

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**VIVENCIANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE
ADULTO INTERNADO NO SETOR DE REPOUSO DO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA DO HU: UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL BASEADA NA
TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.**

Florianópolis, agosto de 1998.

ISIDORO ASPRILLA ALDEANO

**VIVENCIANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ADULTO
INTERNADO NO SETOR DE REPOUSO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO
HU: UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL BASEADA NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0435

Autor: Aldeano, Isidoro A

Título: Vivenciando a assistência de enf



972492978 Ac. 241847

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0435

Ex.1

Trabalho de conclusão da disciplina INT 5134 –
Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de
Graduação em Enfermagem da UFSC.

Orientadora: Prof^a Tânia Mara Xavier Scóz.
Supervisora: Enf. Rozeli Emilia Fidelis
Enf. Taise Costa Ribeiro Klein.

Se queres progredir não deves repetir a
historia, mais sim fazer uma historia nova...

Gandi

AGRADECIMENTOS

A Deus:

Por ter mi guiado nesta difícil jornada...

A meus pais por ter me gerado do sangue do seu sangue

e concedido a felicidade de ter crescido em família...

A professora Tânia já que sem você não conseguiria chegar ate aqui...

As supervisoras Taise e Roseli já que sem vocês

seria muito difícil atingir meus objetivos...

Aos amigos que fiz...

RESUMO

Trata-se do relato das atividades desenvolvidas pelo acadêmico em fase de conclusão de curso, aos clientes internados no setor de repouso da Emergência do Hospital Universitário. A Assistência de Enfermagem prestada teve como marco referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Wanda de Aguiar Horta que contribui para a proposta de assistência individualizada e integral do cliente usuário deste serviço. Discute-se a importância dos serviços de Emergência para a comunidade, seu funcionamento, seu fluxograma bem como sua integração com os demais serviços de saúde existentes. Apresenta-se a situação de transferência sob a ótica do acadêmico e seu envolvimento com os membros da equipe de Enfermagem, através da descrição das vivências realizadas sob a forma de oficinas. Reforça-se a prestação dos cuidados prestados através da realização de revisões bibliográficas sobre temas considerados mais emergentes no setor de estágio, mais especificamente no setor de repouso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
3. REVISÃO DA LITERATURA	4
3.1 Síndrome De Guillain-Barré (G-B)	8
3.2 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	10
3.3 Aneurisma Intracraneario (Hemorragia Subaracnoídea)	12
3.4 Leptospirose	13
3.5 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	16
3.6 Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	21
3.7 Angina Pectoris	25
3.8 Acidente Vascular Cerebral (AVC)	28
3.9 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	31
3.10 Parada Cardio respiratória	33
3.11 Estenose Aórtica	34
3.12 Trombose Venosa Profunda	36
3.13 Diabetes Mellitus	37
3.14 Aneurisma de aorta abdominal	42
4. REFERENCIAL TEÓRICO	45
5. METODOLOGIA	53
5.1 Contextualização Do Campo	53
5.2 População Alvo	56
5.3 Plano De Ação	57
5.4 Cronograma	60
6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
8. BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, vem ocorrendo um aumento significativo e cada vez maior, na procura dos Serviços de Emergência por parte da população, e a tendência é continuar aumentando segundo Rogers, Osborn & Pousada (1992, p. 13).

“Um grande número de pessoas procuram os serviços de emergência por doenças cardíacas graves, tais como: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar e disritmias cardíacas” (Brunner & Suddarth, 1994, p. 1661), como também o atendimento de um elevado índice de acidentados que segundo Tacahaghi, apud Faria (1996, p.550) são dados que podem ser facilmente comprovados no setor de emergência, noticiários e jornais.

O setor de Emergência do Hospital Universitário não escapa desta realidade. É um dos setores mais procurados pela população atualmente (Jacob, 1995, p. 15), estando esta procura, relacionada a exposição da "mão-de-obra ativa" aos vários fatores de risco como, acidentes de trânsito em vias públicas, no trabalho, vítimas da violência urbana.

Ainda em relação a esta violência Prado (1996, p.60) ressalta que segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, no período de 1980–1992 "o número de mortes por causas externas constituem um terceiro principal grupo por causa de morte".

Por outro lado explica Nazário (1996, p. 140) que o aumento da demanda de tal serviço, associa-se à precariedade e a falta de resolutividade dos serviços de saúde que oferecem atendimento a nível ambulatorial e comunitário.

A procura do setor por parte da população, garante desta forma uma demanda suficiente para o desenvolvimento das habilidades técnicas e o aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso, associado a experiência e vivência adquirida dentro de uma unidade de pronto socorro, para desempenho profissional futuro, é que me fizeram optar pela unidade de emergência do Hospital Universitário, nas especificamente seu setor de repouso.

A meta principal, da prestação de assistência de enfermagem ao cliente adulto em situação de Emergência/Urgência, fundamentada em um referencial teórico, permeou todo o desenvolvimento do projeto, que teve início em 25 de março e se estendeu até 05 de junho de 1998.

O método de assistência utilizado é o mesmo adotado pelo HU e tem como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, através do Processo de Enfermagem, e no prontuário orientado para o problema preconizado por WEED.

Este trabalho apresenta o relato de todas as atividades que foram desenvolvidas junto aos clientes internados no setor de repouso da Emergência do H.U.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Prestar assistência de enfermagem ao cliente adulto com intercorrências de Emergência/Urgência, baseado no referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

2.2. Objetivos Específicos:

- 2.2.1 Prestar assistência integral individualizada ao cliente internado no setor de repouso do Serviço de Emergência do H.U
- 2.2.2 Conhecer e participar das atividades administrativas do enfermeiro no setor de repouso.
- 2.2.3 Interagir com os membros da equipe, através da reflexão conjunta da proposta de estágio, realizando atividades e rotinas do setor e mediante realização de oficinas.
- 2.2.4 Realizar técnicas de Enfermagem que permitam o desenvolvimento de habilidades do acadêmico.
- 2.2.5 Participar do processo de transferência dos clientes do setor de repouso para outras clínicas do HU e/ou outros hospitais da Grande Florianópolis.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O conceito de Emergência, implica sempre situações críticas de saúde. Para Drummond (apud. Nazário 1996, p.17) o conceito de Emergência de forma abrangente se define como aquela situação “em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por apresentar obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida”. Ainda explica este autor que : “A situação de Emergência também pode ser descrito como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida exigindo medidas terapêuticas imediatas”.

Por outro lado Rogers, Osborn & Pousada (1992, p. 16) classificam a Assistência de Emergência em três níveis a seguir.

I - Emergencial: pacientes que necessitam de tratamento ou avaliação imediatos: parada cardio-respiratória, dor torácica aguda, sangramento vaginal abundante, tentativa de suicídio, insuficiência respiratória, overdose de drogas, hemorragia, arritmia séria, convulsão em andamento, choque.

II - Urgente: pacientes com doenças ou ferimentos sérios que necessitam de intervenção e/ou avaliação em 20 (vinte) minutos a 2 (duas) horas: fraturas, acidente vascular cerebral (AVC), isquemia cerebral transitória (ICT) e alteração significativa dos sinais vitais.

III - Não Urgente: pacientes com ferimentos menores e condições não agudas que devem ser encaminhados para um ambulatório de pronto atendimento: luxação ou deslocamento, queimadura menor, congestão nasal/tosse, disúria, ardência na garganta e dor lombar inferior.

Outra classificação levantada por Pool, citado por Estrada, apud Nazário(1996,p.16) utiliza os termos Emergente, Urgente e Não Emergente descrevendo-os da seguinte forma:

“Uma categoria **Emergente** deveria incluir afeções que ameaçam a vida, tais como: a obstrução de vias aéreas ou a hemorragia incontrolável. A categoria **Urgente** incluiria os problemas que exigem tratamento dentro de poucas horas, para impedir que a lesão ou doença piore ou se torne incapacitante. A categoria **Não Emergente** incluiria condições que podem esperar para serem tratadas sem que isso implique em resultado prejudicial”.

Já para Warner (1980, p. 20) refere-se ao estado de Emergência como qualquer condição que na opinião do cliente, ou familiares, considerem a necessidade de uma assistência médica imediata, onde após uma avaliação do profissional de saúde será determinada se a vida do dito cliente está ou não em perigo.

Este mesmo autor (p. 34), conceitua “Urgência como um estado patológico que se instala bruscamente em um cliente, causado por acidentes ou moléstias e que exige intervenção imediata”.

O termo “Tratamento de Emergência” tem-se referido tradicionalmente a cuidados dispensados aos clientes em situações de gravidade com necessidades de assistência urgente.

Como explica Brunner & Suddarth (1994, p. 1663).

... “os serviços de emergência hospitalares e as clínicas de emergência estão cada vez mais sendo usados para problemas não urgentes; a filosofia da assistência de emergência tem-se ampliado, passando a incluir o conceito de que emergência é aquilo que o paciente e sua família consideram ser. A equipe tem a obrigação de tratar o paciente com compreensão e respeitar a ansiedade que ele indubitavelmente sente. Caso isso não ocorra, é possível que o processo terapêutico seja ameaçado”.

O Setor de Emergência é um local destinado, a prestar assistência a comunidade em situações de Emergência/Urgência, que serve ao atendimento, diagnóstico e tratamento de clientes acidentados ou acometidos de mal súbito, com ou sem risco eminente de vida.

Para Warner (1980, p. 12) “Um serviço de emergência deve exercer o grau de cuidados, habilidades e diligência, geralmente exercidos pelos hospitais da comunidade onde está localizado, ou pelos hospitais de comunidades similares”, afirma ainda que um serviço de emergência hospitalar seja este público ou particular; tem a obrigação de receber e atender com eficácia os casos de urgência e emergência. Sendo que a manutenção destes serviços de pronto atendimentos hospitalares, cria no público a segurança de poder contar com um atendimento médico toda vez que existir uma necessidade real de utilizá-lo.

Gueler (1990, p. 8) levanta a necessidade de que num serviço de emergência, o mínimo que é esperado do Enfermeiro (a) é que esteja preparado para assumir posições de coordenação do setor, da equipe de enfermagem, da assistência de enfermagem e para o trabalho com outros membros da equipe.

Silva (1997, p. 31) levanta a capacitação do Enfermeiro da seguinte forma: “o saber científico, a agilidade, a determinação, o bom senso, juntamente com a capacidade de discernimento, são por vezes, mais importantes que os recursos materiais de última geração que se dispõe para eficiência no atendimento emergencial”.

“Uma doença súbita ou traumatismo constitui uma agressão homeostática, tanto fisiológica quanto psicológica. Os clientes com traumatismos ou doença súbita freqüentemente mostram-se muito ansiosos, já que não tiveram tempo de mobilizar os recursos para se adaptarem a esta crise, assim sendo, aqueles que cuidam do cliente devem agir de maneira confiante e competente, para ajudar a aliviar esta ansiedade”, Brunner & Suddarth (1994, p. 1662).

Como se não bastasse, muitas vezes, além das necessidades básicas de oxigenação, circulação, nutrição e hidratação, dentre outras, o cliente vê-se em um ambiente estranho largado a mercê de ações de pessoas desconhecidas e muitas vezes impacientes.

Sua segurança, sua vida corre perigo!

O cliente, se sente perdido,. E nesse momento deseja a companhia e consideração dos outros. Por ser naturalmente um ser gregário, avesso ao isolamento, sente falta da família, dos amigos, de afeto. Sente falta de informação.

Frente a tudo isso, o cliente, ser humano busca um apoio, na grande maioria das vezes de um outro ser humano, que deve estar capacitado para o atendimento de todas essas necessidades.

E o enfermeiro, profissional treinado e capacitado para este fim, deve de pronto buscar atender as necessidades do cliente de forma a proporcionar-lhe um pronto restabelecimento.

Nesta busca, cabe ao Enfermeiro aprofundar seus conhecimentos, através da pesquisa constante e de sua atualização nas manifestações clínicas que ocorrem freqüentemente em um serviço de emergência.

Algumas revisões bibliográficas foram realizadas de forma a contemplar a assistência de enfermagem requerida pelo cliente. Utilizou-se como fonte o livro Tratado de Enfermagem de Brunner & Suddarth(1994), citado na bibliografia final deste relatório. Dentre elas destacam-se os temas que serão abordados a seguir:

3.1 SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ - (POLIRRADICULONEURITE)

3.1.1 Definição: É uma síndrome de origem idiopática, a qual envolve nervos periféricos e cranianos.

3.1.2 Fisiopatologia: Na maioria dos pacientes a síndrome é precedida por uma infecção (respiratória ou gastrointestinal) em 1 a 4 semanas antes do início dos déficits neurológicos. Em alguns casos, manifesta-se após vacinação ou cirurgia, podendo ser devida a infecção viral primária, a reação imune ou algum outro processo, ou a uma combinação de processos.

Existe uma hipótese que aponta a infecção viral como o desencadeadora de uma resposta auto imune que ataca a mielina dos nervos periféricos.

Freqüentemente as porções proximais dos nervos tendem a ser afetadas com envolvimento das raízes nervosas no interior do espaço subaracnóide. Os achados de autópsia demonstraram edema inflamatório e desmielinização, com alguma infiltração leucocitária especialmente proeminente nas raízes dos nervos espinhais.

3.1.3 Manifestações Clínicas: Apesar de existir uma variação no modo de início, os sintomas iniciais são:

- Parestesia (formigamento e dormência).
- Debilidade muscular dos MMII, progressiva para extremidades superiores, tronco e músculo faciais progredindo para paralisia completa.
- Paralisia dos músculos oculares, faciais e orofaríngeos dando como consequência dificuldade para falar, mastigação e deglutição.
- Alterações da frequência e ritmo cardíaco.
- Distúrbios vasomotores dentre eles aumento e diminuição da PA.
- Pode ocorrer dor severa e persistente no dorso e nas panturrilhas.
- Perda do sentido da posição.
- Ausência ou diminuição dos reflexos tendinosos.

3.1.4 Tratamento:

- A síndrome de “G-B” é considerada como de emergência médica, devendo ser tratada em unidade de tratamento intensivo.
- O cliente chega a necessitar: ventilação mecânica.
- Plasmaferese (troca de plasma), que produz a redução temporária dos anticorpos circulantes, limitando a deterioração e a desmielinização.
- Monitorização contínua (ECG).
- “Propranolol”, no caso das arritmias cardíacas para prevenir a taquicardia e hipertensão.
- Durante a aspiração endotraqueal e a fisioterapia, deve-se administrar atropina para prevenir episódios de bradicardia.

3.1.5 Cuidados de Enfermagem:

- Controle de Sinais Vitais rigoroso pois o cliente pode evoluir rapidamente para uma apnéia, bradicardia ou hipotensão.
- Avaliação e interpretação do ECG devido as complicações, tais como arritmias cardíacas.
- Prevenir úlceras de pressão.
- Movimentos passivos de Membros afetados.
- Avaliar aspecto de Membros afetados.
- Prever cuidados com a higiene.
- Auxiliar na alimentação (s/n).
- Observar evolução do déficit muscular.
- Observar queixas de dor e desconforto.
- Observar disfagia às refeições.
- Observar disfasia.

3.2 INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO (IAM)

3.2.1 Definição: Refere-se a lesão morfológica resultante da oclusão completa de uma artéria coronariana, podendo ser gerada por um trombo ou por aterosclerose levando a uma isquemia miocárdica recorrente. A oclusão priva o miocárdio de seu suprimento sangüíneo e de suprimento normal de O₂, acarretando uma área de necrose denominada infarto. A expressão “infarto agudo do miocárdio”, diz respeito ao estágio agudo na evolução e tratamento da condição cardíaca.

3.2.2 Fisiopatologia: O tecido miocárdico é destruído em regiões do coração desprovidas de um suprimento sangüíneo suficiente, em virtude da redução no fluxo sangüíneo coronariano. A causa dessa diminuição é ao estreitamento repentino de uma artéria coronariana pela aterosclerose ou pela obstrução total de uma coronariana por êmbolo ou trombo. A redução do fluxo sangüíneo coronariano também pode ser resultante de choque e hemorragia. Em todos os casos, há um desequilíbrio grave entre o consumo e a demanda de O₂ pelo miocárdio.

3.2.3 Manifestações Clínicas:

- Dor torácica: dor constante e constrictiva em adição ao desconforto subesternal, este poderá dirigir-se aos ombros, membros superiores, mandíbula, mais comumente no lado esquerdo. Persistência desses sintomas por mais de 15 a 30' é típica e auxilia a distinguir o IAM da Angina Pectoris.
- Sudorese intensa, pele úmida e viscosa, com palidez, em virtude da maior estimulação do sistema nervoso simpático.
- Queda da PA (devido a diminuição da capacidade de bombeamento do ventrículo).
- Náuseas e vômitos.
- Ansiedade e inquietação.
- Dispnéia, vertigem.
- Taquicardia ou bradicardia.
- Sensação de morte súbita

3.2.4 Avaliação diagnóstica: O diagnóstico de (IAM) geralmente se baseia na história da doença atual, ECG e níveis séricos das enzimas creatinoquinase (CK) e sua isoenzima (CK-MB). O prognóstico depende da gravidade da obstrução das artérias coronarianas e, portanto da extensão da lesão miocardiaca.

O ECG proporciona informação sobre a eletrofisiologia do coração. A CK, com sua isoenzima CK-MB é considerada o indicador mais sensível e confiável de todas as enzimas cardíacas. A CK-MB é a isoenzima específica do coração; isto é, ela só é encontrada nas células cardíacas e, portanto, só aumenta quando houver destruição destas células, por tanto é o indicador mais específico para o diagnóstico do IAM devido a que ela sempre está aumentada nos casos de angina de peito grave, ICC e IAM.

3.2.5 Intervenção De Enfermagem: O cliente com IAM necessita de observação constante. Comunicam-se imediatamente ao cardiologista as alterações significativas na PA, pulso e traçado de ECG, o início de dispnéia ou qualquer outro tipo de desconforto respiratório.

O alívio imediato da dor deve ser uma prioridade da enfermagem. Geralmente, administra-se morfina para aliviar a dor e, por conseguinte, reduzir a apreensão, estresse e o trabalho do coração. Para que sejam mais eficazes, os narcóticos devem ser administrados criteriosamente, sem comprometerem o estado respiratório do cliente e antes do início de dor insuportável.

Assistência imediata:

- Observar queixas de dor e desconforto, sudorese, dispnéia.
- Avaliar traçado de monitor cardíaco.
- Iniciar uma infusão venosa/iniciar imediatamente o programa de tratamento conforme prescrição.
- Controlar sinais vitais (CSV).
- Estar preparado para qualquer medida terapêutica de urgência.

Outros cuidados importantes:

- Observar queixas de dor e desconforto.
- Manter em repouso absoluto.

- CSV (conforme rotina para cardiopata).
- Avaliação do traçado do monitor
- Promover ambiente calmo e diminuir a ansiedade.
- Prestar assistência a família.
- Dar banho no leito
- Trocar placas do monitor cardíaco (se instalado)
- Observar palidez, náuseas, sudorese.
- Estimular presença de acompanhante sempre que possível.

3.3 ANEURISMA INTRACRANIANO (HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA)

3.3.1 Definição: O aneurisma intracraniano refere-se a dilatação das paredes de uma artéria cerebral.

3.3.2 Etiologia: Um aneurisma pode ser devido á Aterosclerose, resultando de defeito da parede vascular, com subseqüente fragilidade, ou falha congênita da parede vascular, Hipertensão Vascular Sistêmica, Traumatismo Craniano, ou idade avançada. As artérias cerebrais mais comumente afetadas pelo aneurisma são carótida interna, cerebral anterior, e as cerebrais médias, embora pequena porcentagem se desenvolva na área vertebrobasilar não sendo raros os aneurismas cerebrais múltiplos.

3.3.3 Fisiopatologia: Quando o aneurisma aumenta, exercendo pressão sobre os nervos cranianos ou sobre a substância cerebral, ou, mais dramaticamente, quando ocorre rompimento causando *hemorragia subaracnóide* (hemorragia no espaço subaracnóide craniano), são produzidos sintomas que alteram o metabolismo normal cerebral por vários mecanismos: pelo fato do cérebro manter-se exposto ao sangue; por elevação da pressão intracraniana, resultante da entrada súbita de sangue para o espaço subaracnóide, comprimindo e lesando o tecido cerebral; ou por isquemia cerebral, resultante da redução da perfusão, da pressão e da vasoconstrição que freqüentemente acompanha a hemorragia subaracnóide (H.S.A).

Outra causa de H.S.A são: Malformações arterio-venosas, tumores, traumatismos, discrasias sangüíneas.

3.3.4 Manifestações Clínicas: A ruptura de um aneurisma geralmente produz uma súbita, rara e intensa cefaléia, com perda de consciência, por tempo variável. Pode ocorrer dor e rigidez da porção cervical posterior e da coluna, pela irritação meníngea. Quando adjacente ao nervo oculomotor, ocorrem distúrbios visuais (perda da visão, diplopia, ptose), podendo ocorrer zumbidos, hipotimias e hemiparesia.

As vezes um aneurisma “exsuda”, sangue, induzindo a formação de coágulo, obstruindo o sítio de ruptura; assim o paciente poderá apresentar pouco déficit neurológico, ou apresentar grave hemorragia, resultando em dano cerebral, seguido de rapidamente de coma e morte. O prognóstico depende da condição neurológica do paciente, da idade, das doenças associadas e da extensão e localização do aneurisma. A hemorragia subaracnóide proveniente do aneurisma é certamente um evento catastrófico.

3.3.5 Avaliação Diagnostica: O diagnóstico pode ser confirmado pela Tomografia Craniana, punção lombar mostrando a presença sangüínea no líquido cefalorraquidiano; pela angiografia cerebral, mostrando a localização e o tamanho do aneurisma e informando sobre a artéria afetada, vasos contíguos e os ramos vasculares.

3.3.6 Tratamento: O objetivo do tratamento são os de permitir a recuperação cerebral da agressão inicial (hemorragia), evitar ou reduzir o risco de nova hemorragia; prevenir ou tratar outras complicações, tais como outra hemorragia; vasoconstrição cerebral resultando em isquemia; hidrocefalia aguda, ocorrendo pela obstrução do sangue à reabsorção do líquido cefalorraquidiano pelas vilosidades aracnóides; epilepsia; ansiedade.

A assistência consiste em repouso no leito com sedação, para evitar agitação e estresse; tratamento da vasoconstrição; e tratamento médico ou cirúrgico para evitar nova hemorragia.

A *Vasoconstrição Cerebral* é uma complicação grave da *hemorragia subaracnóide* e com frequência, correlaciona-se com condição clínica deficiente e mau prognóstico. A condição induz a elevação da resistência vascular, impedindo o fluxo sanguíneo cerebral, provocando isquemia e infarto. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente refletem as áreas cerebrais envolvidas. A *vasoconstrição* tem por prenúncio uma cefaléia com progressivo agravamento, pela redução do nível da resposta (confusão, letargia, desorientação), ou pelo aparecimento de um novo déficit neurológico focal (afasia, hemiparesia). Uma *Hemorragia Subaracnóide* quase sempre segue-se ao *Aumento da Pressão Intracraniana* provavelmente devido a alteração da circulação do Líquido Cefalorraquidiano causada pela presença de sangue nas cisternas basais. Outra complicação grave é a Hipertensão Sistêmica onde os esforços devem ser evitados, procura-se manter o paciente em repouso absoluto, porém às vezes é necessário terapia anti-hipertensiva.

O objetivo do tratamento cirúrgico é de prevenir hemorragias posteriores.

3.3.7 Assistência De Enfermagem:

- Avaliar nível de consciência.
- Avaliar reação pupilar
- Observar déficit neuromotor.
- Avaliação dos movimentos, flacidez facial, e presença de ptose)
- Manter em repouso absoluto
- Manter cabeceira elevada 45°
- Controle de sinais vitais
- Promover alívio da ansiedade
- Promover ambiente calmo
- Oferecer apoio a família.
- Dar banho no leito.
- Fazer higiene oral (se dependente para a mesma).
- Observar queixas de dor e desconforto.
- Observar queixas de diplopia e diminuição da acuidade visual.

3.4 LEPTOSPIROSE

3.4.1 Definição: O termo Leptospirose designa uma infecção provocada por qualquer sorovariante de *Leptospira interrogans*.

3.4.2 Etiologia: Uma das espécies da *Leptospira* é a *interrogans* patogênica. O microorganismo é uma espiroqueta bastante espiralado com um único filamento axial, é Gram-negativo.

3.4.3 Epidemiologia: A Leptospirose é uma doença enzoótica ubíqua. Os reservatórios da infecção são roedores, gambás, raposas, animais domésticos, rãs. Muitos animais apresentam uma eliminação urinária prolongada do microorganismo sem doença clínica. Quando o cliente entra em contato com tecidos infectados, secreções ou água contaminada, contrai doença. A transmissão pode ocorrer através de cortes das mucosas, e pele íntegra.

3.4.4 Patogenia: O exame macroscópico dos pacientes que morreram de Leptospirose revela (1) hemorragia disseminada na pele, mucosas, coração, pulmões, baço, fígado e rins, (2) hepatomegalia, (3) icterícia e aumento de coração e de rins.

3.4.5 Manifestações Clínicas: A maioria das infecções naturais ocorre de 7 a 14 dias após a exposição, apesar do período de incubação variar de dois a 20 dias. Sendo que a duração do período de incubação não tem valor prognóstico. Os dados clínicos incluem: febre, cefaléia, mialgia, náuseas, vômitos, tosse, faringite, linfadenopatia, hepatomegalia, exantemas, icterícia e hemorragia gastrintestinais.

3.4.6 Diagnóstico laboratorial: A contagem de leucócitos está geralmente abaixo dos 15.000/mm³, mas pode chegar a 50.000/mm³. Elevação média de cinco vezes o normal de transaminase glutâmico-oxalacética sérica/ Transaminase glutâmico-piruvato sérica (TGO/TGP) com alguns pacientes apresentando elevações de até 20 vezes o normal. Bilirrubinas aumentadas. Hematúria microscópica nas fases iniciais. Piúria e proteinúria.

3.4.7 Tratamento: Com antibioticoterapia.

3.4.8 Cuidados de Enfermagem:

- Prever cuidados com queixas de dor e desconforto
- Observar sinais de choque
- CSV
- Controlar expectoração
- Prever cuidados com higiene orientar
- Prever cuidados com náuseas e vômitos.
- Observar disfagia
- Observar alteração de integridade cutâneo mucosa
- Observar icterícia
- Observar sangramentos.
- Observar tônus muscular
- Controlar diurese.
- Controlar eliminação intestinal
- Orientar o cliente/família.

3.5 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

3.5.1 Definição A expressão DPOC é uma classificação ampla que inclui síndromes clínicas de etiologia e patologias diversas (bronquite crônica, bronquiectasia, enfisema e asma), com o denominador comum de uma obstrução crônica do fluxo aéreo que entra e sai dos pulmões. É uma condição irreversível, associada a dispnéia ao esforço e fluxo aéreo reduzido inexplicado por doença cardíaca ou pulmonar infiltrativa específica.

A. BRONQUITE CRÔNICA:

a1. Definição: É a quantidade elevada de secreção mucosa ao nível da árvore traqueobrônquica que origina a tosse produtiva de muco, durante 3 meses seguidos por um período de 2 anos consecutivos (afastado Tuberculose).

a2. Etiologia:

- fumo (fator isolado mais importante)
- poluentes do ar.
- fatores hereditários.
- ambiente social e econômico baixos e idade avançada são causas de maior frequência de Bronquite Crônica.
- nos meses de inverno, as exacerbações da bronquite crônica são mais frequentes.
- sucessivas infecções brônquicas (bronquite aguda) levam a fibrose e deformidade brônquica.
- clima frio e úmido.

a3. Sinais e Sintomas:

- Tosse intensa e frequente.
- Expectoração mucosa ou purulenta
- Dispnéia de intensidade variável intensificando com as variações atmosféricas, fumo, poeira e infecção.
- Roncos e sibilos intensos.
- Cianose (quando há hipoxia).

a4. Fisiopatologia:

Os estímulos na área brônquica provocam uma tentativa de defesa através da produção de muco . Na bronquite crônica, esta produção de muco se torna permanentemente em consequência da hiperplasia e hipertrofia das glândulas mucosas.

B. ENFIZEMA PULMONAR:

b1. Definição: É a condição do pulmão caracterizada por um aumento anormal do calibre dos espaços aéreos para além do bronquíolos terminais, com alterações destrutivas em suas paredes.

b2. Fisiopatologia: O aumento da resistência das vias aéreas, pelo excesso de muco no fluxo de ar para dentro e para fora dos pulmões, leva os pulmões a um estado de hiperexpansão. Os alvéolos permanecendo distendidos por muito tempo começam a se romper. À medida que as paredes dos alvéolos são destruídas, a superfície pulmonar disponível para as trocas gasosas diminua continuamente. Com o rompimento continuado dos alvéolos, o leito capilar pulmonar também diminui podendo com isto levar á uma Insuficiência Cardíaca direita.

A perda da elasticidade pulmonar prejudica o mecanismo da tosse que ajuda a eliminar as secreções retidas. Estas secreções facilitam a instalação de infecções que aumentam ainda mais o problema de transferência aérea.

b3. Sinais e Sintomas:

- Tosse de fumante
- Dispnéia aos esforços
- Fadiga, anorexia e astenia
- Tórax em tonel.
- Cianose

- Ansiedade.

C. ASMA BRÔNQUICA

c1. Definição: Asma – palavra grega que significa, ofegar, eludido (sibilo), cansaço.

Carateriza-se por respostas aumentadas da árvore traqueobrônquica a uma multiplicidade de estímulos, o qual se manifesta por estreitamento amplamente difundido na árvore brônquica..

c2. Fisiopatologia:

Ausência de uma enzima que provocará bloqueio nos receptores beta-adrenérgicos, responsáveis pelo tônus muscular, levando a um espasmo do músculo liso dos bronquíolos, ocorrendo edema da mucosa, hipersecreção e obstrução das vias aéreas.

c3. Sinais e Sintomas:

- Tosse – pode ser improdutiva (por irritação e inflamação na área dos receptores vagais) e a secreção pode ser amarelada sem contudo ter infecção (grande presença de eosinófilos que através de enzimas modificam a cor).
- Dispnéia – mecanismo desconhecido, dependendo da magnitude da destruição (podendo estar relacionado ao espasmo dos bronmquíolos)
- Estertores sibilantes – som musical contínuo com frequência fundamentais e harmônicas (dependem da velocidade do ar e o desenvolvimento de turbulência).
- Pulso paradoxal – fenômeno mecânico (há aumento na pos-carga do ventrículo direito e esquerdo). Redução no volume de contração durante a inspiração).
- Músculos acessórios são utilizados.

- Tremores, agitação e cianose.

c4. Tratamento: É uma doença cujo o tratamento é feito nas crises.

3.5.2 Intervenções de Enfermagem nas DPOC :

- Diminuição da secreção brônquica:
- Estimular ingesta hídrica.
- Realização de exercícios respiratórios.
- Evitar calor e frio excessivo
- Restrição ao fumo
- Administração cautelosa de O₂ (2 l./min)
- Atenção na administração de Bronco dilatadores
- Avaliação do tipo de respiração.
- Observar frequência respiratoria
- Observação da presença de cianose, dispnéia, ortopnéia
- Manter em semi-fowler
- CSV
- Diminuir ansiedade.
- Manter acompanhante sempre que possível.
- Controlar tosse e expectoração
- Educação para a saúde.
- Evitar exercicios prolongados (orientar)

3.6 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

3.6.1 Definição: É a incapacidade do coração em bombear a quantidade adequada de sangue necessário ao organismo, durante a atividade normal, ou no repouso, ocasionando acúmulo de sangue em muitos órgãos do corpo. O termo ICC é usado, habitualmente, quando se refere a falência das câmaras cardíacas direita e esquerda.

3.6.2 Fisiopatologia: O mecanismo responsável pela ICC é a redução das propriedades contráteis do coração, gerando um débito cardíaco menos do que o normal. A frequência cardíaca (FC) é uma função do Sistema Nervoso Autônomo. Quando o débito cardíaco diminui o Sistema Nervoso Simpático acelera a FC do coração, com a finalidade de manter um débito cardíaco adequado. Quando tal mecanismo compensatório não consegue manter a perfusão tecidual adequada, as propriedades do volume ejetado necessitam ser ajustadas para manter o débito cardíaco. Entre tanto, na ICC, cujo principal problema é a lesão e a falência das fibras musculares miocárdicas, o volume ejetado está reduzido, e o débito cardíaco normal não pode ser mantido.

3.6.3 Fatores associados a ICC:

- Distúrbios do músculo cardíaco
- Aterosclerose coronariana
- Hipertensão arterial
- Doença muscular inflamatória ou degenerativa.

3.6.4 Manifestações Clínicas : A principal manifestação da ICC é o aumento do volume intravascular. A congestão tecidual resulta das elevações na Pressão Arterial e Venosa, devido à diminuição do débito cardíaco insuficiente. O aumento da Pressão Venosa Pulmonar pode provocar a passagem de líquido dos capilares pulmonares aos alvéolos

(edema pulmonar), evidenciando tosse e dispnéia. A elevação da Pressão Venosa Sistêmica pode acarretar edema periférico generalizado e elevação ponderal.

O débito reduzido da ICC produz manifestações generalizadas, em virtude da redução da perfusão tecidual e órgãos terminais; alguns efeitos comumente encontrados estão relacionados a perfusão diminuída e incluem tonteira, confusão, fadiga, intolerância ao esforço ou calor, extremidades frias e oligúria. A pressão de perfusão renal diminui, causando liberação renal de renina, que por sua vez, provoca a secreção de aldosterona, retenção de sal e água com elevação do volume intravascular.

Os ventrículos esquerdo e direito podem se tornar insuficientes separadamente (ICC esquerda e direita). A ICC esquerda precede, mais comumente, a falência do ventrículo direito, e a insuficiência ventricular esquerda isolada é sinônimo de edema agudo do pulmão. Já que os débitos dos ventrículos estão inter-relacionados, a falência de um dos ventrículos pode acarretar redução na perfusão tecidual, mas as manifestações congestivas são diferentes, de acordo com a existência ou não de ICC esquerda ou direita.

3.6.5 ICC ESQUERDA (ICE)

A congestão pulmonar predomina quando o ventrículo esquerdo falhar, já que tal câmara é incapaz de bombear adequadamente o sangue recebido dos pulmões. A elevação da pressão na circulação pulmonar força o líquido para o interior dos tecidos pulmonares, cujas manifestações resultantes são dispnéia, tosse, fadiga, taquicardia, ansiedade e agitação.

A dispnéia resulta da acumulação de líquido nos alvéolos, dificultando a troca gasosa; pode ocorrer em repouso ou ser desencadeada por esforço mínimo a moderado. Pode ocorrer ortopnéia chegando a ocorrer dispnéia paroxística noturna (paciente apresenta ortopnéia apenas à noite), que ocorre quando o indivíduo que permaneceu sentado durante muito tempo com suas pernas e pés em posição pendente, retorna ao leito; após várias horas, o líquido acumulado nas extremidades pendentes começa a ser reabsorvido e o ventrículo esquerdo insuficiente não consegue esvaziar totalmente o volume aumentado. Conseqüentemente, a pressão na circulação pulmonar eleva-se

provocando um desvio adicional do líquido para os alvéolos.

A tosse associada à ICE pode ser seca e improdutivo, porém na maioria dos casos é úmida. O paciente pode produzir grandes quantidades de escarro espumoso, algumas vezes com presença de sangue. A fadiga resulta da diminuição do débito cardíaco, que priva os tecidos da circulação normal e reduz a depuração dos produtos catabólicos. É resultado, ainda, do aumento do consumo energético para respirar e da insônia devida a angústia respiratória e tosse.

A inquietude e a ansiedade resultam da redução na oxigenação tecidual, do estresse associado à dificuldade respiratória e do conhecimento do funcionamento cardíaco inadequado. À medida que a ansiedade aumenta, a dispnéia também é agravada, o que intensifica ainda mais a ansiedade, formando um ciclo vicioso.

3.6.6 ICC DIREITA (ICD):

Quando o ventrículo direito estiver insuficiente, o quadro predominante será de congestão visceral e tecidual periférica. Isto ocorre devido ao lado direito do coração não conseguir esvaziar adequadamente seu volume sanguíneo e por tanto, não pode acomodar todo o sangue que a ele retorna, proveniente da circulação venosa.

a . Manifestações clínicas

- Edema de MMII: Inicia dos pés e tornozelos e gradativamente ascende para coxas e finalmente, para a genitália externa e parte inferior do tronco. Pode haver presença de sinal de Cacifo (a depressão permanece mesmo após a compressão suave com as pontas dedos).
- Hepatomegalia: A congestão venosa hepática acarreta hepatomegalia e hiperestesia no quadrante superior direito do abdome. À medida que esse processo progride, a pressão no interior dos vasos porta pode elevar-se a ponto de forçar o líquido para o interior da cavidade abdominal (ascite). Essa acumulação abdominal de líquido pode comprimir o diafragma e causar angustia respiratória. A anorexia e a náusea resultam

da congestão e da estase venosa no interior dos órgãos abdominais.

- A nictúria ocorre porque a perfusão renal é facilitada pelos períodos de decúbito. Há diurese, que é mais comum à noite, pois o débito cardíaco é aumentado com o repouso físico. A debilidade que acompanha a ICD é devida a diminuição do débito cardíaco, deficiência circulatória e remoção inadequada dos produtos teciduais catabólicos.

b. Tratamento Clínico:

- Redução da carga de trabalho cardíaco, restringindo a atividade física
- Aumentar a força e eficiência de contração miocárdica, através da ação de agentes farmacológicos.
- Eliminar o excesso de líquido corporal acumulado, através de tratamento diurético, dieta e repouso.

c. Assistência De Enfermagem:

- Observar queixas de dor e desconforto.
- Promover repouso, diminuir a ansiedade (educação para a saúde)
- Manter cabeceira elevada
- Orientar para evitar sentar com os MMII pendentes
- Avaliar respiração (ortopnéia, dispnéia, ausculta respiratória)
- Observar nível de consciência
- Controlar tosse e expectoração
- Controle de sinais vitais

- Observar presença de edema (principalmente em extremidades, sinal de Cacifo)
- Promover exercícios (passivos quando possível)
- Controlar diurese
- Observar sinais de oligúria, nictúria.
- Prever cuidados com uso de digitálicos e diuréticos.

3.7 ANGINA PECTORIS (ANGINA DO PEITO)

3.7.1 Definição: É a síndrome clínica caracterizada por crises de dor, de sensação de pressão na região anterior do Tórax.

3.7.2 Etiologia e Fisiopatologia: A causa é o fornecimento insuficiente de sangue para as coronárias, resultando no suprimento inadequado de O₂ para o miocárdio, em outras palavras as necessidades de oxigênio para o miocárdio excedem a sua oferta. Em geral a angina é causada pela cardiopatia aterosclerótica e quase sempre, está associada à obstrução significativa de uma artéria coronariana principal.

3.7.3 Tipos de Angina:

- Angina pré-infarto (Angina em “Crescendo”): Aumento progressivo na frequência, intensidade e duração das crises.
- Angina Estável Crônica: Previsível, consistente, ocorre ao esforço e é aliviada pelo repouso.
- Angina Noturna: A dor ocorre a noite, geralmente durante o sono, pode ser aliviada pela posição sentada. Comumente devido a insuficiência ventricular esquerda.
- Angina de decúbito: Angina enquanto deitado.

- Angina instável ou Refratária: Angina grave incapacitante.
- Angina de Prinzmetal (Variantes em repouso): Tipo espontâneo de dor anginosa acompanhada de elevação do segmento S T no ECG. Provavelmente devido a espasmo da artéria coronariana associada com alto risco de Infarto.
- Isquemia silenciosa: Sinais objetivos de isquemia (como no teste de esforço), porém o paciente é assintomático.

3.7.4 Alguns fatores podem desencadear dor anginosa:

- Esforço físico provocando uma crise devido ao aumento das necessidades miocárdicas de oxigênio.
- Exposição ao frio causando vasoconstrição e elevação da pressão sanguínea, com aumento da necessidade de oxigênio.
- Ingestão de uma refeição copiosa aumentando o refluxo sanguíneo para a área mesentérica, para a digestão, reduzindo a quantidade de sangue disponível para o coração.
- Estresse ou qualquer situação que leve a liberação de adrenalina e elevação da pressão arterial pode acelerar a FC, aumentando assim a carga de trabalho do miocárdio.

A detecção da Angina requer o levantamento de um histórico cuidadoso. O tratamento eficaz começa com a educação do paciente.

3.7.5 Manifestações Clínicas:

A isquemia do músculo cardíaco provoca dor de gravidade variável, desde sensação de pressão subesternal alta, até a dor agonizante acompanhada de apreensividade interna e sensação de morte eminente. Em geral a dor é sentida profundamente no peito, atrás do terço superior freqüentemente localizada, ela pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, ombros e faces internas das extremidades superiores.

Habitualmente, o paciente experimenta uma sensação de aperto, sufocação ou de estrangulamento insistentes. A sensação de fraqueza ou dormência nos braços, punhos e mãos pode acompanhar a dor. Além da dor física o paciente pode ter uma sensação de morte iminente, uma apreensividade tão característica da angina que, se ocorre isoladamente, como se observa às vezes, é suficiente para estabelecer o diagnóstico. Uma característica importante da dor anginosa é que ela regride, quando o fator precipitante for afastado.

Considerações gerontológicas: O indivíduo idoso com angina pode não ter a dor típica, em virtude das alterações nos neuroreceptores. Muitas vezes, a dor se manifesta no idoso como fraqueza e desmaio. Quando expostas ao frio, as pessoas idosas podem desenvolver sintomas anginosos mais rapidamente do que as mais jovens, já que ela tem menos gordura subcutânea para proporcionar isolamento térmico.

3.7.6 Avaliação Diagnóstica: O diagnóstico da angina é freqüentemente, estabelecido pela avaliação das manifestações clínicas da dor e história do paciente. Em certos tipos de angina, as alterações do ECG, auxiliam no diagnóstico diferencial da Angina.

3.7.7 Tratamento Clínico: O objetivo do tratamento clínico da Angina são reduzir o consumo de O₂ pelo miocárdio e aumentar a oferta do O₂. Clinicamente estes objetivos são atingidos pelo tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco. Cirurgicamente, estas metas são alcançadas pela revascularização da irrigação sanguínea para o miocárdio, pela cirurgia de derivação arterial coronariana e de angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP).

Na abordagem farmacológica os nitratos ainda são a principal medida terapêutica no tratamento da Angina do peito. Outras medidas utilizadas são bloqueadores beta-adrenérgicos e antagonistas/bloqueadores do Íon Cálcio.

3.7.8 Assistência De Enfermagem:

- Observar queixas de dor e desconforto.
- Prevenção da dor: através da orientação do paciente para evitar realizar atividades (esforço súbito), exposição ao frio .
- Manter em repouso absoluto.
- Promover um ambiente calmo (afim de diminuir a ansiedade).
- Avaliação da dor (quando as crises: intensidade, duração, local onde se origina, irradiação)
- Avaliação do traçado do monitor (quando instalado).
- Trocar placas de monitor
- Controle de sinais vitais.
- Prever cuidados com catéter de O2 (se.prescrito)
- Dar banho no leito.

3.8 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

3.8.1 Definição: O AVC é uma perda da função cerebral, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo para determinada parte do encéfalo. Com frequência este é o resultado final de vários anos de evolução de doenças vasculares cerebrais crônicas.

3.8.2 Etiologia e Fisiopatologia: O AVC geralmente é causado por:

- Trombose Cerebral: Formação de um coágulo sanguíneo na luz de um vaso cerebral ou cervical.
- Embolia cerebral: Quando um coágulo de sangue ou de outro material é carregado até o cérebro pela corrente sanguínea, sendo proveniente de outra parte do corpo.

- Isquemia: Redução de aporte de sangue par uma determinada área do encéfalo.
- Hemorragia Cerebral (H. Extra Dural, H. Subdural, H. Subaracnoídea, H. Intracerebral): Rotura de um vaso sanguíneo cerebral com “derramamento” de sangue no parênquima cerebral ou nos tecidos circunjacentes.

O resultado de qualquer um destes quatro processos é a interrupção do aporte sanguíneo cerebral, resultando em déficits temporários ou permanentes (perda de movimentos, da fala, da sensibilidade ou do raciocínio).

3.8.3 Fatores predisponentes:

- Paciente portador de HAS, Cardiopatas.
- Parece haver um risco em mulheres em uso de anticoncepcionais orais.
- Drogas, cigarro, álcool.

3.8.4 Manifestações Clínicas: A fase aguda do AVC costuma durar de 48 a 72 horas, podendo causar os déficits neurológicos mais diversos dependendo da localização da lesão, das dimensões da área isquemiada, e do volume da circulação colateral. Cabe ressaltar que o encéfalo uma vez lesado, não mais pode ser totalmente restaurado.

- Déficit Motor: O AVC afeta geralmente os neurônios superiores, resultando em perda do controle voluntário de movimentos. Considerando que os neurônios motores superiores sofrem decussação (cruzam para o domínio contralateral), a existência de um distúrbio do controle motor voluntário em um membro ou lado do corpo costuma refletir lesão dos neurônios motores superiores do lado oposto. A disfunção motora mais comum é a hemiplegia e a hemiparesia devido a lesão cerebral contra lateral.
- Déficit de comunicação: Outras funções cerebrais afetadas são a linguagem e a comunicação, podendo se manifestar nas seguintes formas:
 - Disartria (dificuldade de dicção ou pronúncia)

- Disfasia ou afasia (déficit ou perda da fala)
- Apraxia (incapacidade de levar a cabo um gesto ou ação previamente aprendidos).
- Distúrbios de Percepção: Pode ocorrer perda da metade do campo visual (hemianopsia homônima).
- Comprometimento da Atividade Mental e Efeitos Psicológicos: Comprometimento da capacidade de aprendizagem, da memória e ou de outras funções intelectuais.
- Disfunção Vesical: O paciente pode apresentar incontinência urinária e intestinal.

3.8.5 Tratamento: O tratamento clínico pode incluir o uso de diuréticos.

3.8.6 Assistência de enfermagem:

- Observar queixas de dor e desconforto
- Avaliação diária do nível de consciência
- Avaliar aspecto de pupilas
- Avaliar déficit neuromotor e promover cuidados
- Promover cuidados relacionados a prevenção de quedas
- Prevenir úlceras de pressão
- Promover cuidados com dependência da ingesta de alimentos
- Promover cuidados de higiene e conforto
- CSV
- Oferecer apoio ao cliente/família.
- Avaliar controle de esfíncter e promover cuidados relacionados.

3.9 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

3.9.1 Definição: A HAS pode ser definida como uma elevação da PA que excede 140/90 mm Hg, quando verificada duas ou em mais ocasiões diferentes. Ainda que não esteja esclarecida exatamente a causa da HAS, sabe-se que existe um aumento da resistência vascular a nível arteriolar, distúrbios emocionais, obesidade, ingestão excessiva de álcool e estímulo excessivo de café, tabaco e medicações estimulantes desempenham um certo papel, porém a doença é fortemente familiar.

Eventualmente a elevação prolongada da PA lesa os vasos sanguíneos de todo o organismo, sobretudo os dos olhos, coração rins e cérebro, de forma que a deficiência de visão, oclusão coronária, IRC e ataque são as conseqüências habituais da HAS prolongada e não controlada. O aumento da resistência periférica mantida a nível arteriolar é a causa básica da elevação da PA. O tratamento medicamentoso visa reduzir a resistência periférica, diminuir a PA e o estresse sobre o sistema vascular.

3.9.2 Fisiopatologia: O centro vaso motor está situado no bulbo. Saindo desse centro vasomotor, estão os tratos do Sistema Nervoso Simpático (SNS), que descem para medula espinhal e saem da medula espinhal, nos gânglios simpáticos, no tórax e abdome. O estímulo do centro vasomotor desencadeia impulsos motores que descem através do sistema nervoso simpático até os gânglios simpáticos. Nesse ponto, os neurônios pré-ganglionares liberam acetilcolina, que estimula as fibras nervosas pós-ganglionares nos vasos sanguíneos, onde a liberação de noradrenalina resulta na constrição dos vasos. Numerosas influências podem afetar a resposta dos vasos sanguíneos a esses estímulos vasoconstritores. O paciente hipertenso é muito sensível à noradrenalina, ainda que não se saiba exatamente por quê.

No paciente hipertenso, muitos fatores moderam as respostas vasomotoras e vasoconstritoras, como ansiedade e medo. Ocorrendo simultaneamente com o estímulo dos vasos sanguíneos pelo sistema nervoso simpático em resposta aos estímulos emocionais, está o estímulo da glândula adrenal. A medula adrenal secreta epinefrina, que causa vasoconstrição. O córtex adrenal secreta cortisol e outros esteróides, que podem aumentar a resposta vasoconstritora dos vasos sanguíneos. A vaso constrição resulta em redução do

fluxo sangüíneo aos rins, causando a liberação de renina. A renina leva à formação de angiotensina, um potente vasoconstritor que, por sua vez, estimula a secreção de aldosterona pelo córtex adrenal. Esse hormônio promove a retenção Na e H₂O pelos túbulos renais, causando um aumento do volume intravascular. Todos esses fatores tendem a perpetuar o estado hipertensivo.

3.9.3 Manifestações Clínicas: O exame físico pode revelar ausência de anormalidades, com a exceção da hipertensão, porém pode haver alterações nas retinas com hemorragias, exsudatos, estreitamento das arteríolas e nos casos extremos, edema do disco óptico.

As pessoas com hipertensão podem ser assintomáticas e assim permanecer durante vários anos. Geralmente o aparecimento de sintomas indica lesão vascular e as manifestações específicas estão relacionadas aos sistemas orgânicos irrigados pelos vasos envolvidos. A doença da artéria coronariana com angina é a seqüela mais comum nos indivíduos hipertensos. Hipertrofia do ventrículo esquerdo ocorre em resposta ao aumento da sobrecarga colocada sobre o ventrículo à medida que o mesmo se contrai contra pressões sistêmicas elevadas. Quando o coração não consegue mais manter o aumento da sobrecarga, desencadeia-se ICC esquerda. As alterações patológicas nos rins podem manifestar-se como nictúria e azotemia (aumento da uréia e da creatinina no sangue). O comportamento vascular cerebral pode produzir um ataque ou uma crise isquêmica transitória manifestada por hemiplegia temporária, perdas de consciência ou alterações da visão. Outros sinais que indicam seqüelas de HAS são: epistaxe e cefaléia (principalmente), dor precordial, dispnéia e vertigem.

3.9.4 Emergências Hipertensivas: Existe uma emergência hipertensiva quando a PA elevada precisa ser baixada dentro de uma hora. Essas elevações agudas e graves de PA requerem tratamento imediato, já que podem ocorrer lesões graves do órgão terminal. A presença de insuficiência ventricular esquerda aguda ou de disfunção cerebral indica a necessidade de redução imediata da PA. As medicações de eleição nas emergências hipertensivas são aquelas que possuem efeito imediato. É necessária monitorização rigorosa da PA e do estado cardiovascular do paciente, durante as crises hipertensivas e tratamento com medicações de emergência já que uma queda abrupta da PA pode

ocorrer e é necessário intervir para a prevenção de choque.

3.9.5 Intervenções de Enfermagem

- Observar queixas de dor e desconforto
- Manter cabeceira elevada
- Controle rigoroso de PA
- Promover meios que contribuam para diminuir a ansiedade
- Observar sinais e sintomas de hipertensão.
- Controlar diurese
- Orientar o cliente sobre restrição de sal e fumo.
- Controle de sinais vitais.

3.10 PARADA CARDIORESPIRATÓRIA (PCR)

A PCR, comumente associada com IAM, também é vista em uma ampla faixa de outras emergências médico-cirúrgicas, incluindo obstrução da passagem aérea, afogamento, desequilíbrio hidroeletrólítico, eletrocussão e trauma.

3.10.1 Avaliação imediata e tratamento

Avalie imediatamente o cliente para certificar-se do pulso, PA e frequência respiratória (o sinal mais confiável da PCR é ausência de pulso carotídeo, porém não deve-se perder tempo valioso, verificando PA ou auscultando batimentos cardíacos).

3.10.2 Ressuscitação cardiopulmonar (RCP):

A “RCP” básica consiste na seguinte seqüência : Via respiratória - Respiração - Circulação. Esta seqüência representa o “ABC” do suporte básico de vida, isto quer dizer, o processo de ressuscitação consiste na manutenção da via respiratória com fornecimento de ventilação artificial por vias de urgências para respiração e produção de circulação artificial pela massagem cardíaca externa. Desobstrua as vias aéreas inclinando a cabeça do cliente (contra-indicado por trauma cervical) e ventile com oxigênio e ambu até

que uma intubação endotraqueal seja conseguida. Paralelamente a intubação é realizada a massagem cardíaca externa, realizada com o paciente em superfície rígida. A palma de uma das mãos é colocada sobre a metade inferior do esterno (3,8 cm da ponta do apêndice xifóide, a outra mão é colocada sobre a primeira. Utilizando o peso do corpo enquanto mantém os cotovelos retos, são realizadas compressões rápidas e vigorosas sobre o esterno (de 3,8 a 5 cm da coluna). As compressões devem ser regulares numa frequência de 80/minuto (sendo 5 massagens por 1 ventilação ou 15 massagens por 2 ventilações).

A verificação do pulso e do ritmo cardíaco é feita através do pulso femoral principalmente em intervalos regulares. A máquina de ECG pode ser fixada tão logo que seja possível. A decisão de interromper a RCP baseia-se em considerações médicas.

Após a ressuscitação bem sucedida, o Enfermeiro (a) deve monitorizar cuidadosamente os parâmetros vitais e a condição geral do cliente pelo elevado risco de novo quadro de parada cardíaca.

3.11 ESTENOSE AÓRTICA (Estenose Valvular Aórtica)

3.11.1 Etiologia e Fisiopatologia: A estenose valvular aórtica consiste no estreitamento do orifício entre o ventrículo esquerdo e a aorta. Nos adultos, a estenose pode ser congênita ou resultar da endocardite reumática ou calcificação das cúspides de etiologia idiopática. Há estreitamento progressivo do orifício valvular, durante um período de vários anos ou décadas. Os folhetos da válvula aórtica se fundem e fecham parcialmente o orifício entre o coração e a aorta.

O ventrículo esquerdo supera esta obstrução circulatória contraindo-se mais lentamente, porém com mais vigor do que o normal, espremendo violentamente o sangue através do orifício pequeno. Os mecanismos compensatórios do coração começam a falhar e surgem os sinais clínicos.

A obstrução ao fluxo aórtico impõe uma sobrecarga de pressão ao ventrículo esquerdo, que compensa o esforço espessando sua parede muscular. O músculo cardíaco hipertrofia-se, em resposta a qualquer grau de obstrução; a insuficiência cardíaca ocorre

quando a obstrução for grave.

3.11.2 Manifestações Clínicas: Nos casos de estenose moderada ou grave o cliente inicialmente pode apresentar:

- Dispnéia aos esforços (que é uma manifestação da descompensação ventricular esquerda com congestão pulmonar).
- Sonolência e tonteira (devido à redução do fluxo sanguíneo que chega ao cérebro)
- A angina de peito é freqüente (resultando do aumento da demanda de O₂ imposto pela sobrecarga de trabalho do ventrículo esquerdo e pela hipotrofia miocárdica)

3.11.3 Tratamento: intervenção cirúrgica para substituição desta válvula.

3.11.4 Cuidados de Enfermagem :

- Observar queixas de dor e desconforto
- Avaliação do nível de consciência
- CSV
- Observar dispnéia
- Manter em leito semi fowler
- Promover repouso no leito.

3.12 TROMBOSE VENOSA

3.12.1 etiologia e fisiopatologia: A causa exata da Trombose Venosa é desconhecida embora existam três fatores antecedentes que desempenham um papel importante em sua instalação: . Estase sangüínea, lesão da parede vascular e alteração da coagulação sangüínea.

A Trombose Venosa pode ocorrer em qualquer veia, porém é mais freqüente nas veias das extremidades inferiores. As veias tanto superficiais quanto profundas, das pernas podem ser afetadas. Das veias superficiais, a veia safena é a mais freqüentemente afetada. Das veias profundas, a ileofemoral, a poplitea e as pequenas veias da panturrilha são as mais envolvidas.

Os trombos venosos são compostos de agregados plaquetários ligados a parede da veia e um apêndice tipo cauda, contendo fibrina, leucócitos e muitas hemácias. A cauda pode crescer ou propagar-se na direção do fluxo sangüíneo, à medida que ocorrem camadas sucessivas de constituintes de coágulo. O risco associado a uma propagação podem deslocar-se e produzir uma oclusão dos vasos sangüíneos pulmonares.

3.12.2 Manifestações Clínicas: A metade dos clientes com Trombose Venosa das extremidades inferiores, não apresenta sintomas. A obstrução de veias profundas das pernas produz edema das extremidades. Pode ocorrer hiperestesia, dor local, rubor, calor e caimbras.

3.12.3 Tratamento: Os objetivos do tratamento são prevenir a propagação do trombo e o risco inerente de embolia pulmonar, e prevenir a tromboembolia recorrente. Para estes fins é feita uma abordagem medicamentosa com anticoagulante (heparina). Contudo existe uma incidência de hemorragia. O tratamento cirúrgico é necessário se está contra-indicado o tratamento com anticoagulante , se o risco da embolia pulmonar é muito grande e se a drenagem venosa está tão comprometida que resultará, provavelmente em lesão permanente

da extremidade.

3.12.4 Cuidados De Enfermagem:

- Observar queixas de dor e desconforto
- CSV
- Em caso de edema: manter elevação de extremidades inferiores.
- Avaliação de edema
- Promover repouso no leito
- Promover exercícios de movimentos passivos no membro afetado
- Observar sangramentos em qualquer parte do corpo devido ao uso de anticoagulantes
- Prever cuidados com administração de anticoagulante via SC e EV.

3.13 DIABETES MELLITUS

3.13.1 DEFINIÇÃO: O Diabetes Mellitus (D.M) é um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizado por uma elevação no nível de glicose de sangue. Normalmente há uma certa quantidade de glicose circulando no sangue que resulta dos alimentos ingeridos, e da formação de glicose pelo fígado. A insulina , um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose do sangue, regulando a produção e o armazenamento de glicose. A hiperglicemia resultante pode levar a complicações metabólicas agudas e a longo prazo a complicações microvasculares crônicas.

3.13.2 TIPOS DE DIABETES: Existem vários tipos de D.M, as principais classificações do diabetes incluem:

Tipo I (insulino dependente)

Tipo II (não insulino dependente).

Na D.M tipo I , são produzidas quantidades inadequadas de insulina pelo pâncreas, resultando na necessidade de injeções de insulina para controlar a glicose sangüínea. A D>M tipo II resulta de uma diminuição na sensibilidade das células de insulina (chamada resistência à insulina) e uma diminuição na quantidade de insulina produzida. O D.M tipo II é inicialmente tratado apenas através da dieta inicialmente.

3.13.3 FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: A insulina secretada pelas células beta, um dos quatro tipos de células das ilhotas de Langerhans no pâncreas. A insulina é considerada anabólica, ou um hormônio de estocagem. Quando se ingere uma refeição, a secreção de insulina aumenta e mobiliza a glicose da circulação para o músculo, fígado e células gordurosas. Nestas células a insulina tem os seguintes efeitos:

Estimula o armazenamento de glicose no fígado e músculos (sob forma de glicogênio), aumenta o armazenamento da gordura dietética no tecido adiposo, acelera o transporte de aminoácidos (derivados das proteínas dietéticas) par as células.

A insulina também inibe a degradação da glicose armazenada, das proteínas e das gorduras. Concomitantemente, há uma aumento de liberação de outro hormônio pancreático, chamado glucagon (que é secretado pelas células alfa das ilhotas de Langerhans). O efeito líquido do balanço entre os níveis de insulina e glucagon faz manter constante o nível de glicose no sangue pela liberação de glicose do fígado.

3.13.4 Etiologia D.M tipo I: É caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas. Atualmente é tido como o resultado de uma combinação de fatores genéticos, imunológicos (ex., viral), e possivelmente ambientais, contribuindo para a destruição das células beta.

3.13.5 Fisiopatologia do D.M tipo I: Há uma acentuada diminuição da produção de insulina pelas células beta pancreáticas. Ocorre hiperglicemia de jejum como resultado de uma produção descontrolada de glicose pelo fígado. Além disso, a glicose derivada dos alimentos ingeridos não pode ser estocada, e permanece na corrente sanguínea contribuindo para a hiperglicemia pós-prandial (após a refeição). Se a concentração da glicose no sangue for suficientemente alta, os rins podem não absorver toda a glicose filtrada, e ela então aparece na urina (glicosúria). Quando o excesso de glicose é excretado na urina, ele é acompanhado de excesso de líquido e perda de eletrólitos. Este quadro é chamado de diurese osmótica. Como resultado da perda excessiva de líquido, o cliente tem um aumento no volume de urina (poliúria) e sede intensa (polidipsia).

A deficiência de insulina também prejudica o metabolismo de proteínas e gorduras, levando à perda de peso. Os clientes podem sofrer um aumento de apetite (polifagia) devido à diminuição do armazenamento de calorías. Outros sintomas incluem fadiga e fraqueza. À medida que a deficiência de insulina progride, os processos geralmente inibidos pela insulina livremente. Assim, a glicogenólise (quebra da glicose armazenada), e mais significativamente a gliconeogênese (produção de nova glicose a partir de aminoácidos e outros substratos) contribuem mais ainda para a hiperglicemia. Em adição, ocorre a quebra de gorduras, resultando aumento de produção de corpos cetônicos que são subprodutos de quebra de gorduras. A cetoacidose diabética resultante pode levar a sinais e sintomas tais como dor abdominal, náuseas, vômitos, hiperventilação, respiração com odor de frutas, e, quando não tratada, alteração no nível de consciência, coma, e até mesmo a morte. A cetoacidose diabética é provocada pela ausência ou quantidade acentuadamente inadequada de insulina (os níveis de glicose podem variar de 300 a 600 mg/dl). Isto resulta em distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (as três principais características clínicas da cetoacidose diabética é: desidratação, perda de eletrólitos, acidose). É importante que o enfermeiro perceba que a gravidade da cetoacidose diabética não está necessariamente relacionada ao nível de glicose sanguínea. A evidência de cetoacidose diabética é refletida nos valores de baixo bicarbonato sérico (0 a 15 mEq/l) e pH baixo (6,8 a 7,3). O acúmulo de corpos cetônicos (que precipitam a acidose) se reflete nas dosagens de cetonas no sangue e urina.

3.13.6 Etiologia D.M tipo II: Idade, obesidade, história familiar, grupo étnico

3. 13.7 Fisiopatologia da D.M tipo II: No diabetes tipo II existem dois problemas principais relacionados à insulina: a resistência à insulina e a reação deficiente de insulina. A resistência à insulina se refere a uma sensibilidade diminuída dos tecidos à insulina. Normalmente a insulina se liga a receptores especiais nas superfícies celulares. Como resultado da ligação da insulina a estes receptores, ocorre uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose dentro da célula. A resistência à insulina no DM tipo II está associada a uma diminuição nestas reações intracelulares. A insulina torna-se então menos efetiva na estimulação da captação de glicose pelos tecidos. Para superar a resistência à insulina e impedir a elevação de glicose no sangue, deve haver um aumento da quantidade de insulina secretada. Isto interfere na tolerância à glicose, na qual um nível normal ou levemente elevado de glicose só é mantido pela secreção excessiva de insulina. Entretanto, se as células beta forem, incapazes de atender à demanda de insulina, o nível de glicose sobe e desenvolve-se o D.M tipo II.

A secreção prejudicada de insulina que é característica do D.M tipo II, existe insulina suficiente para impedir a quebra de gorduras, e a conseqüente produção de corpos cetônicos. Portanto, a cetoacidose diabética não ocorre no D.M tipo II.

Complicações do D.M: As complicações associadas aos tipos de D.M são classificadas como agudas (hipoglicemia, hiperglicemia) ou crônicas (doença macrovascular: afetando as coronárias e a circulação periférica e cérebro vascular. Doença microvascular: retinopatia e nefropatia. Doenças neuropáticas: afetando os nervos autônomos sensoriomotores, contribuindo para problemas tais como impotência e úlceras nos pés).

Complicações agudas: A hipoglicemia ocorre quando a glicose cai abaixo de 50 a 60 mg/dl. Ela pode ser causada por excesso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, pouca alimentação ou atividade física excessiva. Os sintomas de hipoglicemia podem ser agrupados em duas categorias: sintomas adrenérgicos e sintomas do SNC. Na hipoglicemia branda, à medida que o nível de glicose sanguínea cai, o sistema nervoso simpático é estimulado. A liberação de adrenalina provoca sintomas tais como suor,

tremor, taquicardia, palpitação, nervosismo e fome. Na hipoglicemia moderada, a queda do nível de glicose sanguínea priva as células cerebrais do combustível necessário para o funcionamento. Os sinais de prejuízo do funcionamento do SNC podem incluir a incapacidade em se concentrar, dor de cabeça, confusão mental, lapsos de memória, torpor dos lábios e língua, fala confusa, descoordenação, alterações emocionais, comportamento irracional, visão dupla e sonolência. Na hipoglicemia grave os sintomas podem incluir comportamento desorientado, convulsões, dificuldade em acordar do sono , ou perda de consciência.

O tratamento deve ser implementado de imediato, no hospital os clientes que estão inconscientes ou incapacitados em deglutir devem ser tratados com “dextrose”, que é administrada por via EV, o efeito é percebido geralmente em 20’.

3.13.8 Tratamento: A meta principal do tratamento do diabetes é tentar normalizar a atividade de insulina e os níveis de glicose sanguínea, numa tentativa de reduzir o desenvolvimento das complicações vasculares e neuropáticas. A meta terapêutica em cada tipo de diabetes é diminuir os níveis de glicose sanguínea tanto quanto possível, sem alterar drasticamente os padrões usuais de atividade do cliente. Existem 5 componentes no tratamento do diabetes: dieta exercício, monitorização, medicação (quando necessária), educação. Os esquemas de insulina variam de 1 a 4 injeções por dia.

3.13.9 Tipos de insulinas:

- a) Insulina regular (duração de 6 a 8 horas)
- b) Insulina NPH (duração de 20 a 24 horas)

3.14.10 Assistência de Enfermagem:

- Observar queixas de dor e desconforto
- Avaliar valores glicemicos, pH, bicarbonato
- CSV

- Observar sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia
- Controlar diurese (s/n)
- Fazer rodízio para insulina sc (se prescrita)
- Promover cuidados relacionados a higiene e conforto (s/n)

3.14 ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

3.14.1 Definição: Aneurisma é um saco, ou dilatação localizada, de uma artéria, formado em um ponto fraco da parede vascular. Os aneurismas são graves já que sua ruptura é sempre possível, e isso pode levar a hemorragia e morte.

3.14.2 Etiologia: A causa mais comum de aneurisma de aorta abdominal é aterosclerose. Traumatismo da parede da artéria, infecção (piogênica ou sífilítica) e defeitos ocasionais da parede arterial. Quando não tratado, o eventual desfecho pode ser ruptura e morte.

3.14.3 Fisiopatologia: O fator mais comum a todos os aneurismas é a lesão média dos vasos. Isso pode ser causado por debilidade congênita, traumatismo ou processo mórbido. Uma vez instalado o aneurisma, a tendência é para aumentar de tamanho. Fatores de risco incluem predisposição genética, fumo e HAS.

3.14.4 Manifestações clínicas: Cerca de dois quintos dos pacientes com aneurisma da aorta abdominal apresentam sintomas; os restantes são assintomáticos. Alguns clientes queixam-se de que sentem o “coração bater” no abdome, quando se deitam. O sintoma mais comum é a dor abdominal intensa, que pode ser persistente ou intermitente e muitas vezes está localizada na porção média ou inferior do abdome, à esquerda da linha média. O segundo sintoma mais comum é dor na parte inferior das costas, que é causada por pressão sobre os nervos lombares. Este é um

sintoma sério, que geralmente significa rápida expansão ou iminente ruptura do aneurisma. Menos freqüente, o cliente alega sentir uma tumoração abdominal ou latejamento abdominal. Mais da metade dos clientes apresentam hipertensão. A indicação diagnóstica mais importante desse tipo de aneurisma é a presença de uma tumoração pulsátil nas porções média e superior do abdome. A confirmação do aneurisma por radiografia abdominal é possível, caso o aneurisma esteja calcificado. Podendo também ser utilizados ultra-sonografia para definir e confirmar a presença do aneurisma. Indicações de ruptura de um aneurisma de aorta abdominal incluem: dor intensa e constante nas costas, queda de PA, diminuição das hemácias e aumento dos leucócitos. Além de abdome macio. Após a ruptura retroperitoneal do aneurisma, podem-se observar hematomas no escroto, no períneo ou no pênis. Sinais de ICC ou sopro alto podem sugerir uma ruptura para dentro da veia cava.

3.14.5 Tratamento: A cirurgia é o tratamento de eleição para aneurisma maiores de 5 cm de diâmetro ou aqueles que estejam aumentando de tamanho. O prognóstico para um cliente com ruptura de aneurisma é grave, e a cirurgia é efetuada imediatamente.

3.14.6 Intervenções de Enfermagem: Antes da cirurgia a equipe de enfermagem deve ser orientada pelo fato de que o aneurisma poderia romper-se e pelo reconhecimento de que o cliente pode ser portador de deficiências cardiovasculares, cerebral e pulmonar, secundárias à aterosclerose.

1. Observar queixas de dor e desconforto
2. CSV rigoroso.(principalmente PA)
3. Manter em repouso absoluto
4. Observar sangramentos
5. Avaliar qualquer alteração na mudança de sintomas
6. Dar banho no leito
7. Orientar ao cliente quanto ao quadro clinico e cuidados consequentes.
8. Avaliar e interpretar valores hematológicos relacionados.

4. REFERENCIAL TEORICO

“Marco conceitual consiste em conceitos filosóficos e preposições, que servem como guia para a prática assistencial e auxiliam na sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações, buscando alcançar os objetivos propostos” (Vendrusculo; Vieira, 1997, p.35).

Duas foram as razões, que me levaram a utilizar os conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta: minha familiaridade com o referencial, uma vez que foi o mais vivenciado durante o curso, e a sua utilização sistemática no setor de Repouso do serviço de Emergência do H.U.

4.1 Principais Conceitos:

Ser humano/cliente: É o ser humano o qual é parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. O ser cliente está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio (Horta, 1979, p. 28). Estes desequilíbrios geram no ser humano necessidades a nível Psicobiológico, Psicossocial e Psicoespiritual. O ser cliente pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade; em última análise, são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade.

Família: Horta considera a família como um ente susceptível a interação estando correlacionado ao ser humano/cliente, de maneira que a família está formada por “um grupo de seres humanos” que compartilham o meio familiar, trocando constantes saberes, práticas, valores, crenças e ao mesmo tempo desenvolvendo papéis sociais e interagindo com seu meio que a envolve.

Saúde: Horta descreve saúde como um estado em equilíbrio dinâmico, no tempo e espaço. É a condição do ser humano expressada a partir da relação harmoniosa com o meio ambiente.

Doença: Segundo Horta (1979), doenças são as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, trazendo desconforto. O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidade que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

Ser enfermeiro: Horta (1974, p. 3) define o profissional de enfermagem como um ser humano, com todas suas dimensões e sua potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem, dito compromisso leva-o a receber conhecimentos teóricos-científicos e práticos para sua formação de enfermeiro, tendo assim o direito outorgado pela sociedade de cuidar de gente, de outros seres humanos. O ser enfermeiro é gente que cuida de gente.

Enfermagem: Ao se referir a enfermagem Horta descreve-a como a parte integrante da equipe de saúde a qual implementa estado de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência do ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre conduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Concordamos com Horta (1979, p.3) quando declara "quando o ser enfermeiro está isolado, ele não exerce enfermagem... para que surja enfermagem é indispensável a presença de outro ser humano: o ser cliente". Da interação resultante deste encontro entre o

ser cliente e o ser enfermeiro, e as ações que levam a uma transação, neste momento surge o ser enfermagem... “Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento das 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 p. 29).

Assistência de enfermagem: A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, e como parte integrante desta equipe, ela mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrio e reverte desequilíbrios do ser humano no tempo e espaço. O ser humano tem necessidades básicas para serem atendidas. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento das suas necessidades é limitado por seu próprio saber e/ou estado de doença, exigindo, por isto, o auxílio do profissional habilitado (o enfermeiro) e como consequência de uma assistência de Enfermagem. A Enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. Horta conclui que assistir em Enfermagem é fazer pelo ser humano/cliente, aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Refletindo-se desta forma que, a Assistência de Enfermagem é o cuidado prestado ao cliente e a sua família através das ações planejadas as quais resultam do conhecimento do profissional de Enfermagem e que este procura assistir a partir do atendimento das Necessidades Humanas Básicas com o objetivo de promover a manutenção do equilíbrios dinâmicos, prevenindo estes desequilíbrios e revertendo-os.

NECESSIDADES: São “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo , família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não". As necessidades são universais, portanto comum a todos os seres

humanos, o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la ". Horta adotou a denominação de Mohana, classificando as necessidades, para fins didáticos em três níveis a saber:

Psicobiológicas (oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação: hormonal, neurológica, hidrossalina, crescimento celular, vascular; locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; ambiente e terapêutica).

Psicossociais (Segurança, amor liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem educação para saúde, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção).

Psicoespirituais (Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida).

4.2 Princípios ou pressupostos:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e uma comunidade.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto cuidado.

4.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Como foi inicialmente levantado nas páginas iniciais desta proposta, a metodologia assistencial utilizada no Serviço de Emergência do Hospital Universitário mais especificamente, no Setor de Repouso, está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, através do Processo de Enfermagem, e no Prontuário orientado para o problema preconizado por WEED.

Neste sentido Horta explica; “para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação de enfermagem é denominado Processo de Enfermagem”.

Este “Processo de Enfermagem” é definido por Horta como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases.

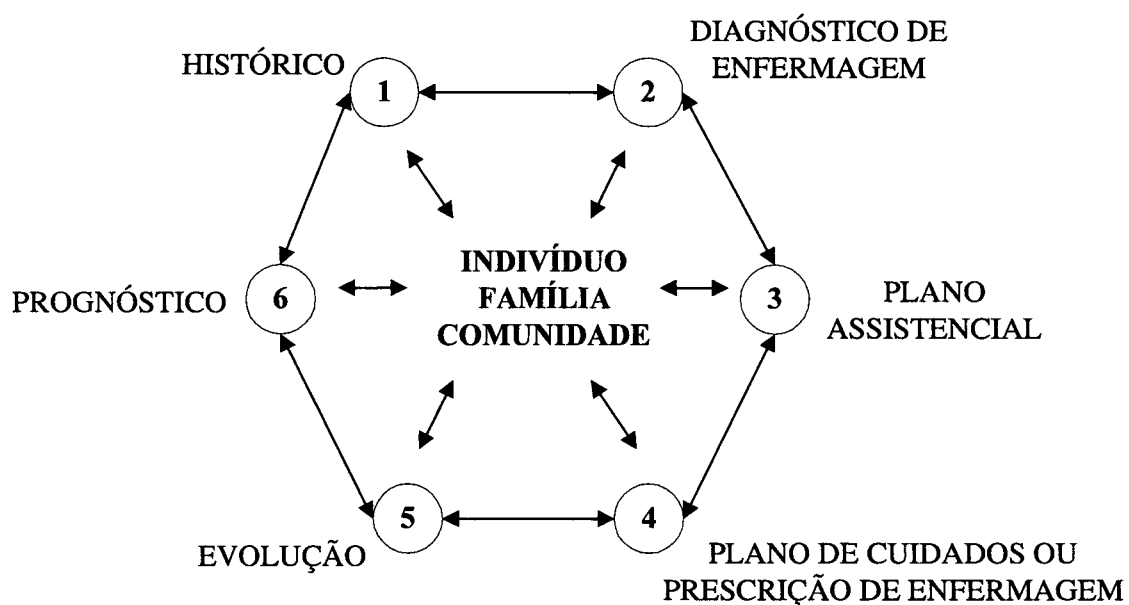


Figura 1: Representação gráfica do Processo de Enfermagem, (Horta, 1979, p. 35)

Distingue-se seis fases ou passos. A inter-relação destes passos pode ser representado graficamente (Figura 1) por um hexágono, onde as fases são vetores bi-orientados, o que significa uma “reinteração eventual de procedimento e onde o centro deste hexágono situar-se-ia o indivíduo, a família e a comunidade.

As seis fases do Processo proposto por Horta são descritas a seguir:

- 1) Histórico de Enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas (manifestação de alterações de uma NHB, que exija assistência de enfermagem).
- 2) Diagnóstico de Enfermagem: após análise e avaliação dos dados é feita a identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.
- 3) Plano de Assistencial: determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.
- 4) Plano de Cuidados: ou prescrição de enfermagem é a implementação do Plano Assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das NHB e específicas do ser humano.
- 5) Evolução de Enfermagem: relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. Para evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.
- 6) Prognóstico de Enfermagem: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas NHB alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

É relevante destacar que apenas três dos seis passos são utilizados no setor de repouso:

- O primeiro passo *histórico de enfermagem* deve ser claro, conciso e sem repetições só devendo ser realizado pelo enfermeiro na data de admissão e de forma informal. Deve vir acompanhado por exame físico completo. Os problemas de enfermagem são identificados e sublinhados no histórico realizado.
- O segundo passo *prescrição de enfermagem* deve ser clara, concisa, utilizada sempre com o verbo no infinitivo, deve ter como base os cuidados prioritários e todas as prescrições devem ser checadas diariamente;
- O terceiro passo *evolução de enfermagem* deve também, ser clara, sucinta e livre de repetições de observações já anotadas no prontuário.

O prontuário orientado para o problema preconizado por WEED, está fundamentado no método científico, tendo quatro componentes. São eles: banco de dados iniciais; lista de problemas; prescrição e notas de evolução.

As notas de evolução são divididas em quatro partes, comumente designadas pela sigla **SOAP** que corresponde a:

S - Os dados **subjetivos** são as informações e observações do cliente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, observa e/ou acredita ser.

O - Os dados **objetivos** são observações ou dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais e sintomas), resultado de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados, tratamento, orientações etc...

A - A **análise** explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir o problema num grau de maior precisão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar conduta.

P - O **plano** representa a decisão para tornar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

5. METODOLOGIA

5.1 Contextualização do campo de estágio.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), foi inaugurado em 1980, atendendo a necessidade relacionada ao campo de estágio para ensino-assistência dos cursos da área da saúde.

O setor de Emergência Adulto, está localizado no andar térreo do Hospital Universitário oferecendo à população serviços de atendimentos de emergências médicas, cirúrgicas, assim como atendimento de politraumatizados, trauma torácico, de abdômen, emergências cardíacas, afogamentos e envenenamentos, em 1996 após uma reestruturação, o setor ficou subdividido em Pronto Atendimento (P.A.) e Serviço de Emergência Interna (S.E.I.) onde estão inseridos os setores de observação, repouso e atendimento cirúrgico.

O horário de atendimento é integral isto é, 24h/dia. As equipes de enfermagem estão divididas em plantões, da seguinte maneira: 07:00 às 13:00 h., 13:00 às 19:00 h. e das 19:00 às 07:00 h. Sendo que, os finais de semana a equipe opera em regime de plantão de 12 h, diurno (07:00 às 19:00 h.) e noturno (19:00 às 07:00 h). A presença do Enfermeiro Assistencial é de 24 h, isto quer dizer um Enfermeiro por plantão junto com a equipe composta por:

- Dois ou três Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem os quais são responsáveis pelos clientes do SEI e sala de reanimação.
- Um Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem responsável pela sala cirúrgica e

medicação do PA.

- Dois Auxiliares e/ou Técnico de Enfermagem responsáveis pelo setor de Repouso.

Na entrada (vide anexo 04) estão localizadas 2 salas de espera e o setor de admissão onde é realizado o registro (dados de identificação/motivo da consulta) dos clientes a serem atendidos nas especialidades a seguir:

a) No Pronto Atendimento (PA) composto por 3 consultórios médicos, uma sala de preparo de medicação e administração da mesma, 1 W.C. funcionários e 1 expurgo.

b) Ou no Serviço de Emergência Interna, composto por um corredor central que permite o fluxo de pacientes, macas, cadeiras de rodas etc. Ao longo deste corredor tem-se acesso: aos 4 consultórios médicos, a sala de reanimação, a sala de preparo de medicação do SEI (também funciona com posto de enfermagem), a sala de medicação e observação, as duas salas de atendimento cirúrgico, a sala de procedimentos, ao isolamento, almoxarifado, rouparia, ao posto de Enfermagem, copa, expurgo, ao repouso, a sala de preparo de medicação do repouso e dá acesso ainda, ao corredor onde estão localizadas as 3 salas de estar médico, a chefia de enfermagem, a sala de passagem de plantão e estar de enfermagem, assim como também acesso interno a outros setores do hospital.

Dentro do setor também encontra-se disponíveis 4 W.C. para clientes, 1 W.C. para uso da equipe de enfermagem em geral e 1 W.C. para o plantão médico e feminino respectivamente

Fluxograma do Cliente no Serviço de Emergência

O cliente chega na recepção onde é preenchida uma ficha com os dados de identificação e o motivo pelo qual procurou o Serviço de Emergência, podendo ser encaminhado para os seguintes atendimentos:

- No atendimento cirúrgico o cliente é avaliado e após o atendimento, poderá ser liberado (ou ir a óbito), internado (podendo ficar no repouso ou no corredor), transferido diretamente para as clínicas de internação ou encaminhado para o ambulatório, ou rede

de atendimento do SUS ou mesmo (e muitas vezes) a outros hospitais.

- Na clínica médica o cliente pode ser atendido a través do PA e o SEI .

No PA é realizado uma triagem através da qual o cliente após avaliação poderá ser:

- Liberado
- Medicado e liberado
- Encaminhado para o SEI.

O cliente atendido através do SEI (após consulta) pode ser:

- Liberado (ou ir a óbito)
- Medicado e liberado
- Transferido para rede de atendimentos do SUS
- Ficar no setor em observação (podendo ser medicado ou não)
- Internado , permanecendo no setor aguardando vaga para: cirurgia, as diferentes clinicas de internação (Clinica Médica Feminina, Clinicas Médicas Masculina I e II, Clinicas de internação Cirúrgicas I e II), ou para o Repouso, ou mesmo para transferencia externa.

Um terceiro atendimento é prestado aos clientes com intercorrências de emergência como por exemplo: paradas cardiorespiratórias, queimaduras graves, convulsões, entre outras sendo encaminhados diretamente para a sala de reanimação onde são assistidos prioritariamente.

O Enfermeiro (a) do Serviço de Emergência desenvolve suas atividades, assistindo aos clientes do setor do PA e no SEI (Observação, Atendimento Cirúrgico e Repouso). Após receber a passagem de plantão, passa visita a todos os clientes internados e em observação, programa, orienta ,coordena e supervisiona as atividades da equipe de Enfermagem em toda a Emergência; realiza procedimentos exclusivos: gasometria arterial,

cateterismo vesical e sonda nasogástrica, realizando, também, outras técnicas de Enfermagem, principalmente junto ao paciente crítico. Coordena e executa a assistência de Enfermagem ao paciente nas situações de Emergência/Urgência, faz a passagem de plantão ao Enfermeiro da unidade para onde são encaminhados os pacientes internados. Orienta, prepara e encaminha pacientes para exames, transferências e altas; acompanha pacientes graves nas transferências à UTI ou para outros hospitais, sempre que possível; realiza a metodologia da assistência de Enfermagem para os pacientes internados no Repouso; estabelece horários nas prescrições médicas; fornece informações aos médicos; faz avaliação periódica dos servidores do seu turno de trabalho, elabora a escala mensal de serviço de sua equipe (anexo 05); participa de reuniões quando convocado pela chefia da unidade e Diretoria de Enfermagem.

O Serviço de Emergência conta com a disponibilidade de uma Enfermeiro (a) por turno de trabalho podendo ocorrer estarem dois Enfermeiros (as) em horário matutino onde se dividem as atribuições sendo um no Repouso e o outro no SEI e PA.

5.2 População alvo

O setor de repouso, está localizado no final do corredor próximo ao Posto de Enfermagem, possui 07 leitos, numerados respectivamente os quais são destinados aos clientes internados, que aguardam vagas dos leitos de outras clínicas de internação do hospital, para fazer uma melhor avaliação, permanecer em observação, condutas e/ou encaminhamentos. A equipe de enfermagem presta cuidado aos clientes aqui internados através da assistência integral, aos clientes, onde orientam aos familiares; executam atividades como cuidados de higiene e conforto, alimentação, hidratação, administração de medicações, além de auxiliarem médicos e enfermeiros na realização de procedimentos, registram nas “observações complementares de enfermagem” os cuidados prestados e informações sobre evolução do cliente.

A população alvo da proposta inicial, foram os clientes internados no setor de repouso onde é utilizado a "Metodologia de Assistência de Enfermagem" através do "Método Weed" (prontuário orientado para o problema) e do "Processo de Enfermagem das Teorias

das Necessidades Humanas Básicas" da Wanda de Aguiar Horta. Este registro é utilizado pelo Enfermeiro que , através das observações complementares de 24 h (realizadas pelos demais elementos da equipe) faz as evoluções diárias do cliente (inicialmente se faz o histórico de enfermagem simplificado).

Rotineiramente, existem dois horários, para a visita aos clientes internados no repouso ou em observação , um no período matutino das 11:30 às 12:00 horas e o outro no período vespertino das 16:30 às 17:00 horas.

5.3 Plano de Ação

OBJETIVO GERAL:

Prestar Assistência de Enfermagem ao cliente adulto com intercorrências de Emergência/Urgência, baseado no referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Objetivos Específicos:

a) Prestar assistência integral individualizada ao cliente internado no setor de repouso do Serviço de Emergência do H.U

a.1) Estratégia:

- Selecionar a cada 3 dias, dois clientes com quadro clínico diferente para a aplicação do processo de enfermagem conforme rotinas do setor.
- Aplicar o processo de enfermagem conforme rotina do setor
- Prestar assistência integral aos clientes selecionados.
- Realizar estudo bibliográfico dos quadros clínicos apresentados pelos clientes assistidos.
- Fazer as observações complementares de enfermagem e passar plantão ao auxiliar e/ou técnico responsável pelo cliente.

a.2) Avaliação: O objetivo será considerado alcançado: Se forem assistidos integralmente os clientes selecionados de acordo com as estratégias traçadas.

a.3)Aprazamento: no decorrer do estagio.

b. Realizar algumas atividades administrativas atribuídas a enfermeira no setor de repouso.

b.1) Estratégia:

- Participar da passagem de plantão
- Realizar visita diária a todos os clientes internados no setor de repouso.
- Elaborar junto com a enfermeira uma escala de serviço.
- Outras que se fizerem necessárias.

b.2) Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio o acadêmico for capaz de explicar as principais atividades do Enfermeiro (a) em um setor de Emergência.

b.3) Aprazamento: No decorrer do estagio.

c). Interagir com os membros da equipe, através da reflexão conjunta da proposta de estagio, realizando atividades e rotinas do setor e mediante realização de oficinas

c. 1) Estratégia:

- Convidar aos funcionários do setor de Emergência do HU, para assistirem a apresentação pública da Proposta Assistencial.
- Apresentar a Proposta Assistencial a Equipe do serviço de emergência do HU e abrir espaço para discussões e sugestões.
- Atuar junto com a equipe na execução das atividades e rotinas do setor.
- Promover 03 oficinas de interação entre os membros da equipe a través da abordagem de assuntos novos relacionados a prática vivenciada no setor.
- Planejar junto com a equipe as formas mais adequadas para realizar as oficinas.

c.2) Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se a interação tiver se efetivado.

c.3) Aprazamento: A semana anterior a apresentação, na primeira semana e no decorrer do estágio.

d) Realizar técnicas de Enfermagem que permitam o desenvolvimento de habilidades do acadêmico segundo normas e rotinas do setor.

d.1) Estratégias:

- Ler as normas e rotinas do setor
- Realizar as técnicas conforme estas rotinas
- Executar técnicas de enfermagem exclusivas do enfermeiro
- Realizar técnicas até então não oportunizadas pelo curso.

d.2) Avaliação: O objetivo será considerado alcançado: Se o acadêmico tiver realizado as técnicas de Enfermagem referidas.

d.3) Aprazamento: No decorrer do estágio.

e) Participar do processo de transferência dos clientes do setor de repouso para outras clínicas do H.U. e/ou para outros Hospitais da Grande Florianópolis.

e.1) Estratégia:

- Prestar assistência de enfermagem, antes e durante a transferência.
- Tomar todas as medidas administrativas cabíveis.

e.2) Avaliação: O objetivo terá sido alcançado se o acadêmico tiver efetivado uma transferência.

e.3) Aprazamento: No decorrer do estágio.

5.4 CRONOGRAMA

MARÇO

ATIVIDADES	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
Início do estagio																					X						
Conhecer a planta física do setor																					X	X		X			
Receber a passagem de plantão														X							X	X		X		X	X
Apresentar a proposta assistencial a equipe																					X	X		X			
Realizar técnicas de enfermagem																						X	X		X		X
Conhecer as normas e rotinas do setor																					X	X		X			
Prestar assistência aos clientes selecionados																								X		X	X
Realizar estudo bibliográfico dos quadros clínicos.																								X		X	X
Interagir com os membros da equipe.														X							X	X		X		X	X

ABRIL

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Receber a passagem de plantão	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Acompanhar a passagem de plantão	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Prestar assistência de enfermagem aos clientes selecionados	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Realizar estudo bibliográfico dos quadros clínicos.	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Interagir com os membros da equipe.	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Realizar técnicas de enfermagem	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Acompanhar transferencias	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Realizar atividades administrativas	X	X	X	X		X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Realizar oficinas												X						X

MAIO

ATIVIDADES	6	7	9	11	12	13	14	18	19	20	22	26	27	28	29	30	31
Receber a passagem de plantão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhar a passagem de plantão	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Prestar assistência de enfermagem aos clientes selecionados	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Interagir com os membros da equipe.	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Realizar estudo bibliográfico dos quadros clínicos.	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Realizar atividades administrativas	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Realizar oficinas															X		
Acompanhar transferencias	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Realizar técnicas de enfermagem	X	X	X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X

JUNHO

ATIVIDADES	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
Receber a passagem de plantão	X	X	X	X	X																								
Acompanhar a passagem de plantão	X	X	X	X	X																								
Prestar assistência de enfermagem aos clientes selecionados	X	X	X	X	X								X																
Realizar estudo bibliográfico dos quadros clínicos.	X	X	X	X	X																								
Realizar atividades administrativas	X	X	X	X	X																								
Realizar técnicas de enfermagem	X	X	X	X	X																								
Término do estágio					X																								
Elaboração do relatório						X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega do relatório à banca																													X

6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Após a apreciação do projeto pela banca em 20.03.98 e sua apresentação pública em 24.03.98, deu-se início a implementação da proposta em 25.03.98.

Cabe ressaltar que, procurou-se ajustar a proposta inicial através das sugestões advindas dos encontros realizados com a banca, supervisores e orientador.

O relato a seguir apresenta a descrição dos resultados obtidos e sua respectiva avaliação.

OBJETIVO N.º 01

Prestar assistência integral individualizada ao cliente internado no setor de repouso do Serviço de Emergência do H.U

No início das atividades realizadas no setor de emergência, o acadêmico aplicou a estratégia prevista no seu projeto, ou seja, selecionou 02 clientes com quadros clínicos diferentes para aplicação do processo de enfermagem, aproximadamente durante as três primeiras semanas do estágio. O desempenho desta atividade passou a consumir muitas horas de dedicação, seja pela pouca experiência na aplicação do processo, pela falta de dados teóricos, pela assistência integral que o paciente requeria ou até mesmo pela dificuldade de comunicação escrita.

Em resumo, diariamente ao selecionar 02 clientes, cabia ao acadêmico a responsabilidade de realizar o histórico, prestar os cuidados de enfermagem integralmente a cada cliente (não só as atividades exclusivas ao enfermeiro), fazer as evoluções e as observações complementares.

Desta forma, sentiu-se que as outras atividades propostas no projeto estavam sendo prejudicadas. Em conversa com a supervisora passou-se a adotar a estratégia utilizada pela unidade, sob a forma de rodízio, que consiste em:

Durante a semana o Enfermeiro do plantão matutino é responsável pelas evoluções diárias dos clientes internados nos leitos 1 e 2, o enfermeiro da tarde pelas evoluções dos clientes dos leitos 3 e 4 e ao enfermeiro do plantão noturno as evoluções dos leitos 5 ao 7.

Nos finais de semana o Enfermeiro do plantão diurno é responsável pelas evoluções dos leitos 1 ao 4 e o Enfermeiro do plantão noturno dos leitos 5 ao 7 .

O histórico de Enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro do turno em que ocorre a internação do cliente no repouso.

A partir daí, os processos de enfermagem aplicados pelo acadêmico passaram a ser feitos obedecendo as escala de rodízio da própria unidade. Afim de propiciar um melhor desempenho didático foi elaborado pelo acadêmico conjuntamente com a supervisora, um roteiro do histórico de enfermagem a ser aplicado aos pacientes sob sua responsabilidade (Anexo 01). Este roteiro, teve como base o histórico de enfermagem de Horta (1979, p. 41)

Uma vez aplicado o processo, são sublinhadas as “Necessidades Humanas Básicas” afetadas, ou seja, os problemas de enfermagem, seguidos da prescrição e evolução de Enfermagem. A evolução de Enfermagem inicia-se após às 24 horas de internação . Todo esse processo serve para coordenar a ação da equipe na prestação dos cuidados prioritários ao atendimento das necessidades dos clientes.

Assim foi que, pelas dificuldades acima expostas, ocorreu uma mudança na forma de atender o cliente, passando o acadêmico a aplicar a metodologia conforme a rotina do

setor, o que lhe possibilitou a realização de 40 evoluções, 17 históricos, 57 prescrições de Enfermagem e 5 observações complementares. Ao término de cada jornada, uma vez que o horário adotado pelo acadêmico era de um turno normal de trabalho adotado pela unidade, o mesmo passava plantão aos demais membros da equipe, de forma a garantir a continuidade da assistência.

A diversidade de situações clínicas apresentadas pelos clientes exigiu do aluno um aprofundamento teórico que melhor fundamentasse sua prática. Vários temas foram revistos durante o transcorrer do estágio, e constam descritos no capítulo da revisão bibliográfica realizada pelo acadêmico .

Considera-se que o objetivo foi alcançado, uma vez que a assistência de enfermagem foi prestada a 56 clientes. No anexo n.º 02 se apresenta um modelo completo de um dos processos de enfermagem aplicados no desenvolvimento do estágio. Abaixo se coloca sobre a forma de um quadro, o resumo de 17 clientes atendidos.

Quadro resumo dos clientes assistidos e os principais problemas de Enfermagem encontrados.

Cliente	Idade	Sexo	Estado Civil	N.º de filhos	Atividade remunerada	Procedência	Diagnóstico médico	Problemas de Enfermagem
A.M.N	56	M	Solteiro	4	COMCAP	Florianópolis	IAM	A tempo refere dor persistente no tórax. Hoje iniciou com dor intensa, sudorese, sensação de morte iminente.
SP.	40	F	Solteira	2	Doméstica	São Francisco do Sul	Oclusão Femuro Poplítea	Várias internações devido a úlcera gástrica, tabaquista há 25 anos. Há dois meses iniciou com cianose em membro inferior esquerdo (MIE). Hoje apresentou cianose em 1, 4 e 5º pododáctilo, bota de algodão, em fluido terapia (FT) por bomba de infusão(BI) + heparina.
J.P	44	M	Casada	1	Aposentado	Imbituba	Asma Brônquica	Várias internações consequência da Asma. Parou de fumar há 6 meses. Dispnéia acentuada, face e tórax cianóticos, tosse produtiva em grande quantidade secreção amarela espessa, abdômen distendido, em FT, edema de membros inferiores MMII.
D.O	65	M	Solteiro	--	Aposentada	Videira	Incontinência urinária a esclarecer	Várias internações por Tuberculose sendo a última há um ano atrás, problemas renais há 2 anos sem se tratar. Apresentando distúria, hematúria, dor na micção, em FT.
F.S	79	F	Solteira	2	aposentada	Florianópolis	Bradiarritmia	Há anos com problemas de hipotensão, tabaquista desde os 11 anos. Dois dias atrás iniciou com queda do estado geral + dispnéia. Fazendo uso de diuréticos, frequência cardíaca oscilando entre 36 e 44 bpm, em FT
M.S.C	65	M	Viuvo	4	aposentado	Palhoça	Oclusão arterial crônica	Várias internações por AVC, amputação de membro inferior direito (MID), sabe-se hipertenso há 2 anos. Em casa iniciou com dor, períodos de desorientação, pipilas apresentando-se amocócricas, problemas visuais há 8 anos, hemiparesia a direita, em FT, recebendo heparina SC.
A.O	56	F	Casada	0	Do lar	Ipiranga	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico	Várias internações anteriores devido a coronariopatia, fez cirurgia cardíaca há 9 meses, sabe-se hipertensa. Procurou o serviço de emergência devido a dispnéia, desorientação. Apresentando disatρία, hemiparesia a direita, dislalia, dislalia, scalarreia intensa, dispnéia + ortopnéia
O.F.J.	79	F	Viuva	8	aposentada	Florianópolis	Asma bronquica	Várias internações devido a bronquite. Hoje apresentando dispnéia , expectoração de secreção espessa em quantidade moderada, de coloração amarelo esverdeada, ceter de O2 (2l), em FT em MSE.

Continuação

Cliente	Idade	Sexo	Estado Civil	N.o de filhos	Atividade remunerada	Procedência	Diagnostico médico	Problemas de Enfermagem
L.M.G	52	F	Casada	4	aposentada	Florianópolis	DPOC descompensada + broncopneumonia	Sabe-se portadora de DPOC e HAS. Dispneia aos mínimos esforços, ortopnéica, com expectoração esbranquiçada em pouca quantidade, presença de cianose em face, recebendo FT, edema de MMII.
L.M.H.	78	F	Viuva	2	aposentada	Florianópolis	Angina Pectoris	Portadora de coronariopatia em tratamento, iniciou com dor importante em hemitorax esquerdo, a qual permanece até agora, dispnéica aos esforços, ortopnéica, em FT, recebendo heparina SC, instalado monitorização cardíaca.
M.P.C.	71	F	Viuva	7	pensionista	Florianópolis	AVC	Historia de cirurgia vascular, sabe-se portadora de HAS (em tratamento) desde os 20 anos. Ontem iniciou com calafrios e hemiparesia à direita. Refere dormência no pescoço. Deambulando pelo setor, pupilas anisocóricas (direita aumentada),PA 220/100 mmHg.
A.F.M.	67	F	Casada	8	Do lar	Florianópolis	Diabetes Mellitus (DM) descompensada	Sofreu um infarto à 10 meses. Refere dor precordial a esquerda, mucosas hipohidratadas, em FT. Valores glicemicos entre 131e 293 mg/dl., PA 150/90 mmHg.
		M	Solteiro		estudante	Florianópolis	Síndrome de Guillain-Barré	Paraplegia de MMII, em monitorização cardíaca, em FT.
N.M.M.	81	F	Viuva	8	aposentada	Sorocaba	D M descompensada + Ulceras em MMII.	Sabe-se portadora de DM à 4 anos, refere se portador de HAS. Ulcera de pressão em MMII, apresentando exudato purulento, cianose em MID, em FT.
A.F.J.	59	M	Casado	3	aposentado	Florianópolis	Dor abdominal + Massa abdominal.	Refere sentir esta massa abdominal há 2 anos, sendo que começou a sentir dores 3 meses atrás, em FT
T.S.C.	42	F	Casado	3	aposentada	Florianópolis	Bronco Pneumonia + ICC + Endocardite.	Realizou 3 cirurgias cardíacas, portadora de prótese biológica mitral com insuficiência aortica leve, sabe-se hipertensa (em tratamento), tabaquista (35 anos). Há uma semana com dispnéia, febre e dor precordial, refere náuseas, 4 episódios de vômitos, em FT, recebendo medicação anticoagulante.

Continuação:

Cliente	Idade	Sexo	Estado Civil	N.o de filhos	Atividade remunerada	Procedência	Diagnostico médico	Problemas de Enfermagem
Z.R.R.	75	F	Viuvo	0	aposentada	Florianópolis	Angina Instável.	Sabe-se portadora de DM tipo I há 12 anos. Apresentando dor precordial a qual irradia-se para baixo a direita desde 5 dias atrás. Em monitorização cardíaca, refere dor em MMII, apresenta edema discreto em MMII, recebendo FT.

OBJETIVO N.º 02

Realizar algumas atividades administrativas atribuídas a enfermeira no setor de repouso.

A passagem de plantão, coordenada pelo enfermeiro e observada na unidade, consiste no relato de todas as intercorrências havidas em um determinado turno aos companheiros que iniciam a jornada do turno seguinte.. Participam deste momento os enfermeiros, os técnicos e auxiliares que estão entrando no turno: São passadas as informações relevantes tais como:

- Nome do cliente
- Diagnóstico inicial
- Dados relevantes das observações complementares
- Preparação de cliente para exames e outras condutas a serem feitas
- Intercorrências de interesse do plantão.

O acadêmico participou da passagem de plantão do serviço 15 vezes e em 18 vezes foi o responsável direto pela transmissão das informações de todos os clientes internados no setor de repouso. Foi uma vivência muito construtiva, que além de permitir uma visão mais global do setor ajudou-o a desenvolver sua capacidade de observação e estabelecimento de prioridades.

Também foi acompanhado a elaboração de escala de serviço (anexo 05) sendo feita pelo acadêmico conjuntamente com a supervisora . A escala é elaborada pelo Enfermeiro responsável pela equipe e apresenta todo o panorama de plantões, folgas e licenças de todos os funcionários de enfermagem lotados no Serviço de Emergência (repouso, SEI, PA).

Para um melhor entendimento do que foi observado no setor, descreve-se a seguir o que foi observado do “dia a dia do enfermeiro:

Após o recebimento da passagem de plantão o Enfermeiro realiza a visita aos clientes em observação, internados ou mesmo alojados no corredor. Também é responsável pelas saídas da ambulância preenchendo e assinando o impresso de saída do veículo (anexo 3). Quando do internação de um cliente, o médico informa e entrega a ficha de internação preenchida ao Enfermeiro que imediatamente encaminha o cliente ao setor de Admissão onde é aberto prontuário. Cabe ao enfermeiro colocar os horários nas prescrições Médicas e de Enfermagem, chamar o plantão do eletrocardiograma, RX, e laboratório quando necessário. Coordena a saída de clientes para realização de exames em outros locais, bem como passa plantão dos clientes nas transferências internas, ou seja para outra clínica de internação do próprio hospital

Considera-se o objetivo plenamente alcançado pois além destas atividades previstas o acadêmico realizou outras que permitiram o seu maior envolvimento na unidade. Dentre elas, se destacam:

- Passagem de plantão por telefone ao Enfermeiro para a unidade destino do cliente através de informações como: Nome do cliente, diagnóstico e/ou patologia apresentada, estado clínico do cliente, observações complementares (inclui sinais vitais, intercorrências desde sua internação, exames a serem realizados, queixas do cliente, grau de dependência entre outros), medicação e os respectivos cuidados relevantes de enfermagem.
- Colocação de horário nas prescrições médicas.
- Recebimento e internação de um cliente com os respectivos encaminhamentos
- Coordenação da saída de ambulância assim como de pacientes.
- Acompanhamento e entrega do corpo de clientes que foram a óbito no setor aos familiares. Uma vez assinado o atestado de óbito pelo Médico e mediante apresentação da identidade da pessoa falecida, o corpo é entregue a “funerária” contratada pelos familiares

- Encaminhamento de exames laboratoriais
- Supervisão da equipe em relação a gotejamento de soros, entrega de materiais de nebulização desinfetados, contagem de medicação controlada, preenchimento das anotações nas observações complementares, checagem de realização das prescrições Médicas e de Enfermagem.

OBJETIVO N.º 03

Interagir com os membros da equipe.

Através de cartazes colados em pontos estratégicos do setor, os funcionários do Serviço de Emergência foram convidados para assistirem a apresentação pública do projeto. Da mesma maneira durante os primeiros dias de estágio foi apresentada a proposta inicial a equipe estando presente também a Enfermeira chefe do setor. Foi necessário dividir a turma em dois grupos para a apresentação já que pelas características do Serviço de Emergência, fica impossível deixar qualquer parte do setor sem a presença de um funcionário. As sugestões que emergiram neste momento foram:

“se queres fazer técnicas de enfermagem deves ficar alguns dias na frente porque é lá que aparecem mais técnicas para fazer”

“te acho corajoso em querer fazer aqui na Emergência que é tão corrido”

“te parabenizo por te interessar nesta área”

“a gente também está aberta a perguntas, qualquer coisa que tenhas dúvidas pode pergunta”

Neste primeiro momento teve-se a impressão, de uma boa aceitação por parte da equipe em relação ao académico, permitindo assim atuar com mais segurança no decorrer desta interação.

Diariamente as trocas ocorriam através da realização conjunta de algumas técnicas e cuidados de enfermagem, como por exemplo: ajuda na movimentação dos clientes, transporte, banho de leito, entre outras.

Durante o estágio foram colhidas sugestões para a realização de 03 oficinas que permitissem uma melhor integração não só entre os componentes do setor, mas também com o acadêmico. Os temas sugeridos foram: Relação interpessoal no ambiente de trabalho, Técnicas de relaxamento e assuntos relacionados com algumas patologias.

Optou-se por trabalhar com os itens 1 e 2. A dificuldade em realizar essas oficinas em um setor de tanta movimentação e intercorrências fez com que a opção do final de semana, em que os plantões são de 12 horas, fosse adotada como a mais indicada.

Primeira Oficina:

Título: relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho.

Local: Sala de passagem de plantão.

Descrição: Previamente expliquei aos funcionários antes da passagem de plantão que neste dia seria realizada a oficina e que estavam sendo convidados a participar da mesma. Para a realização desta oficina, foi convidada uma Psicóloga para abordar o assunto em questão. Combinei com a equipe em fazer duas oficinas sendo dividido em dois grupos respectivamente, além da equipe de Enfermagem participaram duas funcionárias da limpeza.

No início foram feitas as apresentações por parte do acadêmico e explicando os objetivos da oficina, em seguida a Psicóloga pediu para que todos os participantes se dessem um abraço e /ou se cumprimentassem como se tivessem acabado de chegar ao trabalho. Posteriormente foi dado uma bola de lã a um dos participantes e pedido para que ele falasse seu nome e o que achava sobre sua função no trabalho. Cada funcionário após expressar seu pensamento, entregava a bola de lã a um companheiro, tendo o cuidado de permanecer com uma das extremidades da lã em sua mão.

Neste momento da oficina surgiram os mais diversos pensamentos em relação a função de cada um, dando margem a comentários do tipo:

“é interessante pois eu não sabia que tu gostavas de trabalhar assim”

“eu já gosto de falar na hora quando alguma coisa está errada; pois antigamente calava mais depois aprendi com o tempo que é melhor falar do que ficar calada pois assim a pessoa aprende a trabalhar”

“eu acho legal vocês todos estudados a gente não conseguiu estudar muito por isso só conseguimos isto aqui”

“eu gosto muito do que eu faço embora não seja tão importante como a função de vocês mais procuro fazer bem”

Este momento foi marcante já que a expressão de cada um revelou sua forma de trabalhar e que permitiu esclarecer o porque de alguns dos colegas tomar certas condutas frente a situações surgidas no decorrer das atividades laborais. Por outro lado foi detectado a necessidade de auto imagem afetada em alguns funcionários do setor, porém os outros participantes fizeram questão de incentivar e revalorizar a função de cada membro. Ficando constatado que é o grupo que opera e não cada um por si.

Também surgiram assuntos sobre a influência dos problemas de casa no ambiente de trabalho e vice versa. Foi um momento muito importante em que a Psicóloga incentivou a reflexão em relação, a necessidade de conversar com os outros colegas sobre os problemas e/ou dificuldades vivenciadas no dia a dia, e a maneira de se buscar apoio, para que ocorra uma melhor compreensão das limitações do outro colega e da sua relação funcional e vivencial com o trabalho. A Psicóloga trabalhou a questão deste hábito importante sendo levantada a questão de que não podemos esquecer que somos seres humanos e que também possuímos sentimentos, desta forma foi questionado um velho paradigma da Enfermagem que diz “O momento em que você chega no hospital, deve deixar todos os problemas do outro lado da porta”, isto foi muito debatido.

No final da oficina foi solicitado a cada funcionário que devolvesse a bola de lã ao seu colega mencionando neste momento uma qualidade sobre ele.

Avaliação da oficina: A mesma deu espaço para que, os próprios funcionários identificassem através da reflexão, algumas dificuldades existentes, bem como a importância constante da busca de uma melhor interação na resolução dos problemas de relacionamento que comumente ocorrem no ambiente de trabalho.

A equipe em geral aprovou a oficina já que se tornou um “bate-papo” reflexivo muito proveitoso. Cada sessão durou 30’ e todos os membros da equipe do dia participaram.

Segunda Oficina:

Título: Técnicas De Relaxamento.

Local : Sala de passagem de plantão.

Descrição: Nesta segunda oficina foram convidados os membros da equipe durante a passagem de plantão para participar da oficina. Da mesma forma foi necessário realizar a atividade durante um final de semana e em dois momentos distintos.

Esta oficina foi coordenada pelo acadêmico. No primeiro momento foi feita a apresentação e explicado o objetivo da oficina, refletindo brevemente sobre as formas alternativas de combate ao estresse que vem sendo re-descoberta pelo mundo ocidental. Foi orientado sobre a importância de “se dar um tempo para si” procurando uma reflexão do seu eu interior e a procura de formas do ser humano entrar em “harmonia” mental com o próprio corpo o que resulta em um preparo mental para enfrentar e lidar com as sobrecargas psíquicas provocadas pelo estresse.

Após a reflexão solicitou-se aos participantes para adotar uma posição que mais achassem confortável. Seguidamente foi solicitado para fechar os olhos, sendo desligadas as luzes da sala. Nesse momento foi colocada uma música (da Enya) calma, e realizado

respiração abdominal que ajudaria no relaxa que obedecia um sentido céfalo caudal. Durante cada inspiração realizada era solicitado que imaginassem o oxigênio sendo levado para cada órgão do corpo, bem como a questão do se sentir saudável e da capacidade do ser humano de progredir e superar as dificuldades do dia a dia.

Ao final foi realizada uma avaliação da técnica de relaxamento. Os participantes posicionaram-se dizendo achar uma técnica interessante, muito prática de se descansar e aliviar as tensões do dia a dia.

Cada sessão teve a duração de 20' e contou com a participação de todos os membros da equipe.

O objetivo foi parcialmente alcançado devido a não realização de uma oficina, a qual ficou comprometida pela falta de conciliação entre o tempo disponível l com a rotina do setor .No entanto considera-se que a realização deste objetivo permitiu uma maior aproximação entre acadêmico e membros da equipe.

OBJETIVO N.º 04

Realizar técnicas de Enfermagem que permitam o desenvolvimento de habilidades do acadêmico segundo as normas e rotinas do setor:

Como foi levantado no objetivo 01 foram enfrentadas dificuldades na operacionalização do Processo de Enfermagem conforme a rotina do setor, o que exigiu do acadêmico mais tempo para a aplicação da metodologia. Isto fez com que o tempo disponível para a realização das técnicas básicas ficasse limitado. Porém considera-se este objetivo alcançado já que foram realizadas as técnicas básicas e as exclusivas do enfermeiro (conforme quadro a seguir) permitindo o aprimoramento do acadêmico no desenvolvimento desta técnicas.

Quadro demonstrativo da relação de técnicas de enfermagem realizadas pelo Acadêmico.

Técnica de Enfermagem	Total realizados
Sondagem Vesical	5
Sondagem Nasogástrica	4
Gasometria arterial (coleta)	12
Administração de medicação IM	5
Administração de medicação EV	10
Administração de medicação SC	7
Administração de medicação VO	15
Lavagem Gástrica	3
Reanimação Cardiopulmonar	2
Curativos	6
Cateterismo Nasal	15
Fluidoterapia	7
Banho no leito	3
Nebulização	9
Instalação de monitor cardíaco	5

OBJETIVO N.º 05

Acompanhar os clientes do setor de repouso que sejam transferidos para outras clínicas do setor de internação e/ou, para outros hospitais da grande Florianópolis.

A transferência dos clientes atendidos no Serviço de Emergência, ocorre após o médico da unidade contatar via telefone com o médico da unidade de internação para onde o cliente será transferido. É comum as transferências para: Hospital Nereu Ramos, Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital de Caridade, Hospital Regional São José, Hospital Florianópolis.

O acadêmico participou da transferência de 15 clientes na forma de encaminhamentos, acompanhamentos e prestação de cuidados de enfermagem.

A primeira transferência acompanhada pelo acadêmico, foi de dois clientes sendo um do Repouso e o outro do SEI, ambos com diagnóstico de Leptospirose, para o Hospital Nereu Ramos. Faz-se necessário comentar que nenhum dos dois clientes haviam sido comunicados anteriormente de tal transferência, o que lhes valeu expressões de surpresa do tipo : “mas para que, se eu estou bem aqui”? e “não sei para que me leva ao Nereu se eu não sou tuberculosa”.

A passagem de plantão, constou da passagem de informação ao funcionário da recepção de que os clientes viam transferidos do HU e da entrega dos formulários de transferência.

Em outra oportunidade o acadêmico acompanhou o cliente “C” internado no setor de repouso, com diagnóstico de AVC apresentado desorientação neurológica, incordenação motora, fluidoterapia e coletor de urina de sistema aberto, para realizar Tomografia Computarizada (TC) no HGCR.

Acompanhou-se também a transferência da cliente “D”, internada no SEI para a UTI do Hospital Regional, antes da transferência foi instalado um “marcapaso temporário” já que esta cliente apresentava complicações cardíacas relacionadas a anormalidades de condução dos estímulos elétricos cardíacos, sendo instalado o marcapaso na sala de reanimação. Uma

vez instalado, colocamos a cliente no veículo e junto veio também técnica de enfermagem e um residente. Durante o trajeto fiquei responsável de vigiar as frequências cardíacas com orientação de informar quando o aparelho deixa-se de marcar os impulsos, fato que ocorreu porem foi corrigido o problema no instante. A técnica de enfermagem encarregou-se da medicação em caso o marcapasso deixa-se de funcionar. Ao chegar na UTI o residente passou plantão ao medico responsável pelo setor. No retorno viemos aliviados de ter transferido com sucesso sem a necessidade de iniciar a ressucitação.

As transferencias internas realizadas pelo acadêmico, foram sempre acompanhadas de uma previa passagem de plantão (já descrita no objetivo no.2.), sendo encaminhados 12 clientes para as diversas unidades de internação (Clinica medica masculina II, Clinica medica feminina, Clínica cirúrgica I e II).

A realização deste objetivo além de fornecer ao acadêmico o conhecimento dos trâmites administrativos relacionados com um processo de transferência, permitiu uma reflexão quanto ao modo e a forma de se estabelecerem as relações entre as pessoas envolvidas em todo esse processo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as primeiras semanas de estagio após ter posto em prática as estratégias traçadas, pude vivenciar momentos de grande expectativa quanto a desenvolver um trabalho de conclusão de curso em um setor tão interativo. As reflexões junto com a equipe de enfermagem uma vez apresentada a proposta, foi de parabenização e encorajamento por definir como campo de estágio uma unidade de emergência, assim como me ofereceram apoio perante as dificuldades surgidas.

No primeiro momento do estágio enfrentei algumas dificuldades relacionadas entre a teoria e a prática, principalmente na aplicação da metodologia de assistência, já que neste setor o referencial teórico é utilizado de forma adaptada, sendo que no decorrer da vida acadêmica sempre apliquei este referencial de maneira integral. Outra dificuldade encontrada foi a dedicação total a assistência integral de enfermagem de 2 clientes, esta estratégia me impedia vivenciar os aspectos administrativos do setor, pelo que através de reflexões conjuntas entre o acadêmico, supervisora e orientadora, foi traçado uma nova estratégia na qual os clientes internados eram assistidos conforme a rotina do setor, mudança que no final do estagio permitiu concluir com a oportunidade de assistir 57 clientes. Cabe destacar que diante desta vivência sugere-se que na possibilidade da continuidade deste

trabalho de conclusão de curso seja inicialmente revisto a metodologia aplicada na prática para que com certeza permita-se um maior desenvolvimento e independência na execução de um projeto assistencial no setor.

Esta mudança permitiu que o acadêmico tomasse parte das atividades administrativas pertinentes ao setor. Consequentemente permitiu um maior envolvimento destas atividades dando-lhe uma melhor visão no que se refere ao gerenciar em enfermagem..

Dentro deste gerenciamento ocorreram inúmeras transferências externas e internas de clientes sob a responsabilidade do acadêmico o que permitiu com certeza vivenciar a responsabilidade do papel do Enfermeiro na unidade. Foi constatado a real necessidade da presença do enfermeiro no momento da transferência, visto que o vivenciado demonstrou a falta de orientação e auto psíquica dos clientes que nem sabiam para onde e a causa de sua transferência.

Aos poucos na medida em que eram acompanhadas as passagens de plantão e após uma prévia orientação por parte da supervisora passei a fazer parte deste momento de revezamento da equipe a qual garante uma continuidade a assistência de enfermagem aos clientes internados. Na primeira experiência como coordenador da passagem de plantão me senti inseguro porém na repetição desta atividade, e com o apoio do supervisor passei a dominar quase que totalmente esta responsabilidade. Este momento reflete no exercício do domínio do que acontece no setor como um todo.

Mediante a realização das oficinas constatou-se aspectos relevantes no que se refere a equipe. Levanta-se a necessidade de se aprofundar os assuntos que visem trabalhar a questão de qualidade de vida no ambiente de trabalho, com base nas questões de relacionamento interpessoal, na carga psíquica que representa o ambiente em si, conforme constatado no projeto quando das sugestões dos temas pelos funcionários. As oficinas foram bem aceitas pela equipe onde a participação esteve sempre acompanhada de entusiasmo e envolvimento. As mesmas também

permitiram uma melhor interação com os mesmos. Desta forma reforçamos a necessidade da continuidade destas oficinas como prática rotineira da unidade.

Durante a implementação das estratégias propostas o acadêmico deparou-se com inúmeras situações não previstas, porém tendo como meta principal vivenciar a prática assistencial numa unidade de pronto socorro, resultou num estágio que proporcionou ao acadêmico a oportunidade de vivenciar o Ser Enfermeiro, num setor que por suas características muito particulares exigiu muita determinação, permitindo assim a utilização na prática dos conhecimentos teórico práticos adquiridos no decorrer do curso.

Foi através deste estágio que obteve-se um aprimoramento da Assistência de Enfermagem, o que, com certeza, possibilitou o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento da futura vida profissional.

7. BIBLIOGRAFIA

BRUNNER, Lilian S. & SUDDARTH, Daris S. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogam. 6 ed. 1994, p1661-1663.

DUARTE, Robson. NEVES, Rodrigo O. M. **Atuação do enfermeiro na coordenação da assistência da equipe de enfermagem no setor de Emergência, visando a sua Humanização**. Trabalho de conclusão de curso de enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

DUGAS, Beverly Witter. **Enfermagem prática**. 4a. ed. Guanabara, 1984, p15-16.

FARIA, Analcy Barosa, CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Diagnóstico de Enfermagem em cliente com (TCE) e em seu familiar e/ou pessoa significativa.
Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.49, n.4, p.549-568. out./dez. 1996.

FILHO, Aldo José Peixoto et al. Avaliação da gravidade dos atendimentos no serviço de emergência do HU/UFSC. **Revista de Assistência Médica**, v. 37, n.2, abr/jun.1991.

GUELER, Rodolfo F. **Grande tratado de enfermagem**. São Paulo : Santos Maltese, 4 ed. 1990.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U.-EDUSP. 1979.

JACOB, Adriano Correa, SANTOS, Betânia Dos. **Assistência de Enfermagem ao cliente adulto no setor de Emergência do Hospital Universitário, utilizando como referência a identificação de suas Necessidade Humanas Básicas**. Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1995.

NAZÁRIO, Nazaré Otília. **Assistência Globalizada de Enfermagem em Emergência Hospitalar**. Dissertação (de Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em enfermagem, UFSC, 1996.

PRADO, Marta Lenise do, SOUZA , Maria de Lourdes de. **Epidemiologia da violência: uma aproximação ao problema a través da morte violenta na sociedade brasileira contemporânea o caso de Santa Catarina**. rev. Brasileira de Enfermagem, v.49, n.2 p.157-164, abr/jun. 1996

ROGERS, Jean H. et al. **Enfermagem de Emergência: um manual pratico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SILVA, Marcelo Luiz da. **-Emergência- Quando os segundos contam...:Relatando uma Prática Assistencial de Enfermagem no Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José**. Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, UFSC, Florianópolis. 1997.

WARNER, R. N. **Enfermagem em Emergências**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

VENDRUSCOLO, Carine; VIEIRA, Cleusa Maria. **Experienciando através da assistência de Enfermagem os sonhos e fantasias do ser adolescente no mundo da drogadição.** Trabalho de conclusão do curso de graduação de enfermagem, Departamento de enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1997.

ANEXOS

ANEXO 01.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identificação do cliente: Nome, idade, sexo, estado civil, No. De filhos, religião, profissão, naturalidade procedência. Deu entrada no setor (como?) com ou sem acompanhante.
- Diagnóstico inicial
- História de problemas anteriores; (incluindo internações), doenças prévias, hábitos/percepções.
- História do problema atual: queixas medos preocupações, vícios.
- Exame físico (céfalo-caudal)
 - neurológico
 - respiratório
 - oxigenação
 - cardiológico
 - gastrológico
 - gênito
 - eliminações : urinário/intestinal
 - integridade cutâneo-mucosa
 - percepção dos órgãos dos sentidos
 - regulação térmica
 - condições para terapêutica
 - exames complementares
 - sinais vitais.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Histórico de enfermagem

28/05/98, 15:30.

A. N, 92 anos , feminino viuva, 6 filhos, católica, aposentada pelo fundo rural. Natural de Paraguasú procedente desta cidade. Deu entrada no setor proveniente do SEI, de maca, com acompanhante, diagnostico inicial de Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

A primeira internação ocorreu semana passada no hospital Florianópolis onde realizou cirurgia no colo de fêmur. Posteriormente. Evoluiu com anorexia e dor epigastrica. Ontem em casa apresentou vômitos (sem presença de sangue), e melena em grande quantidade (sic¹), motivo pelo qual procurou o serviço de Emergência. Faz uso de Aminofilina e Furasemida (1 comprimido diário de cada um) . nega outras patologias previas.

Cliente orientada, sonolenta. Sem queixas de dor ou desconforto. Dispnéica, acianótica, com cateter de O2 (2 L), tosse produtiva com expectoração esbranquiçada em media quantidade. Refere anorexia há 2 dias, nega náuseas . Não evacuou, urinou 1 vez, de coloração amarelo citrino. Palidez cutânea, mucosas hipocoradas e normo hidratadas, em FT em MSE (abocat), recebendo concentrado de emacias, local da incisão cirúrgica (região trocanteriana esquerda) em processo de cicatrização, sem presença de secreção, com suturas. Sinais vitais: T 36 C; FC entre 60 e 72 bpm; FR 20 mpm; PA entre 90/20 e 100/40 mm Hg.

¹Segundo informação do cliente.

Prescrição de enfermagem:

- | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|---|---------|
| 1. Observar queixas de dor e desconforto | T | N | M | | | |
| 1. Dar banho no leito | | 09 | | | | |
| 2. Fazer higiene oral | 18 | 22 | 08 | 12 | | |
| 3. Observar sinais de sangramentos (melena ou hematêmese) | | | | | T | N M |
| 4. Observar e registrar náuseas e vômitos | T | N | M | | | |
| 5. Observar níveis de consciência | T | N | M | | | |
| 6. Trocar cateter de O2 | | 22 | 10 | | | |
| 7. Controle de sinais vitais | 18 | 06 | 12 | | | |
| 8. Manter em leito semifowler. | T | N | M | | | |
| 9. Manter grades elevadas | T | N | M | | | |
| 10. Observar e registra palidez cutâneo-mucosa | | | | | T | N M |
| 11. Manter cuidados com cliente politransfundido. | | | | | | atenção |

29/05/98, 14:30

Evolução de Enfermagem (P 1)

- S. Cliente refere fome , sede.
- O. Cliente orientada, contactuante, permanece no leito, dispnéia discreta, sem tosse ou expectoração. Retirada oxigenioterapia liberada dieta líquida sem sinais de hematemese. Diurese em grande quantidade, coloração amarela clara. Não evacuou, sem sinais de melena. Permanece com palidez cutânea, em FT, recebeu 900 ml de concentrado de emacias. Sinais vitais: FC entre 72 e 80 bpm; PA entre 80/10 e 110/70mmHg.
- A. Cliente recebeu concentrado de emacias melhorando perfusão de O2
Melhora da PA
- P. Retirando cuidados com cateter de O2.

• Prescrição de enfermagem

- 1. Observar queixas de dor e desconforto T N M
- 1. Dar banho no leito 09
- 2. Fazer higiene oral 18 22 08 12
- 3. Observar sinais de sangramentos (melena ou hematemese) T N M
- 4. Observar e registrar náuseas e vômitos T N M
- 5. Observar níveis de consciência T N M
- 6. Controle de sinais vitais 18 06 12
- 7. Manter em leito semifowler. T N M
- 8. Manter grades elevadas T N M
- 9. Observar e registra palidez cutâneo-mucosa T N M
- 10. Manter cuidados com cliente politransfundido. Atenção



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO CERAL
 REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE

Orgão Requisitante	Data	Nº Passageiros
--------------------	------	----------------

Destino:

Finalidade:

Local/Saída:	Data e hora da saída UFSC: ____/____/____ : ____:____
	Data e hora do retorno UFSC: ____/____/____ : ____:____

Carimbo e Assinatura do Responsável:	Assinatura da Unidade Ordenadora
--------------------------------------	----------------------------------

Mod 103e

Imprensa Universitária

ANEXO 03

Assinatura Usuário	Assinatura Motorista
Chegada: _____ Km	Hora: _____
Saída: _____ Km	Hora: _____
Controle da Kilonetragem: _____	Certifico o uso do veículo em _____ / _____ / _____

Placa: _____ Motorista: _____

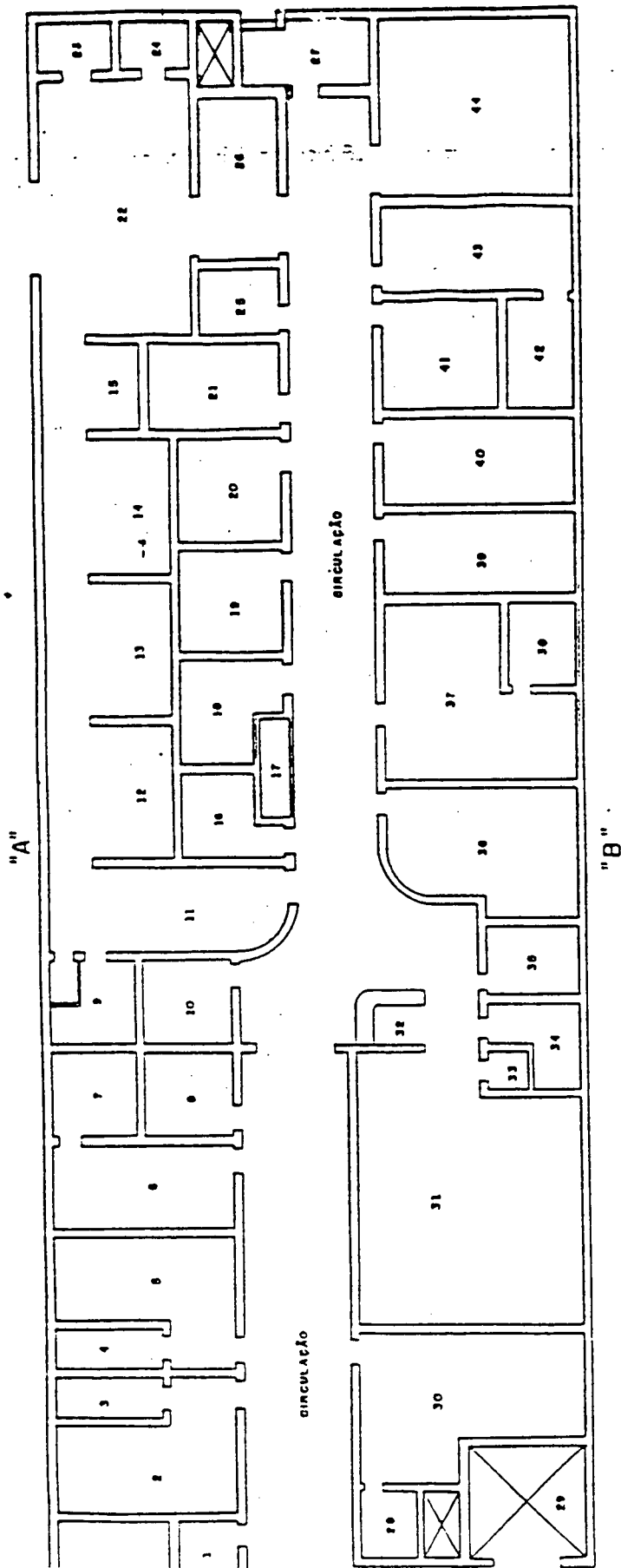
De Acordo: _____

Chefe da Seção de Transporte _____

Em _____ / _____ / _____

USO EXCLUSIVO DO DAG

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (BLOCO B-1) PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO — EMERGÊNCIA



OBS: NAS LATERAIS "A" E "B" EXISTEM JANELAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES NESTE DESENHO

LEGENDA

1. Expurgo
2. Plantão médico feminino
3. WC médico feminino
4. WC médico masculino
5. Plantão médico masculino
6. Sala de estar médica
7. Chefia médica
8. Chefia de enfermagem
9. WC (PA)
10. Copa
11. Sala para administração de medicamentos (PA)
12. Consultório médico (PA)
13. Consultório médico (PA)
14. Consultório médico (PA)
15. Sala de espera
16. Rouparia
17. Panel de eletricidade
18. Consultório médico (SEI)
19. Consultório médico (SEI)
20. Consultório médico (SEI)
21. Sala de admissão
22. Sala de espera
23. WC feminino
24. WC masculino
25. Almojarifado
26. Sala de macas
27. Sala de preparo de medicação/Posto de Enfermagem
28. WC funcionários
29. Elevador
30. Sala de estar de enfermagem/Passagem de Plantão
31. Setor de Repouso
32. Posto de enfermagem
33. Expurgo
34. WC pacientes
35. Sala para preparo de medicação (Repouso)
36. Sala de cirurgia
37. Isolamento
38. WC pacientes
39. Segunda sala de cirurgia
40. Sala de procedimentos
41. Consultório médico (SEI)
42. WC pacientes
43. Sala para administração de medicamentos (SEI)
44. Sala de reanimação cárdio-respiratória.

