

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE CRÍTICO INTERNADO NA UTI

Brenna Marcela Evangelista Baltazar<sup>1</sup>; Ingrid Raiane Renê Cordeiro<sup>1</sup>; Francisca Wrisselia Augusto Noronha<sup>1</sup>; Renan Aviz do Nascimento<sup>1</sup>; Esleane Vilela Vasconcelos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação, <sup>2</sup>Mestrado  
Universidade Federal do Pará (UFPA)  
marcelabaltazar@hotmail.com

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente<sup>1</sup>. O ponto central da Sistematização da Assistência de Enfermagem é guiar as ações de enfermagem a fim de que possa atender as necessidades individuais do cliente, família e comunidade. Através dela é possível identificar as repostas e atender as necessidades afetadas e prevenir futuros agravos. O Paciente crítico ou grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão ou sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato. **Objetivos:** Elaborar e executar um plano de cuidados baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo Manual de Diagnóstico de Enfermagem Carpenito a um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), com insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca crônica, SEPSE e síndrome icterícia. Além de buscar aprimorar os conhecimentos sobre tais patologias. **Descrição da Experiência:** O estudo é de caráter descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de caso. A pesquisa foi desenvolvida durante a prática hospitalar da atividade Enfermagem em Terapia Intensiva do curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará em um hospital universitário. Foi realizada uma busca ativa no prontuário do paciente, onde foram coletadas informações como exames laboratoriais, história clínica pregressa e atual, prescrições médicas e as evoluções descrevendo o quadro clínico diário do paciente. Foi realizada anamnese e exame físico no cliente, além do levantamento teórico do tema nas literaturas e bases de dados eletrônicos com Scielo e Bireme. E a partir da identificação dos problemas de enfermagem foi possível traçar um plano assistencial e com isso definir as intervenções de enfermagem objetivando alcançar resultados satisfatórios. **Resultados:** B.C.X.F, 52 anos, sexo masculino, solteiro, procedente de Castanhal- PA, 2º grau completo. Tabagista e etilista. Reside em área urbana com condições de saneamento básico, renda mensal de um salário mínimo. Cardiopata crônico há 4 anos, apresenta em MSE amputação de 3º quirodáctilo, nega HAS e DM. Paciente deu entrada no HUIBB no dia 27/05/2016 para investigação e tratamento na clínica médica, com impressão de diagnóstica de cirrose hepática e coledolitiase, evoluindo com parada cardiorespiratória no dia 28/05/2016. Encaminhado para o CTI ventilando com ambú, instalado VM mantendo lida PCP. Paciente em 12º dia de CTI, com síndrome icterícia + ICC+ IRA+ IRpA+SEPSE. Paciente sedado, Ramsay 6, pupilas isocóricas, pele e mucosa icterícas e ressecadas, entubado em VM. PCV 15cm de H<sub>2</sub>O, Ti 1.0s, FR 12/14 rpm, PEEP 5 cm de H<sub>2</sub>O, sens 3.0 l/m FiO<sub>2</sub> 30%. Monitorizado em multiparametros, taquicárdico(108 bpm), hipotérmico(35,8°C), PA 107/61 mmHg, SAT 99%. AP: MV presentes sem RA. BCNF: arritmico, sem sopro. Acesso central por intracath, em VJE, inserção sem sinais de infecção, recebendo dormonid 15 ml/h, ancoron 10 ml/h, hidratação 60 ml/h e solução glicosada 100 ml/h. Abdômen plano, flácido, sem

megas e RH presentes. SNE fixada, recebendo 24 ml/h de dieta enteral. Membros edemaciados. Diurese espontânea em pouca quantidade por uropen de aspecto concentrado. Através dessas informações foram identificados cinco diagnósticos de enfermagem para atender as necessidades humanas básicas afetadas do paciente: Risco de complicações de sangramento gastro intestinais relacionado a ventilação mecânica prolongada, distúrbio do sistema gastrointestinal, hepático e biliar. As intervenções prescritas foram: Monitorar aparecimento de sinais e sintomas como sangue nas fezes, hipotensão, taquicardia, diarreia e constipação. Monitorar frequentemente os sinais vitais em especial o pulso, e a pressão sanguínea. Monitorar hemoglobinas, hematócritos, e a contagem de hemácias e plaquetas. Hipotermia relacionado a pele fria, palidez, tremores e pulso e respiração diminuídos. As intervenções prescritas foram: Proteger as extremidades com algodão ortopédico e ataduras. Manter paciente aquecido com cobertor. Monitorar esporadicamente o paciente e atentar para sinais de hemorragias internas. Risco de aspiração relacionado a presença de TOT, nível reduzido de consciência secundário a sedação (coma) à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundária a sedação e sondas para alimentação. As intervenções prescritas foram: Manter cabeceira da cama elevada. Liberar a boca e a orofaringe com lenço de papel ou por aspiração delicada. Inflar o balonete do cuff. Aspirar sempre que necessário. Integridade tissular prejudicada relacionado a edema, eritema e mucosa ressecada. As intervenções prescritas foram: Umidificar com água destilada as mucosas ressecadas. Realizar mudança de decúbito a cada duas horas. Manter a pele hidratada com hidratantes corporais. Realizar a utilização de coxins. Dada a importância da implementação da SAE, os diagnósticos levantados nesse estudo foram analisados de acordo com os seus fatores relacionados, suas definições e foram propostas intervenções e práticas de enfermagem, visando à melhor assistência com os recursos disponíveis, para que, em seguida, fosse observada a avaliação dos resultados de enfermagem. Quanto às intervenções de enfermagem listadas, elas foram baseadas nas reais necessidades da paciente. Além disso, foi possível construir um plano de cuidados de enfermagem que viabiliza a aplicação do Processo de Enfermagem. **Conclusão/Considerações Finais:** Por intermédio da SAE, obtemos resultados positivos, pois desenvolvemos, com a ajuda do paciente, planos para um atendimento de qualidade e melhora do quadro clínico do mesmo. O principal foco desse estudo foi elaborar uma Sistematização de Assistência de Enfermagem eficaz ao paciente, o diagnóstico de enfermagem abre possibilidades para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, através dela é possível direcionar os cuidados específicos para cada sinal e sintoma referente à doença, por conseguinte, proporcionar conforto, uma recuperação eficaz e um melhor enfrentamento dos sintomas da moléstia melhorando sua condição de saúde e bem-estar. A SAE cria uma linguagem própria para descrever os problemas do paciente. Logo, o enfermeiro tem competência para resolver, buscando e organizando os conhecimentos técnicos e científicos nos cuidados prestados ao paciente crítico. Dessa forma o presente trabalho nos proporcionou a observação do quanto é importante o papel dos profissionais da área da saúde que atuam na assistência aos pacientes internados no centro de terapia intensiva, principalmente a do enfermeiro, que é quem acompanha o paciente de perto no decorrer de sua internação.

### **Referências:**

1. ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.
2. CARPENITO, LJ. Manual de diagnósticos em Enfermagem. 13º edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

3. HORTA, V Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009. Porto Alegre: Artmed, 2009.
4. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Medico-cirúrgica. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v 1.