometido pela patologia, proporcionando maior segurança e qualidade para a assistência a esse paciente e evitando complicações. O planejamento do enfermeiro é essencial para direcionar a equipe técnica e corroborar com o tratamento terapêutico garantindo assim, a recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

ARRUDA; F. F. A. CALHEIROS; V. P. SALES; V. M. BIONE; E. C. O. SILVA; N. S. B. SOUZA; M. O. **Cuidados de enfermagem na pressão intracraniana (PIC)**; Rev. Saúde; V. 11; P. 63; São Paulo; 2017.

BARCELOS; D. G. SANTOS. C. M. MANHÃES; L. S. P. AZEVEDO; A. S. **Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico na unidade de terapia intensiva**; Rev. Biol. & Saúde; v 6; p 41-53; Rio de Janeiro; 2016.

BEZERRA; A. L. C. CARVALHO; R. F. VITOR; A. F. FELIPE; L; C; ARAUJO; **A. R. A. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído: revisão integrativa**; Ver. Enferm. UFPE Online; v 5; p 1372-1380; Recife; 2014.

Bianchini1; S. M. Galvão; C. M. Arcuril; E. P. M. **Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa**; Biblioteca da Escola de Enfermagem BENF; V 9; P 112-116; São Paulo; 2010.

BRASIL; **Hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no País**; Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de-pessoas-no-pais>; Acessado em: 13 de junho de 2019.

BROCA; P; V; FERREIRA; M; A; **Equipe de enfermagem e comunicação**; Rev. BRas.Enf; V. 65; P. 97-103; Brasília; 2012.

CASTRO; J; A; B; EPSTEIN; M; G; SABINO; G; B; NOGEIRA; G; L; O; BLANKENBURG; C; STASZKO; K; F; FILHO; W; A; **Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico**; RevBrasClinMed; Vol. 7; P 171-173; São Paulo; 2009.

Cavalheiro; A. M. Piovesan; M; C; G; Junior; D; F; M; Senna; A; P; R; Shiramizo; S; C; P; L; Ribas; M; R; Santos; O; F; P; **Hemorragia intracerebral espontânea: Reflexo da monitorização beira leito pela enfermagem**; Rev Neurocienc; V 18; P 347-352; São Paulo; 2012.

CAVALHEIRO; A.; M.; PIOVESAN; M.; C.; G.; JUNIOR; D.; F.; M.; SSENNA; A.; P.; R.; SHIRAMIZO; S.; C.; P.; L.; RIBAS; M.; R.; SANTOS; O.; F.; P.; **Hemorragia intracerebral espontâneas: Reflexo da monitorização beira leito pela enfermagem**; Rev. Neurocienc; 18º, Ed. Pág.347-352; São Paulo, 2010.

CHAVES; M; L; F; **Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco**; RevBrasHipertens; vol 7 (4); P. 372-382; Porto Alegre; 2000.

CHAVES; M; L; F; FINKELSZTEJN; A; STEFANI; M; A; **Rotina em neurologia e neurocirurgia**; Porto Alegre; Artmed; 2008.

CHIANA; T. C. M. LIMA; A. P. S; SALGADO; P. O. **Diagnósticos de enfermagem indentificados em pacientes internados em unidades de terapia intensiva adulto**; Rev.Esc. Enferm; c 40; p 1102-1108; São Paulo; 2012.

CHRISTÓFORO; B; E; CARVALHO; O; S; **Cuidados de enfermagem realizados no paciente cirúrgico no período pré-operatório**; Rev. ES. Enfer. USP; V. 43; P 14-22; São Paulo; 2009.

Connolly; S; E; , Alejandro; A. Rabinstein ; J. Colin P.R. C. Randall; T. D. J. D. Higashida , Brian; L. H. Catherine; J. Andrew; M. K. Christopher N. S. Aman; B. O. Patel; B. Gregory; T. Vespa; P. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association**; Rev. Stroke is availabl. V 43; p 1711–1737. EUA; 2012.

FARIA; A; C; A; MARTINS; M; M; F; P; S; SCHOELLER; S; D; MATOS; L; O; **Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação**; Rev. BrasEnferm; Vol. 70; P 520-528; 2017.

FERNANDES; S; T; GODOY; S; R; MONTANARO; A; C; OLIVEIRA; P; G; D; **Infarto maligno cerebral e craniectomia descompressiva. Revisão da literatura**. Rev. ArqBras Neurocirurgia; Vol. 27; P 54-60; São Paulo; 2008.

FREITAS; O. C. MELLO; L. R. BOER; V. H. BERNARDES; C. I. HAAS; L. J. SOUZA; R. V. C. **Hemorragia intracerebral espontânea, conduta terapêutica e resultados em 391 pacientes**; Rev. Bras. Neurocirurg. V 23; p 108-117; Rio Grande do Sul; 2012.

FUNCHAL; B. F. ALVES; M. M.; SURIANOI. C.; NETO; F. E. C; FERRAZ; M. E.M.R., SILVA; G. S.; **Intracranial pressure following decompressive hemicraniectomy for malignant cerebral infarction: clinical and treatment correlations**; Rev. Arq Neuropsiquiatr; v 12; P: 812-815; São Paulo; 2018.

FURUKAWA; P; O; CUNHA; I; C; K; O; **Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados**; RevLatino Am. Enfermagem; V. 19; P. 01-09; São Paulo; 2011.

GOLDMAN; L; AUSIELLO; D; **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. 24ª Edição; Rio de Janeiro; Elsevier; 2014.

GOMES; S; R; SENNA; **Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral**; Rev. Cogitare Enfermagem; Vol. 13; P 220-226; Rio de Janeiro; 2008;

GUSMÃO; S.; S.; SOUZA; J.; G.; **História da Neurocirurgia no Brasil**; 2. Ed. São Paulo: 2008; Pag. 41-67.

HERDMAN; H; KAMITSURU S; **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**;

HERRERO; S. CARRERO; E. VALERO; R. RIOS; J. FÁBREGAS; N. **Monitoramento de pacientes neurocirúrgicos no pós-operatório – utilidades dos escores de avaliação neurológica**; Rev. Bras. Anestesiologia; v 67; P 153-165; São Paulo; 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Pesquisa Nacional de Saúde 2013 Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação - Rio de Janeiro, RJ – Brasil; 2014.

JUNIOR; E; A; YAMASHITA; H; **Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética; Rev. Bras. Psiquiatria**; V. 23; P. 2-3; São Paulo; 2001.

JUNIOR; M; A; R; FERNANDES; C; M; A; NEVES; E; A; COTA; G; A; R; **Craniectomia descompressiva: análise crítica baseada em relatos de caso.** Rev. ArqBras Neurocirurgia; Vol. 32; P 250-254; São Paulo; 2013.

LAKATOS; E.; M.; MARCONI; M.; A.; **Fundamentos de Metodologia Científica**; Ed. 8; Editora, Atlas; São Paulo; 2017.

LAVOR; I; G; ANGRA; G; NEPOMUCENO; C; M; **Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina Grande – PB**; Rev. Tema; Vol. 12, Nº 17; Paraíba; 2011;

LIMA; A. C. M. A. C. C. SILVA; L. L. GUERRA; D. R. BARBOSA; I. V. BEZERRA; K. C. ORIÁ; M. O. B. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa**; REBEN; v 69; p 785-792; Fortaleza; 2016.

LIMA; M; R; PAGLIOLI; R; FILHO; J; R; **Diagnóstico por imagem do acidente vascular encefálico**; Disponível em:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881595/diagnostico-por-imagem-do-acidente-vascular-encefalico.pdf>; Acessado em: 01 de julho de 2019.

MANGUEIRA; S; O; LIMA; J; T; S; COSTA; S; L; A; NOBREGA; M; M; L; LOPES; M; V; O; **Implementação da sistematização da assistência de enfermagem, opinião de uma equipe hospitalar**; Rev.Enfermagem; V. 43; P. 135-138; São Paulo; 2012.

Mattia; A. L. Barbosa; M. H. Pontes; D. C. Alves; D. C. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral**; Biblioteca J Baeta Vianna; V 14; P 388- 394; São Paulo; 2011.

MENDES; K.; D.; S.; SILVEIRA; R.; C.; C.; P.; GALVÃO; C.; M.; **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**; Rev. enferm. vol.17 no.4; Florianópolis; 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE; Diabetes aumenta no país e já atinge 9% dos brasileiros;
<http://portalms.saude.gov.br/noticias/sas/41846-diabetes-aumenta-no-pais-e-ja-atinge-9-dos-brasileiros>; Acessado em 22 de abril de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Informações de saúde:PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO – BRASIL;
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiba.def>; Acessado em: 15 de março de 2019.

MINISTERIO DA SAÚDE; Um em cada quatro brasileiros adultos dizem ter diagnóstico médico de hipertensão; <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43123-um-em-cada-quatro-brasileiros-adultos-dizem-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao>; Acessado em 22 de abril de 2019.

NETO; R; S; NOMURA; C; H; MACEDO; A; C; S; BLANCO; D; P; KAY; F; V; SZARF; G; TELES; G; B; S; **Angiotomografia computadorizada de coronárias com tomógrafo com 320 fileiras de detectores e utilizando o AIDR-3D: experiência inicial**; Rev Einstein; V. 11; P. 400-404; São Paulo; 2013.

NOBRE; M; C; MONTEIRO; M; ALBUQUERQUE; A; C; VELOSO; A; T; MENDES; V; A; SILVEIRA; M; F; FILHO; L; D; S; SILVA; M; J; BICALHO; G; V; C; **Craniectomia descompressiva para tratamento de hipertensão intracraniana secundária a infarto encefálico isquêmico extenso**; Rev. Arq Neuropsiquiatria; Vol. 65; P 107-113; Minas Gerais; 2007.

NUNES; D. L. S. FONTES; W. S. LIMA; M. A. **Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico**; Rev. Bras. Ciências da saúde; V. 21; P. 87-96; Piauí; 2017.

PEREIRA; A.; B; C; ALVARENGA; H; JÚNIOR; R; S; BARBOSA; M; T; S; **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família**; Cad. Saúde Pública; Vol. 25; p 1929-1936; Rio de Janeiro; 2009.

PIZZANI; L; SILVA; R.; C.; BELLO; S.; F.; HAYASHI; M.; C.; P.; I.; **A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento**; RDBCI v. 10 n. 2; São Carlos; 2012.

POKORSKI; S; MORAES; M; A; CHIRELLI; R; COSTANZI; A; P; RABELO; E; R; **Processo de enfermagem: da literatura a prática. O que de fato nós estamos fazendo?**; Rev. Latino Am. Enfermagem; V. 17 n13; São Pulo; 2009.

REFEÊNCIAS

SANTOS; A; G; COSTA; N; A; M; **Atendimento da equipe de saúde a pacientes vítimas de acidente vascular cerebral**; Rev. Rede de Cuidados em Saúde; Vol. 6; P 1-13; Piauí; 2012.

SIQUEIRA; E. M. P. DICCINI; S. **Complicações pós-operatórias em neurologia eletiva e não eletiva**; Acta. Pauli. Enferm. V. 30; P. 30-36; São Paulo; 2017.

SOUZA; M.; T.; SILVA; M.; D.; CARVALHO; R.; **Revisão integrativa: o que é e como fazer**; Rev. Einstein; Vol. 8; P. 102-6; São Paulo; 2010.

SOUZA; T. M. CARVALHO; R. PAUDINO; C. M. **Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica**; Rev. SOBECC; v 17; p 33-47; São Paulo; 2012.

SULLUM; A; M; C; PARANHOS; W; Y; **O enfermeiro em situações de emergência**; 2ª edição; São Paulo; Atheneu; 2013.

TRUPPEL; T. C. MEIER; M. J. CALIXTO; R. C. PERUZZO; S. A. CROZETA; K. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**; REBEN; v 62; p 221-227; Brasília; 2009.

TURCATO; C; PEREIRA; S; W; GHIZONI; M; F; Hemorragia subaracnóide; Arquivos Catarinenses de Medicina; Vol. 35, no 2; P. 78-84; Santa Catarina; 2006.

VELAR, Wagner Mauad. Tempo é cérebro. ComCiência [online]. 2009, n.109, pp. 0-0. ISSN 1519-7654.; Disponível em:<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a23n109.pdf>; Acessado em: 30 de maio de 2019.

ZÉTOLA; V; H; **Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos**; Rev. Arq Neuropsiquiatria; Vol. 59; P 740-745; Minas Gerais; 2001.