



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CCSM**  
**TCC**  
**UFSC**  
**ENF**  
**0384**  
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0384

Autor: Silva, Milene Corr

Título: O papel das enfermeiras e enferm



972493348

Ac. 241675

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**O PAPEL DAS ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS NO CUIDADO AOS**  
**CLIENTES COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO**

**MILENE CORRÊA DA SILVA**

Florianópolis – SC, junho de 2001

**MILENE CORRÊA DA SILVA**

**O PAPEL DAS ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS NO CUIDADO AOS  
CLIENTES COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO**

Relatório de Trabalho de Conclusão da  
Disciplina Prática Assistencial apresentada  
ao Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do título de Enfermeiro.

**ORIENTADORA:  
MARIA BETTINA CAMARGO BUB**

**SUPERVISORAS:  
ELEINE MAESTRI  
JANAINA SAMANTHA M.DE SOUZA**

Florianópolis – SC, junho de 2001

## **AGRADECIMENTOS**

### **A Deus ...**

Obrigada, Senhor, por mostrar-me o caminho, pela oportunidade de aprender e crescer. Obrigada pela bondosa mão presente nos momentos em que muito precisava ...

### **Aos meus pais, Ivo e Vânia ...**

Obrigada pela família que juntos constituímos e por valorizarem e apoiarem a profissão escolhida por mim. Vocês sabem, mas vou repetir: AMO VOCÊS!!!

### **Às minhas irmãs ...**

Obrigada pelas lembranças da infância, pelos conselhos na adolescência, enfim, pela certeza de poder contar com vocês durante toda a caminhada. Ah! Nessa: obrigada pela força no “computador”, pois sem o seu apoio, quase nada teria saído ...

### **Ao meu noivo, Ociney ...**

Obrigada por fazer dos meus horários os teus horários e dos meus compromissos os teus compromissos. Obrigada pela presença, pelo carinho, pelas palavras de estímulo. Com você vivi, vivo e viverei a felicidade! Te amo ...

### **A Unicardio ...**

Obrigada por oportunizarem meu estudo e pelas lembranças que ficarão guardadas para sempre. Obrigada, principalmente, por permitir que os considere família.

**Ao SOS Córdio ...**

Obrigada por fazer viver coisas que até então só conhecia nos livros. Pela amizade, paciência e oportunidade de aprendizado serei eternamente grata.

**À Eleine e Janaina ...**

Agradeço por supervisionarem meu estágio com carinho e atenção num momento tão “turbulento”. Obrigada pelas broncas, risos, companhia ...

**À Bettina ...**

Obrigada, “tia querida”, por transmitir ensinamentos muito além daqueles que buscava. Com você aprendi muito mais do que “doença isquêmica do coração”, pois aprendi a ver e viver a vida de uma forma diferente, mas muito interessante ... Você e o Dr. Théo ficarão guardados eternamente em minha lembrança.

**Aos clientes ...**

Obrigada por permitir que os assistisse num momento em que o que mais precisavam era de profissionais experientes. Obrigada pelas palavras de estímulo e confiança depositada no meu trabalho. Jamais vou esquecer do sorriso de cada um de vocês, clientes e família ...

**Aos amigos do “VOZES” ...**

Obrigada, “certos amigos”, pelo carinho e torcida. Cheguei! Consegui! Vocês fazem parte dessa conquista, dessa vitória! Valeu ...

## RESUMO

Objetiva a assistência à indivíduos adultos portadores de doença isquêmica do coração -DIC e sua respectiva família, internados no SOS Córdio, com a finalidade de buscar elementos e características que compõem o papel das enfermeiras e enfermeiros. Mostra um marco conceitual articulando os conceitos de cliente, saúde, ambiente, enfermagem e processo de cuidar. Operacionaliza o processo de cuidar conforme o modelo proposto por Benedet & Bub (1998 e 2001), no qual os diagnósticos de enfermagem estão associados à teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta. Mostra o processo de cuidar à 3 clientes e suas famílias, dos quais um foi submetido a tratamento clínico e 2 deles à cirurgia cardíaca, avalia o processo de cuidar e a experiência como um todo abordando os seguintes tópicos: o marco conceitual, o cuidado *versus* as respostas e uma experiência multicolorida: de cor-de-rosa ao negro. Dentro deste contexto, identifica o papel das enfermeiras e enfermeiros que se caracteriza pela compreensão da situação de saúde do cliente e sua família, utilizando como instrumento de cuidado o diálogo. Aparece um forte caráter educativo, evidenciado pela necessidade constante de fornecer informações que irão possibilitar as decisões dos clientes e seus familiares, tendo como consequência o melhor cuidado e o respeito a autonomia.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS .....	12
2.1. Objetivo final.....	12
2.2. Objetivos operacionais.....	12
3 MARCO CONCEITUAL.....	13
3.1. Cliente.....	14
3.2. Saúde.....	14
3.3. Ambiente.....	15
3.4. Enfermagem .....	15
3.5. Processo de cuidar .....	16
4 O HOSPITAL SOS CÁRDIO .....	18
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	21
6 PLANEJANDO O CUIDADO.....	23
6.1. Reconhecendo o local de estágio.....	23
6.2. Conhecendo a clientela.....	24
6.3. Revisando e construindo instrumentos.....	27
7 EXECUTANDO O CUIDADO.....	31
7.1. Prescrevendo os cuidados.....	31
7.2. Planejando a alta hospitalar .....	31
7.3. Realizando procedimentos.....	32
7.4. Três histórias de cuidado.....	33
8 AVALIANDO A EXPERIÊNCIA .....	59
8.1. O marco conceitual.....	59
8.2. O cuidado <i>versus</i> respostas.....	61
8.3. Uma experiência multicolorida: de cor-de-rosa à negro.....	62
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
10 CRONOGRAMA .....	67
11 BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS.....	76

# 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho, além de ser uma exigência para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, é fruto da necessidade de perceber o papel das enfermeiras e enfermeiros no cuidado aos clientes com doença isquêmica do coração -DIC. Uma das razões que motivaram a escolha deste tema, foi o fato de ter sido secretária, durante 6 anos, de uma clínica cardiológica especializada em tratamento ambulatorial.

Antes mesmo do ingresso na faculdade eu já fazia parte do grupo de funcionários dessa clínica, e acredito que o contato direto com a equipe médica, enfermeira e clientes cardiopatas motivaram a minha opção pela enfermagem e, por consequência, pela cardiologia.

Quando entrei no curso de enfermagem, passei a assistir disciplinas e realizar estágios, dentre os quais destaco, especialmente, aqueles desenvolvidos em unidade de terapia intensiva – UTI e emergência, onde assistíamos à clientes graves.

Outro motivo que provocou essa escolha foi descobrir, através de leituras, que as doenças cardiovasculares, dentre as doenças crônico-degenerativas, são a principal causa de morte no mundo ocidental, destaque especial à doença cardíaca isquêmica. Estudos revelam que no Brasil, em 1997, estas doenças foram responsáveis por 249.610 do total de 903.124 mortes (Bub, 2001).

Todo esse conjunto de fatores: o trabalho como obrigação para a conclusão do curso, o fato de ter sido secretária de clínica cardiológica, o conhecimento de que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo ocidental, os fatores de risco ligados aos clientes, as mudanças físicas, sociais e psicológicas acarretadas pela doença, o



medo da morte e a ansiedade em relação a esse sentimento, contribuíram para a realização deste trabalho, que contempla não somente a assistência às alterações biológicas, mas, sobretudo, reconhecer o impacto que a doença provoca na vida de cada cliente e de sua família, e qual o papel das enfermeiras e enfermeiros no cuidado destas pessoas.

O estágio foi desenvolvido no período de 26 de março à 1º de junho de 2001, no SOS Córdio, hospital idealizado com o propósito de oferecer à comunidade um serviço de pronto-atendimento em cardiologia. Por ser um hospital especializado, conta em sua estrutura com apartamentos, leitos de UTI, sala de reanimação cardiorrespiratória, leitos de observação, pronto-atendimento, centro cirúrgico, leitos de recuperação pós-anestésica, métodos diagnósticos e terapêuticos e posto laboratorial. Oferece, também, oportunidade para intervenções cirúrgicas com outras especialidades médicas como cirurgia plástica, vascular, geral, ginecologia e cirurgia torácica.

Acredito que o local escolhido facilitou o desenvolvimento desse projeto, uma vez que a instituição é centro de referência no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares no Estado de Santa Catarina.

Buscando subsídios teóricos para a prática assistencial, escrevo a seguir tópicos que considero importantes em relação ao sistema circulatório, incluindo o músculo cardíaco, a doença isquêmica do coração, fatores de risco e formas de diagnóstico e tratamento propostos.

### **O coração**

O coração, órgão principal do sistema circulatório, está localizado entre os pulmões, dentro do mediastino, posteriormente ao esterno e anteriormente às vértebras, esôfago e porção descendente da aorta. Esse órgão muscular é envolvido pelo saco pericárdico e formado por quatro cavidades: átrio direito, ventrículo direito, átrio esquerdo e ventrículo esquerdo. Epicárdio é a camada externa, miocárdio é o músculo cardíaco propriamente dito e endocárdio a camada interna. Se dividirmos o coração em três partes, localizamos dois terços à esquerda da linha média e um terço à direita do centro do tórax.

A parte direita do coração, mais precisamente o átrio direito, recebe sangue rico em gás carbônico através das veias cavas inferior e superior e da circulação coronária via seio coronário. Segue seu trajeto, passando pela valva tricúspide rumo ao ventrículo direito, valva pulmonar e via artérias pulmonares direita e esquerda, arteríolas e capilares chega até

o pulmão onde ocorre a troca de dióxido de carbono por oxigênio através de *shunts*. Oxigenado, o sangue retorna ao coração através das veias pulmonares direita e esquerda em direção ao átrio esquerdo e flui, através da valva mitral a caminho do ventrículo esquerdo. A partir dele, o sangue, através da valva aórtica é bombeado em direção a aorta e, a partir dela, para toda a circulação sistêmica.

As artérias coronárias, responsáveis por nutrir o miocárdio, recebem sangue oxigenado a partir da aorta ascendente. A artéria coronária esquerda principal se divide em artéria coronária descendente anterior esquerda e artéria coronária circunflexa e, junto a artéria coronária direita formam os principais vasos do sistema arterial coronariano. Por localizarem-se no epicárdio, ficam mais facilmente acessíveis durante cirurgias de revascularização do miocárdio. Essas artérias, porém, penetram no músculo cardíaco nutrindo todo o miocárdio e chegam ao átrio direito, por meio do seio coronário.

O processo de excitação e contração tem origem no nodo sinoatrial (AS), conhecido como marcapasso natural do coração, localizado onde a veia cava superior se encontra com o átrio direito. O impulso se dissemina para os átrios através de vias internodais (anterior, média e posterior) e se desloca até a junção atrioventricular que contém o nodo atrioventricular. Da junção o impulso se propaga até o feixe de His que se divide em ramo direito e esquerdo, de onde partem as fibras de Purkinje (condutoras do impulso cardíaco) que, quando estimuladas, produzem contração do músculo cardíaco. Defeitos nesse sistema de condução resultam em arritmias cardíacas.

Mas afinal, o que é uma doença isquêmica do coração - DIC?

### **A Doença Isquêmica do Coração - DIC**

É uma doença cardiovascular, caracterizada pela redução parcial ou total do fluxo sanguíneo para o coração. O grupo das DIC é formado pela Doença Aterosclerótica, Infarto do Miocárdio – IM, e Angina Pectoris.

A Doença Aterosclerótica é caracterizada pela acumulação anormal de substâncias lipídicas e tecido fibroso na parede vascular, conduzindo à alterações na estrutura e função arteriais e diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio (Smeltzer & Bare, 1992).

A aterosclerose, doença degenerativa das artérias e uma das responsáveis por casos de oclusão coronariana, se caracteriza pelo desenvolvimento de depósitos gordurosos e fibróticos nas paredes arteriais, onde as coronárias são susceptíveis a essa doença.

Segundo Guyton (1988), em seus estágios iniciais, acredita-se que a aterosclerose decorra de lesão ou degeneração moderada nas células endoteliais muito delgadas que revestem a superfície interna das artérias. A lesão da célula endotelial, por sua vez, produz efeito duplo: as células musculares lisas que ficam abaixo das células endoteliais começam a se replicar e a fazer saliência contra o revestimento endotelial; substâncias gordurosas, em especial o colesterol, começam a se depositar entre e nas células musculares lisas em replicação. A combinação do crescimento exagerado dessas células com a deposição de colesterol determina o aparecimento de lesão fibrolipídica – a placa aterosclerótica – que acaba por fazer protrusão no lúmen arterial, impedindo o fluxo sanguíneo. Durante anos, as dimensões dessa placa aumentam gradativamente, provocando o estreitamento progressivo do lúmen vascular. Na aterosclerose muito avançada, muitas dessas placas ficam calcificadas. Esse desenvolvimento de placas calcificadas com crescimento excessivo de tecido fibroso nas paredes arteriais dá aos estágios tardios dessa doença o nome de arteriosclerose, que quer dizer “endurecimento” das artérias.

A oclusão coronariana pode ser resultante da aterosclerose por dois mecanismos:

1. O estreitamento progressivo das artérias coronárias pode produzir, gradativamente, fluxo cada vez menor de sangue para o coração, com a oclusão eventual de um ou de mais de um dos grandes vasos coronários. Até certo ponto isso acontece em todas as pessoas com mais idade, levando à redução progressiva do que é chamado de reserva coronariana, isto é, redução do fluxo coronariano que pode ser suprido quando a atividade interna do coração exige fluxo mais aumentado.

2. O segundo mecanismo pelo qual a aterosclerose causa a debilidade cardíaca é por causar a oclusão coronariana aguda, o infarto agudo do miocárdio. Essa oclusão ocorre, quase que invariavelmente, no ponto da artéria coronariana onde existe protrusão de placa arteriosclerótica no fluxo de sangue, formando superfície áspera que permite a formação de coágulo sanguíneo. Um desses coágulos pode crescer em poucas horas, o suficiente para causar oclusão completa do vaso. Ou, em outras circunstâncias, um coágulo pode formar em placa de um dos vasos coronarianos de maior calibre e, quando se solta, flui levado pelo sangue para um vaso de menor calibre, onde causa oclusão completa, o que ocorre dentre de segundos.

O infarto do miocárdio é o evento mais importante entre as doenças isquêmicas do coração, à exceção da morte súbita cardíaca não identificada (Dymond, 1997). No Infarto o

suprimento sanguíneo insuficiente destrói o tecido miocárdico em uma ou mais regiões do coração (Smeltzer & Bare, 1992).

O infarto do miocárdio ocorre quando a oferta sanguínea é insuficiente para nutrir o músculo cardíaco em função de obstruções nas artérias coronárias, resultando em destruição da região do coração, tornando-a não-funcional. Essa obstrução pode ser resultado de evolução da aterosclerose ou repentina por êmbolo ou trombo. Dentro de 30 segundos a um minuto, um músculo que esteja completamente isquêmico fica não-funcional e a pessoa pode morrer dentro de minutos. Mas, se a área que foi afetada do músculo cardíaco for pequena e, em especial, se não atinge a parede do ventrículo esquerdo, o ataque cardíaco causa apenas debilidade cardíaca parcial, com o paciente se recuperando dentro de algumas semanas a meses, devido à dilatação dos vasos coronarianos restantes e, até mesmo, do desenvolvimento de novos vasos de pequeno calibre na área lesada de músculo. A recuperação é, algumas vezes completa, mas, em outras, parcial.

O infarto do miocárdio é descrito conforme a localização da injúria à parede do músculo, seja ela anterior, inferior (posterior) ou lateral, mas independente da localização, prevenir ou minimizar a necrose do músculo cardíaco torna-se o objetivo principal do tratamento.

O sintoma que precede o infarto do miocárdio é a dor torácica (*angina pectoris*) de início súbito e espontâneo, ou seja, não está relacionada a esforço físico ou estresse emocional. Essa dor é referida sobre a região inferior do esterno e abdome superior. É freqüente a irradiação para ombros e braços, geralmente do lado esquerdo e, em alguns casos, para a mandíbula e pescoço. Taquipnéia, palidez, sudorese fria e pegajosa, tontura ou confusão mental, náuseas e vômitos são sintomas de infarto do miocárdio. É importante lembrar que pacientes portadores de Diabetes Mellitus podem não sentir essa dor, uma vez que a neuropatia interfere com os neurorreceptores, atenuando a sensibilidade dolorosa (Smeltzer & Bare, 1992).

Para Smeltzer & Bare (1992), o medo de morrer, sentido tanto pelos pacientes como pela própria família, acompanha o infarto do miocárdio, bem como a ansiedade relacionada a esse medo. Cabe às enfermeiras, enfermeiros e a toda equipe que presta atendimento ao cliente/família, desenvolver uma relação de confiança, criando oportunidades para que expressem suas preocupações e temores. Essa relação auxilia-os a reconhecer que seus

sentimentos são realísticos e normais e tende a reduzir a ansiedade em relação ao medo de morrer.

Após ter sofrido o IM é aconselhável que o cliente mude seus hábitos, pelo menos durante a convalescença, para conseguir uma recuperação mais completa. A cicatrização do miocárdio se inicia precocemente, mas só é completada em torno de 6 a 8 semanas. O cliente deve buscar atividades que aliviem a tensão e evitar realizar esforços físicos logo após as refeições. Iniciar um programa de condicionamento físico com aumento gradual dos níveis de atividade; emagrecer, se necessário; parar de fumar; restringir bebidas que contenham cafeína; seguir uma dieta de baixa caloria, gordura e sódio; aderir ao processo medicamentoso; e, reduzir a jornada de trabalho quando retornar ao emprego. É aconselhável evitar atividades que produzam dor torácica; dispnéia ou fadiga excessiva; e, extremos de frio ou calor (Smeltzer & Bare, 1992).

A avaliação diagnóstica é baseada na história do paciente, eletrocardiograma e níveis séricos das enzimas. O tratamento inicial visa reduzir a lesão miocárdica através do alívio da dor, repouso e prevenção de complicações.

Já na Angina Pectoris ocorre dor torácica conseqüente pela redução do fluxo de sangue para as coronárias (Smeltzer & Bare, 1992).

Caracterizada por crises de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax, com irradiação ou não para o braço, pescoço ou mandíbula, a angina pectoris ou angina de peito é reflexo da passagem insuficiente de sangue oxigenado pelas coronárias em direção ao músculo cardíaco, geralmente decorrente de doença aterosclerótica. Com duração de aproximadamente 5 à 15 minutos, está geralmente precedida de esforço físico, emoções, refeições ou frio. O tratamento tem como finalidade reduzir o consumo de oxigênio e aumentar a oferta deste para o músculo cardíaco. Para isso, inicialmente indica-se o repouso (visando reduzir a demanda de oxigênio), nitroglicerina (vasodilatador que age nas veias e artérias periféricas, facilitando o armazenamento de sangue venoso por todo o corpo e, conseqüentemente menos sangue volta para o coração diminuindo a pressão de enchimento) e administração de oxigênio (utilizado para aumentar a oferta na corrente sangüínea).

Existem fatores de risco que, quando presentes, contribuem para a evolução da doença e são classificados em reversíveis ou irreversíveis.

### **Os fatores de risco modificáveis ou reversíveis:**

#### **❖ Uso de Anticoncepcionais Hormonais Orais – ACHO:**

O risco é maior em mulheres que associam o tabagismo ao uso de contraceptivo hormonal oral.

#### **❖ Sedentarismo:**

A atividade física rotineira e contínua ajuda a evitar as doenças cardiovasculares, bem como ajuda a diminuir o peso e o colesterol (Schneider, 1999).

#### **❖ Alcoolismo:**

O álcool tem efeitos comprovados sobre a pressão arterial, pois o uso excessivo tem efeito hipertensivo. O excesso de bebidas alcóolicas é uma das causas mais comuns de hiperlipidemia e o distúrbio mais característico é a hipertrigliceridemia, principalmente naqueles indivíduos que apresentam níveis previamente elevados de triglicerídeos (Schneider, 1999).

#### **❖ Glicose sangüínea elevada (diabetes mellitus):**

Segundo Eliot (1992), “quando as células gordurosas estão intensamente distendidas, são comuns os distúrbios no metabolismo da glicose e a produção de insulina pode aumentar” (p.6). Além disso, a hiperglicemia favorece o aumento na agregação plaquetária, que pode levar a formação de trombos. Um nível elevado de insulina é considerado capaz de lesar as células do músculo liso que revestem os vasos. As paredes vasculares lesadas facilitam o crescimento dos ateromas.

#### **❖ Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS**

O aumento da pressão arterial produz um gradiente de pressão muito alto, que deve ser vencido pelo ventrículo esquerdo. A pressão persistentemente alta faz com que as necessidades miocárdicas de oxigênio excedam o suprimento. Isso faz com que se inicie um círculo vicioso de dor associado à doença arterial coronariana.

#### **❖ Tabagismo:**

Para Eliot (1992), “o cigarro libera vários componentes nocivos como a nicotina e o monóxido de carbono. O monóxido de carbono reduz o oxigênio disponível e a nicotina estimula a liberação de catecolaminas que aumentam a demanda de oxigênio e têm profundos efeitos sobre os sistemas cardiovascular e nervoso central” (p.6). Smeltzer &

Bare (1992) citam que a inalação da fumaça aumenta o nível de monóxido de carbono (CO) no sangue e a hemoglobina combina-se mais facilmente com o CO do que com o O<sub>2</sub>, resultando numa oferta limitada de oxigênio para o coração, obrigando-o a trabalhar mais para produzir a mesma quantidade de energia. O ácido nicotínico do tabaco provoca a liberação de catecolaminas, levando a constrição arterial onde o fluxo sanguíneo e a oxigenação subseqüentes ficam comprometidos. O tabagismo, também aumenta a aderência plaquetária, levando a uma maior probabilidade de trombose.

❖ Colesterol:

O colesterol elevado no sangue é uma das causas de aterosclerose que leva ao estreitamento e ao entupimento das artérias coronárias (Schneider, 1999). Dietas ricas em gorduras saturadas são os principais fatores na doença isquêmica do coração.

❖ Obesidade:

A obesidade acentuada é frequentemente associada à HAS e à níveis elevados de colesterol. O débito cardíaco nos obesos é elevado devido ao aumento na demanda tecidual e do volume sanguíneo. Isto resulta em pressões de enchimento cardíaco direito proporcionais ao grau de obesidade (Eliot, 1992).

❖ Estresse.

O estresse rompe o controle da doença, em parte pelo aumento provocado no cortisol e nas catecolaminas e, em parte, por acelerar a coagulação sanguínea que, por sua vez, favorece a formação de coágulos (Eliot, 1992).

Quanto aos fatores de risco não modificáveis ou irreversíveis, temos:

❖ História familiar positiva:

O risco dos clientes que têm pais ou irmãos com DIC é maior se compararmos àqueles que não possuem casos em sua família, uma vez que pessoas provenientes de famílias em que há história de níveis elevados de colesterol ou de pressão arterial alta tendem a desenvolver essa condição.

❖ Raça

Os clientes negros têm maior probabilidade de desenvolverem doença isquêmica do coração, pois a propensão para desenvolverem hipertensão na raça é maior do que em qualquer outro grupo étnico.

❖ Sexo

A maior incidência de doença isquêmica do coração ocorre em homens, na proporção de 2/1, quando comparamos homens e mulheres da mesma idade e com os mesmos hábitos.

❖ Idade avançada:

A maior concentração de pacientes com DIC está na faixa etária dos 50-70 anos, sendo seguidos por aqueles com idade entre 70-80 anos (Dantas & Aguilar, 1998).

❖ Menopausa:

“A vantagem da mulher sobre o homem, antes da menopausa, parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por uma menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal” (Dantas & Aguilar, 1998, p.576).

Após a menopausa, a mulher perde a proteção hormonal (estrógeno) e passa a ter as mesmas chances de um homem com a mesma idade e com os mesmos hábitos, de desenvolver a DIC.

Do ponto de vista médico, o diagnóstico e terapia dispensados à clientes com doença isquêmica do coração inclui basicamente a realização do cateterismo cardíaco, angioplastia e/ou revascularização do miocárdio.

### **O cateterismo cardíaco**

Segundo Smeltzer & Bare (1998), cateterismo cardíaco é um procedimento diagnóstico invasivo através do qual um ou vários cateteres são introduzidos dentro do coração e dos vasos sanguíneos selecionados, para medir as pressões nas várias câmaras cardíacas e determinar a saturação de oxigênio no sangue. Sem dúvida, o uso mais comum do cateterismo cardíaco reside na avaliação da permeabilidade das artérias coronárias do paciente e na determinação do tratamento apropriado, como, por exemplo, angioplastia coronária transluminal percutânea (p.527).

Durante o procedimento há injeção constante de contraste com a finalidade de delinear o coração e os vasos sanguíneos e a visualização se dá por meio de raio-X. O cateterismo é mais comum na aorta, artérias coronárias, coração direito (átrio direito, ventrículo direito e artéria pulmonar) e coração esquerdo (átrio e ventrículo esquerdo).



## **A angioplastia**

A angioplastia coronária transluminal percutânea - ACTP tem como finalidade, segundo Smeltzer & Bare (1998), melhorar o fluxo de sangue dentro da artéria coronária por meio da destruição da placa ou ateroma que se formou e está interferindo na circulação do sangue para o coração. Um catéter com um balão na ponta é introduzido na coronária afetada e frente a placa aterosclerótica é inflado e desinflado visando comprimi-la. Casos em que o balão não é suficiente ou há risco de reestenose, instala-se *stents*, material tipo trama de rede. Essa malha ou rede é levada até a placa sobre o balão e, frente à obstrução, infla-se o balão e insere-se o *stent* dentro da artéria coronária, permitindo alargamento do lúmen e, conseqüentemente, que o sangue flua sem dificuldades para o miocárdio.

A angioplastia é indicada aos pacientes que possuem lesões que ocluíram no mínimo 70% da luz da maior artéria coronária onde, uma vasta área do miocárdio corre risco de isquemia.

Clientes com oclusões no ramo principal esquerda da artéria coronária onde evidencia-se ausência de fluxo colateral para as artérias descendente anterior esquerda e circumflexa, estenose na origem da artéria coronária direita com a aorta, aneurisma proximal ou distal à estenose, implante de veia safena há mais de 5 anos ou enxerto doente e clientes com função ventricular esquerda duvidosa a angioplastia é raramente realizada. Indica-se, para esses casos, cirurgia de revascularização do miocárdio.

## **A cirurgia de revascularização do miocárdio**

A cirurgia de revascularização do miocárdio é uma técnica praticada há mais de três décadas e visa o tratamento da insuficiência coronariana quer seja ela crônica ou aguda.

Candidatos a revascularização do miocárdio são clientes com: angina não controladas com terapias clínicas, angina instável, teste ergométrico com resultado positivo, bloqueio que não pode ser tratado pela angioplastia, lesão na principal artéria coronária esquerda ou bloqueio superior a 60% e clientes que têm complicações ou insucessos decorrentes da angioplastia.

Com a finalidade de desviar o sangue as artérias coronárias através de enxertos venosos ou de novos condutos, cria-se uma circulação colateral, promovendo o aumento do fluxo sanguíneo para além dos locais obstruídos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo final**

Assistir indivíduos adultos portadores de doença isquêmica do coração, e sua respectiva família, em situações de emergência, clínicas ou cirúrgicas, que busquem atendimento no SOS Córdio.

### **2,2 Objetivos operacionais**

2.2.1. Planejar o cuidado considerando a necessidade do cliente;

2.2.2. Revisar e construir instrumentos conforme as prioridades estabelecidas em conjunto com a gerência de enfermagem.

2.2.3. Executar o cuidado ao cliente e seus familiares; e,

2.2.4. Avaliar o cuidado prestado frente às necessidades apresentadas pelos clientes e familiares.

### **3 MARCO CONCEITUAL**

Um marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação (Neves & Gonçalves, 1984, citado por Lentz, p. 43, 2000). O marco teórico de um tema de pesquisa consiste na articulação harmoniosa dos conceitos explícitos na questão ou no propósito da pesquisa, com uma ou mais teorias.

“Marcos teóricos e marcos conceituais de determinadas pesquisas são textos que têm o propósito de descrever, explicar e analisar todas as idéias inerentes à questão de pesquisa de forma lógica”. (Brink, Wood, 1983, citado por Trentini e Paim, p. 54, 1999)

A escolha de um marco conceitual, segundo Bub (1999) deve, ao mesmo tempo, compreender a dor, o medo, as lágrimas, o pavor, outros sentimentos e sensações humanas, e ser forte, prático e seguro, pois entendo que o marco conceitual deve atender, simultaneamente, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, ou seja, enquanto assistimos problemas relacionados com oxigenação, por exemplo, compreendemos ao mesmo tempo a dor, o medo, as lágrimas, o pavor ou qualquer outro sentimento ou sensação humana que pode ou não ser o motivo causal da necessidade psicobiológica afetada.

Se o marco conceitual nada mais é do que um conjunto de conceitos articulados, seria interessante definirmos o que significa conceito. Segundo Leopardi (1999), “conceitos são idéias do autor que dirigem sua proposta, e, de sua definição, se desenvolve a correspondência entre o construído e a realidade. Expressa o modo como o autor percebe a realidade em seu contexto. O conceito é amplo (quando possibilita generalização) ou restrito (quando se restringe a algo específico), expressando categorias de análise” (p. 51).

Leopardi (1999) simplifica dizendo que “conceito é uma abstração ou imagem mental de um fenômeno ou fato como é percebido pelo sujeito que o observa ou sente” (p. 51).

O marco conceitual deste trabalho é construído pelos conceitos de Cliente, Saúde, Ambiente, Enfermagem e Processo de cuidar, baseado em Benedet, Bub, Horta, Liss e Nordenfelt.

### **3.1. Cliente**

Clientes são seres vivos, diferentes dos outros por sua capacidade de raciocinar, de amar e necessidade de serem amados. Interagem com o ambiente que os cerca e buscam equilíbrio das necessidades vitais, tanto biológicas como sociais e espirituais. Como todos os humanos, experimentam sensações e emoções, e gozam de alterações no estado de humor, manifestadas através de ansiedade, alegria, tristeza, dentre outras. Quando comparados a outros seres humanos, diferenciam-se uns dos outros pelas crenças, valores, desejos e objetivos particulares. Buscam realizar os sonhos, e, ao que parece, os sonhos nunca terminam, ou seja, a medida que os desejos se concretizam, rapidamente formam-se outros e, dessa forma, vão crescendo, se desenvolvendo e percorrendo o ciclo de vida traçado.

Os seres humanos nascem em uma família. Porém, no decorrer da vida, constituem outras, seja por consangüinidade ou por laços afetivos.

Os clientes com doença isquêmica do coração são seres humanos que por algum motivo desenvolveram risco para ou manifestaram a doença num determinado período da vida. Dependendo da quantidade e da qualidade das necessidades humanas básicas insatisfeitas e dos objetivos vitais não atingidos, podem apresentar diferentes graus de sofrimento. Normalmente, ligado á ele ou ela, está a família que auxilia no tratamento supervisionando, orientando e cuidando, com a finalidade de devolver a capacidade para que satisfaçam suas necessidades básicas de forma autônoma.

### **3.2. Saúde**

Neste trabalho parto do conceito de saúde como a capacidade dos seres humanos para satisfazer as necessidades vitais. Alguns fatores tendem a comprometer a saúde, em maior ou menor grau. São eles: as doenças, defeitos adquiridos ou congênitos, traumas,

gestação, idade avançada, condições de vida e fatores culturais. O fato de um destes fatores se fazer presente na vida de uma pessoa, não necessariamente faz com que esta adoença ou perca sua capacidade (Bub, 2001).

A doença isquêmica do coração tende a influenciar negativamente a saúde das pessoas, pela diminuição da capacidade para satisfazer necessidades básicas vitais, pois provoca lesões celulares, dor, arritmias, aneurismas ventriculares e, não raro, a própria morte. Pode, também, interferir na vida social dos clientes a medida que estes sentem-se obrigados a modificar hábitos de vida. Como, por exemplo, moderar atividades físicas que coloquem os músculos sob tensão, modificar o tipo de dieta, evitar fumo, álcool, dentre outros.

### **3.3. Ambiente**

Os seres humanos vivem em um ambiente físico, psicológico e social-cultural, que inclui a família, o domicílio, a comunidade e o trabalho. O ambiente nos influencia fisicamente ou mentalmente afetando, positivamente ou negativamente a nossa saúde. É a plataforma para as nossas ações e a base para o estabelecimento de nossos objetivos e necessidades na vida (Bub & Nordenfelt, 1999)

### **3.4. Enfermagem**

A “enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (Horta, 1979, p.29).

Apesar de Horta (1979) definir necessidades humanas básicas como “...estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (p.39), preferimos adotar a caracterização de Liss (1993). Para Liss, uma necessidade pode expressar: 1) um estado de deficiência ou de diferença; 2) pode referir-se a um estado de tensão no organismo, considerado como uma força ou motivação para um determinado comportamento; e, 3) pode referir-se a alguma coisa que é necessitada ( ao seu objeto).

Neste trabalho, preferimos adotar o primeiro tipo de necessidades, o qual é expresso pela proposição “A necessita de X com o objetivo de alcançar Y” (Benedet & Bub, 1998). Este tipo de proposição é muito interessante para a prática de cuidar porque é bastante operacional. A representa a pessoa que necessita ou que tem a necessidade de, o sujeito da necessidade. Em nosso caso, representa o cliente com doença isquêmica do coração–DIC. X representa aquilo que é necessitado, o objeto da necessidade. Pode ser um analgésico, vasodilatador, oxigênio, suporte emocional, uma informação, ou tudo isto. E, Y representa o objetivo da necessidade ou o estado necessitado. Por exemplo, digamos que João internou no SOS com dor no peito (estado real de João) e precisou tomar analgésicos e vasodilatadores (objetos da necessidade) para não sentir mais dor (objetivo da necessidade).

### **3.5. Processo de cuidar**

Para Griffith-Kenney (1996), citado por Bub (1999) o processo é atividade deliberada, racional e lógica, que permite que a prática de enfermagem seja executada sistematicamente e que, quando orientado por um modelo teórico proporciona uma estrutura organizada para o cuidado de enfermagem.

Para a realização desse trabalho, o processo de cuidar será organizado através do modelo proposto por Benedet e Bub (1998) que consta de quatro etapas: levantamento de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem.

#### **❖ Levantamento de Dados**

A etapa de levantamento de dados denominada de “Histórico de Enfermagem” procura levantar as necessidades humanas básicas afetadas ou parcialmente afetadas. Segundo Bub (1999) essa fase do processo de cuidar é estruturada em duas etapas. São elas: na primeira etapa registra-se os dados de identificação e sociais do cliente, além de formular algumas questões genéricas e observar a aparência geral, os gestos ou maneirismos que acompanham as respostas, além da forma como o paciente se expressa. A segunda parte é destinada especificamente para o levantamento de informações específicas sobre cada subsistema. O levantamento de dados, então, segundo proposta de Bub, é realizado por meio de entrevista, observação e dos achados do exame físico.

### ❖ **Diagnósticos de Enfermagem**

Os diagnósticos propostos por Benedet & Bub (1998), partem da definição da *NANDA*, que considera o diagnóstico um “julgamento clínico das respostas do paciente aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Bub 1999, p. 140).

### ❖ **Intervenção de Enfermagem**

A etapa de intervenção de enfermagem inclui, segundo o modelo de processo proposto por Bub (1999) uma fase intelectual, de planejamento dos cuidados, e uma etapa prática de execução dos cuidados. Para Bub o primeiro passo a ser dado é identificar as exigências funcionais insuficientes. Após definir objetivos terapêuticos para cada diagnóstico estabelecido na etapa anterior, deve-se, segundo Bub, estabelecer quais as categorias terapêuticas (restrição, defesa, inibição e facilitação) que seriam necessidades para prevenir instabilidades potenciais com a finalidade de reverter instabilidades reais.

### ❖ **Avaliação de Enfermagem**

Para avaliarmos o processo de cuidar Benedet e Bub (1998) propõem a utilização do modelo do SOAP, pois, segundo Bub (1999) esse modelo (relato do sistema Weed) tem a finalidade de melhor sistematizar a compreensão das respostas comportamentais do paciente em face dos estímulos ambientais e da terapêutica empregada.

## **4 O HOSPITAL SOS CÁRDIO**

O SOS Córdio é um hospital privado, fundado há sete anos por um grupo de cardiologistas. Está situado à Avenida Trompowsky, nº 399, no centro de Florianópolis. Seu propósito é prestar atendimento 24 horas às pessoas com intercorrências cardiovasculares, que inclui investigação invasiva e realização de cirurgias cardíacas.

Atualmente, realiza serviço de pronto atendimento, internação, terapia intensiva, centro cirúrgico e métodos diagnósticos e terapêuticos. O Serviço de Pronto Atendimento possui dois consultórios médicos, leitos de observação, área para administração de medicamentos e uma sala de reanimação. A unidade de internação possui dez apartamentos, sendo dois destes destinados ao pós operatório de cirurgias gerais e os demais tanto ao tratamento clínico como cirúrgico ligados à cardiologia. Todos os apartamentos estão equipados com TV, frigobar e ar condicionado. A U.T.I. dispõe de sete leitos, todos com capacidade para atender pós-operatório de cirurgia cardíaca. Está equipada com monitores cardíacos, respiradores, carrinhos de emergência, monitorização invasiva com catéter de swan-ganz e balão intra-aórtico. O Centro Cirúrgico tem duas salas para cirurgia, com capacidade para cirurgia cardíaca e cirurgias gerais, e sala de recuperação pós-anestésica. Dentre os exames e procedimentos realizados no hospital, destacamos o ecocardiograma; teste ergométrico; cineangiocoronariografia; angioplastia; implantes e avaliações de marcapassos e desfibriladores; instalação de gravadores de eventos (Loop Recorder); monitorização eletrocardiográfica (Holter); cardioestimulação eletrofisiológica transesofágica (CETE); teste de inclinação (Tilt Test); estudo eletrofisiológico; e, ablação por radiofrequência.



Durante a realização do estágio, o hospital sofreu mudanças no âmbito administrativo. Antes, conforme podemos observar no anexo 1, era administrado por uma Direção Geral, médico sócio, um Diretor Clínico, também sócio e um Diretor Administrativo, membro diretivo não sócio. Hoje, o hospital é dirigido somente por sócios que juntos compõem o conselho diretivo, diretoria geral, administrativa, técnica e clínica. Outra mudança observada diz respeito à criação da diretoria técnica, responsável por serviços de controle de infecção hospitalar, nutrição e dietética, farmácia e arquivo médico, conforme observamos no anexo 2.

O corpo clínico do hospital SOS Córdio é formado por 25 médicos cardiologistas, sócios e não sócios, que dividem suas especialidades em clínica, arritmia, medicina nuclear, ecocardiograma, cirurgia cardiovascular e hemodinâmica. O regime de trabalho médico, tanto para sócios como não sócios, é realizado através de plantões, sendo 4 horas para o plantão diurno e 12 horas para o noturno, fins de semana e feriados.

As coordenadoras de enfermagem de cada setor e sua respectiva equipe, estão, segundo o organograma da instituição, diretamente ligadas a uma gerente de enfermagem e esta à direção clínica e, por consequência, à diretoria geral.

A equipe de enfermagem é composta por 53 funcionários, dos quais 6 são enfermeiras, 22 técnicos de enfermagem, 19 auxiliares de enfermagem, 03 perfusionistas e 03 instrumentadores, trabalha conforme uma escala de 44 horas semanais, exceto a gerente de enfermagem e a coordenadora de enfermagem da Hemodinâmica e Centro Cirúrgico que são submetidas a 40 horas semanais. Os demais funcionários, se dividem em escalas que vão de 12 horas diária e 36 horas de folga, 4 dias de 9 horas e 1 dia de 8 horas ou, ainda, a uma escala especial onde se trabalha 5 dias de 6 horas junto a um plantão de 12 horas nos finais de semana. Os instrumentadores cirúrgicos e perfusionistas das cirurgias cardíacas atuam em regime de sobreaviso.

A contratação do pessoal de enfermagem, antes da reforma administrativa era feita pelo responsável do setor de Recursos Humanos onde a Gerente de Enfermagem auxiliava na seleção através da análise do currículo e entrevistas. Durante o estágio houveram mudanças na forma de contratação de novos funcionários. Hoje a admissão de novos funcionários é feita pela enfermeira do setor solicitante junto à gerente de enfermagem, as quais avaliam o candidato pela análise do currículo, busca de referências, entrevista e prova escrita.

## 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para a concretização desse projeto realizei estágio no período de 23 de março a 1º de junho, assistindo pessoas portadoras de doença cardíaca isquêmica que buscaram atendimento no SOS Córdio.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos (operacionais e final) descrevo as estratégias estabelecidas para cada objetivo operacional.

### ❖ **Planejar o cuidado considerando as necessidades da clientela:**

1. Reconhecer o local de estágio (SOS Córdio);
2. Traçar o perfil da clientela quanto a: idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, diagnóstico médico, a partir de informações obtidas diretamente com os clientes e familiares e prontuário;
3. Buscar referências bibliográficas que relacionem a prática vivenciada com a teoria;
4. Organizar e participar de reuniões e discussões a cerca da situação de saúde dos clientes, envolvendo os membros da equipe que se fizerem necessários;
5. Revisar e elaborar o manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem da unidade de terapia intensiva, conforme as prioridades estabelecidas em conjunto com a gerência de enfermagem;
6. Construir um roteiro para o histórico de enfermagem de clientes com Doença Isquêmica do Coração; e,

7. Elaborar um modelo de formulário para o registro do histórico e diagnósticos de enfermagem.

❖ **Executar o cuidado ao cliente e seus familiares:**

1. Organizar um modelo básico de prescrição de enfermagem e plano de orientações para a alta, a partir dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes;

2. Participar das ações de cuidado aos clientes com Doença Isquêmica do Coração, aperfeiçoando habilidades práticas ;

3. Aprofundar conhecimentos teóricos sobre Doença Isquêmica do Coração, dos principais diagnósticos de enfermagem a ela relacionados e das formas de abordagem do cliente;

4. Assistir a família durante a permanência do cliente no hospital, respeitando os princípios éticos (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça).

5. Participar do programa de educação continuada, em conjunto com a gerente e coordenadora de enfermagem; e,

6. Registrar no “Diário de Campo” meus sentimentos em relação à experiência e fatos marcantes vivenciados durante o estágio, para discussão e avaliação com orientadora e supervisoras, e subsidiar a elaboração do relatório.

❖ **Avaliar o cuidado prestado frente às necessidades apresentadas pelo cliente e seus familiares:**

1. Avaliar a adequação do marco referencial proposto em relação com a prática vivenciada;

2. Avaliar, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a intervenção e a resposta do cliente aos cuidados prestados.

3. Avaliar a resposta da família em relação aos cuidados dispensados tanto ao cliente quanto aos acompanhantes.

4. Realizar reuniões quinzenais com a equipe de saúde para discutir aspectos dos cuidados prestados; e,

5. Realizar reuniões semanais com orientadora e supervisoras para avaliar o desenvolvimento do projeto.

## 6 PLANEJANDO O CUIDADO

### 6.1. Reconhecendo o local de estágio

As duas primeiras semanas foram praticamente voltadas ao reconhecimento do local de estágio. A medida que desenvolvia atividades prioritárias como, por exemplo, a revisão dos prontuários dos clientes quanto ao tipo de cirurgias realizadas no período de março de 2000 à março de 2001, buscava informações junto ao centro cirúrgico, SAME, recepção ou setor administrativo. Essa atividade de alguma forma contribuiu para que, enquanto desenvolvia tal pesquisa, conhecia a estrutura hospitalar, incluindo os funcionários e seus setores.

Outra maneira que facilitou o reconhecimento do local de estágio foi o Boletim Informativo do Hospital, editado a cada 2 meses. Intitulado “S.O.S. em ação”, o boletim traz, a cada edição, informações sobre funcionários que se destacaram no mês, receitas saudáveis, doenças e atividades desenvolvidas pelo hospital, das quais destaco o programa *Heart Care Network*. Esse programa, gratuito e voltado à população com problemas cardiológicos, oferece aos participantes acompanhamento mensal por nutricionistas, psicólogas, fisioterapeutas, farmacêutica e enfermeira. As consultas e avaliações realizadas pelos profissionais são encaminhadas ao médico assistente do cliente, independente do mesmo fazer parte ou não do corpo clínico do hospital. Além do acompanhamento clínico, o programa promoveu em janeiro deste ano a 1ª Caminhada e ciclo de palestras com temas de interesse da população, como, por exemplo, “Cateterismo e angioplastia”, ministrada por médico hemodinamicista e “Conhecendo melhor os medicamentos e seus efeitos: anticoagulantes, anestésicos e contrastes”, ministrada pela farmacêutica do hospital.

Ambas as palestras ampliaram meus conhecimentos e contribuíram para a assistência aos clientes.

Durante a realização do estágio, tive a oportunidade de assistir clientes na unidade de internação e terapia intensiva, acompanhar exames de cateterismo cardíaco ou tratamento diagnóstico por angioplastia no setor de hemodinâmica, instalar aparelhos de *Holter* no setor de Arritmia e acompanhar cirurgias no centro cirúrgico.

## **6.2. Conhecendo a clientela.**

A primeira atividade desenvolvida no estágio foi o levantamento das cirurgias realizadas no hospital durante o período de março de 2000 à março de 2001. Este levantamento foi realizado a partir do livro de registro do centro cirúrgico e análise dos prontuários desses clientes.

Nesse período foram realizadas 69 cirurgias cardíacas no hospital. Do total de pessoas que realizaram cirurgia, 20 são mulheres e 49 são homens. Destes, 38 clientes encontram-se na faixa etária de risco para o desenvolvimento de DIC, ou seja, entre 50 e 70 anos, seguidos de 16 clientes entre 71 e 80 anos, 13 clientes com menos de 50 anos e apenas dois clientes com mais de 80 anos. Quanto ao tipo de cirurgia realizada, prevaleceu a revascularização do miocárdio com um total de 56 cirurgias, seguida de troca de válvula aórtica que somou 5 cirurgias, revascularização do miocárdio associada à troca de válvula aórtica somaram três cirurgias, e correção de comunicação interatrial (CIA), correção de dissecção aórtica e revascularização do miocárdio associada à troca de válvula mitral que juntos somaram três cirurgias. Do total de cirurgias realizadas, 63 clientes receberam alta hospitalar e 6 clientes foram à óbito.

Em relação aos clientes assistidos por mim durante a realização do estágio, o perfil de cada um foi levantado a partir de dados do prontuário, através da entrevista para a elaboração do Histórico de Enfermagem e durante a prestação da assistência. Do total de 8 clientes atendidos, 50% tinha idade entre 50 e 70 anos e a grande maioria (75%) era do sexo masculino (Tabelas 1 e 2).

**TABELA 1** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo idade. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Idade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
< 50 anos	3	37,5
50  —  70 anos	4	50,0
71  —  80 anos	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

Em torno de 50,0% dos clientes encontram-se na faixa etária de maior probabilidade para desenvolver a doença. Em contrapartida, observo que 37,5% dos demais clientes têm menos de 50 anos, idade que a bibliografia não considera de risco.

**TABELA 2** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo sexo. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Masculino	6	75,0
Feminino	2	25,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

A grande maioria dos clientes assistidos (75%) foi do sexo, confirmando a informação de que a maior incidência de doença isquêmica do coração ocorre neste sexo.

Em torno de 62,5% eram casados (Tabela 3). Embora somente 37,5% tivesse o 2º grau completo (Tabelas 4 e 5), observei, também, que o maior número de clientes desempenha atividade profissional e que relata estresse em relação ao trabalho exercido. Acredito que o fator estresse pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença.

**TABELA 3** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo estado civil. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Estado civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Casado (a)	5	62,5
Solteiro (a)	3	37,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

**TABELA 4** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo escolaridade. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Escolaridade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1º grau incompleto	2	25,0
2º grau incompleto	1	12,5
2º grau completo	3	37,5
3º grau completo	2	25,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

**TABELA 5** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo ocupação. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Ocupação</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Aposentado (a)	3	37,5
Ativo	5	62,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

Dentre as doenças isquêmicas do coração, o infarto agudo do miocárdio foi a mais frequente (50%), seguida de doença aterosclerótica e angina *pectoris*, ambas com 25% cada uma.

**TABELA 6** – Distribuição dos clientes assistidos, segundo diagnóstico médico principal. Florianópolis, março à maio/2001.

<b>Diagnóstico médico principal</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Doença aterosclerótica	2	25,0
Angina <i>pectoris</i>	2	25,0
Infarto do miocárdio	4	50,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário dos clientes

### 6.3. Revisando e construindo instrumentos.

Era intenção da gerente de enfermagem revisar o manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva – U.T.I. Porém, como o hospital passava por mudanças administrativas, não foi possível concluir este manual. Diante deste fato, direcionei parte do tempo de estágio para a elaboração de sugestões voltadas à unidade (anexos 3 e 4), com o propósito de organizar a assistência e prevenir infecções. Enquanto desenvolvia este trabalho, contei com o apoio da minha orientadora que avaliava continuamente cada etapa sugerida para a prevenção e controle de infecções hospitalares. Quando concluídas, as sugestões foram encaminhadas pela gerente de enfermagem à médica infectologista, uma das responsáveis pelo serviço de controle de infecção hospitalar, a qual avaliou e reencaminhou-as à gerente de enfermagem para a implementação nas unidades.

Estas sugestões, foram encaminhadas à uma das enfermeiras da unidade de terapia intensiva que, por sua vez, tratou de repassá-las às demais. Acredito que a preocupação dos profissionais aliada à aderência às sugestões, reduziu significativamente o índice de infecções.



Com a finalidade de facilitar a etapa de levantamento de dados, construí um modelo de “Histórico de Enfermagem” (anexo 5) utilizado durante a realização das entrevistas. Nele procurei abordar aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais enfocando, principalmente, aqueles vivenciados por clientes com doença isquêmica do coração. Durante esta fase, investiguei fatores de risco presentes nos clientes que favoreciam o desenvolvimento da doença. Os fatores de risco observados com mais frequência foram: sedentarismo, tabagismo, estresse e história familiar positiva.

Percebi, no decorrer do estágio, que a etapa do Histórico de Enfermagem não precisava ser finalizada, necessariamente, no momento da admissão do cliente no hospital, como defendem grupos de enfermeiras. Algumas das entrevistas foram finalizadas após alguns dias de internação.

O modelo de formulário para registro do histórico elaborado (anexo 6) merece avaliação da gerência de enfermagem e demais enfermeiras, além da direção da instituição para que, quando utilizado pelas profissionais, atinja o objetivo de facilitar a assistência de enfermagem, além de contribuir para auditoria de enfermagem.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de participar de um encontro organizado pelo Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS, onde contamos com a presença da Dra. Maria Miriam Lima de Nóbrega, professora da Universidade da Paraíba, com o objetivo de discutirmos diagnósticos de enfermagem. Nesse mesmo encontro, descobri que preconiza-se, o número aproximado de quatro diagnósticos de enfermagem por cliente, dando-se prioridade aos diagnósticos reais seguidos dos de risco.

Assim, substitui a idéia de organizar um modelo básico de prescrições de enfermagem por um modelo individual voltado a cada cliente, uma vez que os diagnósticos atendidos eram diferentes uns dos outros. Ideal seria aumentar o número de enfermeiras e realizar a prescrição com auxílio dos computadores, pois no caso dos clientes com problemas clínicos há uma grande diversidade de diagnósticos, o que dificulta a utilização de prescrição padronizada. Ao caso dos clientes cirúrgicos, talvez fosse possível e viável o estabelecimento de uma prescrição padrão. Porém, como o centro cirúrgico foi bloqueado para reforma durante 15 dias, não acumulei experiência suficiente para elaborar tal prescrição e optei por prescrever individualmente os clientes cuidados por mim.

Avalio que, independente dos diagnósticos serem diferentes a cada cliente, seria mais fácil trabalhar com um modelo de prescrições de enfermagem que contemplasse , pelo

menos, cuidados a serem prestados a todos aqueles internados, visto que o número de enfermeiras do hospital SOS Córdio é insuficiente e a ausência de um modelo básico, reduz ainda mais o tempo disponível para a assistência.

No decorrer do estágio observei que, freqüentemente, familiares e amigos que visitavam os clientes na Unidade de Terapia Intensiva apresentavam dúvidas em relação aos cuidados e equipamentos utilizados durante a assistência.

Diante desse fato, identifiquei a necessidade de elaborar um *folder* informativo (anexo 7) que contemplasse as dúvidas mais rotineiras dos clientes e familiares. Então, com o auxílio das supervisoras, enfermeira da unidade solicitante e orientadora, elaboramos um *folder* a partir de um modelo já iniciado. Este *folder* será avaliado pela direção clínica e, uma vez aprovado, será confeccionado em gráfica e fornecido à todos os interessados.

Diariamente, no setor de hemodinâmica, são realizados exames de cateterismo cardíaco, geralmente eletivos. Percebi que os exames eram agendados pessoalmente ou por telefone e, que na maioria dos casos, informações importantes relacionadas ao exame eram facilmente esquecidas pelos clientes usuários. Frente à esta situação, surgiu a idéia de reformular o *folder* (anexo 8) que contemplasse a data e horário da realização, definição do exame, informações sobre os cuidados a serem prestados antes e após o procedimento, além de um informativo sobre o hospital, seu propósito, exames prestados e convênios atendidos. Apesar deste *folder* ainda merecer avaliação da equipe médica, acredito que o mesmo resultará num instrumento de informação de grande importância e utilidade para os clientes.

Semelhante ao de cateterismo cardíaco, o *folder* informativo sobre angioplastia (anexo 9) tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre o procedimento. Este *folder*, ainda não apreciado pela equipe médica do setor e diretiva do hospital, foi desenvolvido com a finalidade de esclarecer dúvidas e facilitar a atuação da equipe de enfermagem, médica e demais profissionais durante a marcação e execução do procedimento. A angioplastia requer cuidados mais complexos, como manter a equipe cirúrgica em *stand by* para qualquer eventualidade, encaminhar o cliente para a unidade de terapia intensiva após o procedimento por aproximadamente 24 horas, dentre outros. Para a elaboração deste *folder*, contei com a colaboração da gerente de enfermagem, coordenadora de enfermagem do setor de hemodinâmica e orientadora.

Durante o período de estágio foi solicitado por uma das secretárias do setor de hemodinâmica que elaborasse um protocolo para a entrega dos exames realizados nesse e demais setores do hospital. Diante desta necessidade, busquei com as funcionárias informações importantes que deveriam estar presentes no protocolo e, elaborei um modelo que passou a ser fornecido aos clientes ao término de cada exame. Porém, sua utilização mostrou que algumas informações precisavam ser acrescentadas como, por exemplo, o horário disponível para a entrega dos exames. Atendidas as sugestões, o novo modelo (anexo 10) está facilitando o movimento de entrega de exames no setor.

## **7 EXECUTANDO O CUIDADO**

### **7.1 Prescrevendo os cuidados**

No momento em que passei a assistir clientes, tornou-se necessário a elaboração de uma prescrição de enfermagem, diária, voltada às necessidades humanas básicas não satisfeitas, com a finalidade de garantir-lhes conforto e bem-estar. Para tanto, busquei em livros e junto à orientadora e supervisoras, orientações para que essas prescrições realmente satisfizessem as necessidades apresentadas pelos clientes no momento.

Não foi uma das tarefas mais fáceis, pois os clientes na unidade de terapia intensiva, freqüentemente, estão hemodinamicamente instáveis, sobretudo àqueles assistidos pós-cirurgia de revascularização do miocárdio. Foi difícil também pela inexperiência profissional, uma vez que o estágio em U.T.I., durante o curso de graduação, é realizado num curto período de tempo e os clientes assistidos durante este estágio são têm doenças diferentes daqueles internados no SOS Córdio. Apesar da minha inexperiência, acredito que as prescrições de enfermagem atenderam as necessidades dos mesmos, refletindo uma rápida recuperação clínica e pós operatória.

### **7.2 Planejando a alta hospitalar**

Durante a assistência aos clientes, senti necessidade de elaborar um conjunto de orientações personalizadas com o objetivo de orientá-los quanto à importância de mudanças no estilo de vida e cuidados a serem prestados após alta hospitalar. Baseada no histórico de enfermagem realizado durante a permanência do cliente no hospital, as

informações foram discutidas com os demais profissionais (cardiologista clínico, nutricionista e farmacêutica) com o propósito de reunir, num mesmo documento, as principais orientações da equipe multiprofissional.

Foi uma experiência significativa e gratificante, pois enquanto acadêmica de enfermagem, procurei integrar os diversos profissionais, expondo minhas preocupações em relação ao cliente.

Os clientes mostravam-se satisfeitos com a preocupação da “enfermeira” (acadêmica). Quando viam um documento com orientações (prescrições) não padronizadas, mas individualizadas, contendo o seu próprio nome e esclarecendo-o sobre dúvidas particulares, sentiam-se mais motivados a seguir tais orientações. Este fato contribuiu para que percebesse o papel da enfermeira diante dos diversos profissionais e, principalmente, diante do próprio cliente com doença isquêmica do coração e seus familiares. Neste caso, o papel da enfermeira é buscar identificar, através do diálogo, quais os comportamentos, hábitos, estilo de vida, aspectos sócio-culturais que podem influenciar negativamente a saúde dos clientes frente a nova situação que se coloca. E mais, captar os objetivos e necessidades vitais dos clientes que precisam ser alcançados e satisfeitos, além de buscar formas de satisfação que não comprometam ainda mais a sua saúde. Entretanto, o diálogo não deve ser compreendido somente como uma forma de busca de informações, mas, sobretudo já como uma forma de tratamento. É através dele que os clientes e suas famílias aliviam suas tensões, esclarecem dúvidas e estabelecem uma relação de confiança e compreensão mútua com a enfermeira.

### **7.3 Realizando procedimentos**

Durante a realização dos cuidados, independente daquele cliente fazer ou não parte do meu trabalho, realizei procedimentos com a finalidade de aperfeiçoar-me e garantir uma adequada assistência. Dentre eles destaco: banho de leito, higiene oral, mudança de decúbito, massagem de conforto, auxílio na oferta da dieta, balanço hidroeletrólítico, retirada de pontos, curativos, ECG, instalação de *HOLTER*, preparo do corpo após a morte, administração de medicamentos e controle dos sinais vitais, incluindo pressão arterial média (PAM) e pressão venosa central (PVC).

Inicialmente, tinha um pouco de resseio em prestar os cuidados pela falta de experiência e por não me sentir a vontade diante dos funcionários, novos companheiros de trabalho. Mas, com o passar dos dias, a amizade e respeito tornou-se evidente, e os medos e aflições foram sendo substituídos por maior segurança emocional e técnica.

#### **7.4 Três histórias de cuidado**

Dentre os clientes assistidos por mim durante o período de estágio, destaco as três histórias a seguir. São histórias vivenciadas por três homens ligados à três famílias especiais.

##### **❖ História 1**

O protagonista desta primeira história era um cliente do sexo masculino, com 47 anos, casado, pai de 3 filhos, formado em Direito, funcionário público federal exercendo a função de procurador. Católico, residente do bairro Saco Grande, tipo sanguíneo A+. Internou no SOS Córdio com diagnóstico médico de síndrome coronariana aguda e diagnósticos secundários de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e provável Diabetes Mellitus.

##### *Percepções e expectativas*

Cliente procurou a emergência do SOS Córdio referindo sentir dor no braço e pescoço durante 15 minutos, pressão baixa e pés suados. Relacionou os sintomas com infarto e por este motivo procurou o hospital. O resultado do cateterismo cardíaco levou os médicos a indicarem a cirurgia de revascularização do miocárdio. Ele disse que já havia sido internado quando tinha 23 anos, na cidade de Curitiba, para submeter-se à cirurgia de hidrocele testicular. Contou que sua mãe havia falecido logo após a realização de uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Porém, afirmou que este fato não lhe causava medo ou preocupações. Relatou que há aproximadamente 31 anos fuma cerca de 15 cigarros por dia. Apresenta-se ansioso em relação à internação por consequência da impossibilidade de trabalhar, já que tem o hábito de estudar processos trabalhistas durante os finais de semana quando o acúmulo de trabalho é intenso.

Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas

- **Psicobiológicas**

Bastante comunicativo, referiu miopia em ambos os olhos, para a qual faz uso de óculos. Durante a entrevista manteve-se eupneico. Sinais vitais: P = 72 bpm, R = 20 mrm, PA = 11/7 mmHg e T = 36,4°C. Tem o hábito de ingerir cerca de dois copos de líquidos por dia e prefere água ou chá. Gosta de beber cerveja nos finais de semana (aproximadamente 1 ou 2 latas). Relatou diminuição do apetite após a internação hospitalar e acredita que este fato está associado ao período prolongado de sono. Em casa, costumava comer muita salada e carnes grelhadas e evitava frituras. Afirmou não ter problemas vinculados com as eliminações urinárias e intestinais. Apresenta curativo em MID conseqüente ao cateterismo realizado no dia anterior, cuja evidência de lesão grave envolvendo bifurcação em artéria descendente anterior (DA), artéria circunflexa (CX) e coronária direita (CD) resultou em indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio. Relatou dormir durante o dia e noite, sem problemas. Interrompeu a prática de atividade física há dois anos após ter fraturado o tornozelo E. Atualmente joga tênis com os filhos esporadicamente. Possui um acesso venoso periférico e está usando as seguintes medicações: Losec, Clexane, Tridil, Atenol, Ziban, Lorax e Dipirona quando necessário.

- **Psicossociais**

Costuma passear com a esposa e filhos nos finais de semana visitando cidades do interior do estado. Preocupa-se com os filhos por não poder estar presente e cuidando deles.

- **Psicoespirituais**

É católico e costuma frequentar a igreja do bairro onde mora, participando das missas nos finais de semana.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

1. Perfusão tissular prejudicada:

- cardíaca: relacionada lesões nas artérias coronárias
- cutânea: relacionada com conseqüências do cateterismo cardíaco.

2. Ansiedade relacionado a mudança de ambiente.

3. Risco para diminuição do débito cardíaco relacionado com arritmias conseqüente a lesões em artérias coronárias.

4. Risco para dor relacionado à doença isquêmica do coração.

5. Risco para infecção:

- respiratória relacionada a ação ciliar diminuída, conseqüente ao hábito de fumar
- cutânea relacionada a punção venosa com catéter em MSD e incisão em MID para cateterismo cardíaco.

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (PLANEJAMENTO)**

- Observar frequência, ritmo e aspectos morfológicos no monitor cardíaco, mantendo vigilância a arritmias.
- Encorajar o cliente a identificar os sentimentos de ansiedade.
- Permanecer com o cliente.
- Ajudar a identificar eventos que aumentem a ansiedade.
- Dar instruções de maneira clara e simples.
- Assegurar um ambiente tranquilo, evitando agitação e estresse.
- Promover a presença e participação da família no cuidado ao cliente.
- Observar fadiga, ingurgitamento da jugular, coloração da pele e mucosas e frequência urinária.
- Atentar para a diminuição do pulso periférico.
- Atentar para queixa de dormência, sensação de formigamento e sinal de pele fria.
- Observar inquietação.
- Observar frequência respiratória (dispnéia, ortopnéia).
- Verificar sinais vitais (T, R, P e PA) a cada 2 horas ou quando necessário, conforme rotina da UTI.



- Observar queixas e expressão facial de dor.
  - Monitorar a frequência cardíaca continuamente.
  - Observar alteração na frequência e profundidade da respiração.
  - Observar presença de tosse.
  - Observar presença de secreção nas vias aéreas.
  - Manter cabeceira elevada (leito semi-fowler de 30-45°).
  - Evitar infecções
  - Trocar curativo em punção por catéter a cada 48 horas.
  - Observar sitio do local da punção durante as trocas de curativo.
  - Observar o local da incisão para cateterismo cardíaco quanto à presença de sangramento ou formação de hematomas.
- Controlar a perfusão tissular no MID
  - Avaliar pulso periférico (MID) a cada 2 horas, conforme rotina da UTI.
  - Avaliar a temperatura e cor da extremidade afetada.
  - Manter o cliente em repouso e DD, orientando para que permaneça com o MID reto.
  - Manter curativo compressivo no local do cateterismo cardíaco.

### **AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**DATA: 14/05/01 (SEGUNDA-FEIRA)**

Realizada a entrevista (histórico de enfermagem), feito o levantamento das necessidades humanas básicas afetadas, diagnósticos de enfermagem e intervenção de enfermagem.

DATA: 15/05/01 (TERÇA-FEIRA)

S – Não refere queixas álgicas.

O – Lúcido, orientado, comunicativo, deambulante pelo setor em função de alta da U.T.I. Aguardando vaga em apartamento. Sinais vitais: P = 69 bpm, R = 20 mrm, PA = 12/8 mmHg e T = 36,2°C. Diurese = 3400 ml (24 horas). Aceita a dieta. Apresenta-se tranqüilo em relação a cirurgia de revascularização do miocárdio proposta para dia 17/05.

A – Alta da U.T.I., aguardando vaga em apartamento.

Tranqüilidade em relação a cirurgia de revascularização do miocárdio.

P – Providenciar o mais rapidamente possível apartamento.

Permitir que possa estar na presença da família constantemente.

Esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir em relação a cirurgia proposta.

Estimular banho e higiene oral.

DATA: 16/05/01 (QUARTA-FEIRA)

S – Diz estar tranqüilo em relação a cirurgia. Refere não sentir dor.

O - Transferido para apartamento onde permanece em companhia da esposa. Lúcido, orientado, e bastante comunicativo. Sinais vitais: P = 68 bpm, R = 21 mrm, PA = 120/80 mmHg e T = 36°C. Aceitando a dieta oferecida. Urinando espontaneamente. Realizado exames pré-operatórios (RX, laboratório e ECG). Orientado quanto a assistência de enfermagem durante o pré e pós operatório.

A – Revascularização do miocárdio prevista para amanhã.

P – Promover ambiente tranqüilo.

Mantê-lo sob os cuidados da família.

Esclarecer dúvidas.

Preparar o cliente e família para a cirurgia proposta, observando o comportamento de ambos.

Explicar aspectos da cirurgia como: local da incisão, hora da cirurgia, tempo provável de cirurgia, necessidade de permanência da UTI, equipamentos, sondas, catéter, eletrodos, TOT, presença de dor.

Orientar sobre a importância da colaboração do cliente em busca de uma excelente recuperação.

Realizar preparo para cirurgia, conforme a prescrição de enfermagem pré-operatória anexo ao prontuário.

DATA: 17/05/01 (QUINTA-FEIRA)

Cirurgia de revascularização do miocárdio das 8:00 às 17:00 horas.

S –

O – Pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio (utilizado artéria mamária esquerda e artérias radiais dos membros superiores para a realização de 4 pontes nas coronárias direita (CD), marginal (Mg), diagonal (Dg) e descendente anterior (DA). Sob efeito de anestesia geral. Em ventilação mecânica por tubo orotraqueal, saturando 96%. Sinais vitais: P = 97 bpm, PAM = 85 mmHg, PVC = 15 cmH<sub>2</sub>O e T = 36,5°C. Drenos no mediastino e pleuras em aspiração contínua. Incisão em região torácica mediana e MMSS. Medicado com Balcor a 15 ml/h, SG 5% + KCl + Sulfato de magnésio a 42 ml/h. Segue com sonda vesical de demora.

A – Alteração dos órgãos dos sentidos relacionado com sedação;

Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionado com conseqüências da entubação endotraqueal e ventilação mecânica;

Integridade tissular prejudicada relacionado com conseqüências de drenos torácicos, punções venosas e arteriais, incisão cirúrgica;

Alteração na eliminação urinária relacionado com conseqüências de sonda vesical de demora;

Risco para déficit no volume de líquidos;

Risco para infecção relacionado com conseqüências da cirurgia e exposição ambiental aumentada; e

Pós-operatório imediato de RM.

P – Lavar as mãos;

Avaliar as funções neurológicas através da Escala de Coma de Glasgow;

Orientar o paciente no tempo e espaço no momento em que acordar da cirurgia, informando-o quanto ao sucesso da mesma;

Promover a comunicação através do oferecimento de lápis e papel e atenção aos gestos e expressões faciais;

Atentar para expressões de dor;

Avaliar a função respiratória;

Supervisionar o funcionamento do respirador;

Observar nível de água e oferta de oxigênio aquecido ao cliente;

Atentar ao disparo de alarmes;

Aspirar secreção nasal, oral e traqueal sempre que necessário;

Verificar a pressão do *cúff* a cada 6 horas, precedida de aspiração nasal, oral e traqueal;

Manter fixação do TOT;

Realizar higiene oral 5 vezes ao dia;

Umidificar lábios e cavidade oral;

Manter o frasco coletor do dreno vedado, com soro fisiológico;

Manter o curativo ao redor do dreno limpo e seco;

Observar as características da drenagem, aumentos do sangramento e/ou mudanças nas características;

Estimular o paciente a respirar profundamente;

Lavar as mãos antes de manusear a sonda com a finalidade de prevenir infecções;

Observar características da diurese e permeabilidade da sonda vesical;

Manter sistema de drenagem fechado estéril;

Realizar higiene íntima 2 vezes ao dia;

Observar incisões cirúrgicas e locais de punções quanto a sangramento, calor, rubor, edema e secreções;

Realizar troca de curativo em região torácica e MMSS após 48 horas ou se necessário;

Manter curativo seco;

Observar traçado do ECG no monitor;

Manter o cliente aquecido;

Verificar PAM e PVC, conforme rotina;

Verificar pulsos periféricos;

Verificar coloração, temperatura e umidade da pele;

Realizar balanço hidroeletrólítico, conforme rotina; e

Realizar massagem de conforto e inspecionar regiões glútea e sacra a cada 2 horas.

DATA: 18/05/01 (SEXTA-FEIRA)

S – Cliente refere dor relacionada a permanência excessiva no leito.

O – 1ºPO de revascularização do miocárdio. Lúcido, orientado, pouco comunicativo. Extubado na noite anterior às 21:45 horas. Respirando espontaneamente por máscara com macronebulização a 10 l/min e catéter de O<sub>2</sub> a 2 l/min. Eupneico, FR = 22 mrm, com saturação de oxigênio de 95%. Sinais vitais: P= 85 bpm, PAM = 85 mmHg, Drenos mediastino e torácico apresentando baixo débito. Aceitando a dieta oferecida. Segue com sonda vesical de demora, apresentando débito urinário diminuído. Curativos limpos e secos. Realizado banho no leito.

A – Dor relacionada a permanência excessiva no leito;

Alteração na eliminação urinária relacionado com sonda vesical de demora e ingesta hídrica diminuída;

Risco para integridade da pele prejudicada relacionada com diminuição da mobilidade física;

O cigarro reduz o oxigênio circulante no sangue, limitando a oferta do mesmo ao coração. Promove também redução do fluxo sanguíneo e aumenta a probabilidade de trombose. Acreditamos que esses fatos mencionados são suficientes para a interrupção do hábito de fumar.

❖ POSTURA:

Evite ficar durante muito tempo sentado, mas, quando o fizer, mantenha os pés elevados com a finalidade de promover um melhor retorno de sangue ao coração.

❖ ATIVIDADE SEXUAL:

Reassuma com moderação sua vida sexual, aproximadamente, 20 dias após a cirurgia.

❖ ÁLCOOL:

Caso faça uso de bebidas alcóolicas, modere a ingestão, como por exemplo a 1 dose de bebida destilada.

❖ AUTOMÓVEL:

Aconselhamos dirigir dentro de 20 ou 30 dias após a cirurgia, porém por períodos curtos de tempo e com cuidado, pois seus reflexos ainda estão lentos nesse período. Inicialmente, dirija acompanhado.

❖ REINÍCIO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS:

Após liberação médica, reassuma gradualmente suas atividades profissionais, porém evite o excesso de trabalho.

❖ VIAGENS:

Evite viagens muito longas antes de 60 dias. Quando viajar, procure a cada hora sair do carro e caminhar um pouco.

❖ SONO:

Aconselhamos que você durma uma média de 8 horas por dia e repouse após cada refeição.

❖ BANHO:

Banhe-se a vontade, porém, se achar necessário, solicite a presença de companhia durante o banho.

❖ VISITAS:

Sabemos que o que mais desejas no momento é receber alta hospitalar. Aproveite o momento para curtir o lar, ambiente que consideramos o mais tranquilo para sua recuperação. Evite receber muitas visitas ou telefonemas que possam incomodá-lo. Sugerimos também que evite freqüentar lugares muito agitados pelo risco de socializar-se com pessoas que possam estar doentes.

❖ MEDICAÇÃO EM USO:

Sustrate 10 mg, via oral, 3x/dia.

Atenol 50 mg, via oral, 1x/dia.

AAS.

Diltiazem, via oral, 3x/dia.

Capoten, via oral, 3 x/ dia.

❖ CONTATOS:

Dr. Théo (cardiologista): 235-1298

Milene (acadêmica de enfermagem): 9998-7099

Janaina (enfermeira): 9111-6748

---

Assinatura / carimbo

❖ *História 2*

O protagonista desta segunda história é um jovem de 30 anos de idade, do sexo masculino. Casado há 2 anos e 8 meses, sua esposa gera o primeiro filho e participou da entrevista. É funcionário público há 7 anos, mas por estar descontente com a profissão de carteiro, prestará vestibular para Fisioterapia na UDESC. Presbiteriano, residente do bairro

Ratones, tipo sanguíneo O+. Internou dia 28/05/01 com diagnóstico médico de IAM lateral.

#### Percepções e expectativas

Cliente procurou a emergência do SOS Córdio encaminhado pelo ambulatório dos Correios, após ter sido atendido pela clínica Cardiocenter e HU onde fora medicado para dores musculares. Avaliado pelo médico plantonista, foi indicado o exame de cateterismo que evidenciou coronárias normais. Quando informado sobre a normalidade do resultado, referiu tranquilidade, mas mantinha ansiedade em relação a primeira internação hospitalar. Negou uso de cigarros e disse que costuma ingerir 2-3 latas de cervejas nos finais de semana. Referiu estresse devido às cobranças vivenciadas por ele no ambiente de trabalho. Referiu, também, descontentamento em relação ao trabalho exercido. Comentou que sua mãe já realizou cirurgia de revascularização do miocárdio e que seu pai também sofria de problemas cardíacos, mas não soube informar patologia.

#### Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas

##### • Psicobiológicas

Lúcido, orientado, e inicialmente pouco comunicativo. Referiu dificuldade visual, para a qual faz uso de óculos. Disse sentir freqüentemente cefaléia, reflexo da sinusite diagnóstica em avaliação médica anterior à internação. Durante a entrevista manteve-se eupneico, com FR = 20 mrm. Sinais Vitais: P = 64 bpm, PA = 110/71 mmHg e T = 36 °C. Relatou beber cerca de 200 ml de água/dia e disse preferir nescau e refrigerantes. Comentou consumir poucas verduras e grande quantidade de frutas como tangerina, banana e laranja. Comentou preferência por peixe frito, pizza, hambúrguer, lasanha, cachorro quente, conservas (palmito, pepino e ovos de codorna), pães e carne ensopada. Comparando o peso e altura do cliente, percebi que apresentava sobrepeso (Peso = 86,9 Kg; Altura = 1,83 m e IMC = 25,9). Mantém curativo compressivo em MSD no local do cateterismo cardíaco, em função de sangramento moderado. Referiu não praticar atividade física. Apesar de carteiro, disse que as entregas de correspondências são feitas por motocicleta, mas disse que costuma carregar muito peso em função da profissão. Recebe Sustrate, Clexane, AAS, Atenol, Lorax, Plavix e Dipirona quando necessário.

##### • Psicossociais



Aos finais de semana, costuma praticar atividades manuais em casa, como serviços de jardinagem, carpintaria, dentre outros. Segundo a esposa, ele é bastante “elétrico” e não pára por um minuto.

- Psicoespirituais

Embora presbiteriano, não costuma praticar atividades na igreja, mas vive os ensinamentos da religião em sua residência e na casa de amigos.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

1. Ansiedade relacionada a mudança de ambiente e primeira internação hospitalar.
2. Risco para infecção cutânea relacionado a incisão em MSD para cateterismo cardíaco.

### **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM (PLANEJAMENTO)**

1. Encorajar o cliente a identificar os sentimentos de ansiedade.
2. Permanecer com o cliente.
3. Ajudar a identificar eventos que aumentem a ansiedade.
4. Dar instruções de maneira clara e simples.
5. Assegurar um ambiente tranquilo, evitando agitação e estresse.
6. Promover a presença e participação da família no cuidado ao cliente.
7. Atentar para sinais de infecção como: dor, calor, rubor e edema.
8. Manter curativo compressivo e orientar para que mantenha imobilidade do membro por três horas.
9. Orientar para que comunique sentimentos de dor no membro cateterizado.
10. Verificar pulso.

### **AVALIACÃO DE ENFERMAGEM (SOAP)**

**DATA: 30/05/01 (QUARTA-FEIRA)**

S – Refere sentir o MSD pesado.

**O** – Lúcido, orientado, comunicativo, deambulante pelo setor. Encaminhado para banho de aspersão. Realizado curativo no local do cateterismo às 6:30 e 9:30 horas em função de sangramento moderado. Aceita a dieta oferecida. Recebeu alta da UTI, porém permanece recebendo os cuidados no setor em função de problemas com o plano de saúde que não autoriza internação em apartamento. Ansioso por alta hospitalar, tenta amenizar seu sentimento ouvindo músicas em aparelho particular. Sinais vitais: P = 64 bpm, PA = 120/80 mmHg, T = 36°C e R = 20 mrm. Recebe: Sustrate 10 mg, Clexane 40 mg, AAS 200 mg, Lorax 1 mg e Plavix 75 mg. Permanece em companhia da esposa.

**A** – Sangramento no local do cateterismo; e

Ansiedade em relação a internação.

**P** – Observar aspectos do curativo, mantendo-o compressivo e reforçando-o sempre que necessário;

Orientar para que mantenha imobilidade do membro;

Avaliar sinais de infecção: dor, temperatura, vermelhidão e edema no membro cateterizado; e

Manter o cliente em companhia da esposa, sempre que possível, esclarecer-lhes dúvidas e orientá-los quanto a necessidade de permanecer internado.

DATA: 31/05/01 (QUINTA-FEIRA)

**S** – Refere incômodo no membro do cateterismo, tipo inchaço.

**O** – Lúcido, orientado, contactuante, deambulante pelo setor em companhia da esposa. Encaminhado ao banho de chuveiro. Realizado troca de curativo no local do cateterismo apresentando edema discreto e hematoma para o qual foi aplicado Hirudoid. Impaciente com relação a internação hospitalar. Enquanto em repouso no leito, costuma praticar leituras e ouvir músicas. Aceita totalmente a dieta oferecida. Sinais vitais: P = 62 bpm, R = 20 mrm, PA = 100/70 mmHg e T = 36,2°C.

**A** – Edema discreto e hematoma no membro cateterizado.

**P** – Providenciar coxim e orientar para que permaneça com o membro apoiado com a finalidade de promover conforto;

Atentar para sinais de infecção: dor, temperatura, vermelhidão e edema no membro cateterizado; e

Avaliar evolução do edema e hematoma apresentado, comunicando alterações.

DATA: 01/06/01 (SEXTA-FEIRA)

Alta hospitalar.

SOS Córdio – Pronto Socorro Cardiológico S/C Ltda.

Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC

Fone: (48) 222-1177

## **ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR**

**J. F. M.,**

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças do coração evidenciamos em você: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, sobrepeso, estresse e história familiar.

Por esse motivo, sugerimos algumas mudanças nos hábitos de vida, com a finalidade de prevenirmos futuras eventualidades.

Obrigada pela confiança depositada no hospital e em nossa equipe. Nos colocamos a sua disposição para assistência ou esclarecimento de dúvidas.

### **❖ DIETA:**

Siga corretamente as orientações fornecidas pela nutricionista do hospital. Evite alimentos ricos em gordura e procure ingerir grande quantidade de frutas e verduras.

### **❖ ATIVIDADES FÍSICAS:**

Após 15 dias da alta hospitalar, sugerimos que pratique, diariamente, atividade física como caminhadas, aumentando distância e ritmo gradativamente.

### **❖ RETORNO ÀS ATIVIDADES PROFISSIONAIS:**

Sugerimos que permaneça afastado das atividades de trabalho por aproximadamente 3 semanas. Após esse período, retome suas atividades gradualmente. Invista em sua

satisfação profissional, investigando possibilidades de transferência dentro da própria instituição, se este for o seu desejo. Procure evitar incômodos e excesso de trabalho.

❖ **ACOMPANHAMENTO CLÍNICO:**

Sugerimos que retorne ao cardiologista dia 18/06 (Segunda-feira) na Prevencordis.

❖ **RETIRADA DE PONTOS:**

Para retirar os pontos no local do cateterismo procure a enfermeira Adriana dia 06/06/01 (Quarta-feira) no setor de emergência do SOS Córdio, .

❖ **CURATIVO NO LOCAL DO CATETERISMO:**

Mantenha o curativo limpo e seco, seguindo as orientações dadas pela enfermeira Adriana.

❖ **MEDICACÃO EM USO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

❖ **CONTATOS:**

Adriana (enfermeira):

Milene (acadêmica de enfermagem): 9998-7099

Dr. Evandro (cardiologista):

❖ ***História 3***

O protagonista desta história internou com o propósito de realizar cirurgia cardíaca eletiva de revascularização do miocárdio. O primeiro contato que tive com o cliente foi minutos antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, por esse motivo a entrevista para a

construção do histórico de enfermagem foi realizada após 6 dias de internação no hospital, quando ele foi transferido para a unidade de internação.

DATA: 21/05/01 (SEGUNDA-FEIRA)

Preparo pré-operatório para revascularização do miocárdio. Realizado tricotomia, orientado para o banho, realizado degermação, vestido camisola estéril, administrado pré-anestésico (Dormonid) às 10:00 horas e encaminhado do centro cirúrgico.

DATA: 22/05/01 (TERÇA-FEIRA)

S – Cliente queixou-se de dor em MSD e costas. Relatou arrependimento em realizar cirurgia cardíaca.

O – 1ºPO de RM. Cliente lúcido, orientado, contactuante e extremamente ansioso. Segue com catéter de O<sub>2</sub> a 3l/min e macronebulização a 7l/min, apresentando saturação de 96%. Apresenta sudorese fria intensa. Realizado curativo em incisão do MSD, em função de sangramento observado em punção de PAM instalada no mesmo membro. Mantém-se imóvel no leito e recebeu orientações para exercitar pernas e braços. Permanece com drenos em pleura e mediastino, drenando 145 ml. no período. Segue com SVD, com bom volume urinário, evidenciado através de balanço hídrico (760 ml. no período). Recebe heparina, KCl, Gluconato de Cálcio 10%, Ringer simples, Haldol, Melleril, Capoten, Lipitor, Sustrate, AAS, Losec, Plasil, Clexane, Solucortef, Sylador, Morfina, Tilatil, e novalgina quando necessário. Sinais vitais: T= 36,2°C, P= 102 bpm, R= 24 mrm, PAM= 85 mmHg e PVC= 25 cmH<sub>2</sub>O. HGT (9:30)= 198.

A – (1) Cliente ansioso, com dúvidas em relação ao PO.

(2) Sudorese intensa.

(3) Imobilidade no leito.

(4) Valor da frequência cardíaca e PVC elevados.

P - (1) Promover um ambiente tranquilo, mantendo o leito com luz apagada.  
Esclarecer dúvidas manifestadas pelo cliente;

- (2) Atentar para sinais de hipo/hipertermia ou hipo/hiperglicemia. Enxugar face frequentemente. Realizar mais de um banho/dia, se necessário;
- (3) Reorientá-lo quanto a importância dos exercícios com pernas e braços. Observar posição de permanência no leito e incentivá-lo, se a frequência dos exercícios não for a esperada; e
- (4) Comunicar alterações no traçado eletrocardiográfico ou FC observadas através do monitor ou relatadas por queixas do cliente. Atentar para o volume urinário e comunicar caso o volume drenado seja menor que 95ml/hora.

DATA: 23/05/01 (QUARTA-FEIRA)

**S** – Cliente refere dificuldade para respirar e dor em braço esquerdo.

**O** – 2º pós-operatório de revascularização do miocárdio. Cliente ansioso, lúcido, orientado, comunicativo, referindo queixas algícas. Permanece com catéter de O<sub>2</sub> a 3 l/min e macronebulização à 11 l/min, com saturação de 95%. Realiza inspirações curtas. Apresenta tosse com expectoração em pequena quantidade. Permanece com drenos (2T e 1 M), porém zerando no período. Segue com sonda vesical de demora, eliminando 230 ml no período. Balanço hídrico = - 185 ml no período. Realizado banho no leito e massagem de conforto. Apresentando cianose intensa enquanto permanecia em DLE em função da dor. Sinais vitais: P = 72 bpm, T = 36°C, PAM = 70 mmHg e PVC = 27 cmH<sub>2</sub>O apresenta sudorese intensa e permanece com cabeceira elevada a 45°. Ao final da manhã, retirado drenos e punções de PAM e PVC.

**A** – Inspirações curtas;

Tosse com expectoração em pequena quantidade;

Cianose intensa ao manuseio;

Valor da PVC elevado; e

Sudorese intensa relacionado a ansiedade.

**P** – Encorajá-lo a realizar inspirações profundas;

Manter a posição da cabeceira em semi-fowler à 30-45°;

- Encorajá-lo a tossir;
- Incentivar ingesta hídrica;
- Administrar medicações para dor, conforme prescrição médica;
- Avaliar a localização, caráter, qualidade e intensidade da dor;
- Observar balanço hídrico;
- Explicar os procedimentos a serem realizados, prestar os cuidados sem pressa;
- Demonstrar segurança;
- Promover um ambiente tranquilo e silencioso;
- Estimular a presença da família na participação dos cuidados; e
- Atentar para alterações no traçado do monitor.

DATA: 24/05/01 (QUINTA-FEIRA)

**S** – Refere dor em braço direito, tipo choque.

**O** – 3º pós-operatório de revascularização do miocárdio. Lúcido, orientado, contactuante. Eupneico, com FR = 20 mrm. Sinais vitais: P = 76 bpm, PA = 110/80 mmHg e T = 36,2°C. Retirado catéter de O<sub>2</sub>. Realizado banho de aspersão. Realizado curativo (incisão torácica e MMSS), observando-se cicatrização favorável. Retirado sonda vesical de demora e punção de subclávia. Aceitou parcialmente a dieta oferecida. Sentou em poltrona e permaneceu com a família. Alta da UTI. Aguarda vaga no setor de internação.

**A** – Dor em MSD, tipo choque; e

Aceitação parcial à dieta oferecida.

**P** – Estimular exercícios com as mãos;

Orientar quanto a normalidade da dor em função da incisão ter atingido nervos da região;

Avaliar localização e intensidade da dor, atentando aos sinais de infecção: dor, calor, rubor e edema;

Incentivar ingesta nutricional;

Oferecer alimentos de acordo com a preferência do cliente; e

Orientá-lo quanto a importância dos nutrientes no processo de cicatrização.

DATA: 25/05/01 (SEXTA-FEIRA)

**S** – Refere ardência ao urinar e dor em MSD.

**O** – 4º pós-operatório de revascularização do miocárdio. Lúcido, orientado, contactuante, deambulante pelo setor. Transferido para o setor de internação onde permanece em companhia da família. Realizado banho de aspersão sob os cuidados da esposa. Trocado curativos e observado excelente fase cicatricial. Realizado ECG, RX tórax e colhido sangue para exames laboratoriais. Orientado quanto a coleta de urina para parcial de urina e cultura. Apresenta edema em mão direita e MMII. Diurese no período = 700 ml. Terapêutica: Sustrate, Capoten, AAS, Losec, Tilatil, Novalgina, Diltizen, Clexane, Haldol, Melleril, Akineton. Sinais vitais: P = 78 bpm, R = 20 mrm, T = 36°C e PA = 120/8-mmHg. Realizado o histórico de enfermagem.

**A** – Ardência ao urinar dificultando a micção; e

Edema em mão direita e MMII.

**P** – Reorientá-lo quanto a importância da coleta de urina para o diagnóstico preciso relativo a ardência e dificuldade para urinar;

Encaminhar material ao laboratório;

Estimular exercícios com braços, mãos, pernas e pés;

Estimular deambulação; e

Orientá-lo a erguer pernas quando permanecer sentado em poltrona.

O cliente desta história é do sexo masculino, com 42 anos, casado há 19 anos, pai de 3 filhos, formado em Economia, exercendo a profissão de funcionário público federal onde é responsável pela revisão de processos do INSS. Católico, procedente de Imbituba, interna dia 19/05/01 para a realização de cirurgia eletiva agendada para o dia 21/05/01 de revascularização do miocárdio. Seu diagnóstico médico principal é insuficiência coronariana - ICO grave triarterial e diagnósticos secundários de depressão, HAS e dislipidemia



### **Percepções e expectativas**

Relatou realizar acompanhamento clínico por aproximadamente 10 anos, consultando numa média de 2x/ano. Apresenta conhecimento sobre a cirurgia realizada e diz não ter mais medo em relação ao pós-operatório e patologia. Comentou ter sido internado anteriormente para tratamento de estresse e em função de infartos do miocárdio nos anos de 1986 e 1998. Relatou ter apresentado um terceiro infarto dia 03/05/01 onde permaneceu internado no Hospital de Caridade até o dia 11/05/01. Em função disso, realizou cateterismo no SOS Córdio dia 14/05/01, resultando em indicação cirúrgica. Retornou ao hospital dia 19/05/01 para a realização de exames pré-operatórios. Além do fumo, outro fator de risco observado diz respeito a história familiar, ambos relatados pelo cliente. Segundo ele, seus pais eram hipertensos e sua mãe sofria de insuficiência coronariana. O cliente permaneceu em companhia da esposa e irmão durante sua permanência no setor de internação.

#### **Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas**

##### **• Psicobiológicas**

Bastante lúcido, orientado e contactuante. Referiu dificuldade visual (miopia) para a qual faz uso de óculos. Durante a entrevista manifestou sentimento de dor em MSD, tipo choque. Disse, também, sentir dor ao engolir e relacionou à permanência do tubo orotraqueal. Manteve-se eupneico, com FR = 20 mrm. Sinais vitais: P = 78 bpm, T = 36°C e PA = 120/80 mmHg. Realiza nebulização e fisioterapia respiratória em função de tosse produtiva que passou a apresentar há 2 dias. Apresenta edema em mão D e refere dor no mesmo membro. Evidencia-se, também, edema em MMII. Comentou não sentir sede e confessou ter o hábito de consumir chimarrão, café e vinho em sua residência. Habitualmente bebia de 3 à 4 latas de cerveja nos finais de semana, acompanhadas de churrasco. Em casa, diz alimentar-se de carne branca, preparadas com pouca adição de sal e fritas no açúcar. Comenta diminuição do apetite e ganho de peso (+/- 4 Kg) após internação hospitalar. Hoje pesa 100 Kg e mede 1,71 m (IMC = 34,1/Obesidade moderada). Afirma não evacuar desde o dia da cirurgia, ao contrário de casa, onde mantinha frequência de 1x/dia. Refere sentir dor ao urinar. Faz uso de prótese dentária em arcada superior de 3 dentes. Referiu dificuldade para dormir relacionado ao desconforto sentido nos MMSS, devido a cirurgia. Comenta que praticava caminhadas diariamente há aproximadamente 1 mês.

- Psicossociais

É proprietário de cavalos e diz praticar montaria sempre que possível. Comenta que, em casa, divide seu tempo, também, entre o trabalho e encontros familiares. Apresentou quadro depressivo há 1 ano atrás.

- Psicoespirituais

É católico, mas parou de participar das novenas e festas religiosas da Irmandade de Santo Antônio, onde era membro ativo, depois que apresentou a crise de estresse.

DATA: 28/05/01 (SEGUNDA-FEIRA)

Fui informada de que o paciente recebeu alta hospitalar no dia anterior, 27/05/01, domingo.

DATA: 29/05/01 (TERÇA-FEIRA)

Paciente retorna ao hospital para a retirada de pontos no local da punção de PAM (pé direito) e local dos drenos.

Aproveitei a oportunidade para orientá-lo quanto aos cuidados a serem tomados após alta hospitalar. São eles:

SOS Córdio – Pronto Socorro Cardiológico S/C Ltda.

Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC

Fone: (48) 222-1177

## **ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR**

**Sr. D. J. S.,**

A cirurgia submetida pelo senhor exigiu da equipe médica, de enfermagem e fisioterapia a prestação de assistência intensiva enquanto permanecia internado nas dependências do nosso hospital. Porém, visto que os cuidados não se dão por completos, embora tenha recebido alta hospitalar, lembramos que o senhor e sua família são responsáveis por dar continuidade a assistência por nós prestada, promovendo uma favorável cicatrização pós-operatória.

Lembramos, porém, que as orientações a seguir esclarecerão dúvidas freqüentes em clientes que se submetem a cirurgias de revascularização do miocárdio, como também são dicas onde você e sua família construirão juntos hábitos de vida mais saudáveis.

Obrigada pela confiança depositada no hospital e equipe, e nos colocamos a sua disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou eventualidade. Lhe desejamos saúde, muita saúde ...

❖ **DIETA:**

Procure realizar refeições pobres em gorduras e modere na quantidade de sal ao preparar os alimentos. Evite, também, o consumo excessivo de café e consuma chimarrão somente 60 dias após a cirurgia. Lembre-se: uma nutrição balanceada reflete diretamente no processo de cicatrização.

❖ **ATIVIDADES FÍSICAS:**

Sabemos que o senhor tem o hábito de cavalgar, porém não recomendamos que pratique tal atividade antes de 60 dias. Recomendamos, sim, que caminhe diariamente, aumentando progressivamente a distância, respeitando, é claro, os limites impostos pelo ritmo do seu coração. Inicialmente, caminhe acompanhado. Orientamos, também, para que evite realizar esforços após as refeições, bem como carregar peso. Dê preferência a leituras, músicas e programas de televisão.

❖ **FUMO:**

O cigarro reduz o oxigênio circulante no sangue, limitando a oferta do mesmo ao coração. Promove também redução do fluxo sanguíneo e aumenta a probabilidade de trombose. Acreditamos que esses fatos mencionados são suficientes para a interrupção do hábito de fumar.

**❖ POSTURA:**

Evite ficar durante muito tempo sentado, mas, quando o fizer, mantenha os pés elevados com a finalidade de promover um melhor retorno de sangue ao coração.

**❖ ATIVIDADE SEXUAL:**

Reassuma com moderação sua vida sexual, aproximadamente, 20 dias após a cirurgia.

**❖ ÁLCOOL:**

Evite consumir bebidas alcóolicas até 30 dias após a cirurgia. Para tanto, após esse período, caso sinta necessidade, retome o hábito com moderação, respeitando o limite de 1 dose por semana.

**❖ AUTOMÓVEL:**

Aconselhamos dirigir dentro de 20 ou 30 dias após a cirurgia, porém por períodos curtos de tempo e com cuidado, pois seus reflexos ainda estão lentos nesse período. Inicialmente, dirija acompanhado.

**❖ REINÍCIO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS:**

Após liberação médica, reassuma gradualmente suas atividades profissionais, porém evite o excesso de trabalho, muito menos deixe-se incomodar por clientes inoportunos.

**❖ VIAGENS:**

Evite viagens muito longas antes de 60 dias. Quando viajar, procure a cada hora sair do carro e caminhar um pouco.

**❖ SONO:**

Aconselhamos que você durma uma média de 8 horas por dia e repouse após cada refeição. Não há nada que impeça o hábito de dormir de lado, caso essa seja uma das posições que lhe cause conforto, porém, enquanto descansar por períodos prolongados, intercale as posições na cama com a finalidade de promover um conforto ainda maior durante o período do sono. Evite, também, dormir de bruço até que todas as incisões estejam completamente cicatrizadas.

**❖ BANHO:**

Banhe-se a vontade, porém, se achar necessário, solicite a presença de companhia durante o banho.

❖ **VISITAS:**

Sabemos que o fato de ter sofrido uma cirurgia cardíaca provoca preocupação por parte de parentes e amigos, resultando em freqüentes visitas durante o período de convalescência. Aproveite o momento para curtir o lar, ambiente que consideramos o mais tranqüilo para sua recuperação. Evite receber muitas visitas ou telefonemas que possam incomodá-lo. Sugerimos também que evite freqüentar lugares muito agitados pelo risco de socializar-se com pessoas que possam estar doentes.

❖ **MEDICACÃO EM USO:**

---

---

---

---

---

Milene Corrêa da Silva

Acadêmica de Enfermagem - UFSC

## **8 AVALIANDO A EXPERIÊNCIA**

### **8.1 O marco conceitual**

A partir do momento em que passei a assistir os clientes e famílias, deparei-me com uma diversidade de maneiras de ver e viver a vida. Diante desse fato, pude perceber que os clientes e suas famílias expressam, em diferentes graus, o medo diante do manifestação da doença, da necessidade de internação, da forma de tratamento, da cirurgia proposta, da morte que acompanha a idéia da cirurgia e, até mesmo, como por exemplo, de uma “simples” retirada de pontos. Estes sentimentos demonstram que os clientes e suas famílias sofrem com a necessidade da mudança de ambiente e, certamente, com o tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico. Conseqüentemente, manifestam alterações no estado de humor, evidenciadas pela intensidade da ansiedade principalmente, nas horas que antecedem a cirurgia.

O relato da história dos clientes evidencia que eles são jovens se comparados à idade de risco para o desenvolvimento da DIC, fator que contribuiu para o aumento da expressão do medo e manifestação de sentimentos desagradáveis, uma vez que são esposos, pais de filhos jovens ou quase pai (a esposa de um deles está gerando o primeiro filho) que carregam consigo desejos e sonhos próprios da idade e da vida de cada um.

A manifestação da doença e necessidade de internação hospitalar, motivo de surpresa ou não para os clientes e famílias, interferiu na maneira de viver a vida. Enquanto internados, estavam sob formas de tratamento e, após alta hospitalar, a orientação era no sentido de demonstrar a importância de moderar e modificar hábitos de vida. Porém, este

fato foi encarado com naturalidade para a maioria deles, pois a necessidade e vontade que tinham de recuperar a capacidade para a satisfazer as necessidades vitais básicas, superava as dificuldades para modificar o estilo de vida (pelo menos neste primeiro momento).

Enquanto prestava a assistência, mais precisamente durante a entrevista, percebi que dois dos clientes estavam trabalhando demais, e um deles estava insatisfeito com sua atividade profissional. Acredito que em ambos os casos, o ambiente social influenciou no desenvolvimento do estresse que, por sua vez pode ter contribuído para o agravamento da doença. Por outro lado, evidenciei que a maioria dos clientes têm o amparo de uma família extremamente ligada, o que, de certa forma pode compensar problemas vivenciados no âmbito profissional. Todos os três permaneceram em companhia das esposas durante o período de internação e sentiram-se mais seguros e amparados quando cuidados por elas. Os filhos, também presentes, contribuíram na recuperação dos clientes pois os “chefes” de famílias sentiam-se preocupados em relação aos filhos, pois sentiam-se incapacitados para desempenhar o papel de “pai cuidador”.

Durante o processo de cuidar, não tive dificuldade em realizar a etapa de levantamento de dados, pois o “Histórico de Enfermagem” já me era familiar durante o curso de graduação. Foi extremamente estimulante realizar as entrevistas durante a assistência. Enquanto as realizava, descobri fatos importantes que foram trabalhados enquanto o cliente permaneceu internado no hospital e no momento da alta hospitalar. Certo dia, enquanto realizava uma das entrevistas, o irmão de um dos clientes mostrou-se surpreso em relação a qualidade da mesma. Não imaginava que as enfermeiras realizassem um tipo de entrevista que englobasse um número tão grande de tópicos.

Por outro lado, apresentei inicialmente inúmeras dificuldades quanto à forma de utilizar os diagnósticos de enfermagem no processo de cuidar. Busquei solucionar minhas dúvidas junto a orientadora, uma das autoras do manual que fiz uso durante todo o processo. Ampliei meus conhecimentos em relação aos diagnósticos à medida que os utilizava na prática assistencial, durante as reuniões com a orientadora e pela oportunidade de participar de palestras ministradas por enfermeiras experientes no uso dos mesmos.

Já a avaliação de enfermagem foi uma das etapas mais gratificantes; avaliei as intervenções propostas e as respostas dos clientes frente às mesmas.

Sugiro às enfermeiras do hospital que utilizem essas etapas na assistência aos clientes. Acredito que o cuidado sistematizado facilita a atuação das mesmas à medida que

ajuda a organizar o tempo disponível para a assistência e demais obrigações. Acredito também que, diante de uma prescrição que engloba as necessidades mais importantes, os clientes certamente satisfarão suas necessidades básicas vitais.

## 8.2 O cuidado *versus* respostas

A medida que prestava assistência percebi que clientes e familiares experimentaram, em graus variados, uma diversidade de sentimentos conseqüentes à necessidade de hospitalização. Mas, foi diante dos clientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio que as emoções, sensações e sentimentos foram expressos em maior intensidade. O pré-operatório, um dos momentos mais tensos, era carregado de medo, dúvidas e incertezas, pois, como os clientes mesmo relatavam, esperavam a hora de “ir para a faca”. O trans-operatório era crítico para a família que aguardava ansiosamente por notícias. Para o cliente, foi no pós-operatório que observei maior inquietação, resultado do medo “daquilo que estava por vir” e dúvidas diante de tantos equipamentos e profissionais.

Visando amenizar estes sentimentos e esclarecer dúvidas, resolvi me reunir com o cliente e sua família e, de uma maneira informal e descontraída, abordei aspectos quanto aos cuidados a serem realizados antes da cirurgia, a estrutura do centro cirúrgico, a anestesia geral, o tubo orotraqueal, a duração esperada da cirurgia, o por quê da permanência na unidade de terapia intensiva e o tempo de permanência nessa unidade, as incisões, drenos, sondas e medicamentos. Procurei, portanto, sintetizar de acordo com o entendimento e vontade de ambos, os cuidados pré, trans e pós-operatório.

Senti que este cuidado promoveu uma maior tranquilidade em relação ao processo cirúrgico, permitiu a expressão de sentimentos, esclareceu dúvidas e promoveu a confiança do cliente e família em relação aos cuidados prestados por mim.

Enquanto o cliente permanecia no centro cirúrgico, procurei manter a família informada quanto ao andamento da cirurgia que durava em torno de 6 a 8 horas, passando-lhes notícias via telefone ou pessoalmente na porta do centro cirúrgico. Avalio essa atitude como “remédio tranquilizante”, pois percebi que o fato de mantê-los informados sobre o andamento da cirurgia refletia em sorriso e alívio, expressões faciais claramente observadas a cada encontro. Por várias vezes fui premiada com abraços e palavras de



estímulos daquelas esposas que, diante das circunstâncias, me viam como a “enfermeira”, uma das responsáveis pela assistência ao esposo.

Na unidade de terapia intensiva voltei minha atenção aos clientes que costumavam manifestar inquietação em relação ao TOT e quando extubados, dor e dificuldade para respirar. Era esperado que os clientes experimentassem sentimentos, sobretudo o medo, diante da quantidade de equipamentos e cuidados prestados. Procurei orientá-los no tempo e espaço e informá-los quanto ao sucesso da cirurgia. Esta preocupação refletiu numa maior aceitação diante dos cuidados e diminuiu a ansiedade manifestada por eles.

Considerando que a presença da família é fundamental durante o processo de cuidar, permiti que esposa, filhos ou outras pessoas importantes para o cliente, o visitassem em diversos horários, conforme a necessidade de ambos. Tal atitude refletiu-se no processo de tratamento dos clientes, à medida em que eles se sentiam amparados pela família e esta se sentia mais tranqüila em relação a evolução do tratamento e aos cuidados prestados pelos profissionais.

Avalio esta preocupação da enfermagem em assistir clientes e família, como facilitadora do cuidado e reflexo do sucesso no tratamento, uma vez que a confiança depositada pelos clientes e famílias no hospital, mais precisamente na equipe de saúde, contribuiu para a adesão ao tratamento.

Quando hemodinamicamente estáveis, os clientes eram transferidos à unidade de internação. Nesse setor assisti simultaneamente cliente e família, trabalhando os cuidados a serem prestados por ambos após alta hospitalar. Ao mesmo tempo que as dúvidas eram esclarecidas, juntos buscávamos formas para que o cliente satisfizesse suas necessidades vitais básicas, mesmo tendo a capacidade diminuída para realizar atividades rotineiras.

### **8.3 Uma experiência multicolorida: de cor-de-rosa à negro**

Durante algum tempo, mais ou menos 4 anos, a clínica cardiológica onde era secretária, dividiu a mesma casa com o SOS Córdio. Acredito que essa relação de amizade facilitou a permissão de estagiar no hospital, assim como me estimulou para realizar o estágio no mesmo, pois poderia fazê-lo no Instituto de Cardiologia, por exemplo.

Conhecia o SOS Córdio porque éramos “vizinhos” e, como geralmente, não sabemos o que se passa dentro da casa dos vizinhos, eu o pintei de cor-de-rosa, pois imaginava não

ter problemas, ser perfeito. Doce ilusão! Já nos primeiros dias de estágio ele me parecia totalmente desconhecido, assustador. A vontade que tinha era de largar tudo e deixar para concluir o curso na próxima fase, realizando o estágio num lugar um pouco mais tranquilo. Tudo isso porque, justamente no período de estágio, o hospital vivenciou mudanças significativas no âmbito administrativo, reflexo observado em todos os setores, inclusive na enfermagem. Do imaginário cor-de-rosa, a realidade me mostrava um hospital negro, repleto de problemas e desconfianças.

Começou a faxina. Parecia aquelas feitas na casa em datas especiais, sabe como é? Aquelas vivenciadas no natal quando reviramos cada canto da casa a procura de sujeira. E foi no coração do hospital, mais precisamente na direção administrativa que a vassoura deu sua mais importante varrida. Nos demais setores, os funcionários que não correspondiam às expectativas também foram convidados a se retirarem da instituição ou remanejados. De negro posso dizer que foi aos poucos clareando, mas ainda está longe do cor-de-rosa.

A enfermagem “sofreu” com as mudanças administrativas. A nova gerente tem a intenção de implantar um programa de educação continuada que, ao que parece, conta com o apoio e interesse dos funcionários. Porém, diante da reforma administrativa, o programa foi postergado.

Toda esta mudança, à primeira vista assustadora, permitiu que eu, ao mesmo tempo que adquiria experiência sobre os problemas vivenciados pelas pessoas com DIC, também pudesse aprender sobre questões vinculadas à administração hospitalar e situações de crise. Hoje sei que o hospital, como qualquer outra casa, depende de uma boa administração para obter o sucesso.

Concluo dizendo que, apesar do susto, toda a experiência foi válida para meu crescimento pessoal. Arrisco-me a dizer que escolheria novamente o SOS Córdio para desenvolver meu estágio de conclusão de curso, pois foi neste hospital pequeno na estrutura, mas grandioso na tecnologia, que tive a oportunidade de rever e fazer amigos, experimentar sensações e, é claro, tornar-me enfermeira.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida em que fui desenvolvendo o estágio, percebi que a sobrecarga de tarefas diárias e a não sistematização da assistência impede que o cuidado seja realizado de forma individualizada.

Sempre vi a enfermagem como uma profissão que buscava “estar ao lado”, educando os clientes, promovendo e recuperando a sua saúde, além, de proporcionar bem-estar e atenção constante à prevenção de incapacidades. A realidade, porém, mostrou-me que o número de enfermeiras e enfermeiros, tanto em hospitais privados como públicos, não corresponde às necessidades de cuidado.

Exemplo disso é a falta de tempo que as enfermeiras dispõem para o levantamento de dados na procura das necessidades humanas básicas não satisfeitas. Durante esta fase, denominada histórico de enfermagem, pude planejar uma assistência individualizada durante a internação do cliente. Da mesma forma, utilizei-me deste conhecimento e elaborei roteiros que, de uma forma simples e direcionada às necessidades e costumes do cliente, podíamos juntos (eu e o cliente) buscar alternativas para que pudessem se cuidar após a alta hospitalar.

Enquanto acadêmica, dispus de tempo suficiente para a execução de tal tarefa, ao contrário das enfermeiras do hospital que apesar de assistirem e orientarem os clientes individualmente, buscando a satisfação das necessidades humanas básicas, acabam não conseguindo tempo para documentar esta assistência. Isso, certamente, é reflexo do excesso de funções administrativas e, muitas vezes burocráticas, que assumem pela forma como está organizada a empresa. Este fato, diminui sensivelmente o tempo disponível

para a assistência direta e completa, que inclui o levantamento de dados, a prescrição e a documentação dos cuidados.

O hospital dispõe de apenas 6 enfermeiras. Durante o dia a instituição conta com três enfermeiras: uma responsável pelos setores de hemodinâmica e centro cirúrgico e duas pelas unidades de terapia intensiva, internação e emergência (uma pela manhã e outra a tarde). Cabe às profissionais, além da assistência aos clientes, a supervisão da equipe de profissionais (técnicos, auxiliares, perfusionistas e instrumentadores) e a realização das tarefas administrativas. À noite apenas uma enfermeira é responsável pela equipe e clientes internados na U.T.I., unidades de internação e emergência.

“Super-heroínas”? De certa forma sim. Desempenhar todas as funções que lhes são atribuídas não é tarefa fácil. Percebo que estas profissionais têm muito mais a oferecer, porém no momento estão sobrecarregadas pelo excesso de demandas administrativas e estressadas como consequência do excesso de trabalho.

Essa experiência de estágio ampliou meus conhecimentos e respondeu ao tema principal do trabalho. Percebi, à medida que assistia aos clientes, que a enfermeira ao receber o cliente na admissão, ao prestar a assistência e orientá-lo no momento da alta, faz com que os mesmos a percebam como um profissional presente em todos os momentos e, nesse sentido, buscam esclarecimentos sobre o tratamento, desabafam seus medos, ansiedade, angústias, dentre outros sentimentos. Percebi também que, à medida que os dias iam passando, crescia a probabilidade de estreitar os laços afetivos e de aumentar a confiança depositada na enfermeira, tanto pelo cliente como pela própria família.

Considero que o papel das enfermeiras e enfermeiros no cuidado aos clientes com doença isquêmica do coração vai muito além da execução dos procedimentos técnicos durante a assistência. Somos responsáveis por assistir não somente às necessidades psicobiológicas não satisfeitas, mas, igualmente, às psicossociais e psicoespirituais que, quando insatisfeitas, podem ser o motivo causal da manifestação da doença.

Sugiro à instituição que amplie o número de profissionais enfermeiros na unidade de internação e emergência, setores que, no momento, estão sob supervisão da enfermeira lotada na unidade de terapia intensiva. Percebo que a U.T.I., apesar do número pequeno de leitos, exige da enfermeira atenção constante, pela instabilidade hemodinâmica da maioria dos clientes internados. Conseqüente a isso, clientes em observação no setor de emergência, “porta de entrada do hospital”, ou internados na unidade de internação

acabam carentes da assistência da enfermeira, geralmente presente nos momentos de urgência. Lembro que, quando prestamos assistência aos clientes, prestamos, também, à família e esta é a maior responsável por propagar a qualidade da instituição dentro e fora dela. Pesquisas realizadas afirmam que: um cliente mal atendido fala mal da instituição para, pelo menos, dez pessoas, enquanto que o bem atendido fala bem para, somente três pessoas e um cliente super bem atendido fala bem para cinco pessoas. Clientes insatisfeitos nem sempre sabem o que desejam, por isso, devemos superar suas expectativas, antecipando aquilo que desejam para que se sintam satisfeitos tanto pelo atendimento da enfermeira como por todos aqueles que, juntos, formam a “cara” do hospital.

Quanto à enfermagem, sugiro uma assistência sistematizada, com a finalidade de garantir aos clientes o atendimento das necessidades não satisfeitas durante sua estadia no hospital. Neste sentido, a aplicação do histórico e diagnósticos de enfermagem, certamente facilita a implementação de cuidados individualizados, voltados às necessidades de cada cliente. Lembro também que, na medida do possível, os clientes recebam no momento da alta hospitalar as orientações de continuidade do tratamento, conforme o modelo deixado junto à gerência de enfermagem. Ao grupo de enfermeiras, sugiro que dêem continuidade à revisão do manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem da U.T.I., conforme as prioridades assistenciais.

Esta experiência de estágio favoreceu meu crescimento pessoal e profissional. Pude contar com a orientação e supervisão de enfermeiras experientes, fato este que considero primordial para o alcance dos objetivos propostos. Conheço na prática, a partir de agora, as formas de diagnóstico e tratamento da doença isquêmica do coração. Mais ainda: hoje sei o valor do diálogo com os clientes que manifestam esta doença e das famílias, que “sofrem” diante dela. O papel das enfermeiras e enfermeiros é, certamente, compreender a situação de cada cliente e família, educando, recuperando e mantendo a saúde daqueles que são a razão de ser da nossa profissão.

## 10 CRONOGRAMA

- Março/2001

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>
19/03 Segunda-feira	Até às 12:00 h	Entrega do Projeto à Banca Examinadora
21/03 Quarta-feira	Às 10:00 h	Entrevista com a Banca Examinadora
22/03 Quinta-feira	Às 17:00 h	Apresentação do Projeto
26/03 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Início do Estágio
27/03 Terça-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
28/03 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h 18:30-20:00 h	Estágio Estágio Palestra “Cateterismo e ACTP”
29/03 Quinta-feira	08:00-12:00 h	Estágio
30/03 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras

- **Abril/2001**

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>
02/04 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio
3/4 Terça-feira	08:00-12:00 h	Estágio
04/04 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
05/04 Quinta-feira	08:00-12:00 h	Estágio
06/04 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
09/04 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio
10/04 Terça-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
11/04 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
12/04 Quinta-feira	08:00-12:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
16/04 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio
17/04 Terça-feira	08:00-12:00 h	Estágio
18/04 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
19/04 Quinta-feira	08:00-12:00 h 19:00-20:00 h	Estágio Palestra “Conhecendo melhor os medicamentos e seus efeitos: anticoagulantes, anestésicos e contrastes”
20/04 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
23/04 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio

24/04 Terça-feira	08:00-12:00 h	Estágio
25/04 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
26/04 Quinta-feira	08:00-12:00 h	Estágio
27/04 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
30/04 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio

- **Mai/2001**

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>
02/05 Quarta-feira	07:00-18:00 h	Estágio
03/05 Quinta-feira	07:00-12:00 h	Estágio
04/05 Sexta-feira	07:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
07/05 Segunda-feira	08:00-12:00 h	Estágio
08/05 Terça-feira	08:00-12:00 h	Estágio
09/05 Quarta-feira	07:00-13:00 h 14:00-17:00 h	Estágio
10/05 Quinta-feira	07:00-08:30 h 16:30-18:30 h	Estágio Palestra sobre "Diagnósticos de Enfermagem"
11/05 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
14/05 Segunda-feira	07:00-12:30 h	Estágio



15/05 Terça-feira	07:00-12:00 h	Estágio
16/05 Quarta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
17/05 Quinta-feira	07:00-19:00 h	Estágio
18/05 Sexta-feira	07:00-12:00 h 13:00-20:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
21/05 Segunda-feira	07:00-12:00 h	Estágio
22/05 Terça-feira	07:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
23/05 Quarta-feira	07:00-12:30 h 13:30-18:00 h	Estágio
24/05 Quinta-feira	07:00-12:30 h	Estágio
25/05 Sexta-feira	07:00-13:00 h 14:00-17:00 h	Estágio Reunião com Orientadora e Supervisoras
28/05 Segunda-feira	07:00-13:00 h	Estágio
29/05 Terça-feira	07:00-12:30 h	Estágio
30/05 Quarta-feira	07:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Estágio
31/05 Quinta-feira	07:00-12:00 h	Estágio

- **Junho/2001**

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>
01/06 Sexta-feira	08:00-12:00 h 14:00-18:00 h	Término do Estágio Confraternização Reunião com Orientadora e Supervisoras
04/06 Segunda-feira		Preparo do Relatório Final
05/06 Terça-feira		Preparo do Relatório Final
06/06 Quarta-feira		Preparo do Relatório Final
07/06 Quinta-feira		Preparo do Relatório Final
08/06 Sexta-feira		Preparo do Relatório Final
11/06 Segunda-feira		Preparo do Relatório Final
12/06 Terça-feira		Preparo do Relatório Final
13/06 Quarta-feira		Preparo do Relatório Final
15/06 Sexta-feira		Preparo do Relatório Final
18/06 Segunda-feira		Preparo do Relatório Final
19/06 Terça-feira		Preparo do Relatório Final
20/06 Quarta-feira		Preparo do Relatório Final
21/06 Quinta-feira		Preparo do Relatório Final
22/06		Preparo do Relatório Final

Sexta-feira		
25/06 Segunda-feira	Até às 12:00 h	Entrega do Relatório aos Membros da Banca
27/06 Quarta-feira	Às 10:00 h	Entrevista com a Banca Examinadora
28/06 Quinta-feira	Das 16:00 às 16:30	Apresentação do Relatório
29/06 Sexta-feira	14:00-17:30 h	Apresentação dos Relatórios

- **Julho/2001**

<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>
02/07 Segunda-feira	14:00-17:30 h	Apresentação dos Relatórios
03/07 Terça-feira	14:00-17:30 h	Apresentação dos Relatórios
13/07 Sexta-feira	Até às 12:00 h  Até às 1 h	Entrega do Relatório Final (Versão Final)  Entrega das notas à Coordenação da Fase

## 11 BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Terezinha, DIAS, Vanessa Rosar Mattos, DORNELLES, Nidia Almeida Tavares, MARTINS, Margareth Linhares. Atendendo as necessidades de manutenção da integridade corporal. In: GELBCKE, Francine Lima, PRADO, Marta Lenize. Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 75-118.

ARONE, Evanisa Maria, PHILIPPI, Maria Lúcia dos Santos. Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao sistema cardiovascular. Série Apontamentos – Saúde. São Paulo: SENAC, 1994. 93 p.

BENDEDET, Silvana Alves, BUB, Maria Bettina Camargo. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134 p.

BENDEDET, Silvana Alves, BUB, Maria Bettina Camargo. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 209 p.

BRASILEIRO, Geraldo Filho et al. Patologia geral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993, 220 p.

BUB, Maria Bettina Camargo. Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BUB, Maria Bettina Camargo. Minha primeira experiência com a pesquisa convergente-assistencial. In: TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Pesquisa em Enfermagem: Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 125-147.

BUB, Théo Fernando. Relacionamento médico-paciente como um jogo de emoções. A importância deste jogo na aderência ao tratamento das doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2001. (MIMEO)

COUTO, Renato Camargos, PEDROSA, Tânia M. Grillo, NOGUEIRA, José Mauro. Infecção hospitalar epidemiologia e controle. Rio de Janeiro: Medici, 1997. 530p.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti, AGUILAR, Olga Maimoni. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de “campo de saúde”. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 51, n. 4, p. 571-588, out/dez. 1998.

DYMOND, Duncan S. Atlas de Infarto do Miocárdio e suas complicações cardiovasculares. – Enciclopédia de Séries Médicas Visuais. Tradução e revisão: CEV – Casa Editorial Ventura. 1997. 134 p. Tradução de: Atlas of Myocardial Infarction: And Related Cardiovascular Complications. – (Encyclopedia of Visual Medicine Series)

ELIOT, Robert S. e cols. Estresse e o Coração. Mecanismos, avaliação e cuidados. Tradução por Arlete Rita Siniscalchi Rigon. Rio de Janeiro: Revinter, 1992, 245 p. Tradução de: Stress and the heart: Mechanisms, Measurements and Management.

GELBCKE, Francine Lima, PRADO, Marta Lenise (Org.). Fundamentos de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. 341 p.

GUYTON, Arthur C. Fisiologia humana. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 564 p.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Cirurgia Cardíaca. Orientações ao Paciente e Família. 12 p. (Catálogo Informativo)

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Manual de prevenção de infecções de sítio cirúrgico. 42 p. (Catálogo Informativo)

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolos de Conduta.. São Paulo, 1999. 540 p.

KUREGANT, Paulina et al. Administração em enfermagem. São Paulo: E.U.P., 1991, 237 p.

LACERDA, Rúbia Aparecida e cols. Buscando Compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu, 1992. 177 p.

LENTZ, Rosemary Andrade. Infecção hospitalar: Um modo de normalizar e padronizar procedimentos invasivos. Florianópolis: Lex Graf, 2000, 88 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. Teorias em enfermagem. Instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, 226 p.

MARCON, Lúcia. Manual de procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Florianópolis, 1989. 153 p. (MIMEO).

MEEKER, Margaret Huth, ROTHROCK, Jane C. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Tradução por Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. 1249 p. Tradução de: Alexander's Care of the Patient in Surgery.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Principais fatores de risco das enfermidades cardiovasculares. Florianópolis, 1999 (MIMEO).

Site: [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)

Site: [www.soscardio.com.br](http://www.soscardio.com.br)

SMELTZER, Suzane C., BARE, Brenda G. BRUNNER, S. L. & SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1992.

SMELTZER, Suzane C., BARE, Brenda G. BRUNNER, S. L. & SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 8<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999, p. 162.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**



DIRETORIA GERAL

COMISSÃO DE ÉTICA

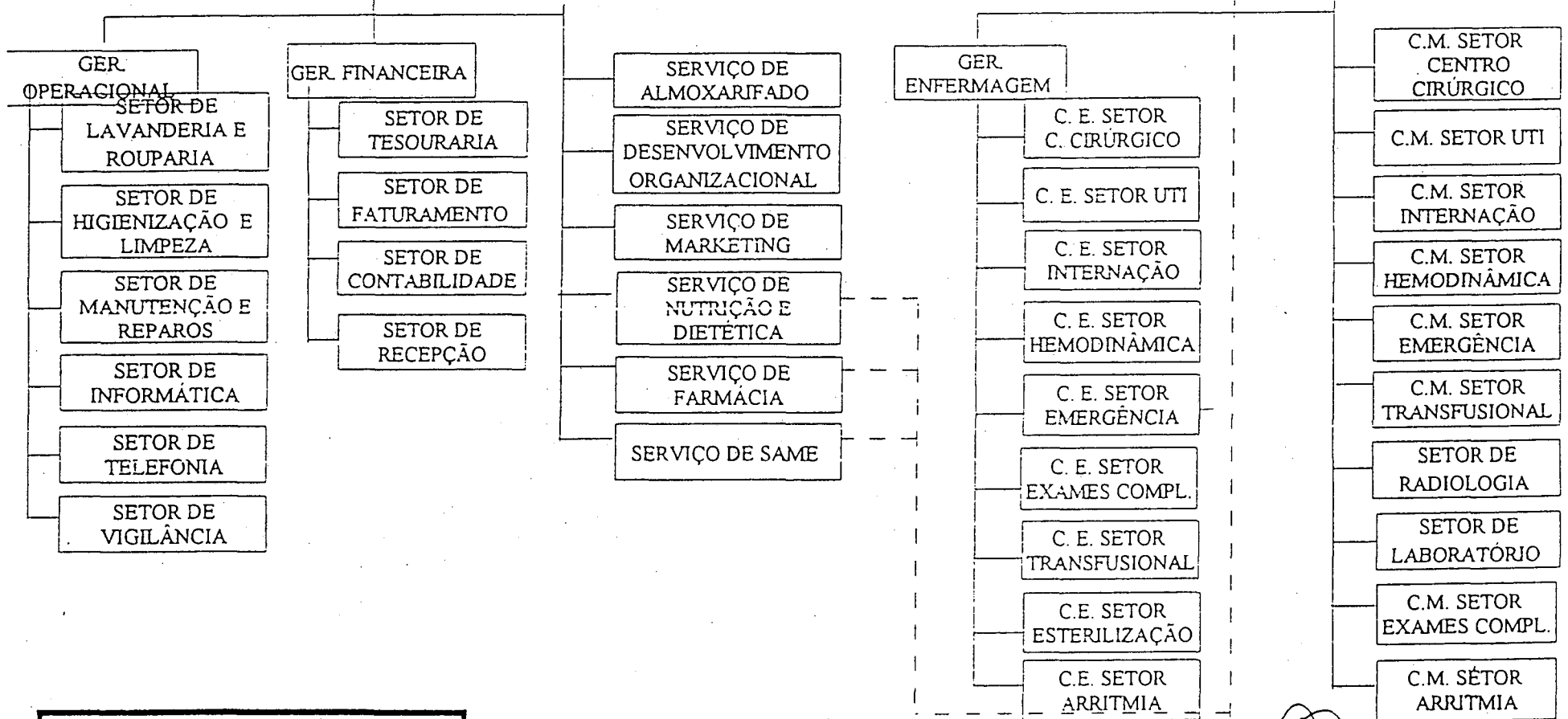
ASSESSORIA JURÍDICA

C.C.I.H.

SECRETARIA

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

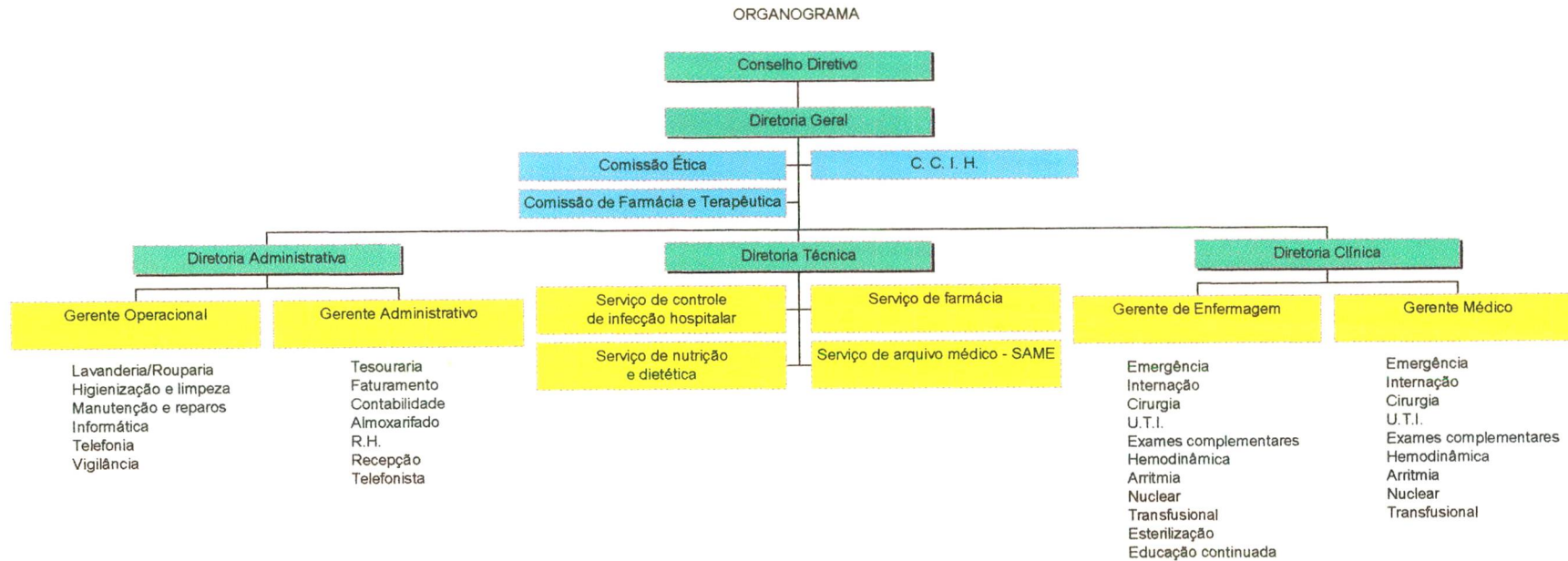
DIRETORIA CLÍNICA



C.E. = Coordenação de Enfermagem  
C.M. = Coordenação Médica

## **ANEXO 2**

# SOS Córdio



## **ANEXO 3**

## **SOS CÁRDIO**

### **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH**

Tendo em vista o expressivo aumento da taxa de infecção hospitalar detectada pelo Serviço no mês de março/2001, principalmente de **BRONCOPNEUMONIAS** e **INFECÇÕES NAS FERIDAS OPERATÓRIAS**, decidimos implantar algumas ações gerais e específicas com a finalidade de controlar e evitar que nossos clientes venham adquirir qualquer tipo de infecção.

#### **1. Medidas Gerais**

##### **1.1 LAVAGEM BÁSICA DAS MÃOS:**

As mãos são o principal meio de transmissão das infecções hospitalares por serem o instrumento mais usado no cuidado com o cliente. Por este motivo, enquanto as atividades forem realizadas num mesmo cliente preconizamos: lavagem das mãos antes do início das atividades, aplicação de álcool glicerinado ou álcool gel, friccionando as mãos até obter secagem espontânea entre as atividades (banho, aspiração de secreções e curativo, por exemplo) e novamente lavagem das mãos ao término das atividades .

A lavagem básica das mãos com água e sabão bactericida bem como a utilização do álcool remove a maioria dos microorganismos da flora transitória e inativa os da flora residente; remove células descamativas, pêlos, suor, sujidades e oleosidades. O objetivo é reduzir a transmissão de microorganismos pelas mãos, prevenindo as infecções.

A eficácia da lavagem simples das mãos depende da duração e da técnica.

- 1) Abra a torneira e molhe as mãos sem encostar na pia;
- 2) ensaboe as mãos, friccionando-as por pelo menos 10 segundos, atingindo: palmas, dorso das mãos, espaços interdigitais, polegares, articulações, unhas e extremidades dos dedos e punhos;
- 3) enxágüe as mãos, retirando totalmente os resíduos;
- 4) enxugue com papel toalha; e,
- 5) feche a torneira utilizando o papel toalha.

#### **2. Medidas específicas**

##### **2.1 PREVENÇÃO DE BRONCOPNEUMONIAS:**

Clientes com coma, hipersedação, anestesia, hipoxemia, DPOC, traqueostomia, drenos torácicos. assistência ventilatória, viroses respiratórias, acidose, edema, déficit nutricional (desnutrição), sondas nasogástricas, uremia, pós-cirúrgicos, fumantes, alcoolistas. Clientes em uso de antibioticoterapia e citostáticos, , e em assistência ventilatória tem uma maior probabilidade de desenvolverem infecção do trato respiratório. Para estes, nossa atenção deverá ser duplicada e as técnicas abaixo realizadas com extremo cuidado.

##### **2.1.1 ENTUBAÇÃO TRAQUEAL:**

1. Verificar a simetria na expansão torácica e auscultar o murmúrio vesicular bilateral.
2. Insuflar corretamente o balão da cânula endotraqueal e em seguida fixá-la à face do cliente de forma segura e mais confortável possível.
3. Manter a umidificação e o aquecimento do ar administrado ao cliente.
4. Observar padrão respiratório e a saturação de oxigênio.
5. Observar se os alarmes estão devidamente acionados e funcionando adequadamente.
6. Proceder à aspiração orotraqueal, se possível, antes mesmo de conectar o cliente ao respirador.
7. Realizar higiene oral 5 vezes ao dia, evitando a colonização da mucosa oral, com a finalidade de prevenir infecções respiratórias e sepse no jejum prolongado.
8. Facilitar a comunicação enquanto o cliente permanecer entubado e consciente com a finalidade de reduzir a ansiedade causada pela cânula e obter maior sincronia entre cliente e respirador.

9. Restringir membros superiores dos clientes confusos, agitados ou sedados, evitando assim uma acidental extubação.

### **2.1.2 ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES (nasal, oral e traqueal):**

1. Adotar técnica asséptica durante a realização da aspiração, aspirando sempre que necessário, evitando, assim, infecção pulmonar e preservando a permeabilidade das vias aéreas.
2. Usar uma sonda para aspiração nasal, uma para aspiração da cavidade oral e uma para aspiração traqueal.
3. Antes da aspiração nasal, lubrificar a narina com xilocayna estéril, três minutos antes. Usar sonda nº 8 ou 10 para este procedimento.
4. Antes de desinsuflar o balonete do tubo endotraqueal, por qualquer motivo, assegurar-se de que as secreções acumuladas acima dele foram removidas.
5. Usar sondas traqueais de preferência nº 12 ou 14.
6. Em caso de cianose, taquicardia, bradicardia ou diminuição do nível de consciência, suspender imediatamente a aspiração e administrar oxigênio para aliviar a hipóxia.
7. Quando o nível do líquido drenado no frasco coletor alcançar mais que a metade do frasco, este deverá ser esvaziado, limpo e colocado em seu interior solução germicida.

### **2.1.3 PRESSÃO DO CUFF:**

A pressão do cuff não deve ultrapassar 20 cmH<sub>2</sub>O ou 15 mmHg. Uma pressão adequada diminui o risco de trauma de traquéia, minimiza vazamentos de ar para fora do sistema e evita aspiração de saliva e secreções altas.

Deve-se manter o cuff da cânula sempre insuflado, com o menor nível de pressão possível, de modo a permitir a manutenção de volumes correntes adequados e, ao mesmo tempo, evitar a aspiração pulmonar de saliva ou alimentos.

Essa pressão deve ser verificada rotineiramente de 8/8 horas, exceto em clientes chocados, onde a verificação deve ser realizada mais freqüentemente, de 6/6 horas, conforme o procedimento descrito abaixo:

1. Explicar ao cliente o procedimento.
2. Aspirar a cavidade oral e também fossas nasais.
3. Medir a pressão do cuff, adaptando a torneirinha a válvula da cânula ou ao balonete da cânula de traqueostomia. (quando for medir a pressão do cuff, antes de conectar a torneira fechar para o cliente, e só após abrir, pois quando conectado aberto o sistema de válvula pode esvaziar o balonete, provocando broncoaspiração das secreções que estão acima do balonete, embora as cavidades nasal e oral tenham sido aspiradas. Quando for retirada a torneira do cuff também fechar antes para evitar que este se esvazie. A marcação do tubo deve ser a nível da comissura labial).
4. Quando a pressão for alta, acima de 30 mmHg, deve-se tentar diminuir a mesma, porém se ocorrer vazamento, que é observado através de bolhas de ar na boca, ou um pequeno ruído de escape de ar, insuflar o cuff até que desapareçam estes sinais.
5. Comunicar imediatamente ao médico.
6. Repetir o procedimento quando for necessário.

### **2.1.4 MUDANÇA DE DECÚBITO:**

Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas (DLE, DD, DLD) observando a posição de melhor adaptação respiratória com a finalidade de prevenir atelectasia pulmonar e acúmulo de secreções.

### **2.1.5 CABECEIRA ELEVADA:**

Manter o cliente em decúbito elevado, de 30 a 45°, sempre que possível, com a finalidade de desobstruir vias aéreas, favorecendo a mecânica respiratória.

### **2.1.6 HIGIENE ORAL:**

Em clientes entubados, o procedimento deve ser realizado 5 vezes ao dia (6-10-14-18-22 horas) com a finalidade de diminuir o risco de desenvolver infecções do trato respiratório e sepse.

### **2.1.7 TROCA DO CIRCUITO DO RESPIRADOR:**

Todo o circuito deverá ser trocado a cada 48 horas. Porém, a “traqueinha” deverá ser trocada 3 vezes ao dia e quando necessário.

## **2.2 PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM FERIDA OPERATÓRIA:**

Alguns fatores podem potencializar o risco da infecção em ferida operatória, como: idade avançada, tabagismo, uso crônico de esteróide, doença de Chron, doenças crônicas debilitantes, diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, infecções em outras áreas do organismo, duração da hospitalização no período pré-operatório, tricotomia com lâmina e duração aumentada da cirurgia. As observações abaixo são voltadas à todos os clientes cirúrgicos com a finalidade de prevenir instalação de infecções, especialmente àqueles cujos fatores acima descritos se encontram presentes.

### **2.2.1 BANHO PRÉ OPERATÓRIO:**

O banho pré-operatório deverá ser realizado com agente antisséptico degermante (clorexidina ou PVP-I) na noite anterior à operação e na manhã imediatamente antes do procedimento.

### **2.2.2 TRICOTOMIA:**

Este procedimento pode destruir algumas das defesas naturais da pele, produzindo múltiplas lesões superficiais e exsudatos que favorecem o crescimento bacteriano. O intervalo de tempo entre a tricotomia e a cirurgia tem um efeito direto sobre a taxa de infecção da ferida operatória, por isso deve-se realizar a tricotomia até 2 horas do ato operatório, limitando-se às áreas em que os pêlos impeçam a visualização do campo operatório ou dificultem a colocação de eletrodos ou de curativos. Deve ser realizada em um ambiente bem iluminado, com tricotomizador e feita por funcionário bem treinado com a finalidade de evitar pequenos cortes ou irritação da pele. Caso isso aconteça, a enfermeira deverá ser comunicada.

Para a realização da tricotomia deve-se aplicar sabão antimicrobiano usando-se compressas úmidas até formar uma espuma através de movimentos circulares e fricção leve da pele. A aplicação da espuma à pele cinco minutos antes da tricotomia capacita a queratina do cabelo para absorver três a quatro vezes mais água ao seu peso. A absorção da água torna o pêlo mais suave e mais fácil de ser tricotomizado.

### **2.2.3 ANTI-SEPSIA DAS MÃOS E ANTEBRACO**

1. unhas curtas e não usar unhas artificiais,
2. esfregação cirúrgica por 2 a 5 minutos com antisséptico apropriado,
3. mãos para o alto, cotovelos dobrados,
4. secar as mãos com toalha estéril e vestir avental e luvas estéreis,
5. limpar embaixo das unhas antes da primeira esfregação do dia,
6. não use jóias
7. não recomendação: sobre uso de esmalte nas unhas.

### **2.2.3 CURATIVO:**

Deve-se manter o curativo estéril nas primeiras 48-72 horas de pós-operatório, por não ter ocorrido a cobertura epitelial da ferida. Avalie periodicamente, pois a parte externa deve ser mantida seca, caso contrário, se a drenagem excessiva de exsudato pedir troca de curativo antes das 48 horas, reforce o curativo com mais chumaços ou gazes estéreis, para inibir a passagem de germes do exterior para a ferida ou troque-o. após a primeira troca deve-se realizar o curativo diariamente após o banho, com rigorosa técnica asséptica no manuseio da ferida.

O melhor curativo é aquele que imite a pele, ou seja, úmido com a finalidade de favorecer a migração celular. Para tal, deve-se seguir alguns critérios\*, como:

1. Manter alta umidade no espaço entre ferida/curativo,
2. remover o excesso de exsudato (fluido inflamatório extravascular com alto conteúdo de proteínas e fragmentos celulares. Tem aparência branco-amarelada do pús) e componentes tóxicos,
3. permitir trocas gasosas,
4. promover isolamento térmico,
5. dispor de proteção contra infecção secundária,
6. estar livre de partículas e contaminantes tóxicos,
7. permitir sua renovação sem trauma na troca,
8. dispor de vários tamanhos (resistentes) e
9. proporcionar conforto ao cliente.

\* Critérios, segundo Turner (1982), citados por Andrade, Dias, Dornelles e Martins, em Gelbcke e Prado (1999).

Princípios e cuidados de enfermagem:

1. Lave as mãos antes e após a realização do curativo,
2. manipule o material esterilizado sempre com auxílio de pinças ou luvas estéreis,
3. irrigue a ferida com soro fisiológico a 0,9% aquecido à 37°C ou temperatura corporal,
4. deixe a ferida e os materiais expostos o menor tempo possível, dispondo o material de modo que fique confortável para você, funcionário, e o cliente, evitando contaminação,
5. as feridas que drenam necessitam troca de curativos cada vez que estejam úmidos com exsudatos (não confunda com o ambiente úmido proporcionado pelo tipo de curativo),
6. a zona de maior contaminação de uma ferida que está drenando está na parte de baixo, por isso em curativos com dreno o reforço de curativo deve ser feito na parte inferior,
7. evite falar ao manipular o material estéril ou a ferida, e
8. use cada gaze somente uma vez no tratamento da ferida.

\* Tipos de curativos, segundo Andrade, Dias, Dornelles e Martins, em Gelbcke e Prado (1999):

- A) Passivo (utilizados para proteger e cobrir a ferida): algodão, gaze, gaze medicada, esparadrapo, micropore, fita cirúrgica.
- B) Interativo ou hidroativo (utilizados para manter um microambiente ótimo para cura da ferida): películas polimerizadas, espumas polimerizadas, polímeros fibrosos e de partículas, hidrogéis e hidrocolóides.
- C) Bioativos (utilizados para resgatar ou estimular a liberação de substâncias ativas durante o processo de cura): alginato de cálcio, polissacarídeos, hidrogéis e hidrocolóides.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Terezinha, DIAS, Vanessa Rosar Mattos, DORNELLES, Nídia Almeida Tavares, MARTINS, Margareth Linhares. Atendendo as necessidades de manutenção da integridade corporal. In: GELBCKE, Francine Lima, PRADO, Marta Lenize. Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 75-118.
- COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia M. Grillo; NOGUEIRA, José Mauro. **Infecção Hospitalar** Epidemiologia e Controle. Rio de Janeiro: Medici, 1997. 530p.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Cirurgia Cardíaca. Orientações ao Paciente e Família. 12 p.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Manual de Prevenção de Infecções de Sítio Cirúrgico. 42 p.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolos de Conduta.. São Paulo, 1999. 540 p.
- Lacerda, Rúbia Aparecida e cols. Buscando Compreender a Infecção Hospitalar no Paciente Cirúrgico. São Paulo: Atheneu, 1992. 177 p.
- Marcon, Lúcia. Manual de Procedimentos de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Florianópolis, 1989. 153 p.
- Prado, Marta Lenize, Gelbcke, Francine Lima. Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. 341 p.



**ANEXO 4**

## PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

### LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS:

#### NORMA:

As mãos devem ser lavadas antes do início das atividades, mesmo que essa exija o uso de luvas. Entre cada atividade realizada num mesmo cliente (curativo, punção, higiene do paciente, sondagem, medicação, aspiração) é dispensável a lavagem das mãos, porém faz-se necessário a aplicação de álcool glicerinado ou álcool gel, friccionando as mãos até obter secagem espontânea. Ao término das atividades no mesmo cliente o funcionário deve novamente lavar suas mãos.

#### ROTINA:

A lavagem das mãos deve ser realizada por todos aqueles que entrarem em contato com o cliente, seja médico, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, técnico de RX e laboratório, dentre outros.

#### PROCEDIMENTO:

1. Abra a torneira e molhe as mãos sem encostar na pia;
2. ensaboe as mãos, friccionando-as por pelo menos 10 segundos, atingindo: palmas, dorso, espaços interdigitais, polegares, articulações, unhas e extremidades dos dedos e punhos;
3. enxágüe as mãos, retirando totalmente os resíduos;
4. enxugue com papel toalha; e
5. feche a torneira utilizando o papel toalha.

## AValiação das Funções Vitais

### ROTINA:

Os sinais vitais devem ser verificados de 2/2 horas, exceto naqueles clientes em uso de Streptoquinase, onde o controle deverá ser feito de 15/15 minutos. Clientes provenientes do setor de Hemodinâmica pós cateterismo ou angioplastia, deverá ser realizado o controle de PA e pulso a cada 30 minutos, nas 2 primeiras horas. Não havendo intercorrências segue a rotina da unidade de 2/2 horas. Para os clientes que recebem administração de drogas vasoativas ou com catéter de Swan-Ganz o controle deverá ser feito de 1/1 hora. A equipe de enfermagem é responsável pela verificação dos sinais vitais.

### PROCEDIMENTO:

- ❖ Temperatura (região axilar: 36,0°C à 37,0°C)
  1. Lave o termômetro com água e sabão;
  2. Friccione-o com álcool;
  3. certifique-se que a coluna de mercúrio esteja abaixo de 35°C;
  4. a região axilar deverá estar seca;
  5. mantenha o termômetro por 7 a 10 minutos;
  6. ao retirar o termômetro do cliente, segure-o pelo corpo e nunca pelo bulbo; e
  7. registre a temperatura e comunique qualquer alteração.
- ❖ Pulso (FC = 60 à 100 bpm)
  1. coloque três dedos sobre a artéria pulsante e mantenha a mão firme sobre esta região do corpo;
  2. aplique ligeira pressão até conseguir palpar o pulso, mantenha a pressão;
  3. conte o pulso durante um minuto, caso a frequência seja muito rápida, irregular ou lenta). Se o pulso for regular, conte a frequência durante trinta segundos e duplique esse número;
  4. avalie também o ritmo (regular ou irregular) e amplitude (fraco/filiforme ou forte/cheio); e
  5. registre a frequência e comunique qualquer alteração.
- ❖ Respiração (FR = 12 à 24 mrm)
  1. Coloque os dedos na artéria radial, simulando a verificação da frequência cardíaca, com a finalidade de não provocar mudança do ritmo respiratório;
  2. observe os movimentos respiratórios durante 30 segundos, caso os intervalos sejam rítmicos ou por 1 minuto, se arritmico;
  3. registre a frequência e comunique qualquer alteração.
- ❖ Pressão arterial (Sistólica = 140 à 85 mmHg e Diastólica = 90 à 60 mmHg)
  1. Coloque o manguito a 3 cm acima da prega do cotovelo;
  2. identifique a pulsação da artéria braquial;
  3. adapte as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
  4. identifique o pulso da artéria radial;
  5. feche a válvula de ar;
  6. insufle o manguito até perceber o desaparecimento do pulso radial;
  7. insufle mais 10 mmHg;
  8. esvazie o manguito;

9. perceba o valor do primeiro e último ruído, pressão sistólica e diastólica, respectivamente;
10. registre o valor e comunique qualquer alteração.

❖ Pressão venosa central – PVC (linha axilar média = 5 à 15 cmH<sub>2</sub>O, linha anterior do tórax = +2 à -2 cmH<sub>2</sub>O e transdutor = 4 à 6 mmHg)

1. verifique se a coluna de água está cheia;
2. posicione o paciente em decúbito dorsal, respeitando a angulação em que a P.V.C. foi instalada;
3. retire travesseiro e coxins;
4. feche todas as infusões;
5. abra a torneira para a P.V.C.;
6. solicite ao cliente que inspire mais profundamente;
7. observe a descida da coluna de água até que pare de descer;
8. solicite ao cliente que respire normalmente;
9. registre mentalmente o resultado;
10. feche a P.V.C.;
11. abra todas as infusões e observe os gotejamentos;
12. posicione o paciente confortavelmente;
13. encha novamente a coluna de água e proteja a ponta do equipo; e
14. registre o resultado e comunique qualquer alteração.

❖ Pressão arterial média – PAM (valor normal = 60 à 100 mmHg)

1. Posicione o cliente em decúbito dorsal;
2. ache o ponto zero;
3. coloque a régua com nível sobre o tórax, no quarto espaço intercostal, na altura dos mamilos;
4. coloque outra régua, verticalmente, no lado do tórax, e meça sua altura;
5. utilize a régua com nível para marcar o ponto zero, partindo da marca do tórax até o ponto zero; e
6. verifique e registre o resultado da P.A.M. e comunique qualquer alteração.

## INTEGRIDADE CORPORAL

### **CURATIVO:**

#### NORMA:

A cobertura secundária deve ser sempre mantida seca e durante a troca do curativo todo material que entrar em contato com o ferimento deverá estar esterilizado.

#### ROTINA:

Os curativos deverão ser realizados por funcionário da equipe de enfermagem bem treinado, logo após o banho do cliente. O intervalo de trocas deverá ser diminuído caso o curativo apresente-se úmido.

#### PROCEDIMENTO:

1. Prepare o ambiente;
2. exponha a ferida e o material estéril o menor tempo possível;
3. evite falar ao manipular o material estéril e a ferida;
4. disponha o material a ser utilizado de forma cômoda ao procedimento;
5. comece a irrigação pelo local da incisão, do local mais limpo (centro da ferida) para o mais sujo (bordas);
6. conserve as pinças com as pontas voltadas para baixo;
7. utilize soro morno durante a realização do curativo com a finalidade de respeitar a temperatura corporal e favorecer a multiplicação celular e a cicatrização;
8. observe a presença de infecção (secreção purulenta, hipertermia, edema ou eritema) e colha material para cultura, se necessário; e
9. proteja a ferida com material estéril;

## **ANEXO 5**

S.O.S. CÁRDIO – PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO S/C LTDA.

DATA:

HORA:

## **HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

### **1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:

Sexo:

Raça:

Data de nascimento:

Idade

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação atual:

Religião:

Procedência:

Grupo sanguíneo/ Fator Rh:

Médico assistente:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos secundários:

Data da internação:

Convênio:

Registro:

Apt.:

### **2. PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVA:**

Conhecimento sobre sua doença atual:

Conhecimento sobre cirurgia proposta ( se tratamento cirúrgico):

Conhecimento sobre o local de internação:

Experiências anteriores (internações e cirurgias):

Queixas, medos, preocupações, hábitos e vícios (fumo, álcool, estresse, história familiar, ...):

### **3. PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:**

#### **❖ NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS**

#### **REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência:

Convulsões:

Crises conversivas:

Vertigens:

#### **PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:**

Visual:

Auditiva:

Olfativa:

Tátil:

Gustativa:

Dolorosa:

#### **OXIGENACÃO: (dispnéia, tosse, expectoração, FR)**

Problemas que dificultam:  
Outros problemas relacionados:

#### **ATIVIDADE FÍSICA:**

Exercícios e atividades físicas praticadas (sedentarismo):  
Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas:  
Mecânica corporal (postura, atividade motora):

#### **CUIDADO CORPORAL:**

Necessidade higiênica:  
Necessidade de tricotomia:

#### **SEGURANÇA FÍSICA/MEIO AMBIENTE:**

Necessidade de prevenção de quedas:  
Necessidade de isolamento:  
Necessidade de prevenção de fugas:  
Necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente hospitalar e/ou residencial:

#### **SEXUALIDADE:**

Problemas relacionados com os órgãos genitais:  
Problemas relacionados com a vida sexual:

#### **CRESCIMENTO CELULAR:**

Problemas gerais:  
Problemas relacionados com a quimioterapia:  
Problemas relacionados com a radioterapia:

#### **TERAPÊUTICA (rede venosa periférica: visibilidade, perfusão, fragilidade):**

Condições dos músculos para terapia IM:  
Condições da rede venosa para terapia EV:  
Necessidade de terapêutica:

#### **INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA (pele corada, descorada, lesões):**

Pele:  
Couro cabeludo:  
Olhos e pálpebras:  
Ouvidos:  
Boca:  
Nariz:  
Língua:  
Dentes:  
Garganta:  
Ânus:  
Órgãos genitais:  
Abdome:

#### **❖ NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

Comunicação:  
Gregária:  
Recreação e lazer:  
Segurança emocional:  
Amor/aceitação:  
Auto-estima/auto-confiança/auto-respeito:  
Liberdade e participação:  
Educação para a saúde/aprendizagem:



Espaço:  
Criatividade:

❖ **NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

Religiosidade:  
Espiritualidade:

---

Enfermeira Responsável (carimbo/assinatura)

**ANEXO 6**

SOS Córdio Serviços Hospitalares S/C Ltda.  
Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC  
Fone: (48) 222-1177

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos  
Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) viúvo  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação atual: \_\_\_\_\_  
Religião: ( ) católico ( ) evangélico ( ) espírita ( ) \_\_\_\_\_  
Grupo sanguíneo/Fator Rh: \_\_\_\_\_  
Médico assistente: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos secundários: \_\_\_\_\_  
Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2. PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVAS e PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

\_\_\_\_\_  
Enfermeira (Carimbo / Assinatura)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 7**

## O que é ...

A unidade de terapia intensiva – U.T.I. é um setor do SOS Córdio que controla rigorosamente o estado hemodinâmico dos clientes durante 24 horas com o objetivo imediato de recuperar e manter a vida e mediato de prevenir incapacidades. Dispomos de sete leitos, todos individualizados, uns especialmente montados para pós-operatório de cirurgias cardíacas. Está equipada com monitores cardíacos, respiradores, carrinho de emergência, monitorização invasiva como catéter de swan-ganz e balão intra-aórtico.

Prestam assistência uma equipe de enfermagem e médica especializada em intercorrências cardiovasculares. Esta equipe conta com o suporte de técnicos de RX, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas.

As visitas podem ser realizadas das 14:00 às 14:30 e 19:30 às 20:00 horas, respeitando-se o limite de dois visitantes, alternadamente. Não será permitida a entrada de visitantes em horários especiais, exceto com a autorização da enfermeira. Diariamente, também, familiares e amigos têm acesso a informações sobre o cliente junto ao boletim médico, relatório dispensado à recepção às 11:30 e 19:00 horas pelo cardiologista sobre o estado de saúde do cliente no período.

## O hospital S.O.S. Córdio ...

O SOS Córdio é um hospital privado, fundado com o propósito de prestar atendimento 24 horas às pessoas com intercorrências cardiovasculares, através da realização de serviços como pronto-atendimento, internação, terapia intensiva, cirurgias cardíacas ou gerais e métodos diagnósticos e terapêuticos. Proporciona a facilidade de encontrar em um único local, exames e procedimentos, como: RX e exames laboratoriais (somente para clientes internos), ecocardiograma, teste ergométrico, holter 24 horas, mapa 24 horas, implantes e avaliações de marcapassos e desfibriladores, instalação de gravadores de eventos (Loop Recorder), cardioestimulação eletrofisiológica transesofágica (CETE), teste de inclinação (Tilt Test), estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência, cateterismo, angioplastia e ultra-som intracoronário.

Atendemos pelos seguintes convênios: Afalesc, Assefaz, Brasil Assistance, Cassi, Correios, Eletrosul, Elosaúde, Embratel, Fassincra, Funcef, Geap, Gerasul, Omint, Unimed e Vompar.

© SILVA, SOUZA, MAESTRI, EICH, BUB

SOS Córdio Serviços Hospitalares S/C Ltda.

Av. Trompowsky, 399 – Centro – Fpolis

Fone: (48) 222-1177

## Unidade de Terapia Intensiva U. T. I.

[www.soscordio.com.br](http://www.soscordio.com.br)

[soscordio@soscordio.com.br](mailto:soscordio@soscordio.com.br)

[enfermagem@soscordio.com.br](mailto:enfermagem@soscordio.com.br)

São cuidados prestados e equipamentos utilizados em nossa U.T.I.:

#### ❖ LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS

Lave suas mãos antes e após o contato com o cliente, com a finalidade de remover bactérias presentes na pele. Você certamente estará protegendo a si e aquele que tanto gosta.

#### ❖ BANHO NO LEITO

Diariamente, nossa equipe de enfermagem realiza banho no próprio leito com a finalidade de garantir higiene e conforto aos clientes.

#### ❖ CATÉTER NASAL E MÁSCARA FACIAL

É um catéter e/ou máscara que está conectado a rede de oxigênio com a finalidade de dar suporte de O<sub>2</sub> ao cliente.

#### ❖ ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

Tubo introduzido na traquéia pela boca ou nariz com a finalidade principal de assegurar uma via aérea livre. Esse tubo, conectado ao respirador, garante suprimento de oxigênio necessário ao cliente.

#### ❖ OXÍMETRO DE PULSO

Fixação, geralmente, num dos dedos da mão, serve para conhecer a quantidade de oxigênio transportado no sangue.

#### ❖ SINAIS VITAIS

A cada 2 horas, é rotina da unidade a verificação de temperatura, pulso, pressão arterial e frequência respiratória, com a finalidade de monitorar dados essenciais à manutenção da vida.

#### ❖ MONITOR CARDÍACO

Utilizado com o objetivo de observar continuamente a frequência cardíaca, o ritmo cardíaco e o traçado eletrocardiográfico. A transmissão para o monitor se dá através do contato direto de eletrodos e cabos.

#### ❖ PUNÇÃO VENOSA

Os medicamentos podem ser administrados por várias vias, porém quando diretamente na corrente sanguínea são mais rapidamente absorvidos pelo organismo. Por esse motivo, mantemos um acesso venoso contínuo para a administração de medicamentos.

#### ❖ BOMBA DE INFUSÃO

Aparelho instalado com a finalidade de controlar rigorosamente o gotejamento de medicamento administrada na veia do cliente.

#### ❖ DRENAGEM DE TÓRAX

Tubo flexível, inserido cirurgicamente, com a finalidade de eliminar o excesso de ar, líquido ou sangue, reestabelecendo a expansão pulmonar.

#### ❖ SONDA VESICAL

Tubo flexível instalado diretamente na bexiga para esvaziar a bexiga ou monitorar a quantidade de líquido recebida e eliminada pelo cliente.

#### ❖ COLCHÃO PIRAMIDAL

Tipo especial de colchão, utilizado em pacientes acamados por muito tempo como prevenção de feridas.

#### ❖ SONDA NASOGÁSTRICA

Tubo flexível que vai do nariz ou boca até o estômago, instalado quando o cliente não é capaz de alimentar-se adequadamente, seja por problemas físicos ou falta de apetite.

*Baru llo*  
*Extrator pónea*  
*cardíaco 02/10*

**ANEXO 8**

## DATA DA MARCAÇÃO:

DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

### Lembre-se:

- ❖ Telefone, na véspera do exame, para confirmar dia e horário do mesmo.
- ❖ Venha acompanhado por pessoa que possa dirigir o veículo por você, pois somente após 48 horas do término do exame, você estará liberado para guiar veículos.
- ❖ Providencie autorização junto ao convênio da requisição médica. **ATENÇÃO:** Pedidos não autorizados implicam na suspensão do exame.
- ❖ Em caso de dúvidas ou necessidade de remarcação do exame, favor entrar em contato com o setor de hemodinâmica.
- ❖ Comunique casos de alergias, febres ou qualquer outra anormalidade.

## O hospital S.O.S. Cárdio ...

O SOS Cárdio é um hospital privado, fundado com o propósito de prestar atendimento 24 horas às pessoas com intercorrências cardiovasculares, através da realização de serviços como pronto-atendimento, internação, terapia intensiva, cirurgias cardíacas ou gerais e métodos diagnósticos e terapêuticos. Proporciona a facilidade de encontrar em um único local, exames e procedimentos, como: RX e exames laboratoriais (somente para clientes internos), ecocardiograma, teste ergométrico, holter 24 horas, mapa 24 horas, implantes e avaliações de marcapassos e desfibriladores, instalação de gravadores de eventos (Loop Recorder), cardioestimulação eletrofisiológica transesofágica (CETE), teste de inclinação (Tilt Test), estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência, CATETERISMO, angioplastia e ultra-som intracoronário.

Atendemos pelos seguintes convênios: Afalesc, Assefaz, Brasil Assistance, Cassi, Correios, Eletrosul, Elosaúde, Embratel, Fassincra, Funcef, Geap, Gerasul, Omint, Unimed e Vompar.

© SILVA, SOUZA, MAESTRI, BUB

SOS Cárdio Serviços Hospitalares S/C Ltda.

Av. Trompowsky, 399 – Centro – Fpolis

Fone: (48) 222-1177

## CATETERISMO CARDÍACO

[www.soscardio.com.br](http://www.soscardio.com.br)

[soscardio@soscardio.com.br](mailto:soscardio@soscardio.com.br)

[enfermagem@soscardio.com.br](mailto:enfermagem@soscardio.com.br)



## O que é ...

Cateterismo cardíaco é um procedimento diagnóstico invasivo onde um catéter é introduzido, através de veia ou artéria, do braço ou perna, com destino às cavidades do coração e as artérias coronárias.

Através da injeção de contraste e a utilização de RX, examina-se com a finalidade de diagnosticar lesões que possam estar ocluindo a luz dessas artérias, o que comumente resulta em dor no peito, a tão indesejável, angina.

O exame é realizado por uma equipe especializada e tem a duração de aproximadamente 30 a 40 minutos. Terminado o exame, o cliente é encaminhado a uma sala para uma breve observação e, mais tarde, liberado do hospital caso não haja intercorrências.

## Cuidados pré-cateterismo:

- ❖ Alimente-se normalmente até às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas (jejum de 6 horas). Após esse horário, mantenha jejum absoluto.
- ❖ Caso haja necessidade de medicar-se durante o período de jejum, ingira os medicamentos com o mínimo de água possível.
- ❖ Não medique-se com hipoglicemiantes (medicação para diabetes) durante o período de jejum.
- ❖ O uso de anticoagulante oral (Marcoumar, Marevan, etc.) implica na suspensão do medicamento por 4 dias antes do exame.

## Cuidados pós-cateterismo:

- ❖ **IMPORTANTE:** ingira grande quantidade de líquido com a finalidade de eliminar o contraste infundido durante o procedimento.
- ❖ Comunique tontura, náuseas, vômitos ou calor, edema vermelhidão, formigamento, dor, e qualquer sensação no membro cateterizado.
- ❖ Realize exercícios de abrir e fechar a mão do braço cateterizado.
- ❖ Não flexione o braço cateterizado nas 3 primeiras horas após o exame.
- ❖ Não carregue peso com o braço cateterizado até a retirada dos pontos, que será realizada após 8 dias do exame.
- ❖ Mantenha a cicatriz limpa e seca, realizando, diariamente, curativo com soro fisiológico e proteção com gaze estéril.

## **ANEXO 9**

## DATA DA MARCAÇÃO:

DIA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas

### Lembre-se:

- ❖ Telefone, na véspera do exame, para confirmar dia e horário do mesmo.
- ❖ Providencie, junto à recepção do SOS Córdio, internação hospitalar em UTI.
- ❖ Providencie autorização junto ao convênio da requisição médica.  
ATENÇÃO: Pedidos não autorizados implicam na suspensão do procedimento.
- ❖ Em caso de dúvidas ou necessidade de remarcação do procedimento, favor entrar em contato com o setor de hemodinâmica.
- ❖ Comunique casos de alergias, febres ou qualquer outra anormalidade.

## O hospital S.O.S. Córdio ...

O SOS Córdio é um hospital privado, fundado com o propósito de prestar atendimento 24 horas às pessoas com intercorrências cardiovasculares, através da realização de serviços como pronto-atendimento, internação, terapia intensiva, cirurgias cardíacas ou gerais e métodos diagnósticos e terapêuticos. Proporciona a facilidade de encontrar em um único local, exames e procedimentos, como: RX e exames laboratoriais (somente para clientes internos), ecocardiograma, teste ergométrico, holter 24 horas, mapa 24 horas, implantes e avaliações de marcapassos e desfibriladores, instalação de gravadores de eventos (Loop Recorder), cardioestimulação eletrofisiológica transesofágica (CETE), teste de inclinação (Tilt Test), estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência, CATETERISMO, angioplastia e ultra-som intracoronário.

Atendemos pelos seguintes convênios:  
Afalesc, Assefaz, Brasil Assistance, Cassi, Correios, Eletrosul, Elosaúde, Embratel, Fassincra, Funcef, Geap, Gerasul, Omint, Unimed e Vompar.

SOS Córdio Serviços Hospitalares S/C Ltda.

Av. Trompowsky, 399 – Centro – Fpolis

Fone: (48) 222-1177

## ANGIOPLASTIA

[www.soscardio.com.br](http://www.soscardio.com.br)

[soscardio@soscardio.com.br](mailto:soscardio@soscardio.com.br)

[enfermagem@soscardio.com.br](mailto:enfermagem@soscardio.com.br)

## O que é ...

Angioplastia é um procedimento terapêutico empregado para corrigir eventuais estreitamentos formados por placas nas artérias coronárias.

A intervenção inicia com a introdução de um catéter-guia em um vaso do braço ou perna até o coração. Durante o procedimento, há injeção de contraste e utilização de RX com o objetivo de examinar as artérias coronárias, semelhante ao cateterismo cardíaco.

A medida que o procedimento vai avançando, insere-se através do catéter guia um segundo catéter, menor e mais flexível, contendo em sua ponta um balão. Frente a placa, o balão é insuflado e desinsuflado várias vezes com o objetivo de “amassar” tal obstrução, permitindo que o sangue flua adequadamente. Há casos em que, além do balão, instala-se stents, material semelhante a uma rede que, guiado por um catéter, é inserido permanentemente no vaso obstruído.

A angioplastia coronária é realizada por um grupo de profissionais especializados e tem a duração de aproximadamente 1 hora. Ao término do procedimento, o cliente é encaminhado à U.T.I. para um melhor acompanhamento hemodinâmico por aproximadamente 24 horas.

## Cuidados pré-angioplastia:

- ❖ Alimente-se normalmente até às \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ horas (jejum de 6 horas). Após esse horário, mantenha jejum absoluto.
- ❖ Caso haja necessidade de medicar-se durante o período de jejum, ingira os medicamentos com o mínimo de água possível.
- ❖ Não medique-se com hipoglicemiantes (medicação para diabetes) durante o período de jejum.
- ❖ O uso de anticoagulante oral (Marcoumar, Marevan, etc.) implica na suspensão do medicamento por 4 dias antes do exame.

## Cuidados pós-angioplastia:

- ❖ **IMPORTANTE:** ingira grande quantidade de líquido com a finalidade de eliminar o contraste infundido durante o procedimento.
- ❖ Comunique tontura, náuseas ou vômitos e calor, edema vermelhidão, formigamento, dor, e qualquer sensação no membro da angioplastia.
- ❖ Se o procedimento for realizado pelo braço, realize exercícios de abrir e fechar a mão e não flexione o braço nas 3 primeiras horas após o exame.
- ❖ Caso o procedimento tenha sido realizado pela perna, você deverá manter repouso absoluto no leito, não flexionando o membro durante o repouso e por \_\_\_ horas após a retirada do introdutor.
- ❖ Após 5 horas do término da angioplastia, será coletado sangue com a finalidade de avaliar a possibilidade da retirada do introdutor.

**ANEXO 10**

**S.O.S. CÁRDIO** Serviços Médicos Hospitalares S/C Ltda.  
Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC  
Fone: (48) 222-1177 Ramal: 234 ou 239

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrega do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A partir das \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

**EXAME REALIZADO:**

- |                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Holter 24 horas | <input type="checkbox"/> Teste ergométrico |
| <input type="checkbox"/> Mapa 24 horas   | <input type="checkbox"/> Eco doppler       |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo     | <input type="checkbox"/> Angioplastia      |
| <input type="checkbox"/> Loop Recorder   |                                            |

*Horário para entrega de exames:  
das 7:00 às 19:00 horas*

**S.O.S. CÁRDIO** Serviços Médicos Hospitalares S/C Ltda.  
Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC  
Fone: (48) 222-1177 Ramal: 234 ou 239

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrega do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A partir das \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

**EXAME REALIZADO:**

- |                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Holter 24 horas | <input type="checkbox"/> Teste ergométrico |
| <input type="checkbox"/> Mapa 24 horas   | <input type="checkbox"/> Eco doppler       |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo     | <input type="checkbox"/> Angioplastia      |
| <input type="checkbox"/> Loop Recorder   |                                            |

*Horário para entrega de exames:  
das 7:00 às 19:00 horas*

**S.O.S. CÁRDIO** Serviços Médicos Hospitalares S/C Ltda.  
Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC  
Fone: (48) 222-1177 Ramal: 234 ou 239

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrega do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A partir das \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

**EXAME REALIZADO:**

- |                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Holter 24 horas | <input type="checkbox"/> Teste ergométrico |
| <input type="checkbox"/> Mapa 24 horas   | <input type="checkbox"/> Eco doppler       |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo     | <input type="checkbox"/> Angioplastia      |
| <input type="checkbox"/> Loop Recorder   |                                            |

*Horário para entrega de exames:  
das 7:00 às 19:00 horas*

**S.O.S. CÁRDIO** Serviços Médicos Hospitalares S/C Ltda.  
Av. Trompowsky, 399 – Centro – Florianópolis – SC  
Fone: (48) 222-1177 Ramal: 234 ou 239

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrega do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A partir das \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

**EXAME REALIZADO:**

- |                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Holter 24 horas | <input type="checkbox"/> Teste ergométrico |
| <input type="checkbox"/> Mapa 24 horas   | <input type="checkbox"/> Eco doppler       |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo     | <input type="checkbox"/> Angioplastia      |
| <input type="checkbox"/> Loop Recorder   |                                            |

*Horário para entrega de exames:  
das 7:00 às 19:00 horas*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

**DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**