**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) A UMA PACIENTE GRAVE EM UMA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

COELHO, Evelym Cristina da Silva (AUTOR RELATOR)1

VIEIRA, Mário Antônio Moraes ( AUTOR ORIENTADOR) 2

DUARTE, Maria Selma Carvalho Frota3 (AUTOR)3

FREITAS, Keila Caroline Correa (AUTOR)4

CRUZ, Leticia dos Santos (AUTOR)5

MATOS, Widson Davi Vaz (AUTOR)6

SENA, Aloma Soares (AUTOR)7

COELHO, Elvis Nestor da Silva (AUTOR)8

**INTRODUÇÃO** Com a reforma psiquiátrica a assistência ao paciente ganhou novo significado, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. De modo que o enfermeiro psiquiátrico passou a ser visto como agente terapêutico, sendo, portanto, de suma importância que este tenha capacidade de adequar seu processo de trabalho às necessidades dessa nova demanda, com destaque para os cuidados de enfermagem voltados para a reabilitação de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. o PE torna-se fundamental para o desenvolvimento do cuidado integral, embasando cientificamente as ações prestadas. **OBJETIVO** Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma paciente grave em uma Emergência Psiquiátrica. **RESULTADOS** Realizou-se o acompanhamento de uma paciente grave em uma emergência psiquiátrica, durante seu período de internação. A fim de ofertar um cuidado de qualidade, com bases científicas, aplicou-se a SAE. Ao coletar o histórico da paciente, foram identificadas as seguintes necessidades humanas básicas alteradas: Sono e repouso, locomoção, auto- estima, hidratação, nutrição, eliminação e integridade cutâneo- mucosa. Com base em tais alterações, elencou-se os seguintes diagnósticos de enfermagem : Insônia, relacionado a depressão e estressores, evidenciado por dificuldade para iniciar o sono e estado de saúde comprometido; Autonegligência, relacionado a transtorno psicótico e psiquiátrico, evidenciado por Falta de adesão a atividades de saúde e Higiene pessoal insuficiente; Risco para quedas, relacionado a rebaixamento do estado mental e mobilidade prejudicada; Risco de infecção, relacionado a alteração do peristaltismo, desnutrição e procedimento invasivo; Eliminação urinária prejudicada, relacionado a dano sensório-motor , evidenciado por retenção urinária; Nutrição desiquilibrada, relacionada incapacidade de ingerir os alimentos e transtorno psicológico, evidenciado por fraqueza dos músculos necessários à mastigação e deglutição e interesse insuficiente pelos alimentos ; Risco de lesão por pressão, relacionado atrito em superfície, nutrição inadequada, pele ressecada e redução da mobilidade. De acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados, seguiu-se com o planejamento das ações necessárias para as melhores intervenções possíveis no cuidado. Dentre estas prescrições de cuidado, estavam: Administrar e controlar terapia medicamentosa conforme prescrição médica; controlar as alterações do padrão de humor; proporcionar ambiente tranquilo e confortável para o descanso; Realizar banho no leito; Hidratar a pele e proteger as regiões com protuberância óssea; Supervisionar a pele e registrar; Realizar mudança de decúbito; Realizar passagem de SNG conforme prescrição médica e monitorar nutrição; Realizar passagem de SVD conforme prescrição médica; Realizar balanço hídrico e registrar; Monitorar a necessidade de permanência da SVD, a fim de ficar o menor tempo possível. Ao decorrer do período de permanência da paciente no setor de emergência, foi identificado a evolução melhora de seu quadro clínico-psiquiátrico. A paciente, após estimulações para a ingesta de nutricional via oral, foi decido a retirada da SNG, bem como a retirada da SVD, e a normalização de sua diurese, evitando, assim, quadros infecciosos; Mesmo com o risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, a paciente recebeu alta, com sua pele íntegra; Estabeleceu-se a melhora do sono e repouso, com a adequação das medicações e suas realizações no horário determinado, conforme prescrição médica; Além da melhora do autocuidado, com capacidade de desempenhar as tarefas físicas básicas e de cuidado pessoal, de forma e a capacidade de manter o asseio pessoal e a aparência organizada, de forma independente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM:** A sistematização da assistência de enfermagem, proporciona a enfermeira a tomada de decisão, assim como fornece aporte para o estabelecimento dos diagnósticos, resultados esperados e ações com qualidade, gerando um cuidado integral e melhora do prognóstico do paciente, e no contexto de uma  
unidade de internação psiquiátrica, pode trazer a contribuição de projetos terapêuticos no âmbito da equipe multiprofissional. **DESCRITORES:** Processo de enfermagem; Enfermagem Psiquiatria; Saúde mental **REFERENCIAS:** Herdman TH, Kamitsuru SK. Diagnóstico de enfermagem da Nanda-I. 11º Edição. Porto Alegre: Artimed; 2017. Toledo VP, Motobu SN, Garcia APRF. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. Rev. Baian 2015 Jun; 29(2):172-179.