

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

N.Cham. TCC UFSC ENF 0182
Autor: Ubaldo, Isabela
Título: Alívio da dor pós-operatória - u

972497023 Ac. 241022
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**ALÍVIO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA -
UMA PROPOSTA DA ENFERMAGEM ATUAL**

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0182
Ex.1

**ALUNAS: ISABELA UBALDO
LUCIANA MENDES**

SUPERVISORA: DALVA IRANY GRÜDTNER
ORIENTADORA: HELENA MARIA XAVIER FARACO

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO, 1993.

"Os homens destituídos de planos estão à mercê dos ventos da sorte.

Aqueles que possuem planos e determinação para seguir, têm o controle do destino. Os prêmios mais ambicionados que a vida pode oferecer estão nas mãos daqueles que planejam. As sombras ficam para aqueles que não têm ideal".(Franck, 1990)

AGRADECIMENTOS

- A Deus por estar sempre ao nosso lado iluminando nossos caminhos e ampliando nossos horizontes

- A Professora Enfermeira Dalva Irany Grudtner que como nossa supervisora nos permitiu acreditar neste trabalho, dispensando compreensão, dedicação e firmeza estando constantemente ao nosso lado.

- A nossa orientadora Helena Maria Xavier Faraco, pela disponibilidade, companheirismo, dedicação, incentivo, transmissão de conhecimentos e, acima de tudo, pela amizade e carinho com que nos acompanhou.

- A nossa co-supervisora Professora Enfermeira Cleusa Rios Martins pela sua participação e sugestões desde o momento da elaboração do projeto até o término do relatório.

- As Enfermeiras Carin Iara Loeffler, Suzan Banildes Back e Rita de Cássia de Souza pela atenção e dedicação dispensadas durante a realização do trabalho.

- Ao Dr. José Paulo Drummond pelo incentivo para a realização do trabalho e colaboração durante o desenvolver do mesmo.

- Aos pacientes e famílias pela compreensão, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

- A equipe multiprofissional da UIC - I, especialmente a de Enfermagem, pelos momentos de crescimento profissional conjunto, que contribuiu para a conclusão de nossa vida acadêmica.

- Ao H.U. que mostrou-se aberto para a realização do nosso trabalho.

- Aos nossos pais que mesmo distantes nos deram apoio e estímulo para vencermos essa etapa.

- A todos que nos cederam bibliografias e possibilitaram o enriquecimento do nosso trabalho.

- A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	01
2 - OBJETIVOS	06
2.1. Objetivo Geral	06
2.2. Objetivos Específicos	06
3 - REVISAO DE LITERATURA	08
4. METODOLOGIA	27
4.1. Referencial Teórico	27
4.2. Estratégias para Alcançar os Objetivos	30
4.2.1. Objetivo Geral	30
4.2.2. Objetivos Específicos	31
4.3. Cronograma das atividades práticas	35
5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	36
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

7 - RECOMENDAÇÕES	74
8 - BIBLIOGRAFIA	75
APENDICES	80
ANEXOS	103

1 - INTRODUÇÃO

A cirurgia é a parte da arte de curar através do uso de procedimentos manuais, existente desde os primórdios da humanidade, onde Deus, na sua onipotência, se fez cirurgião quando retirou uma costela de Adão para materializar Eva. (Ferreira, 1991).

Nas civilizações primitivas, a cirurgia foi parte ligada à religião e à magia, de maneira gradual e quiçá intuitiva e vocacional, passou a ser praticada por indivíduos habilidosos que passaram a viver desta atividade, dela se valendo para a sua sobrevivência; suege então a profissão e, incorporação do conhecimento científico à arte, temos hoje um conceito completo de cirurgia, como sendo arte, ciência e profissão.

A constante preocupação da humanidade com a saúde, a fez criar novos conceitos de assistência médico-cirúrgica, colocando a disposição dos médicos todo um arsenal de recursos para detectarem e tratarem das doenças.

Com isso, a necessidade de levar o doente, de seu ambiente doméstico para centros especializados (hospitais), tornou-se evidente. Sendo estes locais de grande tensão quando envolve cirurgia, é grande a responsabilidade de adaptar o paciente ao novo meio e à série de perigos e de prejuízos reais como risco de vida, perda de parte ou função do corpo, ameaça de invalidez, sofrimento e dor.

Como o medo da morte é a angústia fundamental e como em toda a intervenção cirúrgica está associado a risco de vida, esta angústia pode sofrer um processo de agudização pela ineficiência dos mecanismos de defesa próprios do ser humano, que o protegem de ser invadido permanentemente por esta idéia (Barbosa, 1992).

A partir das atividades práticas realizadas na Unidade de Intervenção Cirúrgica I do Hospital Universitário (UIC - I/HU), propostas pela sexta unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sentimos a necessidade da introdução de preparo pré e pós-operatório (PO), junto aos pacientes cirúrgicos, acreditando-se que esse momento concretizar-se-ia por ocasião da oitava fase, quando da criação e execução de um projeto assistencial que precede a finalização do curso.

A unidade é composta por 30 leitos, cuja equipe de enfermagem é formada de 8 Enfermeiros, 16 Técnicos de Enfermagem, 3 Auxiliares de Enfermagem e 5 Auxiliares Operacionais de Serviço Diversos.

Nosso interesse pela área surgiu da vivência neste unidade; que concentra variadas situações relacionadas a nossos

objetivos quais sejam: a assistência pré o PO, com enfoque ao alívio da dor neste último período.

Após a criação do projeto, partimos para as atividades em campo de estágio que transcorreram do dia 17/09/93 ao dia 22/11/93, de 2ª a 6ª feira, das 7:00 às 12:00, sob a supervisão da Profª Enfª Dalva Irany Grüdtner e orientação da Enfª Helena Mª Xavier Faraco.

Para Kawamoto (1986), "o período pré-operatório vai desde a internação do paciente até momentos antes da cirurgia. Tem por finalidade proporcionar uma recuperação pós-operatória (PO) mais rápida com redução das complicações, diminuindo o custo hospitalar e o período de internação".

Compreendemos portanto, que a fase pré-operatória ingressa a partir do momento que a patologia é identificada e uma terapêutica cirúrgica é estabelecida.

Definimos como sendo PO, o espaço de tempo entre o momento em que o paciente sai da sala de operação e o retorno as suas atividades normais.

..."A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão". (Genève, s/d)

A literatura registra enfaticamente, que a dor PO operatória não é prevenida mas, só tratada quando atinge o limiar máximo do paciente. Deixa-se de lado o aspecto afeto-emocional da mesma, ou seja, o que ela pode significar para o indivíduo em situação PO. A prevenção cede lugar as alternativas farmacológicas.

Segundo Gonçalves (1988), anestesista brasileiro, "as razões principais para o controle inadequado da dor devem-se principalmente a dois grupos de fatores:

a - Falha no conhecimento sobre os mecanismos básicos da dor PO e pesquisas insuficientes;

b - Aplicações inadequadas das modalidades terapêuticas; aliadas ao pouco interesse ou preocupação sobre os problemas da dor PO que são atestados pelo fato de que em tratados de cirurgia, por mais volumosos que sejam, encontra-se muito pouca informação à respeito".

O que nos leva a conclusão de que a dor não é importante para os cirurgiões, clínicos e investigadores, que se satisfazem em deixar o assunto por conta da Enfermagem, pouco informada o que nos desperta grande preocupação.

Sendo o alívio da dor uma necessidade básica, embasamos nosso trabalho na Teoria da Necessidade Humanas Básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, que define Enfermagem como "a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

O atendimento das Necessidades Básicas do paciente, por meio de uma boa orientação no pré-operatório e alívio da dor após o ato cirúrgico de maneira segura e humanizada foi a nossa busca.

Coube-nos então elaborar e implementar um plano assistencial individualizado e trabalhar junto com a equipe de

enfermagem da unidade, visando a melhoria da assistência e valorizando o uso das condutas alternativas de alívio da dor.

Para tal, revisamos literatura, afim de aperfeiçoar nossos conhecimentos e nos tornar aptas à assistência que ofereceríamos.

2 - OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Assistir o paciente, na situação pré e pós operatória, internado na Unidade de Internação Cirúrgica I do Hospital Universitário, dando enfoque ao alívio da dor, promovendo de assistência educativa à equipe de saúde da unidade.

2.2. Objetivos Específicos

1. Assistir o paciente durante o pré e pós operatório e nas suas intercorrências.
2. Orientar os pacientes pré e pós operatórios sobre os exames.
3. Aplicar cuidados aos pacientes em situação PO sentidores de dor.
4. Ampliar conhecimentos sobre alívio da dor PO e patologias mais frequentes da Unidade de Internação Cirúrgica I

do Hospital Universitário, quais sejam: apendicite, colicistite, hérnias e tireóide.

5. Acompanhar dois pacientes submetidos à cirurgias de grande porte, internados nesta unidade para conhecer modificações orgânicas que impliquem em assistência específica.

6. Promover a atualização da equipe de saúde sobre terapias e condutas para alívio da dor.

7. Divulgar e discutir o novo Código de ética de enfermagem.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

Pré-operatório

O período pré-operatório inicia-se na internação, terminando momentos antes da cirurgia. Tem por finalidade:

- Proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida e redução das complicações;
- Diminuir o custo hospitalar e o período de internação. (KAWAMOTO, 1986).

No período pós-operatório, os procedimentos de enfermagem serão dirigidos ao atendimento das necessidades básicas dos indivíduos e nas reações psíquicas e físicas do paciente à essa situação, além de outros cuidados específicos que o paciente cirúrgico requerer.

Assistência Pré-operatória

O objetivo do preparo pré-operatório é promover o melhor estado físico e psicológico possível do paciente, cujo sucesso dependerá da identificação dos pontos fortes e das

limitações de cada paciente, os quais são passíveis de afetar o resultado final da operação. Deve-se portanto obedecer a certos princípios e deveres que fazem parte da avaliação de Enfermagem como:

- Conhecer o paciente como um indivíduo
- Identificar os riscos que o paciente está exposto
- Estar ciente dos problemas potenciais relacionados com o procedimento cirúrgico proposto e com o tipo de incisão
- Compreender a função do órgão ou sistema envolvido e seu efeito sobre o corpo como um todo.
- Conhecer a alteração orgânica ocorrida e seu efeito sobre a terapia.
- Estar ciente da percepção que o paciente tem da alteração orgânica, seu tratamento e seu prognóstico eventual.

É incluída também na avaliação de Enfermagem, os sinais vitais, peso, altura, "deficits" sensoriais e níveis de atividade.

Existem fatores que predisõem o indivíduo a complicações potenciais e estes devem ser identificados antes da intervenção cirúrgica:

1 - Idade: maior atenção do preparo pré-operatório de pessoas idosas é requerida pois estas estão expostas a maior número de complicações. Com a idade, o débito cardíaco diminui e a função pulmonar torna-se menos eficiente; essas alterações diminuem o ritmo em que o metabolismo e excreção de drogas e agentes farmacológicos são realizados.

2 - Nutrição: as necessidades metabólicas do pacientes elevam-se de acordo com a gravidade, o procedimento cirúrgico,

as doenças preexistentes e a presença de complicações, paciente desnutrido não deve ser levado à cirurgia devido a redução da competência imunológica e aumento da dificuldade de cicatrização dos tecidos.

3 - Obesidade: a obesidade pode interferir na função pulmonar pós-operatória pois a capacidade vital é reduzida pela excessiva pressão sobre o diafragma, e isto pode limitar na mobilidade, tosse e respiração profunda.

4 - Condição pulmonar: a avaliação pré-operatória requer investigação quanto à história de dispnéia, tosse produtiva, sibilos, consumo de cigarros, infecções recentes do trato respiratório superior ou condições respiratórias preexistentes; isso visa prevenir complicações respiratórias no P.O..

5 - Condição cárdio-vascular: histórias de doenças cardiovasculares podem predispor à complicações no pós-operatório.

6 - Função renal: é necessária monitorização contínua da função renal durante todo o período de hospitalização, do paciente, possibilitando desse modo, a avaliação da perda de líquidos e eletrólitos visando a manutenção da hidratação através da busca do equilíbrio entre ganhos e perdas.

7 - Mobilização: indivíduos com dificuldade de deambulação ou mobilização, correm o risco de apresentar trombose venosa profunda e atelectasia dada à estagnação circulatória.

8 - Infecção: infecção do trato respiratório superior podem levar ao adiamento do procedimento cirúrgico afim de

evitar complicações pulmonares no período pós-operatório e contaminação bacteriana da ferida cirúrgica.

9 - Condições crônicas: outros fatores de risco incluem diabetes melito, anemia e distúrbios psíquicos ou emocionais.

Uma relação de confiança deve ser estabelecida entre Enfermeira e o paciente, para que este se sinta à vontade para expressar seus temores e fazer quaisquer perguntas sobre a cirurgia e a hospitalização.

O medo do desconhecido, da anestesia, da dor, da incapacidade, da perda de controle e morte e dos achados operatórios, afetam o estado psicológico do paciente.

A prevenção da ansiedade, ou pelo menos o reconhecimento de sua presença, é uma das responsabilidades primárias da Enfermeira; ela deve também determinar a significância da cirurgia para o paciente. Um familiar orientado pode representar um apoio afetivo para o paciente.

O preparo adequado ajuda a aliviar a ansiedade do paciente, diminuindo a necessidade de medicação e complicações; obtendo a cooperação e participação do paciente no seu autocuidado acelera-se o processo de recuperação diminuindo o tempo de hospitalização.

O ensino pré-operatório pode ser feito com o auxílio de técnicas audio-visuais, devendo incluir os seguintes tópicos:

- 1 - Informações sobre normas hospitalares
- 2 - Procedimentos para a preparação cirúrgica
- 3 - Sequência de eventos pela qual os pacientes irão passar
- 4 - Tipos de incisão

5 - Expectativas quanto a participação do paciente

6 - Função dos vários membros da equipe hospitalar

7 - Finalidade de diversos tipos de procedimentos P.O.

de rotina.

Intervenções de Enfermagem no Pré-Operatório

01 - Verificação de peso e altura

São registrados na ficha do paciente com a finalidade de orientar o anestesista a respeito da dose de anestésico necessária.

02 - Fazer a barba.

Visa facilitar o manuseio da cabeça pelo anestesista e melhorar o aspecto higiênico. Conforme a área operada faz parte do preparo do campo cirúrgico.

03 - Retirar esmalte das unhas.

Para facilitar a monitorização da perfusão tissular.

04 - Remoção de jóias, próteses, grampos de cabelo, lentes de contato e aparelho de audição.

Visa evitar perdas ou danos. Jóias e grampos de cabelo podem causar queimaduras pelo eletrocautério. Próteses dentárias são removidas devido ao risco de aspiração, perda ou quebra. As lentes de contato podem causar lesões à córnea. As demais próteses são retiradas para facilitar o manuseio do corpo.

05 - Retirada de roupas íntimas.

As fibras sintéticas das roupas íntimas interferem no uso do eletrocautério, podendo conduzir corrente elétrica e queimaduras.

O paciente deverá chegar ao centro cirúrgico apenas com uma camisola aberta, de algodão, própria do hospital, de fácil remoção.

06 - Lavagem intestinal.

Dependendo do tipo de cirurgia é requerida a aplicação do enema no paciente, na noite anterior. A finalidade é diminuir a possibilidade de extravazamento fecal na cavidade peritoneal caso ocorra trauma intestinal; o intestino vazio facilita o manuseio da cavidade abdominal e a possibilidade de incontinência e contaminação é reduzida caso haja relaxamento dos músculos esfinterianos durante a anestesia. Visa ainda diminuir o desconforto P.O. pela ausência da peristalse.

07 - Esvaziamento vesical.

O esvaziamento da bexiga é importante para qualquer ato cirúrgico e sua manutenção vazia durante a operação é fundamental às cirurgias abdominais. Para alguns procedimentos cirúrgicos uma sonda vesical de demora se faz necessária durante a operação, objetivando evitar o enchimento da bexiga e permitindo controlar a perfusão microcirculatória através da medida da diurese.

Antes da administração do pré-anestésico solicita-se ao paciente esvaziar a bexiga para prevenir distensão e lesões, bem como para facilitar a exposição dos órgãos pélvicos.

08 - Preparo da pele.

Duas horas antes da cirurgia, é realizada uma raspagem (tricotomia) e lavagem rigorosa da pele da zona a ser operada e das regiões vizinhas, objetivando a redução do número de bactérias locais. A degermação ou "preparo do campo

"propriamente dito, é realizada com a aplicação de produto tópico, o qual ajudará na remoção de gorduras, sujidades e microorganismos, deixando a pele pronta para seu manuseio. Após a degermação, é colocado sobre a região, um campo esterelizado, afim de evitar que as roupas de cama entrem em contato com a área já preparada.

09 - Jejum Pré-operatório

A supressão alimentar num período de 6 a 12 horas antes da cirurgia é necessária para a anestesia, para o ato cirúrgico e para a recuperação P.O..

Além dos problemas decorrentes de vômitos ou regurgitação, a presença de alimento no estômago, delgado ou cólon, perturba qualquer cirurgia abdominal pelo aumento de volume ocupação e maior de espaço.

O jejum é também necessário para o próprio P.O., porque com a parada do trânsito intestinal decorrente da abertura do peritônio e da ação anestésica, os alimentos permanecem imobilizados no tubo digestivo por 24 a 72 horas, criando problemas como distensão abdominal e dor.

10 - Medicação pré-anestésica.

É administrada uma hora antes da cirurgia e tem a finalidade de promover o relaxamento do paciente, facilitando os procedimentos da anestesia. Após a administração da anestesia o paciente é orientado e permanece no leito, sendo observado pela Enfermeira, a qual avalia os efeitos da medicação.

11 - Verificação dos sinais vitais

É realizado antes e depois da administração da medicação pré-anestésica e visa detectar possíveis alterações hemodinâmicas e avaliar o equilíbrio emocional do paciente.

12 - Higiene oral.

A limpeza da cavidade oral intensa reduzir microorganismos que podem migrar para cavidades mais internas.

13 - Exames pré-operatórios.

São realizados para verificar as condições orgânicas gerais do paciente. São solicitados de acordo com cada patologia e devem ser encaminhados junto com o prontuário ao centro cirúrgico.

14 - Visita do anestesista.

Realizada no dia que antecede a cirurgia com a finalidade de obter dados para detectar problemas ainda não esclarecidos na unidade de internação e definição do tipo de anestesia.

15 - Preparo psíquico-espiritual.

- Explicar ao paciente a sua cirurgia e os exames na medida do possível;

- Diminuir a sensação de medo da anestesia, cirurgia, dor, do desconhecido e de destruição da imagem física e da morte;

- Orientar sobre os procedimentos e importância da sua cooperação no pré e pós-operatório;

- Explicar como irá retornar da cirurgia e que a enfermeira estará presente para atendê-lo em qualquer momento que necessite;

- Apoiar psicologicamente o paciente, principalmente no dia da cirurgia;

- Transmitir calma e confiança , e ouvir os problemas do paciente e encaminhar resolução;

- Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, favorecendo o equilíbrio psicológico e o entrosamento com o ambiente hospitalar;

Trans-Operatório.

1 - Entrada no centro cirúrgico

O paciente será conduzido através de maca até o centro cirúrgico, 30 minutos antes da hora marcada para o início da cirurgia, sendo recepcionado pela Enfermeira do setor e funcionário da sala onde será realizada a operação.

2 - Na sala cirúrgica

O paciente será posicionado na mesa cirúrgica conforme o tipo de incisão requerida. Caso seja sob anestesia regional do tipo raquidiana ou peridural, será posicionado lateralmente, encostando o queixo no peito e pernas na barriga, até que se conclua o procedimento, e só após a anestesia o paciente será colocado na posição para a cirurgia. Será então realizada nova antissepsia e a colocação dos campos esterelizados, iniciando-se a cirurgia.

Pós-Operatório

É o período compreendido entre o momento em que o paciente sai da sala de operação e o retorno às suas atividades normais. Sua duração varia com o tipo de intervenção praticada

e o estado prévio do paciente, razão pela qual não é possível precisá-lo cronologicamente.

Está dividido em 3 etapas:

- Imediato - Compreende as primeiras 12 a 24 horas após o término da cirurgia.

- Mediato - inicia-se após as 24 primeiras horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar.

- Tardio - Sucede o anterior e se estende por um a dois meses, até a completa cicatrização das lesões ou a fase de ganho de peso.

Assistência P.O.

Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) onde terminada a cirurgia o paciente é transportado e permanece até se recuperar da anestesia e seus sinais vitais se mostrarem estáveis. A SRPA tem equipamento de emergência, aparelhos de sucção e outros equipamentos. A recuperação da anestesia geralmente leva de uma a duas horas, mas varia de acordo com o estado fisiológico do paciente, a duração e o tipo da cirurgia e os agentes anestésicos utilizados.

Nessa unidade cabe à Enfermeira:

- 1 - Posicionar o paciente conforme a cirurgia;
- 2 - Conectar sondas e drenos;
- 3 - Manter as vias aéreas superiores desobstruídas;
- 4 - Aspirar secreções;
- 5 - Fazer exercícios de respiração;

- 6 - Observar sinais de cianose e instalar oxigênio S/N;
- 7 - Proporcionar circulação adequada;
- 8 - Verificar sinais vitais de 15 em 15 minutos;
- 9 - Controlar expansão torácica do paciente;
- 10 - Aquecer o paciente com cobertores ou aquecedor elétrico;
- 11 - Mediar conforme prescrição ao menor sinal de dor;
- 12 - Trocar curativos quando necessário.

O paciente receberá alta do SRPA acordado, com sinais vitais mantidos e mexendo os MMII.

Ao se levar o paciente para seu quarto ou para a unidade de Terapia Intensiva (UTI), toda a equipe hospitalar deve tomar as precauções de rotina para a transferência de um paciente. A Enfermeira faz novamente um relatório completo à equipe que vai ser responsável pelo paciente para assegurar a continuidade da assistência. Importantes aspectos da assistência P.O. são relacionados a seguir:

1 - Posição no leito: o decúbito dorsal é a posição adotada pela quase totalidade dos pacientes. Todavia, há casos em que esta posição deve ser modificada para o Fowler, ou decúbito lateral ou mesmo o ventral, dependendo das prévias condições do paciente ou da prática de cirurgias especiais ou simultâneas. Após as primeiras 24 horas, o posicionamento prescrito depende da evolução do caso.

2 - Avaliação dos sinais vitais: para controle do volume sanguíneo adequado.

3 - Estimulação da tosse e respiração profunda: enquanto permanece no leito o paciente deverá inspirar

profundamente e tossir 5 a 10 vezes por hora para mobilizar e expectorara a secreção pulmonar, evitar pneumonias e outras complicações pulmonares como atelectasia.

4 - Controle hídrico: visa uma melhor avaliação da função de emunctórios e controle da quantidade de líquido a ser ministrada.

5 - Mudança do paciente de posição regularmente: visa evitar complicações respiratórias e circulatórias.

6 - Controle das eliminações:

- Vesical - deverá ser fornecida comadre para mulheres e papagaio para homens, para verificar-se a quantidade de líquidos eliminada.

- Intestinal - avaliar o retorno da atividade intestinal através da ausculta de ruídos hidroaéreos.

7 - Cuidados com curativos e drenos: os curativos deverão ser trocados sempre que necessários, visando manter a área limpa e observar as características do local. Os drenos têm como finalidade a exteriorização das secreções contidas na cavidade operada. Geralmente serão mobilizados a partir do 3º ou 4º dia e retirado depois do 7º dia dependendo do caso.

8 - Uso criterioso de analgésicos: visa amenizar a dor. O controle adequado da dor é de responsabilidade fundamental da Enfermagem, visto que a mesma atrapalha a respiração e a movimentação, causando "stress" e ansiedade ao paciente.

9 - Banho no leito: o paciente necessitará auxílio para fazer a sua higiene pessoal no leito no 1º dia P.O., afim de proporcionar conforto e bem estar e estimular a circulação

através de massagem que serão sempre no sentido da circulação, assim como remover sujidades e odores desagradáveis.

10 - Deambulação: o movimento e a deambulação precoce no P.O. são encorajados para se prevenir as complicações relacionadas com a estase circulatória e fraqueza, bem como as complicações respiratórias como a pneumonia hipostática. Nas primeiras 24 horas será feita em casos de extrema necessidade e após esse período deverá ser estimulada progressivamente.

11 - Nutrição P.O.

A suspensão da alimentação oral iniciada no preparo pré-operatório deve ser mantida nas primeiras 24 horas do P.O. (dieta zero). Em geral a dieta será fornecida progressivamente quanto a consistência e quantidade. Quando a cirurgia requer suspensão prolongada de líquidos ou sólidos, outros meios de nutrição devem ser providenciados, seja por nutrição parenteral total, seja por sonda nasogástrica, afim de manter o estado nutricional e resistência do paciente.

Problemas comuns em P.O.

1 - Dor de garganta: desconforto causado pelo uso do tubo endotraqueal ou sonda nasogástrica durante a cirurgia ou P.O.

2 - Soluços: é um fenômeno transitório ou persistente, caracterizado por brusca contração do diafragma e simultâneo fechamento da glote. São várias as causas que o determinam, e no caso de P.O. é devido a irritação frênica subdiafragmática por coleções líquidas ou gasosas, uso de sondas nasogástricas,

acidose e aumento da excitabilidade dos centros respiratórios ou corticais a pequenas quantidades de gás carbônico.

3 - Distensão abdominal: causada devido ao ar deglutido, sensibilidade anormal às drogas, dor e emoções.

4 - Lábios secos: devido a inibição da secreção de muco pela ação da atropina; perda de sangue e de líquidos.

5 - Náuseas e vômitos: são decorrentes da mobilização visceral e do uso da medicação anestésica ou de opiáceos no P.O.. Pode também decorrer da realimentação oral precoce

Exames

01 - Radiografias

1.1. De tórax: os raios X de tórax mostram a posição das estruturas normais, os desvios e a presença de sombras anormais.

Podem revelar patologia pulmonar extensa, mesmo na ausência de sintomatologia e, sendo o tecido pulmonar normal radiotransparente, pode-se detectar as densidades produzidas, tumores, corpos estranhos, etc. Não requer nenhum preparo.

1.2. De parede do estômago e duodeno: exame radiológico solicitado principalmente quando na suspeita de úlcera gastroduodenal, sendo este o melhor meio de diagnóstico. O único preparo que o exame requer do paciente é que oriente o mesmo quanto a necessidade de se ingerir o Bário, pois trata de raio X contrastado.

02 - Urografia excretora

Também denominada de Pielograma intravenoso ou Urograma intravenoso.

Este exame requer a introdução intravenosa de um material de contraste radiopaco que é concentrado na urina permitindo uma visualização da anatomia do sistema urinário, incluindo a avaliação da função excretora em suas diferentes fases. Com o progresso dos contrastes através dos túbulos coletores ocorre reabsorção de água dependendo da ação do hormônio antidiurético unificando-se a partir daí o efeito pielográfico.

É indicado em suspeita de uretra obstruída, doença calculose renal, hipertensão arterial em paciente jovem ou de início súbito, glomerulopatias e também como exame prévio à biópsia renal.

Preparo do paciente

- Verificar se o paciente não está superidratado - o que diluirá o material de contraste, produzindo uma visualização inadequada.

- Remover o conteúdo intestinal, se possível, para minimizar os gases intestinais, não se costuma usar enema pois aumenta a quantidade de gases no trato intestinal.

- Suspender a ingestão de líquidos por 8 a 10 horas antes do procedimento.

03 - Eletrocardiograma

Exame solicitado para verificação da condição cardíaca do paciente. Utiliza-se para tal a colocação de eletrodos sobre

o tórax do mesmo, estes captam a atividade elétrica e registram em papel milimetrado, cujo o espaço entre as linhas horizontais representam a amplitude e distância de 1 mm. Não requer nenhum preparo.

04 - Seriografia

Todo o trato gastrintestinal pode ser delineado pelo raio X após a introdução de sulfato de bário como meio de contraste inodoro e ingerido sob forma de suspensão aquosa.

Pede-se ao paciente, em jejum, para deglutir o bário quando já estiver deitado, pois o tempo de transito pode ser demasiadamente rápido através do esôfago.

Tem indicação nos casos de afecções de esôfago, de estômago e de intestino delgado.

Preparo do paciente

- Manter o paciente em jejum após a meia-noite anterior ao teste.

- Fazer lavagem intestinal na véspera do exame.

05 - Tomografia computadorizada

Exame realizado através de um computador, método imaginativo no qual os órgãos em questão são enquadrilhados em câmaras sucessivas por um estreito feixe de raios X, após a infusão intravenosa de contraste. É um dos últimos exames a ser solicitado para estabelecer o diagnóstico, pois é de alto custo.

Tem como finalidade medir as pequenas alterações na absorção do raio X e ampliar as diferenças de tecidos para

tecido, possibilitando uma boa imagem na avaliação do segmento a que se dispõe avaliar.

Não requer nenhum preparo específico, segundo o protocolo do H.G.C.R.. (A.Z.C , 1993)

06 - Cintilografia

Meio de diagnóstico que permite a avaliação da tireóide e regiões próximas. O mesmo se procede a partir da administração V.O. de iodo radioativo e em seguida o mapeamento da tireóide. As áreas frias (áreas não captantes que no mapa não aparecem como zonas claras) podem ser tecido neoplásico ou bócio simples. Não requer nenhum preparo.

07 - Colonoscopia

Exame endoscópico do intestino grosso que possibilita um diagnóstico morfológico e pré-operatório seletivo em todos os cólons, cecos e íleo terminal. Utiliza-se para a sigmoideoscopia e a colonoscopia parcial, endoscópios curtos e, para a colonoscopia alta e a ileoscopia por via anal, endoscópios longos. É realizado através do orifício anal em decúbito lateral esquerdo.

Preparo do paciente:

- Fazer lavagem intestinal na véspera do exame.
- Administrar dieta líquida e chá adoçado na véspera e no dia do exame.
- Orientar para avisar ao examinador se sentir dor durante o procedimento.

08 - Endoscopia

é realizada através de um endoscópio de visão frontal introduzido em paciente em decúbito lateral esquerdo, começando a inspeção pelo esôfago, estômago e duodeno.

é indicada para fins diagnósticos, principalmente nos casos de vômitos de sangue fresco, borra de café ou melena, e em alguns casos para remoção de corpos estranhos.

é contra indicada em casos de choque hemorrágico.

Preparo do paciente

- Manter jejum.
- Retirar próteses dentárias (se houver).
- Fazer lavagem gástrica em caso de se proceder o exame de urgência.

09 - Colangiografia

Exame radiológico das vias biliares por meio de função e injeção direta de contraste. é realizado com anestesia local (bubivacaina) e em seguida introduzido uma agulha metálica fina e maleável até o fígado, administrando o contraste lentamente até que os canais biliares fiquem repletos, é feito sob assepsia cirúrgica. O paciente não irá sentir dor, caso sinta deve comunicar ao médico pois isto indica ter atingido acidentalmente o diafragma.

Preparo do paciente

- Manter o paciente em jejum.
- Dizer ao paciente que após o exame terá sensação de peso na região do fígado.

Em caso de colongiografia trans-hepática percutânea, recomenda-se como cuidado posterior, o controle de pressão arterial e pulso para reconhecimento de possível hemorragia pós exame e controle de temperatura em intervalo de 6 horas e em caso de elevação de temperatura e aparecimento de calafrios deve ser feita hemocultura para verificar se há septicemia (causada por gram negativo).

10 - Broncoscopia

É o exame endoscópico da traquéia, carina, brônquios principais e a saída dos bronquios segmentares.

Após a realização de sedação e anestesia tópica da orofaringe e traquéia introduz-se o broncoscópio para realizar o exame. Quando se quer atingir os brônquios de menor calibre, ou seja, os brônquios segmentares e suas ramificações utiliza-se o fibroboscópio que é um aparelho flexível e de utilização relativamente fácil.

Indicações:

- suspeita de carcinoma broncogênico
- suspeita de adenoma brônquico
- identificação e retirada de corpos estranhos
- estenose de brônquio ou de traquéia
- Hemoptise
- Biópsia de tumores brônquicos
- aspiração de secreção

Contra-indicações:

- aneurisma da aorta
- insuficiência cardíaca
- grande dispnéia
- caquexia

4. METODOLOGIA

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO

Este trabalho será norteado (no seu desenvolver), pela Teoria de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, desenvolvida à partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, as quais fundamentam-se nas N.H.B.

A tônica da teoria de Wanda A. Horta é a procura de um campo específico de atuação para o enfermeiro e a sistematização da assistência de enfermagem; buscando uma abordagem centrada em princípios científicos e o planejamento dessa assistência.

1) Conceitos

1.1. 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.

1.2. Necessidade - São forças motivadoras que agem como forças direcionadas em determinar a seleção e direção de comportamentos, que devem avaliar o desequilíbrio em questão. (Maslow, 1978)

1.3. Equilíbrio - é o estado de saúde.

1.4. Desequilíbrio - são estados de tensão, conscientes ou inconscientes que levam o homem a agir na busca de manter ou restabelecer o estado de equilíbrio dinâmico.

1.5. Ser Humano - é um ser com capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e poder de unir presente, passado e futuro. Características estas que permitem a sua unicidade, autenticidade e individualidade. (Horta, 1979)

2) Proposições: as funções do enfermeiro podem ser consideradas em 3 áreas ou campos de ação.

a) específica - assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o auto-cuidado.

b) de interdependência - manter, promover e recuperar a saúde.

c) social - ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, participação na associação de classe.

3) Princípios

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

- A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

- Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto-cuidado.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para a plena eficiência da enfermagem, necessita-se criar uma metodologia fundamentada no método científico. Esse método de atuação da enfermagem denomina-se Processo de Enfermagem. O relacionamento entre a ação do enfermeiro e a do paciente se faz pelo processo de enfermagem.

Para Horta, "o processo é a dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos."

Fases do processo

Utilizamos-nos de quatro das seis fases do processo de Enfermagem de Horta, sendo que substituímos o Diagnóstico de enfermagem pela Lista de problemas e a Evolução concretizamos sob a forma de SOAP.

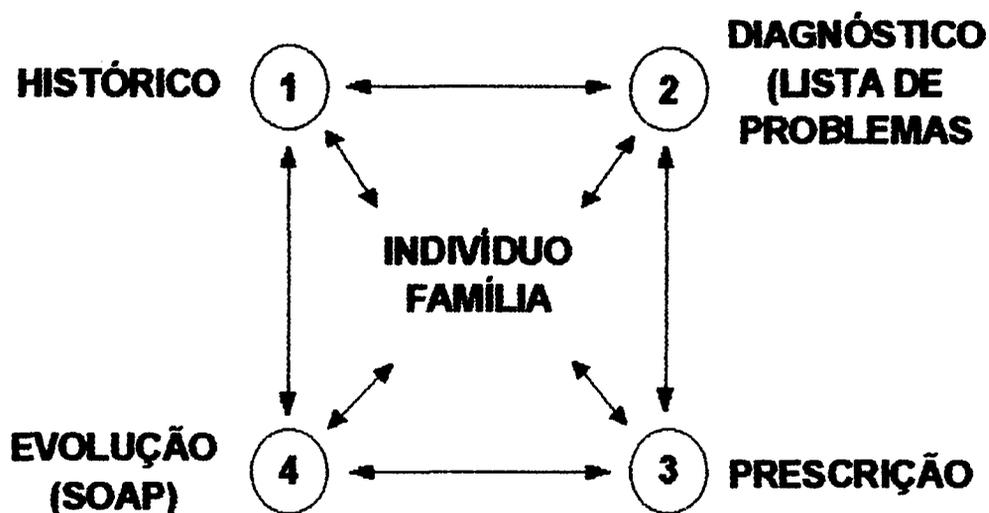
1. Histórico de enfermagem "é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas".

2. Diagnóstico de enfermagem "é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento".

3. Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem - "implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena as ações da equipe de enfermagem, na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano".

4. Evolução "relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada".

Desse modo adaptamos o hexágono na seguinte forma:



4.2. ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS

4.2.1. Objetivo Geral

Assistir o paciente, na situação pré e pós operatória, internado na Unidade de Internação Cirúrgica I do Hospital

Universitário, dando enfoque ao alívio da dor promovendo de assistência educativa à equipe de saúde da unidade.

4.2.2. Objetivos Específicos

1. Assistir o paciente durante o pré e pós operatório e nas suas intercorrências.

Estratégia:

- Pesquisar em registros (prontuários, observações complementares, livro de ocorrências) dados sobre a evolução do paciente.

- Através de visitas diárias aos pacientes identificar os problemas e situações que requerem assistência de enfermagem, baseado na Teoria das necessidades Humanas Básicas, utilizada por Wanda de Aguiar Horta fundamentada na Teoria de Maslow.

- Mostrar diapositivos referentes à orientações e preparo pré e pós operatório, aos pacientes candidatos à cirurgias, reunidos semanalmente na sala de aula da Unidade de Internação cirúrgica II.

Avaliação:

- Será considerado alcançado o objetivo se os pacientes cuidados por nós, quando apresentarem intercorrências FO nos aspectos contidos no preparo pré-operatório sejam assistidos.

2. Orientar os pacientes pré e pós operatórios sobre os exames.

Estratégia:

- Levantar previamente os exames solicitados e averiguar o interesse e condições do paciente em receber esclarecimentos sobre os mesmos, durante a visita matinal.

- Observar, acompanhar e registrar as reações do paciente antes, no decorrer e após o exame para avaliar a utilidade da informação conforme anexo 2.

Avaliação:

- Será considerado alcançado o objetivo se de uma amostra de 60 pacientes conseguirmos orientar no mínimo 50% destes.

3. Aplicar cuidados aos pacientes em situação PO sentidores de dor.

Estratégia:

- Identificar na passagem de plantão, os pacientes que sentirem dor no plantão anterior e levantar nos demais registros, aplicando medidas terapêuticas de acordo com a situação.

- Aplicar a escala análogo visual para medir a intensidade da dor, e escolher ou trocar a terapia de alívio da mesma, ou para avaliar a eficácia do método.

Avaliação:

Será considerado alcançado o objetivo se a partir da identificação dos pacientes com dor conseguirmos promover o alívio desta, utilizando as modalidades por nós propostas.

4. Ampliar conhecimentos sobre alívio da dor PO e patologias mais frequentes da Unidade de Internação Cirúrgica I do Hospital Universitário, quais sejam: apendicite, colicistite, hérnias e tireóide.

Estratégia:

- Fazer uma revisão de literatura dos últimos cinco anos na biblioteca sobre dor em pacientes PO e patologias de maior incidência, registrando em fichas. A revisão será de forma alternada entre as alunas, durante duas horas por dia, terças, quartas e quintas-feiras, nas duas primeiras semanas de prática.

Avaliação:

Será considerado alcançado o objetivo se ao final das duas primeiras semanas de atividades práticas, apresentarmos uma ficha resumo sobre as patologias mais frequentes na UIC-I à supervisora.

5. Acompanhar dois pacientes submetidos à cirurgias de grande porte, internados nesta unidade para conhecer modificações orgânicas que impliquem em assistência específica.

Estratégia:

- Verificar na secretaria do Centro Cirúrgico a programação das cirurgias, elegendo as duas de interesse.

- assistir a cirurgia e registrar os dados para estudo correlacionando teoria e prática.

Avaliação:

Será considerado alcançado o objetivo se durante o período de atividades práticas assistirmos as duas cirurgias propostas.

6. Promover a atualização da equipe de saúde sobre terapias e condutas para alívio da dor.

Estratégia:

- Identificar as principais deficiências da equipe através da observação, anotações e resposta do paciente.

- Discutir informalmente e sob forma de palestras rápidas novas modalidades de terapias de alívio da dor.

Avaliação:

Será considerado alcançado o objetivo se conseguirmos realizar cinco palestras nos cinco turnos de serviço da equipe de enfermagem.

7. Divulgar e discutir o novo Código de ética de Enfermagem.

Estratégia:

- Observar na primeira metade do período de estágio o cumprimento, do código de ética de Enfermagem na Unidade de Internação cirúrgica I do Hospital Universitário.

- Trabalhar pontos problemáticos emergentes durante o estágio, garantindo uma assistência livre de ônus éticos e morais para o paciente e equipe.

5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Assistir o paciente, na situação pré e pós operatória, internado na Unidade de Internação Cirúrgica I do Hospital Universitário, dando enfoque ao alívio da dor e promoção de assistência educativa à equipe de saúde do setor.

OBJETIVO 01 - Assistir o paciente durante o pré e o pós-operatório e nas suas intercorrências.

Para chegarmos a assistência proposta e implementarmos os planos previamente definidos, procuramos conhecer a situação recente do paciente através da passagem de plantão assistida diariamente por nós, ocasião na qual elegíamos os pacientes a serem cuidados no dia, conhecendo suas evoluções e intercorrências das últimas horas, não perdendo de vista a unidade como um todo.

A passagem de plantão é um pouco tumultuada e às vezes interrompida por conversas paralelas, observações complementares incompletas, campanhas ou telefone tocando, e

por ser um hospital escola, muitos alunos; dispersando deste modo a atenção dos presentes. Com isso, as informações sobre a evolução dos pacientes às vezes não merecia a atenção devida.

Em seguida, passávamos a visita de enfermagem a todos os pacientes, nem sempre indo juntas devido a necessidade de se executar alguma tarefa de imediato, como medicação, algum cuidado de conforto na assistência ao paciente ou preparar alguns destes para exame com orientações, e mesmo encaminhamento. Para nós, a visita diária de enfermagem promove a interação paciente-enfermeira permitindo que a mesma avalie as necessidades de cada paciente e eleja as prioridades do seu plano de assistência; serve também de oportunidade de observação de alguns cuidados como condição de punção venosa e gotejamento de soros, auxílio e estimulação a alimentação entre outros.

Achamos ainda que cada paciente deveria merecer a visita da Enfermeira do Centro Cirúrgico visto que é ela quem fará a prescrição das primeiras 24h de PO, e para que sua participação torne-se efetiva na assistência peri operatória por meio de um maior conhecimento do cliente.

Além da passagem de plantão e da visita de enfermagem, consultávamos o livro de ocorrência, prontuários e observações complementares a fim de conhecer por completo a situação de cada paciente.

Com base na Teoria das NHB. de Wanda de Aguiar Horta e após saber a situação clínica da cada paciente, passávamos a implementar o plano de assistência, registrando no final da manhã sob a forma de observações complementares, SOAP, que

inclui a evolução nas últimas 24h e prescrição de enfermagem ou livro de ocorrências.

Acompanhamos ainda várias visitas médicas, durante as quais eram solicitados alguns procedimentos de enfermagem como: retirada de pontos, retirada de sondas vesicais ou nasogástricas, mobilização de drenos e curativos mais complexos entre outros; procedimentos estes realizados por nós posteriormente, permitindo desse modo o aprimoramento de nossa habilidade.

Decidimos então, durante a primeira semana de estágio, elaborar um quadro contento técnicas de maior complexidade que gostaríamos de realizar; obviamente nem todas foram executadas, umas por falta de oportunidade e outras por inexperiência nossa preferimos deixar para alguém da equipe de enfermagem da unidade, que realizava com nossa colaboração como por exemplo: lavagem gástrica com sonda Fouchet, curativo com suspensão escrotal, coleta de material com Swab, etc..., convém mencionar que toda a equipe foi bastante prestativa comunicando-nos quando surgiam os procedimentos visados por nós, e mesmo nos auxiliando na execução dos mesmos.

TABELA 01: Técnicas propostas e realizadas durante o período de estágio

TÉCNICA	A	B		C	
		ISABELA	LUCIANA	ISABELA	LUCIANA
Punção arterial	02	-	-	-	-
Punção venosa	03	02	02	66,6%	66,6%
Med. EV	25	42	40	168,0%	160,0%
Med. IM	10	06	08	60,0%	80,0%
Med. SC	06	03	01	50,0%	16,6%
Troca frascos soro	15	21	25	140,0%	166,6%
Verificação de SV	20	28	25	140,0%	125,0%
Nebulização	15	17	22	113,3%	146,6%
Curativos Simples	25	36	35	144,0%	140,0%
Curativos Complexos	20	21	24	105,0%	120,0%
Retirada de pontos	05	01	01	20,0%	20,0%
Retirada de drenos	03	05	06	166,6%	200,0%
Instalação catéter O2	02	01	01	50,0%	50,0%
Catéter vesical	-	-	-	-	-
Enema	-	-	-	-	-
Retirada de SNG	03	01	02	33,3%	66,6%
Cuidados com dreno de Tórax	02	02	01	200,0%	100,0%
Auxiliar em dissecação venosa	02	01	-	50,0%	-
Cuidados com NPP	02	-	-	-	-
Leitura de PVC	02	-	01	-	50%
Retiradas de dissecação venosa	02	01	01	100,0%	50%

A = Nº de técnicas previstas por aluna

B = Quantidade de técnicas realizada por aluna

C = Percentagem alcançada por aluna

Outro plano inserido neste mesmo objetivo foi de orientar os pacientes em situação pré-operatória; isso se deu a partir do contato direto com os pacientes no dia a dia e de orientações em grupo com auxílio de diapositivos montados pela equipe de enfermagem da unidade e nós acadêmicas.

Segundo DU GAS (1984), "o bom ensino pré e pós-operatório ajuda a preparar o paciente para a cirurgia e torna a recuperação PO mais fácil e destituída de riscos para o paciente".

O estado de doença leva o paciente a um desequilíbrio de suas necessidades humanas por desencadear sensações como ansiedade, angústia, incerteza e medo, aliado a esse processo está a hospitalização, a terapêutica e acima de tudo o procedimento cirúrgico que, uma vez precedido de fortes reações emocionais torna o período pré-operatório a fase crítica para o paciente, sendo que a assistência de enfermagem visa amenizar esse quadro aumentando a confiança, auto-estima e aceitação.

A partir do 2º instrumento, ou seja, dos diapositivos, realizamos 3 palestras de 20/10/93 à 23/11/93, para pacientes em situação pré-operatória, valendo-nos desses momentos para familiarizá-los com a seqüência de eventos que compõem o ato cirúrgico e medidas que serão sugeridas no PO, levando em consideração que estas orientações visam induzir o paciente ao auto-cuidado e participação ativa no período que sucede a cirurgia.

O conteúdo das palestras, implementado com 32 lâminas de "slids" contém desde o preparo pré-operatório, período trans-operatório incluindo SRPA e orientações para o PO, respectivamente conforme a seguinte seqüência:

1. Verificar peso e altura
2. Fazer a barba e retirar esmalte das unhas
3. Fazer exames pré-operatórios e visita do anestesista
4. Manter jejum pré-operatório
5. Fazer lavagem intestinal
6. Administrar medicação pré-anestésica
7. Preparar a pele
8. Higienizar a cavidade oral

9. Promover o esvaziamento vesical
10. Remover jóias, próteses e grampos de cabelo
11. Retirar roupas íntimas
12. Preparar o campo operatório
13. Verificar S.V
14. Orientar rotinas para acompanhantes
15. Orientar a entrada no CC
16. Orientar entrada na sala de cirurgia
17. Explicar o trans-operatório
18. Explicar procedimentos da S.R.P.A.
19. Orientar passagem para o leito
20. Explicar analgesia e intercorrências
21. Orientar exercícios respiratórios
22. Orientar movimentação dos MMSS e MMII/ mudança de decúbito
23. Explicar a necessidade de controle das eliminações
24. Explicar sobre posição no leito
- 25 à 28. Explicar a finalidade de curativos e drenos
29. Explicar a necessidade de banhos de leito e massagem trófica
30. Orientar sobre alimentação
- 31 e 32. Orientar deambulação

Inicialmente ficou definido que essas palestras seriam feitas de forma intercaladas entre nós acadêmicas e as enfermeiras da unidade, mas devido a nossa curta permanência na unidade e adiamento do início das orientações, decidimos assumi-la enquanto lá estivessemos.

Encontramos dificuldades no início em relação a disponibilidade de projetor de "slids", o qual buscamos no departamento de Enfermagem da UFSC devido a não possibilidade de utilizarmos o do hospital. Outros imprevistos aconteceram como feriados e ausência de pacientes em situação pré-operatória ainda não orientados, o que justificam o baixo nº de palestras realizadas.

Com essas orientações buscamos esclarecer muitas dúvidas dos candidatos à cirurgia, os quais participavam com perguntas ou enriquecendo a reunião com depoimentos de experiências anteriores, não ultrapassando o limite de 45min. cada palestra.

A primeira palestra foi proferida pela professora supervisora de nosso trabalho e as demais intercaladas entre nós acadêmicas. A realização destas procedeu da seguinte maneira: na data prevista, a enfermeira do turno vespertino era comunicada por nossa orientadora durante a passagem de plantão que por volta de 1:30h (horário previsto para o início das orientações), nós acadêmicas iríamos até a unidade convidar os pacientes com cirurgias programadas, previamente selecionados por nós, levando em consideração suas condições físicas e vontade de participar. Após cada palestra, fazíamos as anotações em um livro próprio para tal, o qual fará parte dos registros da UIC - I quando do término do nosso estágio, onde esse trabalho será continuado pelas enfermeiras do setor, conforme planejamento da instituição.

Participaram de nossas palestras 19 pacientes de diferentes patologias, cujas dúvidas foram bastante variadas

entre elas: a duração da cirurgia, a necessidade do banho no leito, a necessidade da passagem pela UTI, a possibilidade de deambulação no período PO e a lavagem intestinal no preparo pré-operatório.

Concluimos entretanto que, a cirurgia desperta ansiedade porque significa ameaça a integridade do indivíduo e, o "stress" da doença, da cirurgia e da anestesia serão menor quanto melhor o paciente compreender a importância quanto sua cooperação e participação"; isso constatamos no dia a dia e tentamos com orientações, ajudar os pacientes a compreender e a conhecer um pouco do processo pelo qual passariam, minimizando o seu comportamento de ansiedade, nervosismo e medo, prevendo desse modo a sua colaboração para a recuperação.

Com relação as cirurgias eletivas, onde se tem um acompanhamento longo a nível ambulatorial antes da internação na unidade cirúrgica, achamos que o preparo pré-operatório deveria iniciar-se lá e vemos clara a necessidade de se estabelecer um sistema de comunicação entre o Ambulatório, a Unidade de Internação e o Centro Cirúrgico, complementando desse modo a assistência adequada ao paciente cirúrgico.

Também sentimos a necessidade de trabalhar com a família de alguns pacientes, que apesar de não estarmos no horário de visita, que no HU dá-se no período da tarde, ainda pela manhã alguns pacientes permaneciam com acompanhantes, os quais dirigiam-se a nós e perturbados com suas dúvidas buscavam palavras de esclarecimento e muitas vezes conforto.

OBJETIVO 02 - Orientar os pacientes em situação Pré e Pós-operatória sobre os exames

Tínhamos nos proposto a orientar os pacientes sobre os exames solicitados a partir da segunda semana de atividades práticas. Contudo adiamos o início das orientações para o 4ª semana, estendendo-se até a 8ª semana. Definimos uma amostra de 30 pacientes, sendo que destes orientaríamos no mínimo 75%, ou seja, 23 pacientes para considerarmos cumprido o objetivo.

A greve da Secretaria de Saúde de Santa Catarina, em cujas instituições se concentra a maior variedade de aparelhagem para realização de exames de maior complexidade, necessários para se estabelecer o diagnóstico ou condições de tratamento cirúrgico, e a troca de escriturário da clínica, responsável pela marcação dos exames, atrapalharam o desenvolvimento das atividades propostas no objetivo.

A paralização dos serviços estaduais, não permitia a marcação dos exames solicitados com antecedência, o que impossibilitava planejar a orientação pois a realização dos mesmos ficava na dependência do grau de urgência ou "influência" do próprio médico que o solicitava, fugindo de nosso alcance o acesso às datas marcadas; desse modo, optamos a orientar todos os pacientes a partir do momento que se era solicitado qualquer exame, independente de ser ou não realizado e da data em que se efetuaría tal procedimento. Para servir de parâmetro para avaliação de nossas atividades e mesmo do cumprimento do objetivo proposto, estabelecemos a amostra acima citada e um espaço de tempo pré-definido.

Quanto aos exames realizados no próprio HU como Endoscopia, Raio X, Ultrassonografia entre outros, a dificuldade encontrada foi semelhante pois a data de realização desses exames é marcada no setor onde estes são executados. O aviso à clínica geralmente é feito no período da tarde ou da noite, acompanhado do preparo previsto conforme necessidade de cada procedimento, fugindo do nosso horário de estágio, e ao chegarmos a unidade pela manhã os pacientes já estavam preparados e sendo encaminhados ao setor do respectivo exame. Assim decidimos orientar quando os mesmos fossem solicitados para efetuar essas orientações, pesquisamos dados sobre tal procedimentos e, os não encontrados em literaturas, tomamos informação com nossa orientadora, e pudemos orientar a todos.

Uma revisão de literatura sobre técnica de exames foi feita e consta no capítulo 3.

O registro dessas atividades foi feito com o auxílio de um instrumento por nós elaborado (apêndice 4), por meio da qual analisamos a utilidade e assimilação das informações pelos pacientes, colhendo seus depoimentos após a realização dos procedimentos após acompanhá-los, quando possível, durante a execução do exame.

Alguns dos instrumentos não foram completamente preenchidos, cujas justificativas para tal consta no quadro nº 1.

Os pacientes não acompanhados durante a execução do exame, tiveram a orientação e, seus depoimentos foram colhidos quando de seu retorno à unidade quando possível, ou no dia posterior e, se não os acompanhamos foi por motivos como a

forma, inesperada com que os mesmos eram chamados, estando nós envolvidas em outras atividades como, assistência integral a pacientes em PO, atividade esta também proposta em nosso plano assistencial.

QUADRO Nº 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE EXAMES COMPLEMENTARES

TIPO DE EXAME	SEXO	IDADE	TIPO DE ORIENTAÇÃO	COMPORTAMENTO DO PACIENTE NO DECORRER DO EXAME	PARECER DO PACIENTE FRENTE A ORIENTAÇÃO	CONCLUSÃO DA ACADÊMICA
Tomografia computadorizada	masc	64a	verbal	colaborando, tenso	diz ter ciereado mais apesar de já ter feito o exame anteriormente	paciente seguro com a companhia da acadêmica
colangiografia (urgência)	masc	34a	não foi orientado	ansioso		o desconhecimento sobre o procedimento tomou o paciente ansioso não permitindo sua colaboração
Px de abdomen	masc	18a	verbal	não foi acompanhado Indisponibilidade de horário		
ultra-sonografia	fem	37a	verbal	tranquila, colaborando	"é bom saber o que a gente vai fazer"	paciente bastante debilitada, excitando o procedimento como maneira de tratamento
esofagograma	masc	63a	verbal	não realizado - aparelho quebrado		
endoscopia	masc	38a	não necessitou orientação	agitado	já conhecia o procedimento	o paciente já conhecia o procedimento e sabia do seu desconforto, o que o deixou agitado sendo que não foi possível realizar o exame
broncoscopia	masc	55a	verbal	não realizado - aparelho quebrado		
Px de tórax	fem	20a	verbal	tranquila, colaborando	"é bom saber antes como vai ser"	tranquila, colaborando com fácil assimilação da informação
endoscopia	masc	43a	verbal	agitado, não colaborando	"Foi bom saber antes, deu para me preparar"	agitado provavelmente devido ao desconforto próprio do exame
ECG	masc	42a	verbal	tranquilo	"já tinha ouvido falar mas não sabia como era feito"	A informação foi válida para esclarecer dúvidas do paciente
laringoscopia	masc	64a	verbal	não foi acompanhado Indisponibilidade de horário		
Endoscopia	masc	34a	verbal	suspensa		
Urografia excretora	fem	45a	verbal	tranquila e colaborando	"Fiquei tranquila em saber como era, achei que tinha que me contar"	As orientações tranquilizaram o paciente
Endoscopia	fem	33a	verbal	tranquila e colaborando	"É bom saber antes assim a gente não se assusta e com você lá junto me deu força"	A explicação deu-se ao fato do desconforto do exame.
Seriografia	masc	76a	verbal	tranquila e colaborando	Não entendeu, achou que se tratava de uma chapa.	Paciente de difícil assimilação devido a idade, deficiência auditiva e nível cultural.
Endoscopia	masc	34a	verbal	NÃO foi acompanhado Indisponibilidade de horário	"Foi bom como vocês me falaram, foi bom saber só que não deu para aguentar"	O exame é bastante desconfortável e isso aliado ao fato de ser a primeira experiência do paciente tomou-o ansioso.

Cinilografia (preparo)	fem	76a	verbal	ansiosa	"Serviu para tranquilizar, achava que era diferente"	Paciente ansioso por desconhecer a patologia e segura com a presença da escuálmica
Endoscopia	masc	28a	verbal	colaborando	"Serviu para me acalmar"	A informação serviu para tranquilizar o paciente fazendo com que colaborasse
PX de MI	fem	17a	verbal	não foi acompanhada - indisponibilidade de horário		
Tomografia	fem	45a	verbal	não tivemos acesso à data da realização do exame		
Colonoscopia	masc	23a	verbal	não foi realizada - o paciente foi ao CC de urgência		
Seniografia	masc	37a	verbal	suspensão		
PX de MI	fem	81a	verbal	não colaborando agitado	Sem condições de se colher informações	Paciente de difícil assimilação devido à idade avançada
Ultrassonografia	masc	33a	verbal	paciente recusou-se a fazer o exame		
PX de Tórax	fem	50a	verbal	não foi acompanhada - indisponibilidade de horário		
Tomografia computadorizada	masc	32a	verbal	exame suspenso		
Endoscopia	masc	36a	verbal	agitado e não colaborando	Não declarou nada	O comportamento agitado provavelmente esta relacionado ao quadro de oligofrenia do paciente
ECG	masc	76a	verbal	Não foi acompanhado - indisponibilidade de horário	"É bom saber antes o que se vai fazer depois"	A informação foi válida tranquilizando o paciente
Px de estômago	masc	37a	verbal	Não foi acompanhado - indisponibilidade de horário		

Para que pudéssemos interpretar os comportamentos apresentados pelos pacientes, fizemos uma definição de alguns termos e enquadrámos na avaliação. São eles:

- Paciente agitado: movimentando-se com frequência, desassossegado e inquieto;
- Paciente ansioso: demonstrando insegurança e angústia;
- Paciente tenso: com rigidez em certas partes do corpo como MMSS e/ou MMII;
- Paciente tranquilo: calmo, de comportamento estável e sossegado;
- Paciente colaborando: ajudando e atuando em conjunto com a equipe que executa o procedimento;
- Paciente não colaborando: não participando da realização da técnica;

As orientações sobre os exames tranquilizam o paciente, fazendo com que colabore na realização dos mesmos, aceitando e compreendendo os desconfortos próprios de cada tipo e entendendo sua importância para o diagnóstico e tratamento de seu desequilíbrio, tendo em vista que têm o direito de saber sobre o mesmo e as formas como o será definido.

Pudemos constatar com esse trabalho, que a maioria dos pacientes sentem a necessidade de conhecer qualquer procedimento que o envolverá, preparando-se para tal, o que o faz colaborar para a sua execução, ou fazendo de maneira mais tranquila e segura.

Concluimos também, que a ansiedade e intranquilidade do paciente durante a realização de um exame para o qual está orientado, está ligado ao não conhecimento de sua patologia, sendo que este sentimento acompanha-o durante todo o tempo que permanece internado e não ao exame em si.

Outra observação que fizemos é que mesmo orientados, no momento da realização do exame, muitos dos pacientes ainda fazem perguntas procurando conhecer a fundo a técnica a que se submetem, a finalidade e a contribuição para o seu tratamento.

Achamos válida a experiência e esperamos que nosso trabalho seja continuado no que se refere a este objetivo, proporcionando ao paciente oportunidade de participar e colaborar para o sucesso de seu tratamento, o que ele tem garantido pela sua simples condição de cidadão.

OBJETIVO 03 - Aplicar cuidados aos pacientes FO sentidores de dor.

Propusemos o alívio da dor, como parte da nossa proposta por ser esta uma Necessidade Humana Básica, que quando não atendida é capaz de desorganizar a estrutura do indivíduo podendo tornar-se o ponto central de sua vida.

Para trabalharmos este objetivo, como estratégia, buscamos identificar durante a passagem de plantão e nos registros (livro de ocorrências e observações complementares) os pacientes que sentiram dor nas últimas horas, isto é, durante a noite, pois nossas atividades se desenvolveram no período matutino, a fim de formularmos um plano de assistência voltado para o alívio da dor, usando novas modalidades de

alívio da mesma, escolhidas através de pesquisas em literatura e informações de profissionais da área e em última instância, fariamos uso de medidas farmacológicas conforme prescrição médica.

As modalidades consideradas foram selecionadas de acordo com o campo onde atuamos e, por se tratar de uma unidade de internação cirúrgica, optamos pelas seguintes:

- Atenção e orientação
- Ambiente adequado para promoção de repouso
- Exercícios respiratórios
- Mudança de decúbito
- Massagem trófica
- Deambulação
- Aplicação de calor e frio
- Troca de curativos e cuidados com drenos
- Aplicação de bandagens
- Movimentação no leito

Para identificarmos a intensidade da dor sentida por cada paciente, adaptamos conforme a situação (cirúrgica) o instrumento de avaliação da Dor formulado por Atkinson/Murray (1989), anexo 2, acrescentando a visualização da escala graduada.

A escala denominada análogo-visual é graduada de 0 a 10, onde o zero representa a ausência total de dor e o dez a pior dor imaginável para o paciente.

Para melhor avaliarmos a intensidade da dor e dispensarmos o cuidado apropriado classificamo-la em:

dor leve: de 0 a 3

dor moderada: de 4 a 6

dor intensa: de 7 a 9

dor muito intensa: 10

Poucas oportunidades tivemos de aplicarmos o instrumento em pacientes no período PO, pois constatamos que todos eles quando retornam do Centro cirúrgico estão com prescrição de medicação analgésica de horário, que se estende aproximadamente de 24 a 48 horas subsequentes à cirurgia, sendo que a primeira dose já é administrada ao término do ato cirúrgico.

Nos poucos casos que atendemos constatamos que a dor pode interferir no apetite e no sono, desequilibrando sua nutrição e repouso; pode também torná-lo incapacitado para as atividades, retardando sua recuperação e desestimulando-o para o seu auto-cuidado; a dor persistente tende a levar ao isolamento pela diminuição das relações interpessoais.

Por não encontrarmos situações de dor no período matutino, nos dispusemos a vir no vespertino e noturno deparando-nos com a mesma situação. Em virtude disso conversamos com alguns cirurgiões, anestesistas que fazem parte do corpo médico do H.U. e residentes de quais nos informaram que o objetivo desta analgesia "é retirar por completo a dor do paciente, pois a mesma além de causar desconforto e ansiedade torna-o estressado". Por esta razão o paciente em situação PO ou em alguns casos de pré-operatório, recebe a solução

analgésica que é composta de: morfina (2cc) + dipirona (2cc) + água destilada (6cc) ou meperidina (2cc) + dipirona (2cc) + água destilada (6cc). Conforme afirma os profissionais citados anteriormente, é mais fácil aliviar a dor PO com uma associação de drogas do que uma só droga, pelo fato de que a dipirona atua a nível de terminações nervosas locais e a morfina ou a meperidina atuam a nível central. (Drummond, 1993)

Segundo Gonçalves (1988), "ainda não surgiu uma substância de grande potência analgésica e com duração e/ou ação suficientemente prolongada, capaz de abolir a dor, sem se acompanhar de efeitos colaterais intensos como: depressão respiratória, náuseas e vômitos, diminuição da motilidade gástrica e aumento do tônus da musculatura lisa intestinal, contraindo ainda esfíncter de Oddi.

Nós constatamos alguns desses efeitos em pacientes tratados com morfina, como náuseas e tonturas, sendo que para estes demos as devidas orientações sobre os efeitos colaterais, solicitando que permanecessem deitados e caso o sintoma persistisse ou aumentasse de intensidade, comunicasse a equipe.

Para Goodman & Gilman (1987), "a morfina é o agonista opióide mais amplamente usado, de baixo custo e também considerado a droga de escolha entre os analgésicos potentes em casos PO e que pode ser administrado por diversas vias". Na UIC-I/HU, a droga é administrada quase que exclusivamente por via EV e com várias doses em curto espaço de tempo; porque as injeções venosas de opiáceos têm curta duração analgésica, pois o nível sanguíneo e cerebral do analgésico cai rapidamente (Korolkovas & Burckhalter, 1982).

A meperidina, é um analgésico e sedativo não opióide com múltiplas ações qualitativamente similares as da morfina; e no HU é usada na mesma proporção. Possui como efeitos colaterais depressão respiratória, em menor grau, depressão circulatória e em caso extremo choque. Sua única vantagem sobre a morfina é que a meperidina apresenta seu pico de ação mais rápido, mas em contra partida a duração do seu efeito é menor.

Quanto a dipirona, segundo Korolkovas & Burckhalter (1982), esta é um analgésico opióide fraco que deve ser usado em conjunto com outros compostos para atingir o efeito esperado. A unidade em que estagiamos, comprova a literatura pois observa-se que a mesma nunca é prescrita em primeiro dia PO, sendo seu uso conjugado com morfina ou meperidina. Porém nos dias que se seguem, quando a dor referida é apenas incisional, parte-se para seu uso isolado.

Isto nos mostra não ter havido, nos últimos tempos grande progresso pois a morfina foi isolada em 1903, a dipirona introduzida em 1899 e a meperidina apresentada ao comércio em 1939. Poucas oportunidades tivemos de assistir à pacientes sentidores de dor, visando o alívio da mesma, constatamos que esta parece não ser tão sutil, e sim um fenômeno que inclui angústia, ansiedade, choro, depressão e náuseas; levando-nos a defini-la não apenas como uma sensação, mas sim uma experiência complexa que envolve o indivíduo como um todo.

Com isso concluímos que a aplicação de analgésico não é suficiente para o pleno alívio da dor, necessitando além deste a compreensão por parte da equipe de enfermagem do tipo e do significado da dor para o paciente, prevendo-se uma ação

sistematizada da equipe, afim de promover o alívio da dor e conforto do paciente.

Observamos que a equipe de enfermagem da unidade está ciente de algumas formas de alívio da dor não farmacológicas e as aplica simultaneamente com a analgesia prescrita, por exemplo: associado à medicação de horário solicita-se que o paciente deambule ou movimente-se no leito.

Outro fator de relevância que constatamos, é que muitos dos pacientes assistidos por nós, quando se queixam de dor, a primeira coisa que solicitam é o "remédio", revelando-se resistentes às alternativas propostas por nós, devido a sua descrença, comodismo e falta de hábito ou orientação, ganhando novamente destaque a conduta analgésica.

Em alguns casos onde pudemos atuar implementando planos de novas modalidades de alívio à dor, não obtivemos o resultado esperado, tendo assim que solicitar avaliação médica para prescrição farmacológica.

QUADRO Nº 2 - EFICÁCIA DAS MODALIDADES DE ALÍVIO DA DOR APLICADA

SEXO	SITUAÇÃO	LOCAL DA DOR	INTENSIDADE DA DOR ANTES DA INTERVENÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA DOR	MODALIDADE DE ALÍVIO DA DOR APLICADA	INTENSIDADE DA DOR APÓS A INTERVENÇÃO
Fem	hidropneumotórax	reg. lombar	8,5	intensa	ambiente adequado para repouso + mudança de decúbito	3,0
masc	P.O. de apendicectomia	incisional	9,0	intensa	medicação analgésica	0,0
fem	P.O. de apendicectomia + ooforectomia	incisional	7,0	intensa	mudança de decúbito + troca de curativo + placebo + medicação analgésica	0,0
fem	P.O. de tireoidectomia parcial	incisional	2,5	leve	troca de curativo + cuidado com o dreno	0,0
masc	P.O. de anastomose biliodigestiva	abdominal	7,0	intensa	deambulação	7,0
masc	P.O. de hérnia incisional	abdominal	4,0	moderada	aplicação de bandagem	0,0
fem	tireoidectomia parcial	cefaléia	5,5	moderada	aplicação de frio	5,5
masc	P.O. de gastrectomia	incisional	8,5	intensa	medicação analgésica	0,0
masc	P.O. de hernioplastia	baixo ventre	5,0	moderada	deambulação	0,0
fem	P.O. drenagem de abscesso periferia	reg periferia	8,5	moderada	troca de curativo + cuidados com dreno	4,0
masc	P.O. de herniografia	incisional	4,0	moderada	mudança de decúbito + medicação analgésica	0,0
fem	P.O. de colecistectomia	abdominal	5,5	moderada	deambulação	1,5
fem	P.O. de laparotomia exploradora	incisional	8,0	intensa	medicação analgésica	0,0
fem	P.O. de herniorrafia inguinal	M/III	4,5	moderada	massagem trófica	0,0
fem	P.O. de artroplastia de femur direito	reg. lombar	5,5	moderada	massagem trófica	1,5
masc	P.O. de apendicectomia	abdominal	6,0	moderada	deambulação + medicação laxativa	0,0
masc	P.O. de esofagectomia	região lombar + sacra	5,0	moderada	mudança de decúbito + movimentação do leito	0,0
masc	P.O. de colecistectomia	abdominal	4,0	moderada	deambulação	0,0
masc	P.O. de CA de estômago	reg. trácica abdominal	10,0	multo intensa	placebo	0,0
fem	P.O. de artroplastia de Femur direito	M/III	6,0	moderada	massagem trófica + acomodação do membro	3,0

Percebemos através do quadro nº 02 que as situações de dor detectadas e que de alguma forma interferimos para seu alívio, predominou em sua forma moderada (de 4 à 6) e, através das novas modalidades de alívio de dor, os resultados positivos não ganharam destaque, visto que a queixa de dor vinha como consequência de uma incisão cirúrgica.

Outro fato que devemos aqui analisar é a grande incidência de neoplasias, em sua maioria do aparelho digestivo, os quais já iniciam com dor mesmo antes da cirurgia, não descrito em nosso objetivo mas que também prestamos assistência tentando amenizá-la.

A redução da dor para zero, ou seja, ausência total de dor segundo a escala análogo-visual, se deu em sua maioria quando do uso da alternativa farmacológica, vindo confirmar a teoria onde cita-se que dor PD. é consequência de lesão de terminações nervosas locais e a nível central, sendo que para isto aplica-se analgésicos com ação nesses dois âmbitos.

A modalidade utilizada por nós durante o período de atividades práticas foi a farmacológica, sendo que a amostra constituiu-se em sua maioria por indivíduos do sexo masculino.

Por duas vezes, mesmo cientes de que estaríamos infringindo o Código de ética de Enfermagem no que se refere aos direitos do paciente, administramos placebo (água destilada 2,5 cc) por via endovenosa.

No primeiro caso o paciente, portador de neoplásia esôfago-gástrica, vinha usando solução morfina a longo período de tempo, solicitando a droga com freqüência apresentando um quadro de dependência iminente; com tal detecção, conversamos

com nossa orientadora a qual nos alertou para a indicação do placebo, hipótese até então não visada por nós. Após utilizá-la percebemos seu efeito positivo porém, no dia seguinte o paciente fez cirurgia e a solução veio prescrita como analgesia de horário para o período P.O., não sendo substituída por outra modalidade de alívio à dor, devido a grande intensidade da dor referida e condições do paciente.

No segundo caso, o placebo foi administrado à uma paciente em primeiro dia P.O. de apendicectomia + ooforectomia, a qual solicitava medicação nos intervalos da analgesia prescrita, referindo dor intensa e desconforto. Antes do placebo propusemos uma mudança de decúbito com troca de curativo; sem efeito, tentamos o alívio da mesma com o placebo, mesmo com as duas tentativas a dor continuava intensa (8) segundo a escala análogo-visual e partindo disso antecipamos a medicação prescrita de acordo com a orientação médica.

Algumas situações exigiram outras modalidades as quais providenciamos para atender as necessidades apresentadas tais como: colocação de colchão d'água, coxins, almofadas da d'água e acomodação do membro fraturado em posição anatômica entre outras.

OBJETIVO 04 - Ampliar conhecimentos sobre as patologias mais frequentes na UIC - I/ HU e alívio da dor PO.

Na fase de elaboração do projeto, procuramos levantar dados estatísticos sobre os tipos de cirurgias mais incidentes na UIC - I.

Consultamos o Serviço de Arquivo Médico (SAME), buscando os dados que não estavam disponíveis de forma prática; decidimos então procurar na própria unidade, através dos registros de pacientes onde encontramos estas informações. Concluimos que, no período de setembro de 1992 à setembro de 1993, as cirurgias de maior incidência foram: apendicectomia, colecistectomia, herniorrafias e tireoidectomia.

A partir desses dados fizemos uma revisão de literatura dos últimos cinco anos, na biblioteca central e na setorial do HU, sobre as patologias acima citadas e sobre dor em geral.

Para este estudo, nos alternamos indo a biblioteca de 3ª a 5ª feira durante as duas primeiras semanas de prática, muitas vezes ultrapassando as duas horas programadas inicialmente.

Num dos dias programados (23/09/93) não foi possível nenhuma das duas acadêmicas se ausentar da unidade, devido ao nº de pacientes em primeiro dia PO, aos quais nos propusemos assistir integralmente. Assistimos nesses dias cinco pacientes de diferentes patologias e graus de dependência.

O estudo das patologias foi registrado em fichas, nas quais consta etiologia, formas de apresentação, condições e cuidados pré-operatórios, centrando nossa maior atenção na assistência PO das cirurgias propostas a cada patologia (apêndice 2).

Estas fichas foram avaliadas pela supervisora a qual considerou o conteúdo adequado e nós aptas a prestar assistência a pacientes nestas situações. Enquanto não concluimos nossos estudos, aprofundando conhecimentos para

definirmos e implementarmos uma assistência apropriada aos pacientes por nós assistidos, dispensamos todos os cuidados a vários pacientes sempre sob a supervisão da orientadora e quando esta não estava presente, a supervisão era feita pela Enfermeira do turno.

A revisão sobre dor, objetivo de maior enfoque de nossa proposta, dispensamos uma maior atenção, fazendo um estudo mais detalhado; consultamos diversas bibliografias e, sobre dor específica de PO, encontramos muito pouco registro de estudos desenvolvidos neste âmbito. Sentindo esta dificuldade procuramos contactar com profissionais que desenvolvem atividades nesta área, afim de que estes nos indicassem referências bibliográficas a cerca do assunto, e nos relataram a mesma constatação que já havíamos feito.

Para se entender a dor PO, segundo um anesthesiologista do HU, faz-se necessário um conhecimento sobre dor em geral, que consta de conceitos, tipos, fenômenos químicos e elétricos que envolvem este processo (transudação, transmissão, modulação e percepção/reação) e outras considerações gerais sobre dor.(apêndice 1)

Durante o período de estágio aconteceu grande número de cirurgias do aparelho digestivo, assunto este não proposto para revisão de literatura e que exigiu-nos aprofundar alguns itens sobre a assistência a pacientes gastrectomizados; devido a exiguidade do tempo e, acúmulo de atividades no horário de estágio, os estudos foram feitos de maneira individual, sob forma de leitura.

Também encontramos situações de ortopedia devido a superlotação da UIC - II onde são atendidas cirurgias dessa especialidade, levando-nos a estudar e registrar alguns dados sobre tal assistência.(apêndice 3)

A validade dos estudos das patologias mais incidentes é inquestionável, entretanto, percebemos que os cuidados exigidos para o PO desse tipo de cirurgias, comparados com os cuidados a pacientes submetidos às cirurgias de maior porte, são pouco complexos e, para estes últimos, buscamos estudar mais detalhadamente cada situação afim de elaborar e implementar um melhor plano de assistência.

OBJETIVO 05 - Acompanhar dois pacientes submetidos à cirurgia de grande porte, internados nesta unidade para conhecer modificações orgânicas que impliquem em assistência específica.

Para a seleção dos pacientes, candidatos à cirurgia de grande porte, tínhamos inicialmente como estratégia, consultar diretamente na secretaria do Centro Cirúrgico, a programação das cirurgias da semana. Entretanto a realidade apresentou-se diferente do que prevíamos; o mapa cirúrgico sofre alterações diárias, de modo que fugia a nossa disponibilidade de horário. Desta forma consideramos que seria conveniente consultarmos os avisos de cirurgias propostas previamente e anexados no mural da UIC - I, justificando assim a alteração da metodologia definida por ocasião da elaboração do projeto.

Eleitas as cirurgias, nossa primeira ação na véspera foi no sentido de dispensarmos parte do tempo do nosso turno de

atividades práticas para conversarmos com os pacientes em questão. Percebemos que a maior necessidade dos mesmos não era o medo em relação ao ato cirúrgico em si, mas sim o fator segurança afetivo-emocional, o qual inclui ambiente, procedimentos e pessoas desconhecidas.

Para BELAND & PASSOS (1978), "por mais bem planejada e executada que seja uma cirurgia, ela implica em grande tensão psicológica do paciente". Tentamos assim voltar nossa assistência para diminuir a ansiedade e minimizar os medos através de informações sobre a seqüência de eventos que compõem o ato cirúrgico, desde a saída da unidade até o retorno à mesma. Com o intuito de oferecer maior segurança a esses dois pacientes, nos propusemos a acompanhá-los até o Centro Cirúrgico e permanecemos com eles durante a cirurgia; sem contudo deixar de atender a outros de nossos objetivos: conhecer as possíveis modificações orgânicas que viriam decorrer da intervenção cirúrgica, o que garantiria a elaboração de um plano assistencial individualizado para o período PO destes pacientes.

A primeira cirurgia assistida foi no dia 07/10/93, em um paciente do sexo masculino, com idade de 55 anos e antecedente de gastrectomia há dois anos. A proposta cirúrgica era uma laparotomia exploradora, visando a extirpação de uma massa tumoral gástrica recidivada. Procedeu-se sob anestesia geral inalatória, incisão mediana supra umbilical, liberação de aderências entre alças do intestino e paredes com presença de massa tumoral invadindo o fígado, tronco celíaco e alças do intestino, sem condições de ressecabilidade. O trans-operatório

decorreu num período de quatro horas, sendo retirado uma peça para exame anátomo-patológico, para verificar a viabilidade de tratamento com rádio ou quimioterapia. Não houve a necessidade de assistência intensiva conforme o esperado.

Comprovando a teoria acima descrita, de que a tensão do paciente durante o período que antecede a cirurgia permanece, independente das orientações recebidas, percebemos nitidamente a ansiedade deste paciente que, momentos antes da anestesia deixou transparecer sua angústia através de expressões faciais e gestos dirigidos a nós; naquele momento uma de nós foi até ele e tocando em seu braço conversou tentando acalmá-lo.

Devido ao achado cirúrgico e a ausência de intercorrências não houve a necessidade de implementarmos um plano de assistência com técnicas diferenciadas, sendo prestados por nós os cuidados de rotina PO (Anexo 2), com grande colaboração do paciente.

A segunda cirurgia que assistimos foi a de L.N.D, 29 anos, sexo feminino que chamou-nos a atenção pelo diagnóstico pré-operatório: neoplasia duodenal. A paciente mostrava-se muito ansiosa e preocupada por desconhecer a patologia e o ato cirúrgico em si. Percebemos essa intranquilidade e tentamos dentro do possível, diminuir sua insegurança, ao mesmo tempo que ouvimos com atenção suas queixas.

No dia marcado (30/10/93) a cirurgia foi suspensa por falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva, para onde programava-se encaminhá-la após o procedimento cirúrgico. Ao fim de uma hora esta questão foi resolvida e a paciente foi levada ao Centro Cirúrgico. Através de incisão para-mediana,

achou-se um volumoso tumor invadindo e envolvendo toda a raiz do mesentério e mais o mesocolon transversos; inúmeras adenopatias mesentéricas, crescimento exofítico ultrapassando a serosa de ambos os folhetos peritoniais da raiz do mesentério. Toda a terceira porção do mesentério estava incluída na massa tumoral, procedeu-se apenas gastroentero anastomose.

A cirurgia durou duas horas, dispensando também os cuidados intensivos, pela não possibilidade de ressecamento pelo desenvolvimento do tumor. Assistimos a paciente com cuidados de rotina em primeiro dia PO (anexo 1), acrescido de cuidados com sonda nasogástrica e controle hidroeletrólítico. Embora o período PO tenha transcorrido sem intercorrências, a paciente apresentou-se desanimada para o auto-cuidado, sendo necessário encorajá-la a colaborar com sua recuperação.

Mesmo constatando que a maioria dos pacientes, senão todos, estavam intranquilos frente à cirurgia não dispensamos a orientação pré-operatória; pois o conhecimento prévio do procedimento, familiarizará o paciente com o ambiente que encontrará e o ajudará a colaborar com a equipe cirúrgica.

Apesar das propostas cirúrgicas não terem se concretizado, o que levaria a prognósticos favoráveis para a vida dos pacientes, achamos válido assistir a essas cirurgias considerando cumprido o objetivo, pois conferiu aprendizado para nossa vida profissional futura.

OBJETIVO 06 - Promover a atualização da equipe de saúde da UIC-I sobre terapias e condutas para alívio da dor

Quando nos propusemos aliviar a dor de pacientes em situação PO, pensamos poder atuar em conjunto com a equipe de enfermagem da unidade, no sentido de divulgar e aplicar novas modalidades de alívio da dor como proposta de um Enfermagem humanizada e atual, num esforço de tentar resgatar nossa identidade e essência de "Ser Humano", recuperando as relações interpessoais e despertando a proposta de se agir com amor e sentimentos, superando a técnica do progresso tecnológico.

Pensando poder atuar obtendo resultados positivos no que se refere ao bem estar do paciente e para tal selecionamos algumas modalidades de alívio à dor deixando os fármacos como última alternativa, já descritas no objetivo 03.

Ao chegarmos na unidade deparamo-nos com uma rotina de analgesia prescrita em intervalos de horários frequentes, cuja composição é uma associação de drogas, fazendo-se valer por um período de 0 a 48 horas subsequentes a cirurgias; isso garante o alívio da dor do paciente não permitindo se quer que ele se queixe de tal desconforto.

Vimos através de literaturas que, em regra geral todo paciente submetido à qualquer tipo de cirurgia vem a sentir dor no período PO, situação decorrente da lesão das terminações nervosas e que, tal desconforto só será aliviado mediante o uso de analgésicos de ação local e quando em cirurgias de grande porte, também a nível central, vindo justificar essa rotina adotada na unidade, permitindo-nos correlacionar teoria e prática.

Convencidas da necessidade de se administrar fármacos pelo menos nas primeiras 24 horas subsequentes às cirurgias, enquadrámos as modalidades por nós propostas para alívio da dor como medidas de conforto que, a pacientes em situação PO associa-se à medicação analgésica para promover o seu bem-estar.

Poucos pacientes referiram dor durante o período em que desenvolvemos nossas atividades práticas; com isso adaptamos nossos horários, comparecendo à unidade em algumas tardes e em um plantão noturno, encontrando a mesma situação.

Percebemos que alguns dos métodos por nós proposto são utilizados pelos profissionais da unidade, na forma de orientação aos pacientes enquanto prestam assistência como: deambulação, exercícios respiratórios e movimentação no leito entre outros.

Tendo em vista estas constatações, as palestras de divulgação das "novas" modalidades de alívio da dor a que nos propusemos realizar com a equipe matutina, vespertina e noturna da unidade tornou-se desnecessária.

Em acordo com a orientadora e supervisora, decidimos desenvolver este objetivo em outro âmbito, porém com o mesmo enfoque: dor. Convidamos o Dr. José Paulo Drummond, anestesiológista do HU que hoje trabalha a nível ambulatorial no tratamento da dor, para realizar uma palestra à equipe da unidade, estendendo o convite a todo o hospital. Na oportunidade, o palestrante procurou dar uma idéia geral de dor, como é desencadeada e os principais fármacos empregados no seu combate, efeitos colaterais e cuidados com os pacientes que

fazem uso desta, salientando a importância e contribuição da enfermagem no cuidado e assistência ao ser humano. A palestra deu-se no período da tarde do dia 23/11/93, com duração de uma hora.

Em outra oportunidade, reunimos a equipe do turno da manhã, momento no qual a Professora Enfermeira Dalva, supervisora de nosso trabalho, a convite nosso, expôs de maneira sucinta o objetivo, dando uma conotação mais humanizada à relação paciente-enfermeira e alívio da dor, sendo que ao final, a reunião culminou uma discussão da relação inter pessoal e seus benefícios na assistência ao paciente.

Com relação e abrangência dos plantões noturnos para divulgação do resultado e conclusão que chegamos ao término da realização do objetivo, não nos foi possível alcançar; nas várias tentativas que fizemos não conseguimos reunir as equipes, devido ao tumulto do setor e falta dos funcionários, o que tornou inviável a nossa proposta.

OBJETIVO 07 - Divulgar e discutir o novo Código de Ética de Enfermagem

Trabalhar com a questão ética é um tanto abrangente e de difícil abordagem; esta realidade mostrou-se clara e para nós, iniciantes na profissão, tornou-se um desafio o qual não conseguimos superar dentro da proposta por nós definida quando da apresentação do projeto. Por outro lado, observamos sim, o cumprimento do código por parte dos profissionais da unidade que desenvolvemos as atividades práticas identificando alguns momentos de agressão do mesmo, porém mínimos e corriqueiros.

O direito a informação é inalienável do cidadão; uma garantia ampla e irrestrita, é a base de uma verdadeira e real democracia, pois assegura ao cidadão o direito total e ilimitado de saber o que lhe diz respeito. O paciente ou o seu responsável têm o direito de saber todos os dados a respeito do seu corpo, de sua saúde, de sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde e inclusive a doença lhe pertencem, e não aos profissionais da saúde. O paciente permite ao médico ou ao profissional de saúde lidar com ele, mas não lhe outorga necessariamente o direito de, unilateralmente, na maioria das vezes, decidir por ele.

O paciente tem o dever de se cuidar através da educação para a saúde; o comportamento de se cuidar através da educação é uma responsabilidade individual, mas também coletiva e social, e implica em se dar atenção não só ao corpo físico como também ao de toda a sociedade.

Quando o paciente não recebe uma informação correta, ao descobrir que o problema é mais grave, apresenta uma sensação de frustração, aborrecimento e finalmente raiva frente ao médico e demais profissionais que literalmente lhe desinformou e lhe enganou.

Mas agora questiona-se: de quem é o dever e responsabilidade de informar ao paciente sobre seu diagnóstico para que o mesmo possa contribuir para o tratamento?

Na unidade, por várias vezes pacientes foram submetidos à cirurgia e em seguida encaminhados para tratamento em outra instituição sem ter conhecimento de sua patologia em especial os casos de neoplasias; se não levamos este ponto a discussão

com os profissionais afins foi em função da possibilidade de criarmos uma situação de difícil contorno devido a nossa inexperiência, fato não almejado por nós.

Referentes especificamente à enfermagem alguns pontos merecem serem citados como por exemplo: Durante a passagem de plantão comentários sobre a situação de pacientes surgiram, oportunizando momentos de descontração para os funcionários, fazendo desmerecer a condição de cidadão do mesmo.

Pontos problemáticos, de agressão do Código de ética visível, até mesmo por leigos não ocorreram de modo que nossa atuação para tentar através de discussão em grupo solucionar ou amenizar não tornou-se necessário.

Conhecendo os direitos do paciente hospitalizado quais sejam:

1. De receber um atendimento atencioso e respeitoso
2. A dignidade pessoal (ex. tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado)
3. A sigilo ou segredo médico
4. De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento
5. A informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
6. De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário um tradutor.
7. De recusar tratamento e de ser informado sobre as consequências médicas dessa opção

8. De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de se recusar a participar dos mesmos
9. De receber uma explicação completa referente à sua conta hospitalar
10. De reclamar
11. De recusar a realização de exames
12. De ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação
13. De escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar
14. De questionar a medicação prescrita
15. De ter acesso a ficha médica, (segundo a comissão de credenciamento de organizações hospitalares, 1985).

Procuramos promover discussões individuais com os pacientes, constatando que pouco sabem a respeito destes. Desse modo dentro do possível procuramos informá-los e fomentar neles o propósito de se fazer valer esses direitos retomando sua identidade de cidadão.

Ao percebermos a fixação do Código de ética de Enfermagem no mural da unidade, comentamos a sua importância com alguns funcionários, os quais cientes do compromisso para com ele nos afirmaram que "quando sobra tempo" fazem breves leituras do mesmo.

Identificando a dificuldade de abordar o tema decidimos procurar profissionais do HU que estivessem diretamente ligados a resolução de causas éticas. Conversando com o Diretor de Enfermagem do HU, Luiz Scarduelli, este nos esclareceu como se dá o encaminhamento dos processos que envolvem questões éticas,

citando-nos alguns exemplos que pela própria questão ética não convém mencionar; em síntese, os passos são os mesmos para a resolução de qualquer questão, ou seja: o profissional que de alguma forma comete algum ato que venha infringir o Código de ética de Enfermagem tem seu cargo colocado à disposição e responde a um processo a nível de Conselho estadual e/ou federal da categoria, podendo em alguns casos até mesmo ter seu diploma apreendido e ser declarado não apto a desenvolver atividades na área em que atuava.

Nesse mesmo encontro, o mesmo nos informou sobre o projeto da nova direção do hospital em formar uma comissão de ética a qual não almejará o poder de punição e sim a iniciativa de encaminhar os casos de infração ética ao conselho da categoria. o antiprojeto desta consta no anexo 3.

Outra tentativa de desenvolver o objetivo foi procurar a Enfermeira responsável pela educação em serviço, na intenção de junto com a comissão participarmos de alguma atividade que visasse a discussão e divulgação do código. Fomos então convidadas a participar de uma palestra já programada para o dia 13/10/93, no período da tarde, proferida apenas para enfermeiros e apresentada por uma profissional do COREN. Mais uma vez constatamos o não interesse por parte dos profissionais da área em discutir o conjunto de normas, princípios, direitos e deveres que regem o exercício de suas atividades dentro de uma conduta ética profissional, quando deparamo-nos com o baixo número de participantes. Na ocasião desta foi apresentado o Código por inteiro tendo como desfecho a colocação e discussão de algumas situações sendo de grande contribuição para finalizar nossa vida acadêmica e ingressar na profissão cientes de nossos direitos e deveres assim como os do pacientes.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término da execução desse projeto, avaliamos o quanto crescemos em relação a nós mesmas e a nossa independência, pois a VIII unidade, não deixa de ser uma fase de transição entre aluno e profissional.

"A Enfermeira comprometida vive suas experiências e aprende sobre si mesma, conhece seus sentimentos e necessidades, trabalha com eles, aceita-se como pessoa a caminho da auto-estima, podendo assim ajudar seus pacientes".(Bouso, 1987)

Não se pode ignorar a natureza bio-psico-socio-espiritual do homem no atendimento de sua necessidades, em especial nos hospitais, onde ele está altamente vulnerável; nessa situação a Enfermeira deve conhecer seus próprios recursos espirituais e da prática de sua profissão para interferir direta ou indiretamente na sua reabilitação e condição de completo equilíbrio.

O referencial teórico escolhido, atendeu nossa proposta de fundamentarmos nossa assistência na Teoria das Necessidades Humanas Básicas uma vez que segurança emocional, o alívio da dor e comunicação fazem parte da essência da teoria. Entretanto, é impossível penetrar nas reflexões de outrem e extrair o exato significado de suas frases, considerando em nosso trabalho o que se tem de explícito sobre a teoria e tentando entender e aplicar o significado dos termos conforme a autora transmitiu.

O novo Código de ética de Enfermagem vem contribuir grandemente com a felicidade dos profissionais, na medida que estabelece nitidamente a linha divisória entre direitos e deveres deles e do pacientes.

7 - RECOMENDAÇÕES

Ao término deste trabalho recomendamos que:

PESQUISA:

- Sejam desenvolvidas mais pesquisas sobre dor pós-operatória.

ENSINO:

- As orientações para pacientes em situações pré-operatória, em caso de cirurgia eletiva iniciem-se no ambulatório.

ASSISTENCIAL:

- As modalidades por nós propostas de alívio da dor sejam utilizadas em Clínica Médica

ALIVIO:

- A Enfermeira do Centro Cirúrgico faça a visita ao paciente na véspera da cirurgia, para ter mais subsídios a fim de elaborar a primeira prescrição.

8 - BIBLIOGRAFIA

ATKINSON, Leslei D., MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

BABCOCK, Dorothy E., KEEPERS, Terry D. Fais ok filhos ok. São Paulo: Parma, 1987.

BELAND, Irene, PASSOS, Joyce. Enfermagem Clínica. São Paulo: EPU, 1979. v.3.

BERDE, Charles B. Tratamento de dor pós-operatório em pediatria. In: SCHECHTER, Nei L. (org). Clínicas pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda. 1989. v.4, p.973-991.

BEYERS, Marjorie, DUDAS, Susan. Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

BIANCHI, E.R.F. A comunicação da suspensão de cirurgia. Rev. Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.4, n.4, p.152-155, 1984.

BOGOSSIAN, Levão. Manual prático de pré e pós-operatório. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.

BOUSSO, Regina S. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. Rev. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.3., n. 21, p.249-253, 1987.

BRAUN, JI. Analgesia e efeitos colaterais de doses diferentes de morfina no espaço peridural. Rev. Brasileira de Anestesiologia, São Paulo, v.33, n.149, p.12, 1983.

BRUNNER & SUDDARTH. Moderna prática de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. v.1.

CARVALHO, A. Z. Comunicação verbal. 1993.

CLASSEN, M., FRÜHMORGEN, P. Endoscopia e biópsia em gastroenterologia. São Paulo: EPU, 1980.

DRUMMOND, José Paulo. Comunicação verbal. 1993.

DRUMMOND, José Paulo. Trauma e anestesiologia. São Paulo: MEDSI, 1992.

ELTRINGHAN, Roger et al. Recuperação pós-anestésica. Rio de Janeiro: Colina Editora, 1986.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Eugênio. Cirurgia: arte, ciência e profissão. Rev. do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.2-3, 1991.

GAS, B.W.D. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

GAUDERER, Christian E. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GENÈVE, Switzerland. Alívio da dor no câncer. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

GOFFI, F.S. Técnicas Cirúrgicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

GOODMAN, Louis S., GILMAN, G. Alfred. As bases farmacológicas da terapêutica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Enfermagem em clínica cirúrgica. São Paulo: EPU, 1986.

KOROLKOVAS, Andrejus, BURCKHALTER, Joseph. Química farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

LEISIFER, Deborah. Monitorização e registro do controle da dor. In: HOYT, John W. (org). Clínicas de terapia intensiva. Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda, 1990. v.2, p. 297-308.

MALTESE, Giuseppe et al. Grande dicionário brasileiro de medicina. São Paulo: Maltese, 1980.

PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Problemas dos pacientes em PO de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva. Rev. Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.2, n.3, p.58-61, 1983.

- PAIM, Rosalda C. N. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidade do paciente. Rio de Janeiro: Gráfica Luna Ltda, 1978.
- ♣ PIMENTA, C. A. de M. et al. Dor ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev. Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.11, n. 1 p.3-10, 1992.
- RUDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 1989.
- SARGS. Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul. Suplemento de atualização em anestesiologia: dor pós-operatório. Porto Alegre, 1993.
- ♣ SAUPE, Rosita et al. Assistência de Enfermagem à pacientes com dor. Rev. de Ciências da Saúde, Florianópolis, v.5/6, n.1/2, p.62-76, 1986/1987.
- SCLIAR, Moacir. Médico não é Deus. Veja, São Paulo. p.98
- SOUZA, Mariana Fernandes de, GUTIERREZ, Maria G.R. de, CASTRO, Rosa Aparecida P. de. Teoria das necessidades humanas básicas. In: I SIMPOSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. 1985, Florianópolis, Anais... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. 383p. p.209-228.

APÊNDICES

APENDICE 1

Dor

"Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal tal lesão. A dor é sempre sujeita, pois cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com agressão, injúrias ou traumas no início da vida. É, sem sombra de dúvida, uma sensação numa parte ou em partes do corpo, de carácter aversivo, desconfortável e por conseguinte uma experiência emocional". (JENÉVE, 1984).

Para Brunner & Suddarth (1980) dor é um sintoma subjetivo no qual o paciente exhibe estimulação de certos terminais nervosos; geralmente, indica o início do dano tissular.

Vários estudos consideram que os fatores psicológicos estão diretamente relacionados com a intensidade e percepção da dor em cada indivíduo. Estão associados à estímulos físicos prejudiciais e também a fatores espirituais sociais e sócio-econômicos. Portanto a identificação dos componentes físicos e não físicos tornam-se essencial para a escolha do tratamento apropriado. Uma sensação de desânimo e o medo da morte minente adicionam-se ao sofrimento total e exacerbam a dor.

1. Tipos de dor

1.1. Cutânea ou Superficial - tem como origem os estímulos que atuam na superfície corporal. Pode ser provocada por traumatismos, calor ou frio intensos, substâncias caústicas e venenos. É sentida no local exato da atuação do estímulo e a sensação dolorosa tem "qualidade própria para os diferentes estímulos".

1.2. Profunda - é a sentida nos músculos, tendões, articulações e fáscias.

1.3. Visceral - origina-se nas vísceras. É desencadeada por estímulos como: distensão, tração, inflamação, isquemia e contração espasmódica. A qualidade da dor varia de acordo com o órgão: no coração como um aperto; na pleura, como fincada; em vísceras ocas como torção, e assim por diante. É percebida nas regiões que correspondem à projeção do órgão em sua posição embriológica.

1.4. Referida - é uma dor profunda que se projeta à distância seguindo a distribuição metamérica. Não tem localização precisa e é contínua.

1.5. Irradiada - é consequente da irritação direta de um nervo sensitivo ou misto. É sentida no território correspondente à raiz nervosa estimulada.

2. Qualidades da Dor

2.1. Em queimação - lembra a sensação decorrente da estimulação por calor intenso. Ex.: úlcera péptica.

2.2. Em pontada ou em fincada - lembra a sensação desencadeada por objeto pontiagudo. Ex.: dor pleurítica.

2.3. Pulsátil - pulsante. Ex.: algumas cefaléias.

2.4. Em cólica - aquela acompanhada de sensação de torcedura. Ex.: cólica intestinal e menstrual.

2.5. Surda - contínua e sem grande intensidade. Ex.: lombar.

2.6. Constrictiva - sensação de aperto ou constrição. Ex.: dor do infarte do miocárdio.

2.7. Contínua - se mantém sem interrupção. Ex.: pancreatite aguda.

3. Neurofisiologia da dor

Entre o estímulo da lesão tecidual e a experiência subjetiva da dor, ocorrem complexos fenômenos elétricos e químicos. Consideram-se 4 (quatro) processos:

3.1. Transudação - processo pelo qual o estímulo nocivo gera uma atividade elétrica nas terminações sensoriais, localizadas na pele, nos músculos, nas articulações, na polpa dentária e nas vísceras.

- Nociceptores - terminações nervosas não incapsuladas ou livres que despolarizam quando ocorre lesão dos tecidos ou ameaça à sua integridade.

3.2. Transmissão - é a transmissão do estímulo pelos axônios aferentes periféricos.

- lâmina de Rexed. em número de 10, situadas no corno posterior da substância cinzenta medular.

- Sistema ascendente nociceptivo - são feixes de axônios que ascendem na medula até alcançarem centros nervosos mais superiores. São em nº de 6: TST, TSR, TSM, SPCD, TSC, SAMP.

- Sistemas nociceptivos especiais - Trigeminal, inervação dos órgãos viscerais.

- Mecanismos nociceptivos supra-espinhais - onde a nocicepção não está relacionada a um único sistema de condução.

3.3. Modulação - é o processo pelo qual a transmissão é facilitada ou inibida.

- Modulação modular - se faz por 3 mecanismos:

- bloqueio dos receptores da substância neurotransmissores.

- inibição da liberação desses neurotransmissores.

- estreitamento do impedimento do processo de transmissão nociceptiva.

As substâncias que interferem na modulação da dor nesse nível são: peritonina, noradrenalina, somatostatina e peptídeos opióides endógenos.

- Sistema de modulação descendente - constituído de:

- Sistema diencefálico e cortical
- Núcleo magno da rafe e núcleo adjacente.
- Corno posterior bulbar e medular.

3.4. Percepção/Reação - as lesões do lobo frontal provocam indiferença enquanto que as do lobo parietal, não permitem que o paciente fique indiferente à sensação de dor.

Na dor aguda, em geral, os sentimentos predominantes são os de ansiedade, medo e revolta.

A dor é um fenómeno subjetivo e pode ser avaliado erroneamente por manifestações objetivas diversas tais como agitação, taquipnéia, confusão mental, entre outras.

4. Manifestações clínicas da dor

4.1. Vegetativas:

- liberação de adrenalina
- elevação do F.A.
- aumento da F.C. e P
- respiração rápida e irregular
- aumento da transpiração

4.2. Musculatura esquelética - aumento na tensão ou atividade muscular.

4.3. Psicológicas:

- aumento da irritabilidade
- aumento da apreensão
- aumento da ansiedade

- atenção voltada para a dor
- queixas de dor

A reação do paciente depende:

- experiência
- ansiedade ou tensão
- estado de saúde
- sua capacidade para desviar-se do problema ou de ser distraído.

5. Considerações gerais sobre dor P.O.

- A dor PO máxima ocorre entre 12 e 36 horas e, geralmente desapareceu por volta de 48 horas.
- A dor é um dos primeiros sintomas que o paciente expressa quando retorna à consciência.
- Não existe nenhuma prova documentada de que um sexo tolere melhor a dor do que outro.
- Pessoas mais idosas parecem possuir maior tolerância à dor que as mais jovens ou de meia idade.
- O condicionamento psicológico do paciente afeta a tolerância à dor.
- A qualidade do relacionamento enfermeira-paciente tem uma maior influência no alívio da dor que os medicamentos.

Muitos fatores influenciam a resposta da enfermeira à dor do paciente. São eles: o nível de educação da enfermeira, suas experiências pregressas com a dor, as experiências com drogas e suas respostas clínicas, a filosofia pessoal acerca da

dor, a organização da unidade e o receio de provocar hábito.
(LEISIFER, 1990)

6. Avaliação da dor

O primeiro passo no aprimoramento da qualidade do controle da dor é a educação e o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da dor, para orientar a enfermeira em sua interpretação da necessidade do paciente. Existem modelos de avaliação da dor, porém todos eles envolvem a interpretação da resposta do paciente ou necessitem de uma resposta no mesmo. Nada existe que nos permita avaliar objetivamente a dor.

Deve constar para uma boa avaliação, todos os dados objetivos, subjetivos e verbais da dor do paciente; é necessário anotar o aparecimento, a duração, a qualidade e as verdadeiras palavras do paciente descrevendo a dor. A avaliação da dor deve incluir sua localização, qualidade, padrão, intensidade, indicadores não-verbais e sintomas associados.

Caso o paciente não seja capaz de cooperar, a enfermeira precisa tornar-se capacitada na avaliação da pele, náuseas, vômitos, comportamentos como choro e lamentação, polidez e agitação precisam ser anotados.

7. Medidas de enfermagem para controlar a dor

A farmacologia parece ser a primeira melhor forma para controlar e combater a dor, porém existem outras medidas que podem ser usadas pelo enfermeiro sem prescrição médica.

A enfermeira precisa transmitir ao paciente que está ciente acerca de sua dor e que deseja efetuar mudanças na

assistência, para minimizá-la. Isso pode inspirar confiança e aliviar a ansiedade. A enfermeira pode sincronizar as atividades e as medicações, proporcionar períodos de repouso e documentar esses métodos de alívio da dor no plano de assistência, no sentido de alertar qualquer outra pessoa também responsável pela assistência ao paciente.

Há serviços que usam técnicas de relaxamento e a musicoterapia que tem mostrado grande contribuição para o alívio da ansiedade e por conseguinte, o alívio da dor. (LEISIFER, 1990).

O fornecimento de informações pode ser usado como uma forma de reduzir a dor. Os pacientes precisam ser informados acerca dos procedimentos a que será submetido e/ou efeitos das medicações.

Cuidados com a pele, fricção nas costas e posicionamento adequado podem reduzir a dor e tornar os pacientes mais confortáveis.

Quando é usada a farmacologia, é importante que a enfermeira tenha boa base de conhecimentos acerca das medicações, em especial os efeitos das mesmas e suas interações (sinergismos e antagonismos).

Segundo Leisifer (1990), as enfermeiras atualmente podem aplicar narcóticos epidurais após treinamento adequado. O uso da analgesia epidural parece um instrumento lógico para o tratamento da dor em muitos pacientes PO. Para tal, é instalado um cateter pelo anestesiológico no qual será introduzido solução analgésica diretamente no espaço peridural, tendo por

APÊNDICE 2

PATOLOGIA DE MAIOR INCIDENCIA NA UIC - I/HU

NO PERIODO DE 17.09.92 A 17.09.93

1. Colelitiase - termo usado para indicar cálculos na vesícula biliar. Variam em composição, forma e tamanho podendo serem únicos ou múltiplos. Tendem a ocorrerem em mulheres de meia-idade com muita freqüência.

Fatores pré-disponentes:

- alteração da composição da bile
- estagnação da bile e infecção
- superalimentação

Tipos de cálculos:

- de colesterol
- de bilirrubinato de Ca
- de carbonato de Ca
- misto

80% dos casos são assintomáticos. Pode ocorrer eructação, dispepsia, dor e outros distúrbios digestivos.

Colecistite: inflamação da vesícula biliar podendo ser aguda ou crônica. Dor abdominal superior aguda, sinais gerais de inflamação e sensibilidade no quadrante superior direito do abdomen são sintomas de colecistite aguda, assim como febre, náuseas, vômitos e leucocitose. Como tratamento considera-se repouso no leito, restrição de alimentos e líquidos, administração IV de líquidos e eletrolitos, analgésico e terapia com antibióticos; a cirurgia é adiada para assegurar a

total recuperação da inflamação. A colecistite crônica caracteriza-se por uma longa história de vagas queixas relativas à distúrbios digestivos, desconforto abdominal associado à ingestão de gorduras, flatulência e dor aguda. O tratamento usual consiste em colecistectomia.

Cuidados de enfermagem: NO PO

- Manter fluidoterapia controlando gotejamento e local da punção venosa.

- Manter dieta zero nas primeiras 24 ou 48 horas; iniciando posteriormente com dieta hipolipídica, hipercalórica e hiperproteica.

- Observar distensão abdominal.

- Manter posição semi-Fowler.

- Estimular movimentação no leito e deambulação precoce.

- Manter controle de diurese e evacuação.

- Trocar curativos incisional e dos drenos observando características das secreções sempre que necessário.

- Observar sangramentos.

- Atentar para sinais como febre, dor, distensão e rigidez abdominal (= peritonite).

- Outros cuidados de rotina de PO.

2. Apendicite - é uma inflamação aguda do apêndice vermiforme, que principia com uma obstrução da luz do apêndice por fecalito, levando à infecção secundária. O processo progride à gangrena ou perfuração, com abscesso ou peritonite. O primeiro sintoma é a dor periumbilical ou epigástrica, seguida

de anorexia, náuseas ou vômito. Em poucas horas, o processo inflamatório atinge as superfícies peritoniais das alças intestinais vizinhas; o epíplon e o peritônio parietal anterior; nesse estágio, a dor muda para o quadrante inferior direito do abdomen e a hipersensibilidade, o espasmo e a dor tornam-se cada vez mais evidente.

Tipos:

- Catarral aguda: com edema e hiperemia da parede.
- Supurativa: com presença de secreção purulenta.
- Gangrenosa: apresenta áreas de necrose por oclusão vascular.
- Por obstrução da luz: sujeita a perfuração devido a proliferação rápida de germes.

Diagnóstico:

- anamnese e exame físico com dor à palpação e hiperestasia da pele na fossa ilíaca direita.
- hemograma indicando leucocitose.

Cuidados de enfermagem

- Colocar em posição semi-Fowler quando apresentar crise.
- Deixar o paciente em posição de Fowler para aliviar a dor e a tensão.
- Manter o paciente em jejum para reduzir a peritalse e permitir o esvaziamento do estômago.
- Aplicar bolsa de gelo no quadrante inferior esquerdo, nunca calor, pela possibilidade de causar ruptura do apêndice e peritonite.
- Estimular exercícios respiratórios e tosse.

- Estimular deambulação precoce e movimentação no leito.

- Controlar a diurese nas 24 horas.

- Mobilizar o dreno de Penrose (1 a 2 cm/dia após o 2º PO) e observar as características da secreção e local.

- Trocar curativo diariamente ou sempre que necessário.

3. Hérnias - é o deslocamento de uma víscera da sua cavidade natural, permanecendo, porém, recoberta pelos tegumentos. A víscera pode penetrar em outra cavidade corpórea ou localiza-se sob a pele. Podem ocorrer em vários locais do corpo, mais comumente no abdome. Classifica-se em redutível, quando pode ser deslocada através de manipulação em sua posição natural com o saco permanecendo na parede abdominal; ou irreductível ou encarceirada, quando não pode ser deslocada e recolocada em sua posição normal devido à aderências ou estreitamento do colo do saco herniário. As hernias podem ser:

- Femorais: acontecem na parede abdominal onde a artéria femoral penetra na coxa, sendo vista como uma tumefação na coxa se uma porção do intestino ou o omento passa através do anel femoral. Possuem elevada incidência de encarceiração e estrangulamento.

- Inguinais: podem ser uni e bilaterais e podem ser chamadas diretas quando decorrentes do enfraquecimento do assoalho facial do canal inguinal, mas não penetra no canal através do anel interno formando uma protusão diretamente através da fásia transversa e vem para fora pelo anel externo; ou indiretas quando causadas pelo enfraquecimento da margem da fásia do anel inguinal interno e deixa o abdome através do

canal inguinal e emergendo no anel externo. A hérnia inguinal acompanha-se de dor aguda e constante na virilha, que surge geralmente quando a pessoa levanta objetos pesados, tosse ou faz um esforço, podendo ser descoberta pela palpação e inspeção durante períodos de aumento da pressão intra-abdominal.

- Umbilicais: é o resultado de uma anormalidade nas estruturas musculares em torno do cordão na qual o orifício não se fecha após o nascimento. Pode desaparecer à medida que o crescimento dos músculos e a fáscia corrigem o defeito. Em adultos, resultam do enfraquecimento do músculo reto-abdominal sendo comum em múltiparas ou obesas.

- Incisionais: surge no local de uma cirurgia anterior; geralmente associa-se à infecção, nutrição inadequada, extrema distensão abdominal ou obesidade.

- Epigástrica (de hiato): produzida pelo enfraquecimento dos músculos do diafragma que normalmente mantém o esôfago em sua relação anatômica com o diafragma e o estômago. Geralmente tem como sintomas pirose, sensação de plenitude, desconforto subesternal, epigastralgia pós-prandial, disfagia, etc.

Tratamento:

- Herniorrafia - dissecação do saco herniário e devolução do seu conteúdo à cavidade abdominal.

- Hernioplastia - restauração da região enfraquecida com reforço através de fios metálicos, rede de aço ou fascia.

Cuidados de enfermagem:

- Estimular deambulação em um ou dois dias.

- Em caso de edema ou inchaço escrotal aplicar gelo e indicar repouso no leito.

- Observar retenção urinária.

- Outros cuidados de rotina de P.O..

- Fazer suspensório escrotal em caso de edema.

4. Afecções da tireóide - a tireóide encontra-se no lado anterior do pescoço, abaixo da laringe e anteriormente à traquéia, apresentando o lobo direito e esquerdo unidos pelo istmo. Na presença de iodo, a tireóide secreta dois hormônios: a tiroxina e a triiodotironina; isso sob o controle do TSH. Os hormônios atuam nos procesos metabólicos acelerando a queima de carboidratos, proteínas e lipídeos. Quando ocorre carência de iodo na circulação, a tireóide secreta a tiroxina com defeitos na sua estrutura química, tornando-se toxina ao organismo. Sabe-se que o hipertireoidismo é mais comum em mulheres do que em homens.

Bócio simples - caracteriza-se pelo aumento da glândula tireóide sem modificação de sua função. Pode ser consequência da deficiência de iodos nos alimentos, da ação de substâncias bocígenas pelo emprego de alimentos, de infecção ou de uma gravidez.

Sinais e sintomas: cianose facial, ingurgitamento da veia jugular, cefaléia, tosse seca, dispnéia, alteração na voz e disfagia.

Hipertireoidismo - conhecido como bócio tóxico, onde ocorre hiperfunção glandular. Existem duas formas:

- Primária e Moléstia de Basedow; explicada pela deficiência de iodo na alimentação, choques emocionais -

caracterizado pelo aparecimento de bócio, exoftalmia, alteração muscular, alteração nervosa, alteração circulatória, alteração digestiva, pele quente, sudorese entre outros.

- Secundária ou doença de Plummer; surge após um bócio preexistente. Sua sintomatologia se assemelha ao anterior.

Tratamento:

- Administração de iodo, de drogas antitireoidianas, aplicação de radioterapia (I131) e cirúrgico tireoidectomia.

Preparo Pré-operatório:

- Observar alterações psíquicas do paciente.
- Proporcionar condições para diminuição das alterações nervosas e mentais.

- Supressão de alimentos estimulantes: café, chá e álcool.

- Fesar o paciente diariamente.

- Restringir sal e água.

- Observar eliminação intestinal, urinária e menstrual.

- Ministrar dieta fracionada e balanceada.

- Prestar cuidados para a exoftalmia.

Prestar cuidados gerais de pré-operatório.

- Orientar o paciente para o repuxamento da incisão operatória no P.O..

Cuidados Pós-operatório:

- Prestar cuidados gerais de P.O..

- Evitar hiperextensão do pescoço.

- Movimentar corretamente a cabeça.

- Manter em decúbito dorsal horizontal, após recobrar a consciência, manter a cabeça ou cama elevada em Fowler.

- Observar sinais de insuficiência respiratória e de hipocalcemia.

- Fornecer após 19 P.O., dieta e líquidos gelados.

- Observar o local da incisão (edema local, hematoma, hipotensão arterial, saída de sangue pelo dreno).

APÊNDICE 3

TRAUMATISMO MUSCULOESQUELÉTICO

Por ser conteúdo de grande complexidade e extensão procuramos adaptar a revisão de literatura conforme necessidade nossa, visando abranger as situações vistas na unidade.

Fratura

É uma quebra na continuidade do osso, podendo abranger parte ou a totalidade da secção transversal do osso com ou sem desvio. E em alguns casos pode a fratura se estender através da pele e membrana mucosa (fratura exposta).

Aparelho Gessado - serve para imobilização do membro, formado por camadas de ataduras de gesso, por fibras de vidro ou por ataduras de gesso impregnadas com resina.

Finalidades:

- Imobilizar e manter os fragmentos ósseos em redução.
- Aplicar compressão uniforme aos tecidos Mda.
- Permitir precocemente a realização de atividades que requeiram o apoio do gesso.
- Corrigir deformidades crônicas.

BOTA DE GESSO

Assistência de Enfermagem

01. Prevenir ou reduzir o edema

- a) elevar a extremidades engessada
- b) depois o paciente começar a deambular, encorajá-lo a elevar o gesso, quando sentada

02. Evitar a irritação nas bordas do aparelho

- a) colocar coxins nas bordas do gesso

03. Examinar os artelhos e o pé em busca de:

- palidez ou cianose
- edema
- incapacidade de movimentar os artelhos

04. Pesquisar se o paciente experimenta distúrbios sensoriais no pé (formigamento, dormência, queimação, frio) podendo ser o sinal inicial de compromisso vascular.

05. Estar alerta para evidências de complicações tromboembólicas.

06. Encorajar o paciente a se movimentar o mais normalmente possível.

TRAÇÃO

é a força aplicada numa direção específica. Para aplicar a força necessária para superar a força ou tensão

natural dos grupos musculares, utiliza-se um sistema de cordas, roldanas e pesos. A tração pode ser aplicada à pele ou ao sistema esquelético.

Finalidade:

- Recuperar o comprimento e alinhamento normais
- Reduzir e imobilizar a fratura
- Reduzir ou eliminar o espasmo muscular
- prevenir deformidade pela fratura
- aliviar a dor

Tração cutânea: conseguida por um peso que puxa através de materiais adesivos, de espuma de borracha ou adesivos presos à pele; a tração exercida sobre a pele se transmite às Estruturas Musculoesqueléticas.

A tração cutânea é utilizada como uma medida temporária nos adultos; usada antes das cirurgias no tratamento das fraturas intertrocanterianas do quadril, a tração de Russel é utilizada para aplicar a tração na diáfise femoral, com o joelho fletido..

Assistência de enfermagem

- 1 - Colocar o paciente sobre um colchão firme.
- 2 - Manter as cordas e as polias alinhadas em linha reta.
- 3 - Ajudar o paciente a levantar-se da cama, a intervalos frequentes.
- 4 - Observar as condições da pele em busca de pressão ou fricção sobre as proeminências ósseas.
- 5 - Estimular as movimentações ativas de todas as articulações não acometidas.
- 6 - Manter o paciente sempre em posição dorsal.
- 7 - Inspeccionar os pés em busca de distúrbios circulatórios.

APENDICE 4

Instrumento de avaliação da assimilação e utilidade da orientação sobre os exames

Nome do paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

Registro: _____ Quarto/leito: _____

Exame solicitado: _____

Metodologia utilizada:

orientações verbais

orientações verbais+visuais

Observação do comportamento do paciente pelo acadêmico no decorrer do exame:

Depoimento do paciente com relação às informações:

Conclusões do acadêmico:

ANEXOS

Anexo 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

CUIDADOS DE ROTINA - GRAU I

(PACIENTE INDEPENDENTE)

TURNO MANHÃ

Estimular cuidados de higiene e conforto

Estimular e observar a aceitação dos alimentos e líquidos.

Controlar a frequência das eliminações.

TURNO TARDE

Estimular a higiene oral

Estimular e observar a aceitação de alimentos e líquidos.

Controlar a frequência das eliminações

Verificar Sinais Vitais 16:00 horas.

TURNO NOITE

Estimular a higiene oral

Estimular e observar a aceitação de alimentos e líquidos.

Controlar a frequência das eliminações.

Proporcionar ambiente adequado para sono e repouso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

CUIDADOS DE ROTINA - GRAU II

(PARCIALMENTE DEPENDENTE)

TURNO MANHÃ

Auxiliar no Banho 08:00 horas
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório 08:00/12:00 hs
Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação.
Auxiliar nas eliminações e controlar a frequência
Auxiliar na sua mobilização.

TURNO TARDE

Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório 18:00 horas
Auxiliar nas eliminações e controlar a frequência.
Verificar sinais vitais 16:00 horas.
Auxiliar na sua mobilização.

TURNO NOITE

Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação.
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório 21:00 horas
Auxiliar nas eliminações e controlar a frequência.
Auxiliar na sua mobilização.
Proporcionar ambiente adequado para o sono.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

CUIDADOS DE ROTINA - GRAU III
(PACIENTES DEPENDENTES)

TURNO MANHÃ

Dar banho no leito ou em cadeira no chuveiro 08:00 hs
Fazer massagem de conforto com creme 08:30 hs.
Fazer Higiene Oral com enxaguatório 08:00 e 12:00 hs
Sentar em poltrona sempre que possível ou colocar em
Decúbito Dorsal 10:00 hs
Dar alimentos e líquidos
Oferecer material para as eliminações e controlar a
frequência
Colocar paciente no leito após o almoço em DLE 12:00 h

TURNO TARDE

Colocar paciente em DLD 14:00 hs
Sentar em poltrona se possível ou colocar em decúbito
dorsal 16:00 hs
Dar alimentos e líquidos
Fazer Higiene Oral com enxaguatório 18:00 hs
Oferecer material para as eliminações e controle a
frequência.
Verificar sinais vitais 16:00 hs
Colocar paciente no leito após o jantar em DLE 18:00 h

TURNO NOITE

Colocar paciente em DLD 22:00 hs
DLE 04:00 hs
Dar alimentos e líquidos
Fazer Higiene Oral com enxaguatório 21:00 h
Oferecer material para as eliminações e controlar a
frequência
Proporcionar ambiente adequado para o sono.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

CUIDADOS DE ROTINA - GRAU IV
(PACIENTES MORIBUNDOS)

TURNO MANHÃ

- Dar banho no leito 08:00 hs
- Fazer massagem de conforto com creme 08:30 hs
- Fazer higiene oral com enxaguatório 08:00 e 12:00 hs
- Colocar em Decúbito dorsal 10:00 hs
- Dar alimentos e líquidos
- Manter paciente limpo e seco e controlar a frequência nas eliminações
- Colocar paciente em DLE 12:00 hs

TURNO TARDE

- Colocar paciente em DLD 14:00 h
- Colocar paciente em Decúbito Dorsal 16:00 hs
- Dar alimentos e líquidos
- Fazer higiene oral com enxaguatório 18:00 hs
- Manter paciente limpo e seco e controlar frequências nas eliminações
- Verificar sinais vitais 16:00 hs
- Colocar paciente em DLE 18:00 hs

TURNO NOITE

- Colocar paciente em DLD 22:00 h
- DLE 04:00 h
- Dar alimentos e líquidos
- Fazer higiene oral com enxaguatório 21:00 h
- Manter paciente limpo e controlar frequência nas eliminações
- Proporcionar ambiente adequado para o sono.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

ROTINA
PRÉ OPERATÓRIO IMEDIATO
(DIA ANTERIOR A CIRURGIA)

TURNO TARDE

Pesar o paciente.
Medir.
Encaminhar ou fazer a barba.
Retirar o esmalte das unhas.
Anotar dados em formulário específico no prontuário.

TURNO NOITE

E MANHÃ

Fazer lavagem intestinal conforme rotina pré operatória
Entre 20:00 e 22:00 horas
Fazer tricotomia conforme rotina pré operatória (o mais próximo do horário da cirurgia).
Passar povidine degermante na área operatória.
Encaminhar ou auxiliar ou dar banho.
Fazer o campo operatório com povidine tópico.
Vestir a camisola aberta.
Retirar jóia e próteses.
Verificar sinais vitais
Aplicar o pré anestésico.
Verificar sinais vitais pós, pré (30 minutos após a aplicação).
Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração dos sinais vitais após aplicação do pré anestésico.
Checar prontuário
Fazer anotação de todos os dados em formulário específico no prontuário.
Proporcionar o repouso do paciente.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

ROTINA

PÓS OPERATORIO IMEDIATO

(PRIMEIRAS 12:00 hs)

- Verificar sinais vitais.
 - 1ª Hora : de 15 em 15 minutos
 - 2ª Hora : de 30 em 30 minutos
 - 3ª, 4ª e 5ª hora : de hora em hora
 - 6ª hora em diante : de 2 em 2 horas.
- Dar banho no leito (S.N.).
- Fazer ou auxiliar na higiene oral com enxaguatório 8 - 12 - 18 - 21 horas.
- Auxiliar e/ou estimular a mudança de decúbito.
- Estimular a movimentação ativa de membros.
- Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda (10 vezes em cada hora).
- Oferecer gaze umedecida para os lábios (clientes em dieta zero)
- Estimular e ou auxiliar na ingestão alimentar e observar aceitação.
- Manter papagaio ou comadre próximo ao cliente.
- Estimular ou auxiliar, com manobras naturais, a eliminação urinária.
- Controlar eliminações.
- Observar área operatória, edema, hematoma, sangramento, hipereímia.
- Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.

ROTINA

*POS OPERATÓRIO (PO) 12 DIA

TURNO MANHÃ

Proteger curativos com plástico.
Dar banho no leito ou auxiliar no banho de chuveiro.
08:00 horas
Verificar sinais vitais 10:00 horas
Estimular e ou auxiliar na higiene oral 08:30 e 12:00 hs
Estimular e ou auxiliar nas mudanças de decúbitos.
Estimular movimentação ativa no leito.
Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda
Oferecer gaze umedecida para os lábios (cliente em dieta zero).
Estimular, auxiliar e observar ingestão alimentar.
Sentar no leito ou em poltrona 10:00 hs
Observar área operatória, edema, hematoma, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.

TURNO TARDE

Verificar sinais vitais 16:00 horas
Estimular higiene oral 10:00 horas
Estimular e ou auxiliar nas mudanças de decúbito
Estimular movimentação ativa no leito.
Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda.
Ofecer gaze umedecida para os lábios (cliente em dieta zero)
Estimular, auxiliar e observar ingestão alimentar.
Sentar em poltrona 16:00 horas
Observar área operatória, edema, hematoma, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.

TURNO NOITE

Estimular e ou auxiliar na higiene oral 22:00 horas
Verificar sinais vitais 22:00 / 06:00 horas
Estimular e ou auxiliar nas mudanças de decúbitos.
Estimular movimentação ativa no leito.
Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda.
Estimular, auxiliar e observar ingestão alimentar
Favorecer ambiente adequado ao sono.
Observar área operatória, edema, hematomas, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

ROTINA
POS OPERATORIO (PO) 2º DIA

TURNO MANHÃ

Proteger curativos com plástico
Auxiliar e ou encaminhar ao banho 08:00 horas
Estimular higiene oral 08:00 e 12:00 horas
Estimular mudança de decúbito
Estimular movimentação ativa no leito
Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda
Sentar em poltrona 10:00 horas
Estimular deambulação
Estimular, auxiliar, observar ingesta alimentá.
Observar área operatória: edema, hematoma, sangramento,
hiperemia e cicatrização.

TURNO TARDE

Verificar sinais vitais 16:00 horas
Estimular higiene oral 19:00 horas
Estimular e ou auxiliar na mudança de decúbito.
Estimular movimentação ativa no leito.
Estimular tosse e exercício de inspiração profunda
Estimular, auxiliar, observar ingesta alimentar.
Sentar em poltrona - 16:00 horas
Estimular deambulação.
Observar área operatório: edema, hematoma, sangramento,
hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagem e fixa sondas e drenos.

TURNO NOITE

Estimular mudança de decúbito.
Estimular movimentação ativa no leito.
Estimular tosse e exercícios de inspiração profunda.
Auxiliar e estimular ingesta alimentar
Estimular deambulação
Favorecer ambiente adequado ao sono.
Observar área operatória, edema, hematomas, sangramento,
hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

ROTINA
POS OPERATÓRIO (PO) 3º DIA

TURNO MANHÃ

Proteger curativos com plástico
Encaminhar ao banho - 08:00 horas
Estimular higiene oral 08:00 e 12:00 horas
Estimular movimentação fora do leito.
Sentar em poltrona 10:00 horas
Estimular deambulação
Observar área operatória: edema, hematoma, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagem e fixar sondas e drenos.

TURNO TARDE

Verificar sinais vitais 16:00 horas
Estimular higiene oral 10:00 horas
Estimular movimentação fora do leito
Sentar em poltrona 16:00 horas
Estimular deambulação
Observar área operatória, edema, hematoma, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagem e fixar sondas e drenos.

TURNO NOITE

Estimular movimentação fora do leito
Estimular deambulação
Observar área operatória, edema, hematoma, sangramento, hiperemia e cicatrização.
Favorecer drenagens e fixar sondas e drenos.
Favorecer ambiente adequado ao sono.

UFSC - HU - DPI - SEC

CONTROLE DOS CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIO IMEDIATO

NOME: _____: QUARTO/LEITO: _____, REGISTRO: _____

CIRURGIA PREVISTA: _____

ITEM	ACÕES DE ENFERMAGEM	SIM	NÃO
01	Informada sobre o tipo e hora de cirurgia		
02	Assinada Termo de Responsabilidade		
03	Preparada a região operatória		
04	Lavagem intestinal com bom efeito		
05	Está sem esmalte e/ou jóia		
06	Realizada higiene oral e corporal		
07	Jejum operatório		
08	Esvaziamento vesical		
09	Protéses e ou Jóia identificadas e guardadas		
10	Camisola aberta		
11	Visita do anesthesiologista realizada		
12	Administração de medicação pré-anestésica		
13	Ausência de reações após o pré anestésico Se houver tipo:		
14	Rx e exames no prontuário		
15	Em Rx: punção de subclávia		
16	Peso: _____ KG:		
17	Altura _____ CM:		
18	Sinais Vitais Antes do pré anestésico PA: _____ P: _____ R: _____ T: _____		
	30' após o pré-anestésico PA: _____ P: _____ R: _____ T: _____		

Observação

DATA: _____/_____/_____

ANEXO 2

Instrumento de avaliação da dor. (adaptado de Atkinson/Murray)

Nome do paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Registro: _____ Quarto/leito: _____

Diagnóstico: _____

Médico: _____

Enfermeira de turno: _____

Data do início do tratamento: _____

Medicamentos para dor: _____

Localização:

Fazer o paciente indicar ou demarcar a área da dor _____

Qualidade:

Fazer o paciente descrever, com suas palavras, a dor _____

Intensidade:

Qualificar a dor numa escala de 0 à 10

No momento _____

Uma hora após a medicação _____

Início:

Quando a dor começou _____

com que frequência a dor aparece _____

Como o paciente considera sua dor:

O que faz a dor melhorar: _____

O que faz a dor piorar: _____

Existe sintomas associados: _____

O que a dor impede o paciente de fazer e que ele gostaria de fazer: _____

Plano:

ANEXO 4

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Anteprojeto ^{de regimento} da Comissão de ética de Enfermagem do *.....

CAPÍTULO I

Da natureza e finalidades

Art. 1. - A Comissão de ética de Enfermagem (CEEn) do *..... ^{H.U.} foi criada por decisão da Assembléia Geral da Categoria, realizada em/...../.....

Art. 2. - A CEEn está vinculada a **..... ^{Diretoria} de enfermagem tendo como finalidade o assessoramento ético a esta e/ou aos profissionais de enfermagem da instituição, efetivando-se através:

- I - Da observância às determinações das normas do Sistema COFEN/CORENS, especialmente através do cumprimento do Código de ética dos Profissionais da Enfermagem;
- II - Da atuação permanente nas questões éticas do exercício da Enfermagem no ^{H.U.}
- III - Do pronto atendimento ao pedido de assessoramento e/ou orientação.

Art. 3. - A CEEn está organizada de modo a atender todas as áreas de trabalho da enfermagem na instituição, nos aspectos éticos;

Parágrafo único - Além dos profissionais regulamentados em lei engloba também o pessoal que se encontra enquadrado no art. 23 da Lei 7.498/86.

Art. 4. - A CEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado em assembléia da categoria.

CAPÍTULO II

Dos objetivos

Art. 5. - A Comissão de ética de Enfermagem do *..... ^{H.U.} foi criada para atender, igualmente, os objetivos descritos a seguir:

- I - Emitir parecer sobre questões ético-profissionais do exercício da enfermagem;

* - Nome da instituição: hospital, clínica, etc.
** - órgão de enfermagem: Diretoria, Chefia, Coordenadoria etc.

- II - Promover e/ou participar de atividades que visem a interpretação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem e a conscientização da necessidade de um comportamento ético-profissional;
- III - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas a ética;
- IV - Orientar membros da equipe de enfermagem, clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas e suas implicações;
- V - Averiguar denúncias ou fatos anti-éticos que tenham conhecimento fazendo os devidos encaminhamentos;

Art. 6. - A CEEEn é constituída por elementos da equipe de enfermagem da instituição, eleitos com os respectivos suplentes, por seus pares, observando os seguintes critérios:

- I - Ter, no mínimo tres(3) anos de efetivo exercício profissional;
- II - Representar diferentes áreas de trabalho da enfermagem na instituição;
- III - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis.

Parágrafo único - A representatividade de cada elemento da equipe de enfermagem é de enfermeiros, técnicos de enfermagem @Q..... auxiliares de enfermagem .

Art. 7. - O mandato é de, no máximo, 4 anos, com renovação de 50% dos componentes a cada 2 anos.

Art. 8. - A substituição dos integrantes da comissão poderá ocorrer por término de mandato, desistência ou destituição.

Parágrafo primeiro - A substituição por término de mandato será por eleição, nos termos dos arts. 6. e 7. deste regimento.

Parágrafo segundo - Em caso de desistência do cargo, integrante da comissão deverá comunicar, por escrito, com antecedência de ..30.. dias, sendo imediatamente substituído pelo suplente.

Parágrafo terceiro - Se a desistência ^{nova prazo de 15 dias} for de ambos, efetivo e suplente, deverá ocorrer nova eleição para completar o mandato dos desistentes, nos termos do art. 6 deste regimento.

Parágrafo quarto - A destituição do cargo se dará por proposta da Comissão nos seguintes casos:

- I - Ausência, não justificada, em⁰³... reuniões consecutivas ou em²⁵...% do total das reuniões do semestre;
- II - Não estar em pleno gozo dos seus direitos profissionais e/ou civis. *(comparando com o art. 1º da comissão)*

Art. 9. - O afastamento por destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEEn do *^{HU}.....

*actum
pg 02
06/30*

*11/10
11/10
11/10
11/10
11/10*

*Em que casos vai o suplente? na falta de titular.
de falta, qto a justif. e n/ impiente.
enf.*

Art. 10. - A Comissão terá um coordenador e um secretário, escolhidos entre os eleitos, para um mandato de 01 ano, podendo ser reconduzidos. 02

Parágrafo primeiro - Na ausência do coordenador ou secretário, será escolhido "ad hoc" um substituto do ausente;

Parágrafo segundo - Todos os integrantes da CEEEn tem direito a votar e ser votado;

Parágrafo terceiro - O coordenador só tem direito ao voto de (minerva, quando houver empate.)

disempate

Art. 11. - As decisões da comissão serão tomadas por maioria simples de seus componentes.

Art. 12. - A CEEEn reunir-se-á ordinariamente a cada ¹⁵ dias, podendo ocorrer reuniões extraordinárias, convocadas pelo coordenador ou por auto-convocação (maioria simples dos integrantes) ou ainda pelo ~~**~~ *Divisão* de enfermagem da instituição.

Parágrafo primeiro - Serão lavradas atas suscintas de todas as reuniões da comissão, constando a relação dos presentes, justificativas dos ausentes, registros das decisões e encaminhamento;

Parágrafo segundo - O quorum mínimo para as reuniões é de maioria simples dos integrantes, verificado até 30 minutos após a hora marcada para o início da mesma;

Parágrafo terceiro - Na ausência de quorum a reunião será suspensa sendo feita nova convocação.

CAPÍTULO III

Das competências

Art. 13. - A Comissão de ética de Enfermagem do ~~**~~ ^{III} tem as seguintes competências:

- I - Apreciar e emitir parecer sobre questões ético-profissionais encaminhadas pelo ~~**~~ *Divisão* de enfermagem, ou por profissionais da equipe de enfermagem;
- II - Divulgar os objetivos da comissão;
- III - Promover reuniões, seminários ou similares, sobre ética em geral ou que visem a divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- IV - Participar de eventos ligados a ética;
- V - Orientar a equipe de enfermagem da instituição sobre a necessidade de um comportamento ético-profissional e das implicações advindas de atitudes anti-éticas;
- VI - Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas;
- VII - Averiguar denúncias ou fato anti-éticos que tenha conhecimento e, formalizar a denúncia junto ao órgão competente;

- VIII - Elaborar e/ou reproduzir documentos e materiais audio-visuais sôbre ética;
- IX - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento;
- X - Reunir-se ordinária e extraordinariamente, conforme estabelecido no art. 12 deste regimento.

Art. 14. - Compete ao(a) Coordenador(a) da CEEEn do *

- I - Convocar e presidir reuniões da Comissão;
- II - Propor a pauta da discussão;
- III - Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos a aprovação;
- IV - Representar a comissão junto a ** *União de Enfermagem* de Enfermagem
- V - Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou participação da comissão;
- VI - Encaminhar as decisões da comissão;
- VII - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento.

Art. 15. - Ao secretário da CEEEn do *..... compete:

- I - Secretariar as reuniões da Comissão redigindo atas e documentos;
- II - Providenciar datilografia e/ou reprodução de documentos;
- III - Encaminhar o expediente da comissão;
- IV - Arquivar cópia dos documentos;
- V - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento.

Art. 16. - Os integrantes efetivos da CEEEn do * tem as seguintes competências:

- I - Comparecer e participar das reuniões da Comissão;
- II - Emitir parecer sôbre as questões propostas;
- III - Participar de reuniões e/ou programações relacionados com ética, promovidos pela comissão ou por outras instituições de serviço ou ensino;
- IV - Representar a comissão onde se fizer necessário;
- V - Participar, através do voto, das decisões tomadas pela CEEEn;
- VI - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento;
- VII - Providenciar a presença do suplente quando impedido de comparecer a reunião.

Art. 17. - Os suplentes da CEEEn tem como competência substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.

Parágrafo único - Os membros suplentes tem direito a participar de todas as reuniões da comissão, porém, só terão direito a voto quando substituindo o membro efetivo.

Handwritten notes:
 todos
 membros
 em

Handwritten notes:
 sendo
 substituído
 ou substituído
 pelo o m
 rão

Das disposições gerais

Art. 18. - Os casos omissos serão decididos pela Comissão, ouvida a ** *Diário* Enfermagem da instituição.

Art. 19. - Este regimento poderá ser alterado por proposta da comissão ou da * *Directores* de Enfermagem da instituição, com a aprovação em assembleia da categoria.

Art. 20. - Este regimento entra em vigor a partir de sua aprovação em assembleia da categoria de enfermagem da instituição.