

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

PLANEJAMENTO E RELATÓRIO SOBRE ASSISTÊNCIA À CLIENTES PORTADORES
DE DOENÇAS PULMONARES, NO HOSPITAL NEREU RAMOS, UTILIZANDO A
TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E PROCESSO DE
ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA DE AGUIAR HORTA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0222
Título: Planejamento e relatório sobre
assistência à clientes portadores de doenças



Ac. 241052

972521775

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ELABORADO POR: IVONE CARMEN BIEGER

MARIA ISABEL BIFF

MARIA SALETE KOERICH INÁCIO

MARIA TEREZINHA TEIXEIRA BRAGA

ORIENTADORA: LIDVINA HERR

SUPERVISORA: ELINE DONALD SPRÍCIGO

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0222
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO/DEZEMBRO/1989

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CCS/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

ASSISTÊNCIA A CLIENTES PORTADORES DE DOENÇAS PULMONARES,
NO HOSPITAL NEREU RAMOS, UTILIZANDO A TEORIA DAS NECES-
SIDADES HUMANAS BÁSICAS E PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUN-
DO WANDA DE AGUIAR HORTA.

ELABORADO POR:

- IVONE CARMEN BIEGER
- MARIA ISABEL BIFF
- MARIA SALETE KOERICH INACIO
- MARIA TEREZINHA TEIXEIRA BRAGA

ORIENTADORA: LIDVINA HERR

SUPERVISORA: ELINE DONALD SPRÍCIGO

FLORIANÓPOLIS
SETEMBRO/1989

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Professora Lidvina Horr, pela orientação constante e pela amizade dispensada ao grupo.

"Aplausos, quando não os fundamenta o mérito, aflagam certamente o espírito, e dão algum verniz de celebridade; mas quem tem vontade de aprender e quer fazer alguma coisa, prefere a lição que melhora ao ruído que lisonjeia."

Machado de Assis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Levantamento Quantitativo dos Recursos Humanos...	3
1.2. Levantamento Qualitativo dos Recursos Humanos...	8
2. OBJETIVOS	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
Processo de Enfermagem	19
4. ADAPTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA ...	23
4.1. Histórico de Enfermagem	23
4.2. Plano de Cuidados (PC)	25
4.3. Evolução de Enfermagem	28
5. PLANO DE ATUAÇÃO	31
6. CRONOGRAMA	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	46

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma proposta de atuação na área de Saúde do Adulto com Intercorrências Clínicas, elaborado por um grupo de quatro alunas: Ivone Carmem Bieger, Maria Isabel Biff, Maria Salete Koerich Inácio e Maria Terezinha Teixeira Braga, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O trabalho será desenvolvido na Unidade de Pneumologia Feminina, denominada P₃, do Hospital Nereu Ramos (HNR), localizado na Rua Rui Barbosa s/nº, Agronômica, Florianópolis - Santa Catarina, no período de 27/09 a 30/11/89, com a carga horária diária de 5 horas, perfazendo um total de 220 horas, distribuídas em 44 dias, cuja escala de serviço encontra-se no Anexo 1.

A orientação desse projeto será efetuada pela Professora Lidvina Horr, pertencente ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. A supervisão ficará a cargo da Enfermeira Eline Donald Sprícigo, do quadro funcional do HNR, responsável pela pneumologia feminina. Optamos por este campo de estágio, pois o mesmo oferece espaço para implantação de uma

metodologia assistencial de enfermagem, sendo este o objetivo primordial do grupo que pretende vivenciar esta experiência ainda enquanto alunas. Além disso, tivemos poucas oportunidades de contactar e assistir pacientes portadores de doenças pulmonares.

O HNR, pertencente à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), não possui uma filosofia própria, apoiando-se nos princípios político-assistenciais da FHSC que tem por finalidade: "executar política de saúde do governo estadual, desenvolvendo para isto atividades de medicina integral em seus aspectos preventivos e de atenção médico hospitalar à população catarinense".

Segundo o estatuto vigente, é uma entidade de caráter beneficente, dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Florianópolis e jurisdição em todo território catarinense.

O HNR foi inaugurado em 06 de janeiro de 1943 pelo Exmo. Dr. Nereu Ramos, então Governador do Estado.

A instituição, quando da sua inauguração, tinha por finalidade o isolamento das doenças contagiosas e das pessoas acometidas pela tuberculose e seu tratamento em nível sanatorial. Durante o governo de Irineu Bornhausen, em 1953, foi ampliada a estrutura física para a área administrativa. No período governamental de Heriberto Hülse, em 1960, foram construídos mais dois pavilhões, destinados ao tratamento de pacientes tuberculosos. Até o ano de 1971 esta instituição estava subordinada diretamente à Secretaria da Saúde. Após esta data, passou a fazer parte da rede hospitalar da FHSC.

Com o decorrer dos anos a instituição passou por diversas

adaptações, de acordo com as necessidades encontradas.

Atualmente, o hospital está dividido em três clínicas específicas: Pneumologia (42 leitos), Tisiologia (40 leitos) e Moléstias Infecto-Contagiosas Agudas - MICA (20 leitos).

As unidades de Pneumologia, em número de quatro, foram inauguradas em julho de 1982, as quais localizam-se no primeiro pavilhão. A Pneumologia feminina, local onde se desenvolverá o estágio, situa-se à direita do corredor principal, possuindo: posto de enfermagem, rouparia, onze leitos separados por biom-bos fixos, um banheiro, solarium externo, quatro apartamentos e uma copa, cuja planta física encontra-se no Anexo 2.

No que se refere aos recursos humanos, a unidade de Pneumologia Feminina (P₃) possui 19 funcionários distribuídos conforme escala em anexo (Anexo 3), sendo dois (2) enfermeiros, três (3) técnicos de enfermagem, um (1) auxiliar de enfermagem e 13 atendentes (ASHA), com uma carga horária de 40 horas semanais.cada um.

Para verificarmos se o pessoal que atua na unidade é suficiente quantitativa e qualitativamente, utilizamos as fórmulas indicadas por Feldmann e Alcalá; Alcoforado para a determinação do percentual por categoria.

1.1. Levantamento Quantitativo dos Recursos Humanos

Seguindo os critérios para cálculo de pessoal usados por Feldmann (s/d:42-44), para unidade de clínica médica, obtidos com base na fórmula preconizada pela autora, utilizando-se 3,4 horas de enfermagem, por cliente, nas 24 horas, método utilizado nos Estados Unidos desde o início do século, ou seja:

Média diária de pacientes	x	média de horas de enfer. em 24 horas p/pac.	x	Dias de semana	
<hr/>					20% sobre o total pa- ra cobrir férias, fol- gas, licenças, fal- tas.
Jornada semanal de trabalho					

Para o presente trabalho, a média diária de pacientes foi levantada no serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), com base na média de todas as unidades de Pneumologia, que de, certa forma, não representa a realidade da unidade em questão.

Dados para o cálculo:

- Número de leitos - unidade	15 leitos
- Horas de enf. em 24 horas por pacientes	3,4 horas
- Dias da semana	7 dias
- Número de horas semanais	40 horas
- Média de ocupação	≈ 80%

Cálculos:

a) Média de ocupação 100% - 15 leitos

$$80\% - X$$

$$X = \frac{15 \times 80}{100} = 12 \text{ leitos}$$

b) Número de pessoal necessário

$$\frac{12 \times 3,4 \times 7}{40} = 20\%$$

$$7,14 + 20\%$$

$$7,14 + 1,42 = 8,56 \approx 9 \text{ funcionários.}$$

Conforme os resultados obtidos, a unidade dispõe do dobro de funcionários preconizado por Feldmann. Mas a própria autora prevê alguns aspectos que devem ser considerados, como: "tipo de construção; finalidade do hospital, tipo de moléstias

e tratamento; planta física das diversas unidades de enfermagem, quantidade e qualidade do material..." (Feldman, s/d:42-3).

Convém ressaltar que a unidade P₃ é de construção antiga, visando o atendimento exclusivo de clientes com tuberculose, a qual foi adaptada para unidade de Pneumologia. Além de divergir do estabelecido pelas normas e padrões de construções e instalações do Ministério da Saúde, há carência, também, de recursos materiais.

Acreditamos que este cálculo não condiz com a necessidade da enfermagem atual, uma vez que esta não mais se limita a exercer só tarefas dependentes das prescrições médicas. Atualmente, a enfermagem realiza atendimento independente, visualizando o cliente como um todo, atendendo as necessidades humanas afetadas. O grupo discorda da autora no que se refere ao tempo destinado (3,4 horas diária de enfermagem por cliente), a assistência de enfermagem e na manutenção da unidade para assegurar um atendimento adequado.

Alcala (1982:04) afirma que "o cuidado progressivo do paciente é um conceito dinâmico com aplicação em hospitais de qualquer tipo ou tamanho".

A autora calculou horas de enfermagem segundo o tipo de cuidado e de cliente; sendo que para o cuidado intensivo do adulto preconiza 18 horas de enfermagem para um período de 24 horas; semi-intensivo, 10 horas; intermediário 4,5 e mínimo 25^{*} horas. Estas foram determinadas para unidades de internação, UTI, Unidade Coronariana e outros setores. Para a unidade de internação, os percentuais de nível de atuação, por leitos, foram disposto pela autora como segue: cuidados mínimos, 30%; intermediários 60% e semi-intensivo 10%. O quadro nº 1 apresenta a dis-

tribuição da assistência de Enfermagem por nível de atenção e percentual por leitos.

Quadro nº 1 - Quantificação do pessoal de enfermagem - para unidade da Pneumologia Feminina do HNR, com base nos critérios indicados por Alcalá.

Assistência Enfermagem	Horas de en- fermagem nas 24 horas	% leitos	Número de leitos correspondentes da P ₃	Servi- dores
Cuidados mínimos	2,5	30	3	1,69 ≈ 2
Cuidados intermediá- rios	4,5	60	7	7,16 ≈ 7
Cuidados Semi-in- tensivo	10,0	10	2	4,55 ≈ 5
Total	-	100,00	12	14

1. Dados para os cálculos:

Total de leitos	15
Média de ocupação/80% dos leitos	12

2. Cálculos para determinar o % de leitos segundo o nível de atenção:

a) Cuidados mínimos - 30% dos leitos:

$$\begin{array}{r} 100\% - 12 \\ 80\% - x \end{array} \quad x = \frac{30 \times 12}{100} = 3,6 \text{ leitos} \approx 3$$

b) Cuidados intermediários - 60% dos leitos:

$$\begin{array}{r} 100\% - 12 \\ 60\% - x \end{array} \quad x = \frac{60 \times 12}{100} = 7,2 \text{ leitos} \approx 7$$

c) Cuidados semi-intensivos - 10% dos leitos:

$$\begin{array}{rcl} 100\% & - & 12 \\ 10\% & - & x \end{array} \quad x = \frac{10 \times 12}{100} = 1,2 \text{ leitos} \cong 2$$

3. Fórmula para verificar o número de servidores:

$$\frac{\text{Assistência de enf. nas 24 horas} \times \text{Percentual de leitos correspondentes} \times \text{Dias da semana}}{\text{Jornada de trabalho (horas semanais)}} + 30\%$$

4. Cálculos para determinar o número de servidores:

a) Cuidados mínimos:

$$\frac{2,5 \times 3 \times 7}{40} + 30\% = 1,69 \cong 2$$

b) Cuidados intermediários:

$$\frac{4,5 \times 7 \times 7}{40} + 30\% = 7,16 \cong 7$$

c) Cuidados semi-intensivos:

$$\frac{10 \times 2 \times 7}{40} + 3,6 \cong 4,55 \cong 5$$

Os cálculos mostram que o índice quantitativo existente é superior ao recomendado por Alcalá.

Entretanto, a unidade P₃ é uma ala heterogênea, sendo composta por 1 enfermaria com 11 leitos e 4 apartamentos.

O profissional enfermeiro é responsável, ainda, por mais 6 leitos de outra ala distinta, (P₄). É de rotina a permanência de clientes com diagnósticos desfavoráveis, tanto de enfermagem como médico, especialmente os portadores de DPOC e neoplasias, em fase terminal, estendendo sua permanência na unidade por longo período. Desta forma, eleva a média de leitos semi-inten-

sivos, não correspondendo aos 10% dos leitos citados pela autora. Estes aspectos nos levam a crer que o número de 19 funcionários, hoje atuantes na Pneumo₃, não é excessivo para prestar uma assistência quantitativa e qualitativa correspondente ao número de leitos.

1.2. Levantamentos Qualitativo dos Recursos Humanos

A qualidade dos funcionários influencia diretamente na assistência prestada.

Quantificar o pessoal para prestar assistência, é tão importante quanto determinar a qualidade de profissionais preparados formalmente, com conhecimento técnico-científico para suprir a demanda.

O Quadro nº 2 apresenta a distribuição percentual das várias categorias de enfermagem estabelecido pelos autores citados.

Quadro nº 2 - Distribuição percentual das categorias profissionais/ocupacionais de enfermagem preconizado pelos autores a seguir relacionados.

Categorias	Autores	Feldmann	Alcala	Horr/Alcoforado
Enfermeiro			15%	30%
Técnico e Auxiliar		70%	45%	40%
Atendente		30%	40%	30%
Total		100%	100%	100%

A distribuição percentual sugerida por Alcoforado parece a

mais justa e coerente. Transportando-a para a realidade da P₃ e fazendo-se a comparação entre o existente e o recomendado, observa-se uma grande defasagem como mostra o Quadro nº 3.

Quadro nº 3 - Distribuição comparativa entre o percentual/categorias profissionais de enfermagem existente e o que determina Alcoforado.

Categorias	Percentuais		Preconizado por Alcoforado/Horr	
	nº	%	nº	%
Enfermeiros	2	10,53	6	30,00
Téc./Aux. Enf.	4	21,05	8	40,00
Atendentes	13	68,42	5	30,00
Total	19	100,00	19	100,00

A qualidade da assistência de enfermagem existente na P₃ não se aproxima do que estabelecem os autores já mencionados. Desta forma há uma sobrecarga para o enfermeiro, dificultando sua atuação na assistência direta e supervisão dos funcionários, tomando grande parte do seu tempo em atividades administrativas.

A grande força de trabalho é do atendente, que necessita de uma supervisão mais direta e treinamento constante. Com o número insuficiente de enfermeiros, cabe ao técnico ou auxiliar supervisionar o atendente e a unidade, trazendo prejuízo à assistência prestada ao cliente.

A lei do exercício profissional não define as atribuições do atendente (ASHA), sendo que esta função será extinta no prazo de 10 anos, a partir de 1986.

O regulamento do hospital determina as atribuições do aten

dente, porém se este as cumprir acarretará uma sobrecarga de trabalho aos técnicos e auxiliares.

Observamos que existe uma incoerência entre o regulamento e a prática, obrigando o atendente a realizar tarefas fora de sua competência.

O Quadro nº 3 mostra, também, que o número de enfermeiros é três vezes menor que o determinado por Alcoforado e os técnicos e auxiliares deveriam duplicar segundo o mesmo autor. É evidente que esta desproporção está diretamente relacionada com a qualidade da assistência oferecida aos clientes. Esta inversão qualitativa de pessoal caracteriza claramente o Sistema de Saúde vigente no País, o qual demonstra a pouca preocupação com a saúde da população e com os profissionais oficialmente preparados nas escolas.

Considerando a necessidade de atingirmos os objetivos propostos no presente trabalho, admitimos ser primordial planejar as atividades que pretendemos desenvolver.

"Sem planejamento os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento no trabalho, há perda de tempo, esforço, energias, recursos materiais e financeiros. O planejamento para ser efetuado se utiliza dos passos do método científico e inclui levantamento dos dados, traçar objetivos, selecionar métodos, executar, avaliar os resultados e concluir.

Planejar compreende selecionar objetivos, diretrizes, processos e programas a partir de uma série de alternativas ou dados coletados. É uma tomada de decisão que afeta o curso futuro de uma atividade técnica mais delicada como um cateterismo, uma punção venosa, etc." (NFR - 1133, 4ª V.C.).

Segundo KRON (1982:117): "Planejar compreende tomar decisões que pressupõe a viabilidade de várias ações dentre as quais se realiza a escolha. Planejar é determinar o tipo de ação. À medida em que o cuidado aos clientes se torna mais complexo, mais importante se torna o planejamento."

"Até certo ponto, planejamento consiste em fazer com que se realizem determinados eventos que de outro modo não se produziriam. É um processo intelectual porquê determina conscientemente um curso de ação baseado em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise. Do planejamento resulta um plano de ação que é o roteiro que coordena as atividades de um grupo (ou indivíduo) para atingir determinados objetivos. Planejamento e controle ou avaliação estão ligados de tal forma que são inseparáveis.

Todo plano precisa ser avaliado à luz de seus objetivos para verificar sua eficiência na execução das atividades e propostas" (NFR 1133 - 4ª V. C).

"Planejar as ações da vida não é uma questão de moda, pois já tem sido comprovadas as vantagens do uso de formas de ações organizadas e programas para se obter os resultados desejados com mais facilidade, menos perda de tempo e melhor aproveitamento dos recursos humanos e econômicos" (DANIEL, 1983:01).

Os autores acima citados são unânimes em afirmar que planejar é necessário para controlar as ações. Controlar é ter as atividades em um curso determinando, para que os desvios porventura ocorridos possam ser corrigidos. Baseado nesta crença o grupo estabeleceu objetivos, a seguir colocados, abrangendo as áreas assistencial, de ensino e organizacional. Para cada objetivo, como se poderá observar posteriormente no plano de ação,

foram feitas as justificativas, definidas as estratégias e o aprazamento. Foram estabelecidos os parâmetros que determinam o alcance ou não dos objetivos.

2. OBJETIVOS

2.1. Planejar e avaliar a assistência de enfermagem prestada aos clientes da unidade Pneumologia Feminina utilizando o processo de enfermagem.

2.2. Prestar assistência aos clientes com doenças pulmonares.

2.3. Desenvolver habilidades técnicas de enfermagem.

2.4. Fazer um estudo das principais doenças pulmonares existentes na unidade de Pneumologia Feminina, apresentando os resumos ao grupo e aos funcionários.

2.5. Fazer levantamento das necessidades de conhecimento dos clientes sobre sua doença e dar orientação, em grupo a respeito das mesmas.

2.6. Orientar clientes para alta hospitalar e auto-cuidado.

2.7. Elaborar normas e rotinas para implantação da metodologia de assistência de enfermagem.

2.8. Fazer visita domiciliar a 4 clientes, sendo 1 por acadêmica.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para nortear, dirigir e fundamentar a sua prática, o grupo optou pela teoria das necessidades humanas básicas e pelo método científico de trabalho.

"A enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas, e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural" (...). O objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da enfermagem. Descrever estes entes, explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles — eis, em síntese, a ciência da enfermagem (HORTA, 1979:7).

A enfermagem enquadra-se plenamente neste conceito de ciência: uma atividade humana desenvolvendo um conjunto crescente, do ponto de vista histórico, de técnicas, conhecimentos empíricos e teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural (...) (HORTA, 1979:4-5).

Para a enfermagem ser reconhecida como ciência, torna-se necessária a utilização de uma teoria que pode ser entendida co

mo: "um aparelho conceptual. Representa um mundo ou realidade possível" (HORTA, 1979:5).

Lahr, citado por HORTA (1979:5), afirma que teoria: "é um conjunto de leis particulares mais ou menos certas, ligadas por uma explicação comum" (...); "é um conjunto logicamente ordenado, de proposição hipotética, conceitos e definições, que visa explicar uma ou mais classes de eventos naturais; "estabelece relações entre fatos"; "é um sistema ou estrutura conceitual criado para algum propósito ou objetivo".

"A teoria é importante como guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá atuando-se de uma certa maneira), um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência" (HORTA, 1979: 05).

Segundo ROSA (1986), "a teoria ajuda na busca de sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações visando alcançar os objetivos determinados. De outro modo a prática seria caótica e desintegradora".

"A teoria consiste o núcleo central da ciência, sobre cujas bases se desenvolve a observação, a descrição e a experimentação" (PAIM, 1985:35).

A teoria, segundo TRENTINI (1987), "tem como objetivos descrever, explicar, prever e controlar fenômenos".

A teoria das NHB de Wanda Horta, irá direcionar, coordenar e unificar conhecimentos e ações no decorrer do estágio, visando uma assistência de enfermagem sistematicamente planejada.

"A autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em

suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem" (HORTA, 1979:11).

Necessidades Humanas Básicas, segundo HORTA (1979:39), são "estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais", as quais em estado de equilíbrio dinâmico não se manifestam, "porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado".

Necessidades, segundo DANIEL (1981:9), "são os instintos inatos, que levam a movimentar-se, repousar, dormir e retirando meio exterior recursos próprios indispensáveis à conservação, restauração psicossocial, psicobiológica, psicoespiritual de sua vida e a elevação do nível desta."

KRON (1978:102) afirma que: "uma pessoa pode utilizar uma série de maneiras para satisfazer as necessidades mais importantes para ela, (...); estas podem ser modificadas pela presença de doenças e produzirá um comportamento observável que poderá ser considerado aceitável ou inaceitável, normal ou anormal, de acordo com os padrões estabelecidos pela sociedade".

Acreditamos ser a necessidade uma condição do indivíduo que o conduz a uma ação na tentativa de satisfazê-la. Desta forma determina o comportamento humano. O homem age e reage estimulado por necessidades, que muitas vezes não são exteriorizadas.

A intervenção do profissional enfermeiro é indicada por HORTA (1979:39) na resolução de problemas de enfermagem que são: "situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional".

Para HORTA (1979:39), as principais características das necessidades: "são latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas; tem peculiaridades individuais; são resultantes da interação do meio interno e externo, tem bases onto e filogenética".

Segundo a autora, estas necessidades são universais, comuns a todos os seres humanos, variando de um indivíduo para outro a sua forma de manifestação e a maneira de satisfazê-la. Refere, ainda, que inúmeros fatores podem interferir na manifestação e atendimento das necessidades, sendo alguns deles: individualidade, idade, sexo, cultura, fatores sócio-econômicos, escolaridade, ambiente físico, ciclo saúde-enfermidade (HORTA, 1979:39).

A teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo HORTA, baseia-se na teoria da motivação humana de Maslow. Para este, as necessidades humanas básicas são as molas propulsoras de motivação do ser humano. Classificou as necessidades em cinco níveis: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização (HORTA, 1979:39), entretanto, utilizou a classificação de João Mohana, psicobiológicas, psicossociais, psico-espirituais, agrupando ainda as várias necessidades, que estão inter-relacionadas em torno desta classificação, observando o conceito holístico do homem.

A teoria das necessidades humanas básicas, se apóia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais tais como por exemplo, a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica); todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres, a lei da adaptação: todos os seres do

universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser" (HORTA, 1979:28).

Ao assistir o indivíduo HORTA (1979:31), propõe considerá-lo como um todo, prestando assistência ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio, reconhecendo-o como elemento participante ativo no seu auto-cuidado.

Para darmos atendimento ao indivíduo nas suas necessidades humanas básicas afetadas, é necessário que o profissional seja habilitado, tenha conhecimento teórico-prático, conheça e respeite o ser humano como um todo, valendo-se do saber acumulado durante sua vida, podendo desta forma atuar junto ao cliente, revertendo os desequilíbrios em equilíbrio, prevenindo os mesmos, reconduzindo o indivíduo a um estado de completo bem estar. A autora sintetiza a razão de ser da enfermagem da seguinte maneira: "a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estado de desequilíbrio, reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano, no atendimento de suas necessidades básicas, procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço" (1979:29).

Tomando por base a sua teoria, define a enfermagem como sendo a "ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais" (HORTA, 1979:29).

Processo de Enfermagem

Para operacionalizar a teoria das NHB, a autora sugere a utilização do processo de enfermagem.

Para Fayol, citado por CHIAVENATO (1983:72), processo é: "prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, (...) visando procurar obter maiores vantagens possíveis de todos os recursos de que dispõe, assegurando um trabalho dirigido e sistematizado".

Segundo PAIM (1985:84), "processo de enfermagem é o conjunto de procedimentos a que é submetido o homem (família, comunidade e sociedade), através de um aparelho prestador de assistência de enfermagem, visando identificar seus problemas dessa natureza, planejar, executar, avaliar e reajustar a assistência de enfermagem".

"No contexto da enfermagem, processo é a utilização de métodos organizados para planejar a assistência de enfermagem preventiva, curativa e reabilitadora, visando ao atendimento das NHB, do indivíduo, família e comunidade" (DANIEL, 1981:04).

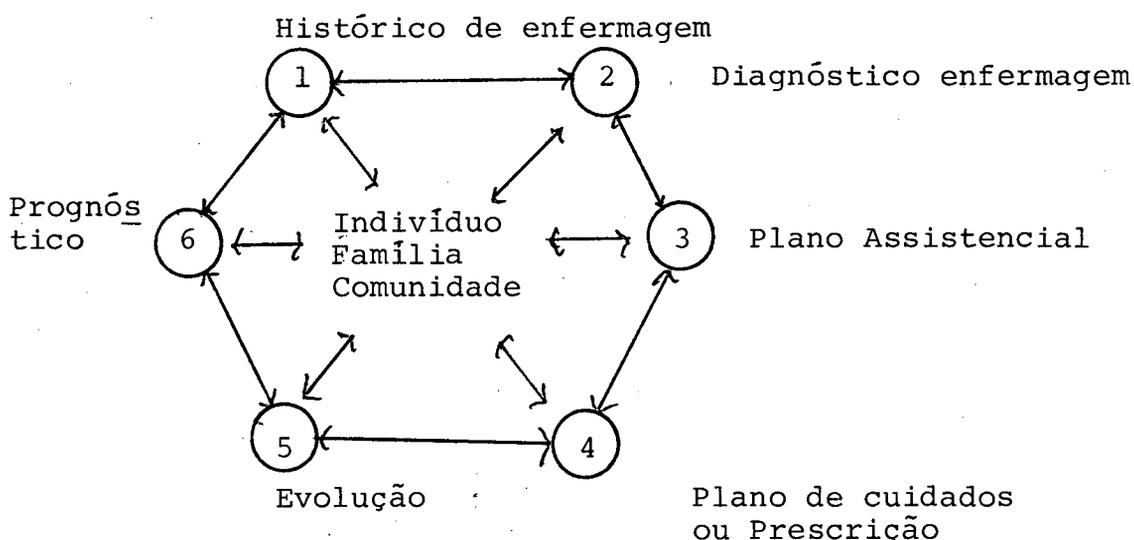
De acordo com os autores, o número de passos do processo de enfermagem varia; entretanto, todos se fundamentam no método científico. "Método científico é um conjunto de procedimentos por intermédio dos quais, se propõe os problemas científicos e colocam-se à prova as hipóteses científicas" (BUNGE, 1974:55).

Método científico é "investigação organizada, observação sistemática dos fenômenos da realidade universal através de uma sucessão de passos, orientados por conhecimentos teóricos, buscando explicar as causas desses fenômenos, suas correlações e

aspectos ainda não revelados que interessam, mais de perto, a um determinado ramo científico" (BARBOSA FILHO, 1980:22).

Para HORTA (1979:35), "processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano". Afirma ainda que o processo de enfermagem é a operacionalização da teoria das NHB, constituído por seis fases ou passos.

Processo de enfermagem, segundo HORTA



O primeiro passo é o histórico de enfermagem: "roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a (o) enfermeira(o)), do ser humano, que tornou possível a identificação de seus problemas" (HORTA, 1979:35).

Com os dados colhidos e avaliados, parte-se para o segundo passo, o diagnóstico de enfermagem, que é a "identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão" (HORTA, 1979:35).

O diagnóstico, leva ao terceiro passo, plano assistencial,

entendido como "a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido" (HORTA, 1979:36).

O plano assistencial, possibilita a execução do quarto passo, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que é "a implementação do plano assistencial pelo roteiro (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados no atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano" (HORTA, 1979:36).

O plano de cuidado subsidia o quinto passo, evolução de enfermagem que representa "o relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto sob assistência profissional" (HORTA, 1979:36).

"A evolução, é em síntese, uma avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem implementada)" (HORTA, 1979:67).

A análise e avaliação das fases citadas, anteriormente, completa o hexágono com o sexto passo, o prognóstico de enfermagem que é: "estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem" (HORTA, 1979:36).

"O prognóstico é também um meio de avaliação do processo em si, mede todas as fases e chega a uma conclusão" (HORTA, 1979:68).

Para a aplicação do processo de enfermagem, torna-se necessário definir e incorporar os instrumentos básicos, que são imprescindíveis à enfermeira.

Segundo a autora instrumentos básicos são "habilidades, conhecimentos e atitudes indispensáveis para execução de uma atividade (...), quais sejam: observação, comunicação, aplicação do método científico, aplicação de princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho em equipe e utilização dos recursos da comunidade" (HORTA, 1979:37).

O grupo acredita que a utilização dos instrumentos básicos pelo profissional enfermeiro, torna-o competente para prestar uma assistência de qualidade.

4. ADAPTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA

Embora HORTA indique 6 passos componentes do processo de enfermagem, o grupo optou pela utilização de apenas três, a serem empregados na prática assistencial durante o estágio, quais sejam: histórico de enfermagem, plano de cuidados ou prescrição e evolução de enfermagem.

Os demais passos do processo foram excluídos, apesar de sua importância, por se tratar de um trabalho de implantação experimental, adaptado à realidade da instituição.

A implementação do processo ocorrerá na 2ª semana. Será aplicado a todos os clientes que internarem na unidade de Pneum₃, a partir deste período. Cada fase será desenvolvida conforme descrição a seguir.

4.1. Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem possibilita fazer um levantamento dos problemas do cliente, significativo para o enfermeiro

planejar a sua assistência. O mesmo deverá conter dados pessoais, hábitos relacionados ao atendimento das necessidades básicas, exame físico e outros dados importantes à enfermagem.

A elaboração do histórico de enfermagem é de grande importância por ser este um momento de interação cliente/enfermeiro, onde ocorre a troca de informações, de confiança e o ajustamento do primeiro ao ambiente hospitalar favorecendo a terapêutica.

Na coleta de dados para o histórico de enfermagem, serão utilizados dois instrumentos, o 1º denominado "Roteiro de Histórico de enfermagem" (Anexo 4) e o 2º é um impresso existente na instituição, denominado "Ficha Clínica" (Anexo 5).

O anexo 4 tem a finalidade de orientar o grupo na entrevista e exame físico do cliente. O mesmo foi criado para o HU/UFSC, baseado em HORTA, o qual utilizaremos, excetuando o indicado para pediatria.

O anexo 5 servirá para registrar os dados colhidos, precedido do termo "HISTÓRICO DE ENFERMAGEM".

Para elaboração do histórico de enfermagem, serão utilizados padrões a seguir descritos, baseados em HORTA (1979:41-47) e nos padrões de registros relacionados com o método de assistência do HU/UFSC, elaborados por HERR et alii (1984).

1. O registro dos dados do histórico deverá obedecer a seguinte ordem:

- . dados de identificação do cliente;
- . percepção e expectativas;
- . problemas relacionados com as necessidades humanas básicas;
- . exame físico;
- . dados significativos para a enfermagem.

2. Os dados para o histórico de enfermagem serão colhidos nas primeiras 12 horas de internação, sendo que nos finais de semana e feriados, a coleta ficará a encargo do enfermeiro de plantão.
3. Para a coleta de dados dos clientes inconscientes ou impossibilitados de se comunicar, far-se-á uma entrevista com familiares ou acompanhantes e pela observação.
4. A entrevista será conduzida pelo cliente de acordo com suas prioridades. Por isso nem todas as necessidades constarão do histórico, entretanto, algumas como: sono, repouso, eliminações, alimentação, terapêutica, regulação e aprendizagem, se não forem apontadas pelo cliente serão abordadas pelo grupo.
5. O histórico será elaborado pelas acadêmicas e/ou enfermeiros da unidade P₃. Quando pelas alunas, deverá ser assinado pelas mesmas e rubricado pelo enfermeiro.
6. O histórico deverá ser redigido com letra legível, caneta azul, colocando-se data e horário do levantamento.
7. Os problemas levantados no histórico serão grifados e listados por ordem de prioridade ao final do mesmo.
8. Caso já tenha sido registrada a anamnese médica, anotar-se-ão os dados do histórico de enfermagem no mesmo impresso, logo a seguir daquela.

4.2. Plano de Cuidados (PC)

HORTA (1979:66) utiliza as terminologias "Plano de Cuidados" ou "Prescrição de Enfermagem". Entretanto, para o presente

trabalho, utilizaremos o termo "Plano de Cuidados" (PC), por entendermos ser uma linguagem mais adequada à enfermagem, não havendo a conotação de prescrição médica.

O PC ordena as ações da equipe de enfermagem e familiares, no atendimento das NHB, do cliente na P₃. O mesmo será elaborado no impresso de "Prescrição médica" anexo 6 precedido de "Plano de Cuidados".

Serão utilizados padrões, a seguir descritos, para elaboração do plano de cuidados baseados em HORTA (1979:67) e nos padrões de registros relacionados com o método de assistência do HU/UFSC, elaborado por HERR et alii (1984:30-31).

1. O plano deverá ser claro, conciso e específico para o problema levantado no histórico e evoluções estabelecendo prioridades.

2. O plano deverá ser diário, sendo que, nos dias não letivos o mesmo será elaborado antecipadamente, ficando a cargo do enfermeiro de plantão as modificações que se fizerem necessárias.

3. Terá(ão) suspenso(s) e/ou acrescido(s) em um ou mais itens, quando da modificação do estado geral do cliente:

- ao suspender um ou mais itens, deve-se circular os horários e justificar na evolução;

- ao acrescentar um ou mais itens, deve-se datar, colocar horário na coluna respectiva, dando continuidade à numeração iniciada;

- ao refazer totalmente uma prescrição deve-se circular o horário da prescrição anterior, colocar a data e hora na coluna respectiva, fazer a nova prescrição e justificar alteração na evolução.

4. O plano deverá ser redigido como um objetivo operacional, e o verbo utilizado sempre no infinitivo, traduzindo a ação correspondente ao nível de dependência de enfermagem".

5. O primeiro PC deverá ser elaborado, logo após o histórico de enfermagem, a partir dos problemas levantados por ordem de prioridade, e os posteriores elaborados após a evolução do cliente, tendo como base os problemas levantados no histórico e na evolução diária.

6. O preenchimento das lacunas do impresso deverá ser completo, conforme estabelecido no mesmo (data, horário, cabeçalho e assinatura), com caneta azul.

7. O horário de execução dos procedimentos de enfermagem, no período noturno (19:01 às 07:00 horas), deverá ser registrado com caneta vermelha e checado com azul da esquerda para direita.

8. O horário do período diurno (07:01 às 19:00 horas), deverá ser registrado com caneta azul e checado da esquerda para a direita, com caneta vermelha.

9. O horário (aprazamento para execução) poderá ser estabelecido por turnos; M (manhã), T (tarde), N (Noite), como por exemplo: observar cianose de extremidades e mucosas - M - T - N.

10. O plano deverá ser elaborado em via única e os cuidados a serem prestados deverão ser transcritos pelos técnicos, auxiliar e atendentes conforme escala de tarefas diárias.

11. Deverá ser especificado no PC, para prescrições como: mudança de decúbito e aplicação de medicação intramuscular e subcutânea a posição e o local parâmetro de injeções.

12. Deverá ser checado todo cuidado prestado. Quando não

for possível realizar um procedimento, o mesmo deverá ser circulado e feito uma justificativa no impresso "prescrição médica", na coluna de observações.

13. Deverá ser anotado, sempre que indicado (alterações irregulares), observações referentes ao cuidado prestado para avaliação do mesmo.

14. O horário para as prescrições médicas deverá ser previsto pelo enfermeiro e/ou acadêmicos, na ausência destes, pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

4.3. Evolução de Enfermagem

Para o grupo, a evolução de enfermagem é uma avaliação global do plano de cuidados implementado diariamente.

O registro dos dados da evolução do estado do paciente, obedecerá a ordem preconizada por Laurence Weed, citado por SAUPE & HERR (1984:12), sob a forma de SOAP: S - subjetivo - refere-se aos dados subjetivos relatados pelo paciente/familiares; O - objetivo - dados objetivos colhidos na anamnese, exame físico e visitas diárias; A - análise - é uma interpretação dos subjetivos e objetivos, onde o enfermeiro registra sua opinião de como definir o problema em grau de maior precisão, avaliando ainda a conduta adotada, a identificação de novos problemas e as razões para manter, modificar ou abandonar uma conduta; P - plano - representa uma decisão específica baseada em novos dados e na análise, ou seja, uma prévia para o plano de cuidados.

Para operacionalizarmos o proposto, usaremos padrões abaixo estabelecidos baseados em HERR et alii (1984:32-33) com pequenas adaptações:

1. Fazer evolução diária no impresso da instituição denominada "FICHA CLÍNICA", precedido dos termos "EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM", com caneta azul, data e horário.
2. Colher os dados, através de:
 - Passagem de plantão e informações de outros profissionais;
 - Comunicação diária com clientes e familiares;
 - Observação direta;
 - Informações obtidas no prontuário do cliente, principalmente, o impresso denominado "RELATÓRIO DE ENFERMAGEM", anexo 7 e o "CONTROLE DE ROTINA", anexo 8.
3. Organizar a evolução em forma de SOAP (subjetivo, objetivo, análise e plano).
4. Omitir a(s) letra(s) do SOAP caso não haja informação disponível para a(s) mesma(s).
5. Registrar em "S" dados subjetivos: percepções, informações e/ou observações do cliente, dos familiares e/ou de outros.
6. Registrar em "O" dados objetivos: dados mensuráveis ou alteração dos mesmos, tais como: peso, altura, sinais vitais, eliminações, aspectos das incisões, etc.
 - observações clínicas e objetivas (sinais e sintomas)
 - dados obtidos através da percepção dos órgãos dos sentidos
 - orientações informais dadas pelo enfermeiro ao cliente ou familiares
 - resultados de exames que requeram ações de enfermagem
 - o resultado de ministração de medicamentos
 - o resultado de execução de tratamentos
 - o resultado das orientações dadas pelo enfermeiro.
7. Registrar em "A", dados de análise de avaliação:

- a interpretação e/ou explicação do significado dos dados subjetivos e objetivos
 - a definição de um problema num grau de maior precisão
 - análise ou avaliação de uma conduta adotada
 - as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta
 - análise ou avaliação dos problemas levantados no histórico ou na evolução do cliente para os quais existe uma prescrição
 - a resolução dos problemas levantados no histórico ou evolução de enfermagem
 - a identificação e análise de novos problemas.
8. Registrar em "P", plano:
- as novas condutas a serem adotadas, baseadas em novos problemas e/ou análise. As ações de enfermagem são apresentados, no plano, de forma mais abrangente e operacionalizadas no plano de cuidados.
9. A evolução será feita exclusivamente pela enfermeira e acadêmicas de enfermagem.
10. Em dias não letivos a elaboração do mesmo será efetuada pela enfermeira de plantão, segundo sua disponibilidade, priorizando as intercorrências.
11. Clientes não avaliados em feriados e fins de semana, o serão no 1º dia útil, considerando-se as informações do período não avaliado.

5. PLANO DE ATUAÇÃO

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: O objetivo será considerado alcançado se:
1. Planejar e avaliar a assistência de enfermagem prestada aos clientes da P ₃ , utilizando o processo de enfermagem.	Com a utilização do processo de enfermagem, o grupo pretende desenvolver habilidades teórico-práticas, raciocínio lógico, aprofundamento de fisiopatologias bem como vivenciar a experiência, assumindo a responsabilidade de definir os passos a serem utilizados, implantar o processo e executá-lo em colaboração com os demais elementos da unidade. A aplicação de uma metodologia possibilita a evolução do papel do enfermeiro, sistematizando a assistência individualizada ao cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar os conhecimentos teóricos relacionados com o processo de enfermagem, em especial com o de Horta. • Observar e analisar a utilização do processo de enfermagem em instituições como: Hospital Universitário (HU) e Hospital Regional de São José (HRSJHMG), especificamente a Cardiologia. • Elaborar os passos do processo a serem utilizados na prática. • Submeter a análise da equipe onde serão implantados. • Reformular se indicado. • Treinar a equipe de enfermagem da unidade quanto a execução do processo. • Implantar e executar. 	Durante fase do planejamento to	Ao final do estágio conseguiremos desenvolver todas as estratégias previstas.
			Primeira semana	
			A partir da segunda semana	
			Até final do estágio	

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: O objetivo será considerado alcançado se:
<p>2. Prestar assistência aos clientes com doenças pulmonares.</p>	<p>Visamos com este objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a obtenção de conhecimentos específicos das doenças existentes no setor, a fim de melhorar o planejamento da assistência individualizada - interação com o cliente - análise e avaliação dos recursos materiais existentes e/ou necessários para prestação da assistência - interação com funcionários do setor. 	<ul style="list-style-type: none"> . Receber e passar plantão. . Fazer visita diária aos clientes, levantar as necessidades afetadas, verificar o grau de dependência, dando prioridade aos problemas imediatos. . Avaliar a execução de assistência e a resposta do cliente. . Executar atividades com os funcionários, de forma mais intensificada na 1ª semana a partir daí conforme necessidade. . Avaliar o material disponível na unidade durante a execução do cuidado. 	<p>Durante todo período de estágio</p>	<p>Ao término do estágio, obtivermos conhecimento das doenças mais comuns, bem como uma interação com o cliente e funcionários, tendo prestado uma assistência sistematizada e fundamentada.</p>

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: o objetivo será considerado alcançado se:
3. Desenvolver habilidade das técnicas de enfermagem.	Proporcionar o aprendizado de técnicas mais complexas, as quais durante a graduação foram executadas em número insuficiente para desenvolvimento da destreza manual.	<ul style="list-style-type: none"> . Listar técnicas de interesse do grupo (anexo 9). . Fixar a lista em local visível para conhecimento dos funcionários. . Solicitar aos funcionários que comuniquem quando do surgimento destas técnicas. . Desenvolver as técnicas ressaltando os princípios técnico-científicos e humanísticos. 	Durante todo período de estágio.	O grupo desenvolverá as técnicas que surgirem com habilidade.

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: o objetivo será considerado alcançado se:
<p>4. Fazer um estudo das principais doenças pulmonares existentes na P₃, apresentando os resumos ao grupo e aos funcionários.</p>	<p>Possibilita o aprofundamento dos conhecimentos teórico-científico; dá subsídios para elaboração do plano de cuidados; enriquece o saber do grupo e funcionários; favorece o desempenho correto e seguro dos cuidados de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Listar todas as doenças existentes na unidade, selecionando no mínimo quatro de interesse do grupo. • Estudar o tema escolhido abordando principalmente a assistência de enfermagem. • Apresentar ao grupo e funcionários. • Fazer resumo deixando uma cópia na unidade. • Apresentar um estudo por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> 1ª semana 1ª e 2ª semanas A partir da 3ª semana Final do estágio A partir da 3ª semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada acadêmico de envolver no mínimo um estudo, abordando principalmente a assistência de enfermagem. • Houver no mínimo a participação de 50% dos funcionários.

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: o objetivo será considerado alcançado se:
<p>5. Fazer levar em consideração as necessidades de conhecimento dos clientes sobre sua doença e dar orientação, em grupo, a respeito das mesmas.</p>	<p>Quando o indivíduo é conhecido bem como fatores agravantes, será capaz de ajudá-los, de se ajudar melhor e de auto-cuidar-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar as necessidades de conhecimento durante a visita diária e/ou durante a prestação de cuidados. • Formar grupos de clientes de acordo com os seus interesses e/ou necessidades de aprendizagem. • Preparar material audiovisual, se indicado. • Apresentar e discutir o conteúdo. • Possibilitar a troca de experiências entre os participantes. • Estimular a avaliação dos participantes quanto ao conteúdo e experiência de aprendizagem. • Verificar, subsequentemente, durante a visita e/ou prestação de cuidados se o conteúdo foi assimilado. 	<p>A partir da terceira semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguirmos informar o cliente sobre sua doença. • Houver a participação de todos os clientes em condições de se locomover até a sala de reuniões. • Houver no mínimo uma reunião semanal.

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: O objetivo será considerado alcançado se:
6. Orientar clientes para alta e auto-cuidado.	Os portadores de doenças pulmonares são clientes, na sua maioria crônicos, que necessitam de acompanhamento constante visando o auto-cuidado. Basicamente o objetivo da orientação é ajudá-lo a conviver com sua doença.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar progressivamente quanto: <ul style="list-style-type: none"> - a importância da medicação, dos horários, dosagens certas e continuidade do tratamento, esquemmatizando, os horários e adequando-os ao cliente; - aos exercícios respiratórios a serem realizados diariamente; - aos fatores predisponentes das crises; - aos exercícios físicos como: caminhar em lugares planos, movimentos lentos e controlados, tarefas diárias adaptadas a condição do cliente, e outros; - ao encaminhamento à grupos de cronificados de outras instituições; - ao retorno ambulatorial. • Informar os familiares sobre os cuidados ensinados, dando ênfase àqueles cuja dependência for mais elevada. 	A partir do momento em que o cliente estiver apto para assimilar qualquer orientação do auto-cuidado.	Todos os clientes que obtiverem alta no período de estágio, receberem as orientações.

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: o objetivo será considerado alcançado se:
7. Elaborar normas e rotinas para a implantação da metodologia de assistência de enfermagem.	A elaboração de normas facilita a implantação do método de assistência, orientando o grupo e possibilitando a avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> . Fazer levantamento das rotinas existentes na unidade. . Verificar se as normas existentes se adaptam a metodologia a ser implantada. . Modificar e criar rotinas, se indicado. . Arquivar em pasta as rotinas elaboradas para consulta na unidade. 	A partir da 2ª semana.	A rotina elaborada servirá como suporte de metodologia.

OBJETIVOS	JUSTIFICATIVAS	ESTRATÉGIAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO: O objetivo será considerado alcançado se:
8. Fazer visita domiciliar a 4 clientes, sendo um do um acadêmica.	Conforme estatísticas, a média de reinternação é de 30 a 40%. Este fato leva-nos a observar o indivíduo em seu meio, para uma melhor avaliação das orientações dadas durante o período de permanência no hospital.	<ul style="list-style-type: none"> . Selecionar os clientes com maior regresso na unidade. . Elaborar um roteiro de visita domiciliar para ser seguido pelo grupo. . Fazer a visita em dias pré-estabelecido, por duas acadêmicas. . Fazer um relato da visita e anexar ao prontuário. 	A partir da 3ª semana.	O número de visitas for efetuado.

6. CRONOGRAMA

Nós, acadêmicas, optamos pela antecipação da elaboração do projeto, por acreditarmos que a carga horária prevista seria in suficiente.

DATA	ATIVIDADES	CARGA HORÁRIA
05/06	Discussão dos objetivos	03
06/06	Previa para elaboração dos objetivos	03
07/06	Reunião no HNR com enfermeiras(os) para discutir proposta de atuação	02
08/06	Levantamento de bibliografia	03
09/06	Coleta de dados no HNR	02
12/06	Primeira reunião com orientadora, para receber orientação sobre a introdução e os objetivos	02
13-14-16/06	Elaboração da introdução e dos objetivos	08
23/06	Reunião com orientadora, apreciação da introdução, orientação para fundamentação teórica.	02
26/06	Estudo sobre teorias de enfermagem	03
27/06	Reunião com orientadora, revisão da proposta de atuação	01

28-29- 30/06	Elaboração da fundamentação teórica	08
03/07	Reunião com orientadora, orientação sobre o processo de enfermagem	02
07-10- 12-21/ 07	Elaboração do processo de enfermagem adaptado para a prática	09
25/08	Reunião com coordenadora dos estágios da VIII Unidade Curricular, Prof. Leony	02
29/08	Reunião com a coordenadora	01
12-13/ 09	Elaboração de escalas, cronograma e revisão geral	06
14/09	Reunião com orientadora, entrega de material para revisão geral	02
15/09	Busca de material revisado e orientações finais	02
18/09	Revisão geral do projeto pelo grupo e considerações finais	03
	Reunião com orientadora para apreciações finais	01
19/09	Reunião do grupo para discutir forma de apresentação do projeto	03
21-22- 23/09	Organização da apresentação	05
26/09	Apresentação do projeto no auditório do CCS às 16:00 horas	01
27/09 à 24/11	Período de desenvolvimento das estratégias estabelecidas no projeto	220
27/09 04-11- 18-25/ 10 01-08- 22/11 (Todas quartas- feiras)	Reuniões com supervisores, orientadora e o grupo, para avaliação do desenvolvimento do projeto	
09-16- 23-30/ 10 06-13- 20/11	Orientação com grupo de clientes sobre sua doença	

- 10/10 Apresentação ao grupo e funcionários da unidade do resumo de uma patologia pulmonar freqüente na unidade/por Maria Isabel.
- 12/10 Visita domiciliar pela aluna Maria Salete.
- 17/10 Idem ao dia 10/10 por Ivone Carmen.
- 19/10 Visita domiciliar por Maria Terezinha.
- 26/10 Visita domiciliar por Ivone Carmen.
- 31/10 Idem ao dia 10/10 por Maria Terezinha.
- 02/11 Visita domiciliar por Maria Isabel.
- 21/11 Idem ao dia 10/10 por Maria Salete.
- 27/11 Reposição de horas, se necessário
à Início da elaboração do relatório.
30/11
- 01/12 Término da elaboração do relatório.
à
15/12
- 18/12 Entrega do relatório.
- 19/12 Apresentação do relatório no Auditório do CCS às 16:00 horas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento de estágio referente à VIII Unidade Curricular é voltado à enfermagem assistencial aplicada, onde o grupo, em consenso, traçou suas metas, escolheu o campo de estágio e se propõe a atingir os objetivos planejados.

Acreditamos que a enfermagem só atingirá à maturidade profissional, quando o enfermeiro assumir seu papel na sistematização da assistência, utilizando um método científico e uma teoria para nortear suas ações.

As doenças pulmonares atingem o ser humano desde a mais tenra idade até a velhice, sendo o HNR um Centro Especializado de tratamento das doenças respiratórias do adulto, esperamos não encontrar dificuldades no desenvolvimento do projeto, por já existir uma preocupação dos enfermeiros em definir uma metodologia, dando-nos a oportunidade de fazê-lo de forma experimental.

A parte assistencial deste projeto foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, pois cremos ser esta a que mais se identifica com os nossos objetivos para prestar uma

assistência de enfermagem adequada aos clientes.

Ressaltamos que a carga horária destinada para a elaboração do projeto é insuficiente, assim, antecipamos a sua consecução aproveitando o período de paralisação das aulas do primeiro semestre. As poucas dificuldades encontradas até o momento, foram minimizadas pelo diálogo entre o grupo.

Baseado no caráter flexível de todo planejamento, este poderá sofrer alterações, adaptações e complementações, tendo em vista que faremos avaliações semanais, do grupo, na presença de orientadora e supervisora, a fim de analisar a aceitação e o desenvolvimento do projeto. As modificações que ocorrerem serão instrumento de aperfeiçoamento profissional.

Ao término deste planejamento, estamos convictos de que o êxito do mesmo dependerá, não só dos esforços e responsabilidades dos seus autores, como também da interação que se efetivar com as pessoas envolvidas no mesmo, e a colaboração dos profissionais, com cuja experiência e conhecimento contamos. Por todas essas razões nossas expectativas são positivas.

BIBLIOGRAFIA

- CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. 2.ed. São Paulo, Atlas, 2v. 1981. 341p.
- DANIEL, Líliliana Felcher. A enfermagem planejada. 3.ed. São Paulo, EPU, 1981. 135p.
- FELDMANN, M.A. Administração do serviço de enfermagem. São Paulo, Sociedade Beneficiente São Camilo, s.d. 205p.
- FELISBINO, J.E. Marco de referência para a assistência de enfermagem à clientes internados na unidade de terapia intensiva. Elaborado a partir do modelo teórico e processo de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, Florianópolis, 1989.
- GOBBI, E.R.C. et alii. Proposta de atuação: assistência de enfermagem no indivíduo adulto com necessidades psicossociais e espirituais afetados, em especial as de oxigenação e regulação vascular, na Unidade de Emergência do Hospital Universitário, Florianópolis, 1988.
- HORR, L. et alii. Padrões de assistência de enfermagem do HU/UFSC, Florianópolis, 1984 (mimeo.).

- HORTA, Vanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, 1979. 99p.
- JORDAN, L.W. & STOCK, E.V. Proposta de implantação de uma metodologia científica na assistência de enfermagem no Hospital Municipal, São José, Joinville - SC, Florianópolis, 1988.
- KRON, T. Manual de enfermagem. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 251p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília, 1978. 88p.
- SAUPE, Rosita. Projetos técnico ou assistenciais, Florianópolis, 1987. (mimeo.)
- SAUPE, R. & HERR, L. Método de assistência de enfermagem HU/UFSC. Florianópolis, 1984 (mimeo.).

A N E X O S

ANEXO 1

ESCALA DE SETEMBRO/OUTUBRO

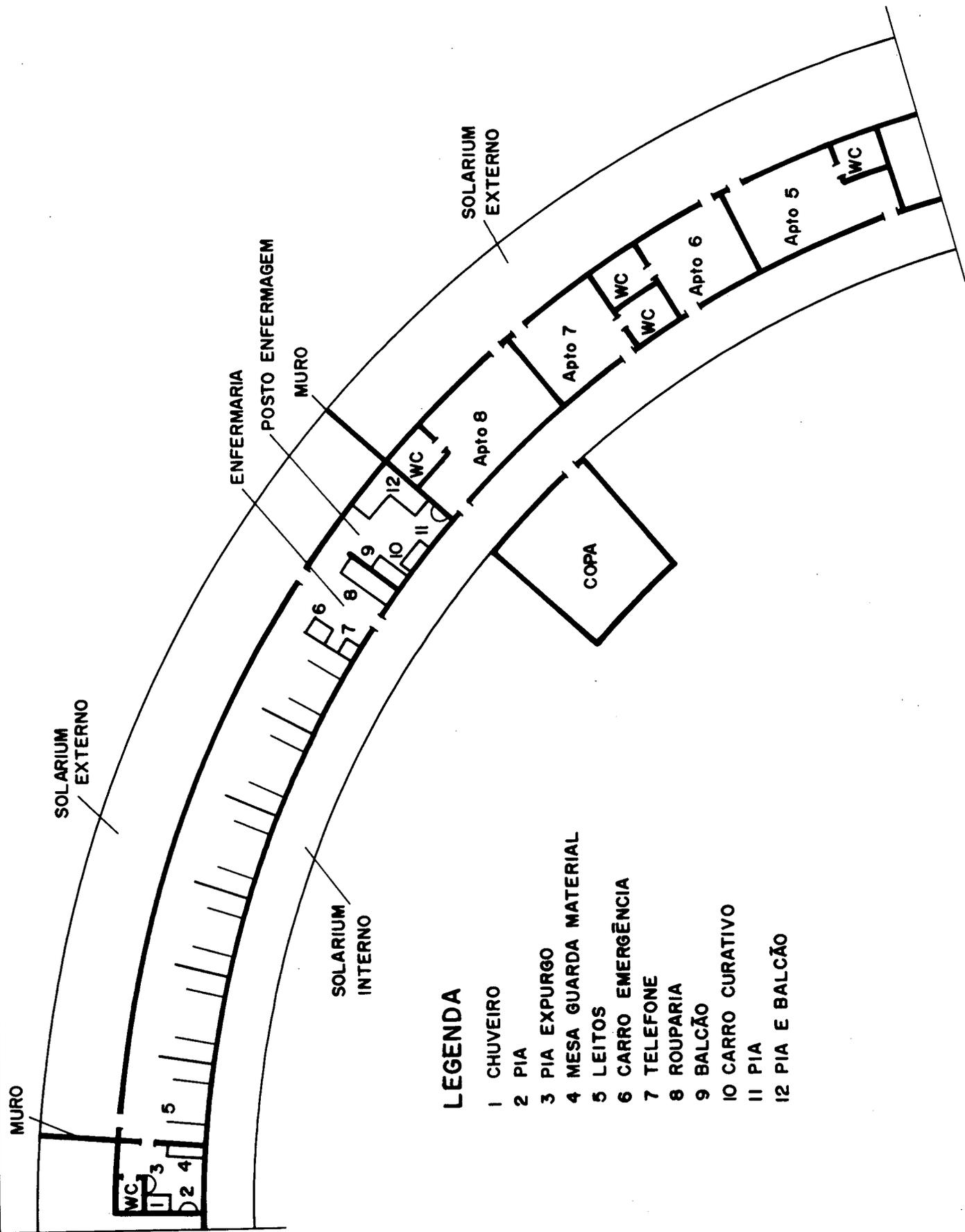
DIAS	27	28	29	02	03	04	05	06	07	09	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31	
ACADÊMICAS	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	
IVONE	V ₂	M ₁	M ₂	M ₁	N	M ₁	M ₂																					
MARIA ISABEL	V ₂	M ₂	M ₁	M ₂	M ₁	N	M ₁	M ₂																				
MARIA SALETE	V ₂	M ₁	V ₂	V ₂	V ₂	N	V ₁	V ₂																				
MARIA TEREZINHA	V ₂	M ₂	V ₁	V ₁	N	V ₁	V ₁	V ₁	M ₂	V ₁	V ₁	V ₁	M ₂	V ₁														

ESCALA DE NOVEMBRO

DIAS	01	02	03	04	06	07	08	09	10	11	13	14	16	17	18	20	21	22	23	24	
ACADÊMICAS	QUA	QUI	SEX	SAB	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
IVONE	M ₁	M ₂	M ₁	M ₂	M ₂	M ₁	M ₂	M ₁	M ₂	V ₂											
MARIA ISABEL	V ₂	M ₂	M ₂	M ₁	V ₁	V ₁	M ₂	V ₁													
MARIA SALETE	M ₂	M ₁	M ₂	M ₁	V ₂	M ₁	M ₁	M ₂	M ₁	M ₁	M ₁	M ₁									
MARIA TEREZINHA	V ₁	V ₁	V ₁	V ₁	M ₁	M ₂	M ₁	M ₂	M ₁	M ₁	M ₂	M ₁	M ₂	M ₂	M ₁	M ₂					

M₁ = 07:00 às 12:00 horas
 V₁ = 12:00 às 17:00 horas
 N₁ = 17:00 às 22:00 horas.

M₂ = 08:00 às 13:00 horas
 V₂ = 13:00 às 18:00 horas



LEGENDA

- 1 CHUVEIRO
- 2 PIA
- 3 PIA EXPURGO
- 4 MESA GUARDA MATERIAL
- 5 LEITOS
- 6 CARRO EMERGÊNCIA
- 7 TELEFONE
- 8 ROUPARIA
- 9 BALCÃO
- 10 CARRO CURATIVO
- 11 PIA
- 12 PIA E BALCÃO



UNIDADE	NOME	FUNÇÃO	SERVIÇO																															ANO		
			Técnico Científico - Pneumo III																																	
			Mês Julho/Agosto																																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
			16/17	18/19	20/21	22/23	24/25	26/27	28/29	30/31	01/02	03/04	05/06	07/08	09/10	11/12	13/14	15/16	17/18	19/20	21/22	23/24	25/26	27/28	29/30	31/01	01/02	03/04	05/06	07/08	09/10	11/12	13/14	15/16	HORARIO	
	Maria Madalena Forges	Téc. Enf.	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-12/13-19 Hs.	
	Leonete das G.A. Lopes	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Claudia R. Fabia	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Neissa B. Coullart	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-12/13-19 Hs.	
	Valdiria Vieira	Téc. Enf.	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-12/13-19 Hs.	
	Josilene Spindole	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Lucilema M. Purto	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Maria A. dos S. Fernandes	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Clandete M.B. Nunes	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Janaina T. dos Santos	ASHA	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	7-11/12-19 Hs.	
	Maria Zenilda B. da Silva	Téc. Enf.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19:30/07:30 Hs.	
	Maria Maria Junkes	ASHA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Aquelina Pereira	ASHA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Vanilda V. Cordeliro	Aux. Inf.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Adelaide V. Magalhães	ASHA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Valdete A. Vieira	ASHA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Elisabeth C. dos Santos	ASHA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	19/07 Hs.	
	Elaine V. Spaciop	Enfermeira																																		
	Elizete B. Pereira de Jesus	Enfermeira																																		

* Uma semana trabalhada nos dias 20/07 e 20/08.
 Na outra semana trabalhada em dias 26/07 e 26/08.
 * Uma semana trabalhada nos dias 19/07 e 19/08.
 Zenilda e Aquilino - 32 Hs. como extra.
 Vanilda, Valdete e Eliseth - 06 Hs em haver.

LOCAL E DATA: Florianópolis, 14 de julho de 1989.

ASSINATURAS

ANEXO 4

R O T E I R O

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome completo ou sem nome (a colocação do nome é opcional, pois o impresso deve estar identificado com mesmo)
- Idade
- Religião
- Procedência
- Data e hora da chegada no setor de internação através do ambulatório, emergência, transferência interna ou encaminhamento externo.
- Nível de consciência e/ou condição de comunicação verbal.

Para Pediatria, acrescentar

- Apelido (se considerado importante)
- Batismo (se pertencer a religião católica)
- Posição na constelação familiar.

II - PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVAS

- Queixas, medos, preocupações, hábitos, vícios, etc...
- Conhecimento sobre a sua doença atual.
- Experiência(s) anterior(es) com entidades(s) de Saúde; número de internações.
- Abertura para o paciente fazer perguntas.

Para Pediatria, acrescentar:

- Mudança de hábitos decorrentes de internações anteriores (indicar as mudanças)
- Disponibilidade de permanência ou visita de um familiar.

III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

01. Oxigenação:

- a) Respiração
- b) Tosse
- c) Expectoração
- d) Coriza (para Pediatria)
- e) Oxigenioterapia

02. Hidratação

- a) Volume diário
- b) Frequência
- c) Preferência
- d) Hábitos relacionados a ingesta (para Pediatria).

03. Alimentação

- a) Apetite
- b) Intolerância
- c) Mastigação
- d) Hábitos alimentares
- e) Dependência na alimentação
- f) Deglutição e digestão
- g) Tipo de alimentos ingeridos (para Pediatria).

04. Eliminação

- a) Intestinal
- b) Urinária
- c) Menstrual
- d) Drenagens
- e) Vômitos

05. Sono e repouso

- a) Características
- b) Hábitos relacionados
- c) Problemas que dificultam
- d) Outros problemas relacionados.

06. Atividades físicas.

- a) Exercícios e atividades físicas praticadas.
- b) Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas.

e) Mecânica corporal (postura, atividade motora). 5.

Para Pediatria: Desenvolvimento neuro-psico-motor.

d) Locomoção (marcha, musculatura, outros problemas relacionados com a locomoção);

e) Motilidade (total dos vários segmentos do corpo, parcial, mínima ou incapacidade de movimentar qualquer segmento).

07. Integridade física

a) Amputação

b) Deformidade

c) Próteses

d) Problemas relacionados ao uso de prótese.

08. Integridade cutâneo-mucosa

a) Pele

b) Couro cabeludo

c) Olhos e pálpebras

d) Ouvidos

e) Boca

f) Nariz

g) Língua

h) Dentes

i) Garganta

j) Ânus

k) Órgãos genitais

l) Abdomem

09. Cuidado corporal

a) Necessidade higiênica

b) Necessidade de tricotomia

10. Regulações

Térmica

- a) Alterações

b) Fatores que interferem na regulação

c) Outros problemas relacionados

Hormonal

a) Alterações

b) Problemas terapêuticos relacionados

c) Outros problemas relacionados.

Neurológica

a) Níveis de consciência

b) Convulsões

c) Crises conversivas

d) Vertigens

Hidroeletrolítica

- a) Sede
- b) Outras manifestações de perda de líquido
- c) Retenção de líquidos

Vascular

- a) Pulso
- b) Pressão arterial
- c) Pressão venosa central

Crescimento cecular

- a) Problemas gerais
- b) Problemas relacionados com a quimioterapia
- c) Problemas relacionados com a radioterapia.

11. *Percepção dos órgãos dos sentidos**Visual**Auditiva**Olfativa**Tátil**Gustativa*1. *Doçorasa*12. *Terapêutica*

- a) Condições dos músculos para terapia IM
- b) Condições da rede venosa para terapia EV
- c) Necessidade de terapêutica específica.

13. *Sexualidade*

- a) Problemas relacionados com os órgãos genitais.
- b) Problemas relacionados com a vida sexual.

14. *Segurança física.*

- a) Necessidade de prevenção de quedas
- b) Necessidade de isolamento.
- c) Necessidade de prevenção de fugas

15. *Meio ambiente*

Necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente hospitalar e/ou residencial.

NECESSIDADES PSICOSOCIAIS E ESPIRITUAIS

16. *Segurança emocional*
17. *Amor; afeto; atenção*
18. *Auto-imagem; aceitação; auto-estima*
19. *Auto-realização*
20. *Liberdade; participação*
21. *Comunicação*
22. *Criatividade*
23. *Gregária*
24. *Recreação; lazer*
25. *Espaço*
26. *Educação para a saúde - aprendizagem*
27. *Religiosa, ética.*

Florianópolis, Dezembro de 1984.



UNIDADE		QUARTO/LEITO:		REGISTRO:		FATOR RH	
NOME:		TIPO SANGÜINEO:		CATEGORIA:			
IDADE:		DIA DO MÊS		DIA DE HOSPITAL		DIA POST-OPERATÓRIO	
Rep.	Pulso	Temp.					
65-	160	41º					
55-	140	40º					
45-	120	39º					
35-	100	38º					
25-	80	37º					
	60	36º					
PRESSÃO ARTERIAL							
PESO							
URINA							
VÔMITOS							
FEZES							

ANEXO 9

Relação das técnicas de enfermagem priorizadas para execução por acadêmica.

Técnicas de Enfermagem	Mínimo/Acadêmica
01. Ad. de medicamentos por via parenteral	20
02. Aspiração de secreção	03
03. Curativos	04
04. Fluidoterapia	10
05. Instalação de catéter nasal	06
06. Punção arterial	06
07. Sondagem nasogástrica	01
08. Sondagem vesical	01
09. Verificação dos sinais vitais	01
10. Glicosúria	02
11. Nebulização	05
12. Drenagem e tapotagem	05
13. Higiene oral	04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

RELATÓRIO DA ASSISTÊNCIA À CLIENTES PORTADORES DE DOENÇAS PUL-
MONARES, NO HOSPITAL NEREU RAMOS, UTILIZANDO A TEORIA DAS NECES-
SIDADES HUMANAS BÁSICAS E PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA
DE AGUIAR HORTA

ELABORADO POR: IVONE CARMEN BIEGER

MARIA ISABEL BIFF

MARIA SALETE KOERICH INÁCIO

MARIA TEREZINHA TEIXEIRA BRAGA

ORIENTADORA: LIDVINA HERR

SUPERVISORA: ELINE DONALD SPRÍCIGO

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1989

"Não se compadeça de si mesmo, jugando-se vítima da fatalidade. Todos os que venceram, foram vítimas de aflições extraordinárias. Apesar de tudo, persistiram e sua decidida vontade levou-os ao triunfo. Esses homens não pensaram negativamente, mas de maneira positiva e dinâmica, o que explica a razão de terem vencido todos os obstáculos e levado uma vida de grande benefícios para a coletividade e para si mesmo".

ALBERTO MONTALVÃO

AGRADECIMENTOS

Aos pais, cônjuges, filhos, irmãos, namorados e amigos, pelo incentivo, carinho e compreensão dispensados.

À Professora Lidvina, pela sua amizade e companheirismo, despertando em nós o espírito de independência e responsabilidade.

Às enfermeiras Eline e Eliane pela colaboração prestada no desenvolvimento do estágio.

Aos funcionários da P3 pelo carinho e amizade com que nos receberam, pela colaboração e coleguismo durante todo estágio.

A todos os clientes que contribuíram para realização deste projeto.

A todos os funcionários do H.N.R., que de forma direta ou indireta contribuíram para nossa formação.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	6
III.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
IV.	AVALIAÇÃO	30
V.	SUGESTÕES	32
VI.	BIBLIOGRAFIA CITADA	33
VII.	BIBLIOGRAFIA PESQUISADA	35
VIII.	ANEXOS	

I. INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado por Ivone Carmen, Maria Isabel, Maria Salete e Maria Terezinha, acadêmicas da VIII Unidade Curricular, do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na área de Saúde do Adulto com Intercorrências Clínicas. O trabalho, intitulado "Assistência a Clientes Portadores de Doenças Pulmonares no Hospital Nereu Ramos (HNR)", utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e Processo de Enfermagem, segundo Wanda de Aguiar Horta, tem por finalidade relatar e avaliar o desenvolvimento da proposta de atuação elaborada para o estágio.

Os objetivos foram planejados para a Unidade de Pneumologia Feminina P3; entretanto, no decorrer do estágio houve uma greve na Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), comprometendo a ocupação dos leitos da referida unidade, levando-nos a desenvolver alguns dos objetivos na Unidade de Pneumologia Masculina (P2), por aproximadamente seis dias.

Nosso estágio teve a duração de 44 dias, com carga horária de 5 horas, perfazendo um total de 220 horas, sendo desen-

volvido no período matutino e vespertino, com exceção de um horário noturno por acadêmica, com rodízio de duplas.

Este relatório é o resultado de um trabalho conjunto das referidas acadêmicas, orientadas por Lidvina Horr, Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC e supervisionadas por Eline Donald Sprícigo com a colaboração de Eliane B.P. de Jesus, Enfermeiras do quadro funcional do HNR. A avaliação do estágio feito pela supervisora encontra-se em anexo (1).

A opção de desenvolver este trabalho surgiu da necessidade de aprofundar nossos conhecimentos numa Metodologia de Assistência de Enfermagem, por termos um campo disponível para implantação desta metodologia, bem como pela oportunidade de assistir pacientes portadores de doenças pulmonares.

O cronograma sofreu algumas alterações em decorrência de problemas pessoais das acadêmicas e, igualmente, provocadas pela greve da FHSC.

RIBEIRO, citado por DANIEL (1981:03), afirma: "falar eternamente do déficit de enfermeiros no País não vai ajudar muito. Há que encarar o outro lado do problema; a questão da qualidade dos quantitativos atuais, da utilização plena e adequada dos profissionais de enfermagem de nível superior disponíveis e da sua responsabilidade pelo próprio desenvolvimento profissional". Na arguição, DANIEL (1981:03) reconhece que "a enfermagem não pode esperar até que haja número suficiente de enfermeiros, para só então dispensar uma assistência de enfermagem em termos ideais. O importante é que se utilize os quantitativos profissionais atuais e os conhecimentos científicos existentes de modo lógico, funcional e adaptado às circunstâncias".

Durante a elaboração do planejamento, foi realizado um levantamento dos recursos humanos, totalizando 19 funcionários, sendo 02 enfermeiros, 04 técnicos e auxiliares de enfermagem e 13 atendentes de enfermagem. No transcorrer do estágio o número de funcionários sofreu alterações, elevando-se para 21; contudo, aumentou também o número de licenças e férias, além de um pedido de demissão. Em consequência, houve uma diminuição de funcionários qualificados provocando desvio de função para o atendente, que passou a assumir o papel do técnico havendo, com isso, uma incoerência entre a Lei do Exercício Profissional e o próprio regulamento da instituição em relação à prática exercida.

Na fase de planejamento, utilizando as fórmulas de cálculo de pessoal segundo Feldmann e Alcalá, observamos um número excedente de pessoal na unidade. Entretanto, no transcorrer do estágio, constatamos que este excesso desaparece à medida em que o pessoal é deslocado da unidade para acompanhar pacientes a consultas externas, levar material para exame no laboratório situado fora da instituição, realizando, além disso, parte do trabalho dos escriturários, tendo em vista que estes não assumem plenamente as suas tarefas na unidade.

Verificamos que, no dia-a-dia os funcionários do período diurno mantêm um relacionamento aberto e amigável entre si e com as enfermeiras da unidade, demonstrando responsabilidade nas suas atividades, auxiliando os colegas sempre que necessário. Esta interação não ocorre efetivamente entre o diurno e noturno; todavia, o relacionamento do pessoal da noite não foi possível ser avaliado, devido ao pouco contato mantido. Sabemos que todo ser humano tem limitações, mesmo assim, devemos respeitá-lo nas suas individualidades, auxiliando-o a integrar-

se e tornando-se um membro ativo da Equipe de Enfermagem.

Entendemos que o relatório implica em análise e avaliação. Para tanto, foram levantadas as opiniões de alguns autores no que se refere a avaliação. Segundo FARIA (1979:420), "avaliação consiste na criteriosa verificação dos resultados de planejamento, sendo importante ter espírito crítico de avaliação, sem se submeter a pressão de aspectos emocionais e dos interesses pessoais, isto é, superpondo o interesse particular ao geral".

Para KRON (1978:50), "os relatos e relatórios contêm prova da efetividade das atividades do grupo e são fundamentais para uma boa administração".

GOLDBERG (1979:32), refere que uma avaliação para ser útil e legítima deve funcionar "como um controle de qualidade do próprio processo de planejamento", isto é, deve oferecer ao planejador informações capazes de auxiliá-lo a aperfeiçoar suas decisões (...). Em função da avaliação o planejamento pode continuar, acentuar, modificar, suspender ou substituir sua implantação".

Avaliar em enfermagem, para DANIEL (1981:93), é "fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos de enfermagem utilizados e dos resultados obtidos no atendimento das necessidades básicas da pessoa humana (...)". "Avaliação é um processo contínuo e subsequente que visa aperfeiçoar o atendimento global da pessoa humana, que seja no sentido preventivo, curativo ou reabilitador".

Este relatório, como já foi explicitado, apresentará os resultados da execução do planejamento, cujo objetivo principal é "Assistência a Clientes Portadores de Doenças Pulmonares no

Hospital Nereu Ramos, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o Processo de Enfermagem segundo Wanda de Aguiar Horta".

Pretendemos, através deste fazer uma análise para detectar pontos positivos e negativos e dar sugestões para o crescimento da administração na assistência prestada.

II. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

No planejamento foram estabelecidos oito objetivos, com justificativas, estratégias, aprazamento e avaliação, os quais passaremos a analisar e avaliar.

- Objetivo nº 01 - "Planejar e avaliar a assistência de enfermagem prestada aos clientes da P3, utilizando o Processo de Enfermagem".

Segundo KRON (1989:117), "Planejar compreende tomar decisões que pressupõem a viabilidade de várias ações dentre as quais se realiza a escolha. Planejar é determinar o tipo de ação. A medida em que o cuidado aos clientes se torna mais complexo, mais importante se torna o planejamento". "Todo plano precisa ser avaliado à luz de seus objetivos para verificar sua eficiência na execução das atividades e propostas" (NFR 1133 - 4ª U.C.).

Para PAIM (1980:85), "avaliação é uma etapa fundamental do Processo Cibernético de Assistência de Enfermagem, que constitui a base indispensável para a retroalimentação (reajuste) do processo como um todo ou de cada uma de suas fases de

per si. É a etapa do processo de enfermagem que está presente em todas as fases, envolvendo todo sistema assistencial e/ou subsistema de enfermagem. A avaliação de enfermagem se faz desde o ingresso do paciente na enfermaria pela avaliação sistemática das capacidades primárias dos pacientes e em todo período de hospitalização".

O planejamento da assistência de enfermagem é uma responsabilidade legal e exclusiva do enfermeiro, isto a partir da nova Lei do Exercício Profissional.

Na fase do planejamento, aprofundamos conhecimentos teóricos sobre o Processo de Enfermagem, em especial o de Horta, como também observamos e avaliamos a utilização deste processo no Hospital Universitário (HU-UFSC) e Instituto de Cardiologia (I.C. - HRSJ).

No HU são utilizados três passos do processo, a saber: histórico, prescrição e evolução de enfermagem. A aplicação é feita em todas as unidades e a todos os pacientes internados.

No IC iniciou-se a aplicação do processo em todas as unidades quando da sua inauguração. Com o passar do tempo houve, de um lado, aumento de leitos e, de outro, defasagem do profissional enfermeiro, impossibilitando a continuidade da utilização do processo nas unidades. A equipe de enfermagem não tem medido esforços para manter este trabalho na Unidade Coronariana, tendo em vista suas peculiaridades. É feito uma Nota de Admissão (histórico suscinto) quando da internação do paciente, Evolução e Prescrição diária.

HORTA indica 6 passos para o Processo de Enfermagem; no entanto optamos por três: histórico, plano de cuidados (prescrição) e evolução de enfermagem. Para estes três passos, durante

a fase do planejamento, foram elaborados normas (padrões) que nortearam a prática.

Na primeira semana de estágio, o processo a ser utilizado na prática foi submetida à análise e apreciação da Enfermeira supervisora e chefia do serviço de enfermagem do HNR, o qual foi aceito sem reformulações.

O treinamento do pessoal para a execução dos passos do processo foi iniciado na primeira semana para a equipe de enfermagem do diurno, e na segunda semana para o noturno. Observamos grande interesse e aceitação por parte dos funcionários, o que facilitou a implantação da metodologia proposta.

"A eficiência de um grupo de pessoas que trabalham juntas está diretamente relacionada com a homogeneidade do trabalho que executam, do processo que utilizam e dos propósitos que os dirigem ou fins que buscam" RIBEIRO (1977:51).

Além do aprendizado, da troca de conhecimento entre as acadêmicas e a equipe de enfermagem da unidade, foi um período importante quando iniciou um relacionamento direto com cada membro, dando condições de conhecermos as individualidades e características pessoais.

Na segunda semana iniciou-se a implantação e execução da metodologia. Os três passos do processo foram aplicados gradativamente conforme admissão de novos clientes. Aos pacientes internados até a primeira semana foram aplicados somente a evolução e o plano de cuidados, baseando-nos na nota de admissão feita pelas enfermeiras no momento da internação.

Após vivenciarmos, na prática, o processo de enfermagem, concordamos com HORTA (1979:35), quando afirma que "o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-

relacionadas, visando assistir ao ser humano".

A partir da segunda semana iniciamos a aplicação do histórico de enfermagem a todos os clientes que internavam na P3.

PAIN (1980:79) conceitua histórico de enfermagem como sendo "um relatório minucioso, claro e cronológico de informes básico para o levantamento de problemas de enfermagem e necessidades do paciente. Constitui a primeira etapa do processo de enfermagem e utiliza a observação sistematizada".

Na Tabela 01, apresentamos a quantidade de históricos, evoluções e planos de cuidados realizados por cada acadêmica.

Tabela 1 - Distribuição dos passos do processo de enfermagem realizadas por acadêmica na unidade, de Internação P3 do HNR, no período de outubro/novembro, Florianópolis, dez. 1989.

Passos do processo de enfermagem	Histórico	Evolução	Plano de Cuidados
Acadêmicas			
Ivone Carmen	5	55	58
Maria Isabel	5	62	64
Maria Salete	6	51	55
Maria Terezinha	4	49	53
TOTAL	20	217	230

Na elaboração do histórico seguimos os padrões estabelecidos no planejamento, registrando na ficha clínica, quando elaborada pelas acadêmicas. No entanto, em feriados e finais de semana, ao internar pacientes, era realizada uma nota de admissão pela enfermeira de plantão, sendo a mesma registrado no im-

presso de prescrição médica, utilizando o espaço reservado para o relatório de enfermagem.

Nos primeiros históricos seguimos os padrões previstos no planejamento; contudo, em reunião posterior, com a orientadora, foi suprimido o item "Exame Físico", por estar incluso de forma indireta no roteiro do histórico de enfermagem.

Partindo da coleta de dados para o histórico, foi-nos possível fazer o plano de cuidados, o qual é definido por PAIN (1980:81) como: "... o ato de se decidir antecipadamente sobre as intervenções de enfermagem. É a determinação da assistência a ser prestada em relação às necessidades do paciente. É a decisão do enfermeiro no sentido de solucionar os problemas de enfermagem, determinando o tipo, a qualidade da assistência de enfermagem e as condições em que deverão ser realizadas, segundo necessidades".

Na primeira semana de elaboração do Plano de Cuidado (PC) foram seguidos os padrões estabelecidos no planejamento; entretanto, havia dificuldade de acesso ao prontuário do paciente, já que era utilizado pela equipe multiprofissional. Para melhor operacionalizar o PC, optamos por elaborá-lo em via dupla, facilitando seu manuseio pela equipe de enfermagem. Esta mudança foi importante, sendo aceita por todos, contribuindo na organização e execução dos cuidados prestados aos clientes. Há interesse por parte das enfermeiras da P3 em continuar a utilização da 2ª via.

Dando continuidade no processo, utilizamos a Evolução de Enfermagem, definida por DANIEL (1981:93) como sendo "o estudo ou consideração contínua e progressiva das respostas ou reações do paciente, cliente, família e comunidade à assistência de

enfermagem prestada. É a consideração progressiva do andamento do tratamento; registrada dia-a-dia nas anotações de enfermagem".

A princípio houve dificuldades na elaboração da Evolução diária (SOAP), sanadas em reunião com a orientadora, esclarecendo os pontos divergentes, relacionadas com avaliação (A) e plano (P). Inicialmente, todos os padrões pré-estabelecidos foram seguidos, sendo utilizada a "Ficha Clínica" para seu registro. Todavia, a equipe médica, não acostumada à evolução de enfermagem, deixava de buscar a informação existente na mesma, prejudicando parte do trabalho proposto e, conseqüentemente, a assistência prestada aos clientes. Por este motivo consideramos necessário fazer alterações, utilizando o impresso de "Prescrição Médica" no espaço do Relatório de Enfermagem.

Esta adaptação foi de suma importância, pois, a partir daí, os médicos passaram a buscar informações sobre o cliente, uma vez que a evolução de enfermagem continha a resposta quanto ao grau de dependência ou independência, relacionadas com as necessidades humanas básicas, como também as respostas terapêuticas. Neste caso a evolução de enfermagem serviu de subsídio para a evolução clínica.

Já em 1977, CARVALHO, acreditando numa enfermagem sistematizada utilizou o Processo de Enfermagem experimentalmente num hospital e concluiu que: "Se as pacientes cujo problemas foram relatados, tivessem recebido a assistência de enfermagem sistematizada, pela aplicação do Processo de Enfermagem", não teriam passado por tantos sofrimentos e dissabores, suas necessidades seriam identificadas precocemente e teriam recebido o tratamento de enfermagem adequado, ao invés de ficarem sujeitas a ações inadequadas e por vezes contraditórias" (CARVALHO, Enf. Novas Dimens., 1977:266).

Este objetivo foi considerado totalmente alcançado, uma vez que o grupo conseguiu implantar e executar o processo de enfermagem, levando em conta o número de funcionários disponíveis na unidade e suas respectivas funções.

Saímos deste estágio conscientes do momento vivido pela enfermagem onde as mudanças são constantes e os enfermeiros vêm procurando desenvolver estratégias para racionalização da assistência ao cliente, família e comunidade. Estas estratégias são fundamentadas em diversas teorias de enfermagem e ciências afins, tendo como meta estabelecer a sistematização das ações do enfermeiro através de uma metodologia.

Concluimos ser a metodologia uma sistemática de assistência a clientes, que orienta os enfermeiros no sentido de fazer um emprego eficiente do seu tempo, seus recursos para atingir os objetivos dessa assistência.

Com este trabalho tivemos oportunidade de aprofundar nosso conhecimento a respeito do Processo de Enfermagem, sendo este operacionalizável na prática, dinamizando as ações e qualificando a assistência de enfermagem prestada ao cliente.

Objetivo nº 02 - Prestar assistência aos clientes com doenças pulmonares.

KRON (1978:14-15) define a assistência integral ao paciente como sendo "o atendimento de todas as necessidades do paciente-emocionais, espirituais, físicas, ambientais, sociais, econômicas e reabilitativas, inclusive todo ensino necessário em qualquer uma dessas áreas". A autora acredita, ainda, que a assistência individualizada ao paciente "envolve a compreensão

e o conhecimento necessário para a assistência integral, mas também inclui um conhecimento e compreensão do paciente como indivíduo e de suas necessidades específicas. O conhecimento e a compreensão da enfermeira servem como base para a seleção de princípios e medidas adequadas para resolver problemas de enfermagem".

O principal objetivo da assistência de enfermagem aos clientes com disfunção do sistema respiratório é proporcionar apoio através da educação do cliente e familiares e instituir medas terapêuticas que melhorem a função pulmonar.

Diariamente participávamos da passagem de plantão, interagindo-nos das ocorrências da unidade para obter, desta forma, informações sobre, alta, admissão, alteração de estado do cliente e exames. Acreditamos ser este o momento de interação de toda equipe de enfermagem, onde há troca de informações necessárias para melhor entendimentos das necessidades afetadas da cliente.

Após a passagem de plantão, as acadêmicas faziam visitas a todos os clientes internados na P3, levantando as necessidades afetada e priorizando os cuidados imediatos a serem realizados.

Para o grupo, a visita diária, feita com responsabilidade, torna-se o ponto culminante para o planejamento da assistência, quando a enfermeira, pela observação ou pelo diálogo com o cliente, obtém informações diretas ou indiretas sobre seu estado, assim como, também, poderá ver o cliente em seu todo.

É durante a visita diária, através do diálogo, que o enfermeiro conquista a confiança do cliente, contribuindo na ambientação hospitalar e diminuindo os traumas decorrentes desta.

Acreditamos que todas as atividades de enfermagem podem e devem ser avaliadas.

Segundo PAIN (1980:85), "avaliar em enfermagem significa fazer o levantamento ou averiguação dos resultados dos procedimentos de enfermagem, dos benefícios recebidos pelos pacientes, do desempenho das equipes de enfermagem, multiprofissional (de saúde) e administrativo".

O instrumento utilizado para avaliação da assistência diária prestada ao cliente, foi basicamente a Evolução de Enfermagem da qual nos valem para levantar novos problemas e reajustar o plano de cuidado, visando o benefício do cliente.

Na primeira semana de estágio, a proposta do grupo foi de executar atividades com os funcionários de forma mais intensificada, visando a interação, e a oportunidade de conhecimento mútuo. Procuramos executar as atividades de maneira que não gerasse dependência dos mesmos em relação às acadêmicas. A empatia gerada a partir da interação, foi de vital importância, tanto na aceitabilidade das propostas do grupo, bem como na execução destas.

Ao executarmos os cuidados, tivemos oportunidade de observar que o material disponível na unidade para atendimento de rotina era suficiente. Vimos, no entanto, que não há espaço físico adequado para estocagem de material, na unidade, fazendo-se necessário uma observação constante e reposição diária, uma vez que este material quando não mais disponível deve ser buscado no almoxarifado de enfermagem, situado distante da P3 e comum a todas as unidades.

Esta situação acarreta perda de tempo e uma diminuição do número de funcionários no setor todas às vezes que se fez neces

sária a busca de material.

Ressaltamos que o Carro de Emergência existente na P3 serve a todas as unidades de Pneumologia e também ao RX.

Apesar dos problemas citados a assistência prestada ao cliente não foi prejudicada.

Ao término do estágio, já tínhamos conhecimento completo das doenças existentes na P3; tivemos uma interação efetiva com os clientes e funcionários, bem como prestamos uma assistência sistematizada e fundamentada. Desta forma, consideramos alcançado este objetivo.

Objetivo nº 3 - Desenvolver habilidades técnicas de enfermagem.

De acordo com os estudos de ALMEIDA (1986:25): "as técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem. Elas começam a se organizar no final do século XIX quando a enfermagem na Inglaterra também começava a se organizar, e foram implantadas nos Estados Unidos da América nas primeiras décadas do século XX. Portanto são as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas. No entanto, sempre tiveram presentes em outros momentos históricos, porém, como simples rituais de cuidados. As técnicas de enfermagem tiveram seu desenvolvimento pleno a partir dos estudos de Taylor sobre gerência científica, como importante fonte de dados para a organização do trabalho de Enfermagem.

Até o primeiro quarto no século XX todo o trabalho de enfermagem hospitalar era realizado por pessoal não preparado, fi-

cando poucas enfermeiras responsáveis pela supervisão. Então a necessidade destas tarefas serem previamente descritas, passo a passo, para que a mão-de-obra não preparada realizasse o cuidado economizando tempo, material, movimento e energia".

Temos consciência que as técnicas preenchem grande parte do trabalho de enfermagem, exigindo perícia e habilidade para executá-las, visando o conforto e a segurança do paciente.

Na fase de planejamento foi elaborada uma lista de técnicas de interesse para o grupo, levando em consideração a necessidade de maior destreza. Fixamos a lista em local visível nas unidades de pneumologia e de moléstias Infecto contagiosas agudas (MICA) e solicitamos a comunicação pelos funcionários quando do surgimento das técnicas relacionadas.

Durante o estágio foram poucas as oportunidades de realizar técnicas complexas, tendo em vista que na unidade P3 e em todo o hospital, devido à própria especialidade, não há uma diversificação de técnicas, restringindo-se às menos complexas que foram desenvolvidas, respeitando-se os princípios técnico-científicos e humanísticos.

Tivemos a oportunidade de realizar as técnicas listadas, conforme consta em anexo, bem como outros procedimentos não planejados e realizados pelo grupo que estão relacionados em anexo (2).

Consideramos este objetivo alcançado. Entretanto, algumas técnicas listadas deixaram de ser realizadas, por não terem sido oferecidas durante o período de estágio.

Objetivo nº 4 - Fazer um estudo das principais doenças pulmonares existentes na P3, apresentando os resumos ao grupo e funcionários.

KRON (1978:7) nos fala da "Preparação para a Enfermagem Atual. No passado, as enfermeiras realizaram muitas tarefas de manutenção no hospital ou no lar, além de atender aos desejos de seus pacientes. Suas obrigações eram simples e exigiam pouco conhecimento ou compreensão da doença do paciente ou do tratamento do médico. A enfermeira simplesmente fazia o que era ordenado. Entretanto, para se manter atualizada com as mudanças na medicina, especialmente no conceito do que seja a saúde, as enfermeiras verificaram ser necessário assumir responsabilidades cada vez mais complexas, aprender a trabalhar com equipamento novo com eficácia e segurança e, conseqüentemente, adquirir mais conhecimento e compreensão do diagnóstico médico e tratamento e da própria enfermagem".

A autora afirma, ainda, que "a enfermagem também precisa pesquisar os problemas da assistência ao paciente. Para que a prática de enfermagem seja orientada por princípios científicos devem ser realizados estudos para formular hipótese e, então, elucidar problemas a fim de concluir métodos válidos de aprimoramento" (KRON, 1978:13).

Traçamos este objetivo com a finalidade de termos subsídio para prepararmos o plano de cuidados, obtermos maiores conhecimentos sobre doenças pulmonares, orientar os clientes e contribuir para o crescimento da equipe de enfermagem da unidade.

Na primeira semana de estágio listamos as doenças existentes na P3 naquele período. Selecionamos quatro, para estudos, que foram apresentados a partir da 4ª semana.

A acadêmica Maria Salete falou sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Maria Terezinha sobre Carcinoma Pulmonar, Maria Isabel sobre Asma Brônquica e Ivone Carmem, Tromboembolismo Pulmonar.

Nos estudos foram abordados os seguintes itens: etiologia, etiopatogenia, fatores predisponentes, fatores agravantes, diagnóstico, tratamento e assistência de enfermagem. Os trabalhos foram apresentados ao grupo e aos funcionários. Houve participação efetiva de 80% dos funcionários, com questionamentos, esclarecimento de dúvidas e comparação de experiências vivenciadas com o exposto no trabalho.

Os estudos feitos contribuíram para ampliar nossos conhecimentos científicos sobre as doenças pesquisadas, além de estendermos às outras doenças existentes na unidade, o que muito nos valeu para argumentarmos com os funcionários o plano de cuidados de enfermagem.

Vivemos um momento de muito dinamismo, onde através de pesquisas bibliográficas realizamos novas descobertas que amparam o saber científico. O enfermeiro precisa estar alerta para acompanhar tal desenvolvimento com novos conhecimentos e tecnologia. Para que isso ocorra, faz-se necessário um aprendizado constante, através de cursos, estudos e pesquisa. Desta forma, ocupando seu verdadeiro papel, na prevenção da doença e promoção da saúde, reabilitando o ser humano e respeitando sua dignidade.

Não podemos esquecer que a enfermagem é uma necessidade universal e acompanha o indivíduo do nascimento até a morte.

Dos trabalhos apresentados foram feitos resumos que ficarão na unidade, para consultas posteriores.

Este objetivo foi considerado totalmente alcançado.

Objetivo nº 5 - "Fazer levantamento das necessidades de conhecimento dos clientes sobre sua doença e das orientações em grupo a respeito das mesmas".

O alto índice de reinternação de doenças crônicas nesta unidade foi o que nos levou a elaborar este objetivo.

Para o desenvolvimento desta proposta, na fase de elaboração do planejamento, traçamos diretrizes que, ao tentarmos executá-las, nos deparamos com vários impedimentos, principalmente para a orientação em grupo, tendo em vista que um grande número de clientes internados no período eram portadores de neoplasias pulmonares, desconhecendo este fato.

Para muitos clientes, câncer ainda é sinônimo de morte imediata.

Por não termos abertura por parte da equipe médica e de enfermagem, e devido às condições de falarmos em grupo a respeito da referida doença, tendo em vista o estigma que a acompanha e considerando a flexibilidade do planejamento, resolvemos deixar de fazer as orientações sobre as doenças dos clientes em grupo, passando a fazê-las individualmente.

Conforme KRON (1978:121), "qualquer objetivo pode ser alcançado por vários meios diferentes, por isso a enfermeira deve determinar que ação ou conjunto de ações de enfermagem será mais útil para determinado paciente em certo momento".

Consideramos que esta mudança com relação às orientações foram muito importantes, pois assim não provocamos ansiedades nos clientes, às quais não conseguiríamos satisfazer.

Para orientar o cliente sobre a doença da qual era portador, durante a elaboração do Histórico de Enfermagem, no item Percepção e Expectativas, procuramos levantar os conhecimentos

do cliente sobre sua doença, qual a causa, por que adoeceu, o que ele acredita estar acontecendo, o que significa para ele a doença e o tratamento, como encara a internação e as limitações impostas por sua atual condição de saúde.

A partir destes dados, obtínhamos as informações que nos davam subsídios para a orientação individual.

As orientações foram realizadas individualmente durante a visita diária e no momento da coleta de dados para a Evolução de Enfermagem. Eram feitas de forma gradativa, conforme os anseios do cliente. À medida que as orientações eram feitas, também eram cobradas para termos um feed-back da situação.

Como os clientes de todas as unidades de pneumologia tinham em comum o fato de serem portadores de doenças pulmonares, achamos por bem estender a todos uma orientação de como é, e como funciona o sistema respiratório (anatomia e fisiologia).

O local disponível para apresentar este trabalho não comportara todos os clientes em condições de locomover-se; sendo assim, foram divididos em dois grupos.

Para ilustrar o referido trabalho utilizamos figuras, livros de anatomia, um pulmão de adulto e um de criança e um manequim anatômico, material este emprestado do Departamento de Ciências Morfológicas da UFSC.

Foram apresentados de maneira sucinta a formação do trato respiratório, suas funções, causas e fatores predisponentes e os sinais e sintomas mais comuns nas doenças pulmonares.

O trabalho foi apresentado e coordenado pela acadêmica Maria Terezinha com a colaboração das demais.

Houve grande aceitação por parte dos clientes, que ques-

tionavam e interrompiam sempre que lhes surgia um exemplo vivenciado. Além dos clientes, contamos com a participação de alguns funcionários e a presença da Supervisora de estágio, enfermeira Eline.

Durante a apresentação deste trabalho eram formuladas perguntas aos clientes, a fim de verificar o grau de captação do conteúdo exposto, sendo feito reforço sempre que necessário. Terminada a apresentação, os clientes conversaram entre si, comentando que acharam muito bom este tipo de trabalho, pois muitos desconheciam até mesmo como era o pulmão.

Nas visitas diárias e durante a prestação de cuidados, posteriores à apresentação do trabalho, buscamos identificar na P3 o que havia sido assimilado.

No geral, o tema exposto foi entendido pelos clientes, que tinham satisfação e interesse em demonstrar o novo conhecimento. Recebemos vários elogios por parte dos funcionários, que colocaram a necessidade de repetirmos este tipo de atividade.

Consideramos este objetivo atingido, pois na apresentação do trabalho contamos com a presença de todos os clientes da P3 que tinham condições de se locomover, além de funcionários e clientes das outras unidades de pneumologia do HNR.

Objetivo nº 6 - "Orientar clientes para a alta e o autocuidado".

NEVES (1987:235-241) define auto-cuidado como "a prática de atividades que indivíduos desempenham em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, saúde, bem estar".

Com relação ao auto-cuidado, Orem, citado por REMOR (1986: 6), acredita que "o profissional de enfermagem juntamente com o cliente, deve identificar déficits de capacidade no atendimento das necessidades individuais, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado, desta forma, o profissional de enfermagem, funciona como regulador do sistema. Ele identifica os déficits de competência em relação à demanda de auto-cuidado, faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem."

DUGAS (1978:64) afirma que "a alta hospitalar deve ser preparada desde o momento da internação. Durante a sua permanência, deve-se-lhe oferecer a cada oportunidade a obtenção de sua independência.

Os hospitais fornecem ambiente de proteção ao paciente, parecendo que o mundo exterior é ameaçador e, de certa forma, adverso. Em consequência disso, no momento da alta, a alegria de reunir-se à família e de se sentir novamente em plena forma, é ofuscada por um sentimento de medo e ansiedade em relação ao futuro."

Durante todo período de estágio, e a partir do momento em que o cliente estava apto para assimilar orientações, as mesmas eram feitas individualmente, com relação à utilização correta de medicação, execução de exercícios respiratórios e físicos, reconhecimento de possíveis fatores predisponentes às crises respiratórias, à existência de grupos cronificados e retorno ambulatorial.

Explicávamos o que, quando e como fazer. Posteriormente,

era cobrado do cliente para verificar o grau de assimilação e a necessidade de reforço. As receitas das medicações foram explicadas na alta e, quando se fez necessário, foi feito um esquema de horário para uso correto.

A princípio fizemos contato com o HU para encaminhamento de clientes ao setor de crônicos, entretanto o atendimento ambulatorial destes estava temporariamente suspenso. A enfermagem, através das orientações, procura levar o indivíduo a lutar contra a dependência, exercitando a auto-decisão em direção ao auto-cuidado.

Como todos os clientes que obtiveram alta no período de estágio receberam as orientações, consideramos, portanto, este, objetivo integralmente alcançado.

Objetivo nº 7 - Elaborar normas e rotinas para implantação da metodologia de assistência de enfermagem.

Segundo CHIAVENATTO (1979:40), "normas são regras ou regulamentos que cercam e que asseguram os procedimentos. São comandos diretos e objetivos de cursos de ação a seguir (...). As normas também são guias de ação, mas não estabelecem medidas seqüenciais ou cronologicamente interligadas, como os procedimentos."

Procedimentos ou rotinas, conforme o referido autor "são os modos pelos quais os programas deverão ser executados ou realizados."

O grupo, para implantação da metodologia, acreditava que seria necessário criar normas e rotinas para desenvolver o processo de enfermagem; contudo, os padrões elaborados na fase

de planejamento, deram subsídios suficientes para consecução do trabalho.

Questionando a enfermeira chefe da P3 a respeito das normas e rotinas da unidade, disse que as referentes à admissão, alta, transferência, visitas, estão escritas e outras em fase de elaboração. As rotinas existentes na unidade são administrativas, e não entraram em confronto com o proposto no trabalho.

Havendo interesse do grupo em criar uma rotina, e observando que a utilização do catéter heparinizado era feita de forma indiscriminada, decidimos criar a rotina intitulada "Preparo e Utilização da Solução de Heparina", a mesma está em anexo (3) e uma cópia arquivada na unidade para consulta.

Também foi realizado um estudo mostrando a ação de heparina, sua absorção, metabolismo e excreção e as reações adversas oriundas da heparinoterapia, o qual foi apresentado aos funcionários com demonstração de grande interesse das mesmas, pois havia um desconhecimento sobre o assunto. Este trabalho foi apresentado pela acadêmica Maria Terezinha, cujo resumo encontra-se no anexo (4).

Concordamos que rotinas são importantes para a execução de determinados procedimentos; entretanto, convém considerar que a enfermagem vem evoluindo muito nos últimos anos e que o cliente deve ser visto como um indivíduo, exigindo, por vezes, que se façam alterações. O excesso de rotinas assistenciais de uma assistência de enfermagem muito generalizada torna o enfermeiro meramente um executor destas rotinas.

Sendo os padrões estabelecidos um guia, que tem por objetivo sistematizar e uniformizar a elaboração do plano de assis-

tência , este também deve ter flexibilidade, deixando espaço para a atuação do profissional enfermeiro.

Desta forma, consideramos o objetivo alcançado, pois os padrões elaborados serviram de suporte para implantação da metodologia.

Objetivo nº 8 - Fazer visita domiciliar a (04) quatro clientes, sendo uma por acadêmico.

A visita domiciliar visa o atendimento de enfermagem no domicílio, com objetivos previamente traçados.

Conforme índice estatístico, a média de reinternação é alta; devido a isto, foi-nos solicitado, na fase de elaboração do planejamento, que fossem incluídas em nosso trabalho algumas visitas domiciliares a clientes crônicos com alta taxa de admissões.

Para entendermos o indivíduo como um todo, consideramos importante também observá-lo em seu meio domiciliar. Lembramos, no entanto, que o lar é o lugar privativo do indivíduo e de sua família, devendo ser este direito preservado. A visita domiciliar realizada pelas acadêmicas teve por finalidade avaliar as orientações dadas durante o período de internação, se foram compreendidas e se estavam sendo executadas. Era observado, ainda, nível sócio-econômico e cultural do indivíduo, para verificar se as orientações feitas eram condizentes com a realidade do cliente.

A princípio, tivemos dificuldade de selecionar os clientes para visita, uma vez que os com maior regresso moravam em outros municípios e aqueles que moravam mais próximos tinham

um nível social elevado, valendo-se dos consultórios médicos particulares.

Até a terceira semana não tínhamos selecionado clientes cujas características preenchessem os quesitos propostos. Na incerteza de atingirmos o objetivo, decidimos selecionar clientes que morassem em locais de fácil acesso, independente de serem da P3.

Sendo do conhecimento das acadêmicas que o cliente G. da PI, portador de Fibrose Pulmonar Difusa Idiopática, dependente de O_2 , com várias internações de longa permanência, estava com alta prevista, resolvemos visitá-lo em sua residência. Questionando o cliente e familiares, obtivemos a permissão dos mesmos, sendo a visita realizada pelas acadêmicas Ivone Carmen e Maria Salete. Durante a primeira visita, o cliente solicitou nosso retorno e, após avaliação, vimos a necessidade de fazê-lo, visto que foram levantados vários problemas em relação à aceitação familiar e à necessidade de oxigenação.

Neste período foram internadas na P3 as clientes M.F.A. e J.C.C., portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), residentes em Florianópolis, que selecionamos para visita pelas acadêmicas Maria Isabel e Maria Terezinha. Solicitamos permissão de familiares e clientes, sendo concedida prontamente. O relatório das visitas domiciliares consta em anexo (5).

Para a visita domiciliar elaboramos um roteiro que consta no anexo (6).

Para o grupo, a visita domiciliar serviu de instrumento para avaliar se as orientações dadas eram seguidas pelo cliente, dando continuidade ao tratamento iniciado durante a internação e complementando-as, quando necessárias.

O objetivo foi considerado alcançado, pois o número de visitas proposto foi efetuado, o aprendizado foi excelente e conseguimos colaborar com os visitados no sentido de reforçar e dar novas orientações, de acordo com as suas necessidades.

III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos este trabalho, podemos observar o nosso crescimento teórico-científico, pessoal e prático.

Para atingir os objetivos traçados o grupo não mediu esforços, sobrepujando muitas vezes as expectativas.

As dificuldades surgidas durante a fase de execução, foram mínimas, sanadas com apoio da orientadora, supervisoras e de toda equipe de funcionários da P₃.

Horta (1970:XI) afirma que: "a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do Processo de Enfermagem.

Além de uma metodologia para sistematizar a assistência de enfermagem, pessoal qualificado e treinado, o mais importante é o enfermeiro se dispor a assumir seu papel com responsabilidade, contribuindo para a valorização de sua categoria profissional.

Este trabalho colaborou para que o grupo desenvolvesse a capacidade de pesquisa e aprimorasse conhecimentos, levando-os para a vida profissional.

A enfermagem atual muito difere de seus primórdios, hoje para que os profissionais atuem com capacidade, faz-se necessário uma atualização constante.

O trabalho desenvolvido na P₃ deu-nos oportunidade de aprendizagem, reflexão, questionamentos, bem como uma visão globalizada do papel da enfermeira na assistência e supervisão da unidade.

Reconhecemos em todos os momentos que nossa escolha por este campo de estágio foi acertada, favorecendo o alcance dos objetivos.

IV - AVALIAÇÃO

As estratégias traçadas na fase de planejamento, a disposição do grupo em executá-las, foram pontos primordiais para o alcance dos objetivos.

Com o desenvolvimento gradativo da metodologia, houve a interação com os funcionários, dos quais tivemos o apoio em todas as fases da implantação.

Na avaliação feita com a equipe de enfermagem, todo trabalho foi considerado importante, entretanto deram ênfase ao Plano de Cuidados, pois determinava as diretrizes a serem seguidas na assistência ao cliente.

Com relação a supervisão, tivemos liberdade total para atuação no campo, o que nos deu segurança pessoal e autonomia no desenvolver do trabalho.

Quanto a orientadora, foi fundamental a relação de amizade estabelecida com o grupo, o estímulo constante levando-nos ao alcance de objetivos, contando sempre com sua orientação competente e amiga.

Apesar da heterogeneidade do grupo, as idéias sempre foram bem discutidas e o concenso era acatado. Ao final do estágio a relação amigã e o respeito é fato constante entre o grupo.

O método de trabalho proposto pela VIIIª Unidade Curricular, proporciona ao aluno desenvolver suas capacidades, com liberdade, dando condições de vivenciar a futura profissão.

V - SUGESTÕES

Ao final do Estágio Curricular da oitava fase do curso de graduação em Enfermagem sugerimos que:

1. A chefia do Setor de Enfermagem (SE) do H.N.R. lute pela expansão do quadro de pessoal qualificado;
2. Os enfermeiros atualizem-se frequentemente para garantir um melhor nível profissional e, principalmente, à assistência de qualidade;
3. Os enfermeiros dêem continuidade ao trabalho implantado pelas acadêmicas;
4. Sejam realizados treinamentos em serviço com os funcionários visando uma assistência mais científica;
5. Os enfermeiros do H.N.R. desenvolvam atividades de medidas preventivas, através da educação do cliente e familiares com a formação de grupos de cronificados;
6. Os alunos de 8ª U.C. de turnos posteriores desenvolvam estágios no H.N.R., uma vez que o mesmo oferece boas condições para aprendizado.

VI - BIBLIOGRAFIA CITADA

- ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo, Cortez, 1986.
- CARVALHO, Daclé V. Porque Acredito no Processo de Enfermagem. Rev. Enf. Novos Lineus, 3(5):261-266, 1977.
- CHIAVENATTO, Idalberto. Teoria Geral da Administração. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, V. 1, 1979.
- DANIEL, Liliana Felcher. A Enfermagem Planejada. 3.ed. São Paulo, EPU, 1981.
- DUGAS, Beverly W. Enfermagem Prática. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- FARIA, A.N. Organização de Empresas, Previsão, Planejamento e Implantação. 5.ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos Editora, V. 2, 1979.
- GOLDBERG, Maria Amélia A. & SOUZA, Clarilza Prado. A Prática da Avaliação. São Paulo, Coleção Educação Universitária, Cortez & Moraes, 1979.

- KRON, Thora. Manual de Enfermagem. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- NEVES, E.P. Reflexões acerca dos conceitos de auto-cuidado e competência/poder para auto-cuidado. Rev. Esc. Enf., USP, São Paulo, 21(2):235-241, ago. 1987.
- PAIM, Rosalba C.N.. Metodologia Científica em Enfermagem. Rio de Janeiro, 1980.
- REMOR, A. et alii. A Teoria do Auto-Cuidado e sua Aplicabilidade no Sistema de Alojamento Conjunto. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3):6-11, abr./set. 1986.
- RIBEIRO, Circe de Melo. Avaliação da Assistência de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem XXIX, Camboriú-SC, 1977. Anais.

VII - BIBLIOGRAFIA PESQUISADA

APONTAMENTOS das aulas assistidas na VI Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem - UFSC.

BELAND, Irene L. Passos JOYCE, Y. Enfermagem Clínica: Aspectos fisiopatológicos e psicossociais. 113 Ed. II, São Paulo E.P.V., Edição da Universidade de São Paulo, V. 2, 1978-1979. p.1-69

BEYERS, Marjorie & DUDAS, Susan. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tratado de Prática Clínica. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989.

BOGLIOLO, Luigi. Patologia. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986.

CRAIG, Charles R. Farmacologia Moderna. São Paulo, Roca, 1986.

DANGELO, J.G. FALTRINI, C.A. Anatomia Humana. São Paulo, Atheneu, 1985.

EXPERIÊNCIAS pessoais na assistência de enfermagem e pacientes com D.P.O.C. do Hospital Nereu Ramos.

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA. Manual para orientação. Hospital Universitário, Florianópolis (mimeografado).

GOODMAN, Louis S. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Rio Grande do Sul, Guanabara Koogan, 1983.

JACOB, F.L. et alii. Anatomia e Fisiologia Humana. 5.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.

PACIORNIK, Rodolpho. Dicionário Médico. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985.

SPALTEHOLZ, Werner. Atlas de Anatomia Humana. São Paulo, V. I, Roca, 1988.

ZAGELBAUM, M.D. Tratado Intensivo das Doenças Respiratórias. São Paulo, Ave Maria, 1983.

VIII. ANEXOS



AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Curso: Graduação de Enfermagem - UFSC

Fase: 8ª UC

Local: Hospital Nereu Ramos

Período: 27/09 à 30/11/89

Supervisora: Eline R. D. Sprícigo

Acadêmicas: Ivone Carmem Bieger

Maria Isabel Biff

Maria Salete Koerich Inácio

Maria Terezinha Teixeira Braga

II- AVALIAÇÃO:

O processo de avaliação do grupo obedeceu o proposto ni ítem 4 do "Roteiro para avaliação do aluno de VIIIª UC , somente não atribuiu do-se notas, que foram substituídas pelo critério abaixo:

Excelente 09 - 10

Muito Bom 08 - 09

Bom 07 - 08

Regular 06 - 07

Ruim 05 - 06

Assim, o resultado da avaliação é o que se segue:

Ítem 4.1 - Conhecimento e habilidade - M.B;

Ítem 4.2 - Atitude ético-profissional - M.B.

* Responsabilidade - M.B.

Atitudes - Excelente

Ítem 4.3.-Atividades do Planejamento - M.B.

* Apesar de alteração de escala, proposto no projeto, isto não comprometeu o desenvolvimento planejado.

Florianópolis, 27 de novembro de 1989.


ELINE RUTH DONALD SPRÍCIGO
SUPERVISORA

ANEXO 2

QUADRO 02 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem não planejados e realizados por acadêmica no H.N.R., no período de outubro/novembro, Fpolis, dez. 1989.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	IVONE	MARIA ISABEL	MARIA SALETE	MARIA TEREZINHA
Coleta de sangue com exame	05	17	03	12
Arrumação de cama	02	04	02	04
Aplicação de compressas frias	-	-	-	01
Acompanhar punção pleural	04	01	-	01
Acompanhar a broncoscopia	01	01	01	01
Acompanhamento da Biópsia de gânglio	-	-	01	-
Desinfecção terminal	01	-	-	02
Retirada de pontos	-	-	-	01

ANEXO 2

QUADRO 01 - Distribuição das técnicas de enfermagem planejadas e realizadas por acadêmica no

H.N.R., no período de outubro/novembro, Fpolis, dez. 1989.

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	ACADÊMICA					Nº MÍNIMO PLANEJADO POR ACADÊMICAS
	IVONE	MARIA ISABEL	MARIA SALETE	MARIA TEREZINHA		
Ad. de medicamentos por via parenteral	32	36	30	40		20
Aspiração de secreção	-	-	-	-		03
Curativos	02	03	05	02		04
Fluidoterapia	10	12	10	12		10
Instalação de catéter nasal	06	04	06	05		06
Punção arterial	05	04	06	06		06
Sondagem nasogástrica	-	-	-	-		01
Verificação dos sinais vitalis	20	25	20	26		06
Glicosúria	-	-	-	02		02
Nebulização	03	02	04	04		05
Drenagem e tapotagem	05	01	05	06		05
Higiene oral	-	-	-	-		04

ANEXO 4

HEPARINA

Conceito: A heparina é um derivado cumarínico usado para inibir a síntese dos fatores de coagulação sangüínea.

Ação da Heparina: Age indiretamente através de um cofator do plasma, a antitrombina III, que é uma α_2 globulina e inibidor da protease que neutraliza diversos fatores ativados da coagulação, isto é, XIa, IXa, Xa, K (calicreina), IIa e XIIIa.

Heparina: Antitrombina III - Inativada { antitrombina III
trombina
impedindo o efeito cascata.

A antitrombina III forma complexos irreversíveis com a trombina e, em consequência, ambas as proteínas são inativadas. A heparina acelera acentuadamente a velocidade desta reação.

Antagonista da heparina:

- Protamina - são proteínas com baixo peso molecular altamente básicas, combina-se ionicamente com a heparina formando um complexo estável isento de ação anticoagulante.
- 1 mg de protamina antagoniza 100 unidades de heparina.

Ocorrência e função fisiológica

A heparina existe nos tecidos dos mamíferos que contém mastócitos, porém apenas numa forma macromolecular com pelo menos 750.000 daltons (6000 MAM).

Apenas algumas cadeias polidispersivas da heparina possuem ação anticoagulante.

É produzida e pode ser liberada a partir dos mastócitos e é particularmente abundante no fígado, pulmões e intestino.

A heparina é utilizada na terapia anticoagulante na presença de fenômenos tromboembólicos.

Absorção, metabolismo e excreção

Após a ministração EV, a distribuição da heparina é geralmente limitada ao compartimento intravascular, chegando pouco da droga aos tecidos.

A heparina não se liga a proteínas plasmáticas, não é secretada com o leite e não atravessa a barreira placentária.

A ação da heparina termina tanto pelo metabolismo hepático, isto é, conversão da heparina em metabólitos menos potentes (Uroheparina), quanto pela excreção renal da droga intacta e seu metabólito principal.

A vida média da droga depende da dose. Quando 100, 400 ou 800 unidades/kg de heparina são injetados por via endovenosa a vida média aproximada da atividade anticoagulante é cerca de 1,2 e 3 horas respectivamente.

Nos pacientes com insuficiência renal ou doenças hepáticas (cinose) a vida média da ação anticoagulante é significativamente maior do que em indivíduos normais.

Reações adversas

A principal reação adversa oriunda de heparinoterapia é a hemorragia. Sangramentos podem ocorrer nos tratos digestivos e urinários, ou mesmo na glândula adrenal. Hematomas subdurais, pancreatite hemorrágica aguda, hemartroses, equimoses cutâneas podem ocorrer.

Efeito indesejáveis adicionais do tratamento com heparina incluem: trombocitopenia e reações de hipersensibilidade.

Os cuidados de enfermagem são no sentido de intensificar os cuidados com os sinais vitais, mais especificamente, Pulso e Pressão arterial e os demais sinais e sintomas que possam identificar uma hemorragia, sendo esta externa ou interna.

Apoio psicológico deve ser constante e estender-se à família, para que, estando informados colaborem apoiando o cliente emocionalmente, contribuindo para o seu restabelecimento.

Ac. Enf. Maria Terezinha T. Braga

ANEXO 5

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR Nº 1

DATA: 01/11/89

Após optar pelo cliente, G.F.S., fizemos coleta de dados no prontuário médico para ver diagnóstico e fazer revisão de conhecimentos sobre a patologia.

Na visita foram avaliados as orientações dados no transcorrer da internação, da alta e quando necessário, foi reorientado.

G.F.S., 70 anos, portador de Fibrose Pulmonar Idiopatia, dependente de O₂, reside à Rua Geral do Roçado, São José.

Saímos do H.N.R. às 13:00 hs do dia 01/11/89 em condução própria, a casa de fácil acesso é de alvenaria com 6 peças, com água encanada, luz elétrica, esgoto, e está em bom estado geral. Encontramos G.F.S. na cama, em quarto escuro, quente e sem ventilação. Além da esposa que tem deficiência visual acentuada, estava a filha que mora a 200 metros da casa com duas crianças de 4 e 2 anos. A receptividade foi boa, porém a família não aceita muito bem o familiar doente; fazem diversas colocações contrárias a permanência deste no lar, gostariam de reinterná-los.

G.F.S. é aposentado, sendo este o único meio de subsistência do casal, com alguma participação dos filhos nos trabalhos domésticos. O cliente faz uso de broncodilatadores, hipoglicemiantes orais, vasodilatador coronariano e digitálicos, sendo que estas medicações se encontram em local aberto e de fácil acesso à crianças. Relatou-nos que há 2 dias não troca o cateter nasal, por ainda estar permeável. Usa O₂ quando fica com

maior dificuldade de respirar; quer evitar muita dependência. A família conseguiu torpedo de oxigênio no INPS bem como material necessário para troca do catéter, porém no momento, com a greve nesta instituição os mesmos estão preocupados com a possível falta de materiais.

O cliente apresentava-se com taquipnéia (44 mrpm), taquisfigmia (120 bpm); cianose peri-oral e de extremidades acentuada; respiração superficial, fazendo uso dos músculos acessórios e contactuando com dificuldade. Diz sentir-se melhor no hospital pois tem certeza de um bom atendimento. Além de pneumopata é cardíaco, diabético e hipertenso.

O cliente e familiares foram orientados quanto a:

- Troca de narina e catéter nasal, no mínimo, uma vez ao dia.
- Inspiração profunda pela narina com expiração lenta pela boca.
- Permanecer com oxigênio sempre que tiver dificuldade de respirar.
- Manter fluxômetro em 2 litros/min.
- Manter nível de água adequado.
- Lavar umidificador e intermediário diariamente com água e sabão.
- Observar dieta.
- Fazer glicosúria com glicofita uma vez ao dia e se positiva, controlar com maior frequência.
- Reutilizar catéter nasal após lavagem com água e sabão, se for necessário.
- Deixar a medicação fora do alcance das crianças.

- Em caso de faltar material no período de greve do INPS
procurar o H.N.R..

Após orientações, solicitaram nossa volta em breve. A visita teve a duração de 2 horas. Despedimo-nos e prometemos voltar.

RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIAR Nº 2

DATA: 15/11/89

Após avaliarmos as condições do cliente G, chegamos a conclusão da necessidade de nova visita para avaliarmos se as orientações feitas estavam sendo seguidas. Saímos do H.N.R. às 14:00 hs em condução própria.

Encontramos G., sentado na sala com catéter de O₂ desligado, bastante dispneico (64 mrpm), cianose acentuada peri-oral e de extremidades, taquisfigmia (120 bpm). Referiu estar mais animado, e questionou-nos muito sobre sua doença.

Problemas encontrados:

- Troca de catéter de 2 em 2 dias;
- Respiração superficial e acelerada;
- Acredita ficar melhor no hospital;
- Medicação contínua ao alcance das crianças;
- Sem pessoa responsável pela administração da medicação e cuidados com O₂;
- Cianose de extremidades e peri-oral;
- Pouca aceitação familiar.

Nesta segunda visita, observamos que poucas orientações foram seguidas; as dificuldades encontradas na 1ª visita continuam sendo as mesmas. O cliente e a família foram reorientados com bastante ênfase. Nossa visita estendeu-se por 3 hs.

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR Nº 3

DATA: 16/11/89

Às 8:00 horas, saímos da UFSC para visita domiciliar à cliente M.F.A., residente no morro frente ao Instituto Estadual de Educação, aproximadamente, 3 km da rua geral.

Chegamos a residência de M.F.A., às 8:30 hs. Encontramo-la em casa aguardando-nos. M.F.A. mora sozinha ao lado da casa do filho, que junto com a esposa trabalham o dia todo. Sua casa é de madeira, velha, sem forro, com 2 quartos, sala e cozinha, com água encanada e luz elétrica, sem banheiro, com fossa séptica nos fundos da cozinha.

Possui muitos pombos que vivem em cima da casa e 7 gatos soltos pelo quintal. M.F.A., vive de aposentadoria (1 salário mínimo).

Apresentava-se com dispnéia acentuada em repouso, com tosse improdutiva, referindo secura no peito e garganta. Está fazendo uso de aminofilina, 100 mg; aerotin aerosol, nebulização com soro fisiológico e não estava tomando o xarope receitado (iodeto de potássio). Relembramos com a cliente as instruções sobre exercícios respiratórios e de tosse, as quais a mesma demonstrou saber como fazer, entretanto, não o faz sempre.

Referiu vontade de voltar para o hospital pois sente que não está melhor e tem medo de morrer sozinha.

Fomos bem recebidas pela cliente que dispensou-nos grande atenção desculpando-se pela pobreza. Após reorientá-la sobre os exercícios e o uso correto da medicação, despedimo-nos da mesma.

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR Nº 4

DATA: 17/11/89

Saímos da UFSC as 8:00 hs, nos dirigimos ao continente, à casa de J.C.C., no morro da caixa.

Ao chegarmos fomos recebidas por D.C., sua filha, pois dona J.C.C., estava fazendo nebulização.

A cliente tem casa própria nos fundos da casa da filha, entretanto, desde o início do ano, quando teve piora de seu quadro respiratório, passou a morar com a filha, o genro e três netos.

A casa é de dois pisos, de alvenaria, bem arejada, vista para o mar, com água encanada, coleta de lixo, luz, esgoto, com três quartos e sala, banheiro e cozinha com bom aspecto de higiene e conforto.

J.C.C. veio ao nosso encontro na sala, demonstrando alegria e satisfação em ver-nos, dizendo que já nos aguardava há bastante tempo. Apresentava-se com dispnéia moderada em repouso, acentuando-se aos esforços e tremores de M.M.S.S.

Referiu boa ingesta hidro-alimentar e uso dos medicamentos conforme a prescrição médica. Relembramos as orientações sobre os exercícios respiratórios e de tosse com feed back positivo. Fomos convidadas para outras visitas em ocasiões futuras.

Despedimo-nos com a sensação de que nossa visita foi bem-vinda.

ANEXO 6

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

1. Selecionar cliente com alto índice de reinternação.
2. Traçar itinerário e meio de transporte.
3. Apraziar hora mais adequada.
4. Calcular tempo necessário.
5. Limitar o tempo gasto durante a visita.
6. Apanhar dados sobre o cliente no SAME.
7. Planejar atividades.
8. Rever bibliografia sobre a doença do cliente a ser visitado.

Execução da visita:

1. Desenvolver atividades planejadas.
2. Não fazer registros na frente do cliente.
3. Cobrar as orientações dadas na fase de internação.
4. Reorientar, se necessário.

Após retorno registrar:

1. Observações.
2. Informações.
3. Atividades desenvolvidas.
4. Orientações feitas durante a visita.