


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

**Assistência de Enfermagem mais humanizada ao cliente
da Unidade de Terapia Intensiva, do Hospital
Universitário, e à sua família, baseada na teoria de
Wanda de Aguiar Horta.**

Florianópolis, dezembro de 1999.

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

**Assistência de Enfermagem mais humanizada ao cliente
da Unidade de Terapia Intensiva, do Hospital
Universitário, e à sua família, baseada na teoria de
Wanda de Aguiar Horta.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0360
Autor: Kuchler, Fernanda
Título: Assistência de enfermagem mais h

972492097 Ac. 241625
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0360
Ex.1

Orientadora: Eliane R. P. do Nascimento

Supervisoras: Josiane de Jesus Martins

Viviana L. I. Freire

Membros da banca: Sayonara de Fátima Barbosa

Josiane de Jesus Martins

Acadêmicas: Fernanda Fritzen Kuchler

Irene Isana Cechinel

Valeska P. de Mello Azevedo

Florianópolis, dezembro de 1999.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos abençoado com o milagre da vida, pela energia e equilíbrio diante das dificuldades encontradas durante nossa jornada na Universidade.

Aos nossos pais, Narciso Adolfo Cechinel e Simoni Dagostin Cechinel, Hercílio José Kuchler e Norma Fritzen Kuchler, Augusto Borges de Mello e Flávia Maria Peixoto, pelo apoio, compreensão, auxílio, carinho e amor dedicados, mesmo estando algumas vezes distantes fisicamente, sentíamos suas vibrações nos impulsionando para o caminho da felicidade.

Aos nossos amores, André Matias Azevedo, João Márcio Lopes e Júnior Beckert, pelo amor, apoio, paciência, ajuda, companheirismo, dedicação e compreensão nos momentos de ausência, sendo muitas vezes nossas fontes inspiradoras para seguir em frente.

Aos nossos familiares em geral, por acreditarem em nossas capacidades, demonstrando otimismo durante a nossa caminhada.

Aos clientes internados na UTI e seus familiares, que aceitaram participar desta etapa importante de nossas vidas, pois sem a presença deles este trabalho não se realizaria.

À equipe multiprofissional, em especial os profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Universitário, pela cooperação, solidariedade, parceria, estímulo à proposta de trabalho, convívio e paciência, pois a generosidade destes profissionais nos fez compreender que a alegria de dar e a capacidade plena de receber, são partes de uma única dádiva.

Às supervisoras Josiane de Jesus Martins e Viviana Freire, pela dedicação, participação, generosidade, e principalmente, pela responsabilidade de nos orientar. Estas

ajudaram sobremaneira, na superação das dificuldades encontradas na execução deste trabalho, colocando em prática prazerosamente os seus talentos como enfermeiras, a fim de repassar o máximo de conhecimentos e experiências sobre a profissão de Enfermagem.

À professora Sayonara de Fátima Faria Barbosa, pelo comprometimento, disponibilidade e sugestões, que contribuíram para desenvolver o trabalho.

À orientadora deste trabalho, a especial professora Eliane Regina Pereira Nascimento, pelo apoio, amizade, incentivo, disponibilidade, responsabilidade, sabedoria, generosidade, tranqüilidade, sensibilidade, paciência e otimismo, principalmente por acreditar em nosso trabalho e potencial, “adotando-nos”, demonstrando com transparência a sua atitude comprometida com a Enfermagem, que aos poucos nos imbuíu, libertando-nos da necessidade de fazer as coisas por dever ou obrigação, pois passamos a confiar inteiramente em nossa potencialidade.

A Carla Cristina Ramos, pelo apoio, solidariedade, serenidade, compreensão, verdadeira amizade e principalmente pela paz e tranqüilidade que transmite às pessoas que estão ao seu redor. Obrigada Amiga!

Aos funcionários da Divisão Auxiliar de Pessoal – DAP do Hospital Universitário, pelo apoio, atenção, cooperação e estímulo, durante toda a vida acadêmica.

Às pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a nossa formação.

Aos colegas de turma pelo companherismo e demonstração de verdadeira amizade, pois é certo que conhecemos amigos para toda a vida.

Ao Departamento e Coordenadoria de Enfermagem, pela disponibilidade.

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, pelo apoio, compreensão e auxílio prestados durante toda a nossa jornada na Universidade, participando direta e constantemente, na construção de nossos ideais de vida futura. Obrigada!

RESUMO

Este trabalho apresenta o relato e análise da implementação de um projeto assistencial da 8ª fase curricular do curso de graduação em Enfermagem, cujo principal objetivo foi realizar uma assistência de enfermagem mais humanizada e sistematizada a clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, bem como aos seus familiares, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas – NHB, de Wanda de Aguiar Horta. A aplicação do projeto ocorreu no período compreendido de 10 de setembro a 17 de novembro de 1999, na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, do Hospital Universitário – HU, localizado na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Campus Universitário, bairro da Trindade, município de Florianópolis, estado de Santa Catarina.

Para o alcance dos objetivos deste trabalho foi necessário: identificar as rotinas administrativas relacionadas ao aproveitamento dos Recursos Humanos e a utilização dos Recursos Materiais; exercer e aperfeiçoar as técnicas gerais e específicas no cuidado de enfermagem ao cliente da UTI; realizar a assistência de enfermagem mais humanizada ao cliente da UTI e aos seus familiares; elaborar o processo de enfermagem, para assistir o cliente, baseado na teoria de Horta e utilizando a Classificação Diagnóstica de NANDA.

Como guia para a prática, adaptaram-se 12 conceitos e definições de Horta para a UTI, que são: Ser humano / Indivíduo; Ser humano / Família, que também se baseia no conceito e definição de Elsen, citada por Nascimento (1997); Necessidades Humanas Básicas; Saúde; Doença; Enfermagem; Enfermeiro; Problema de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Assistir em Enfermagem; Interação e Ambiente. Além destes conceitos, foram elaborados outros direcionados à UTI, sendo eles: os de Comunicação, Humanização e Percepção.

O referencial teórico utilizado favoreceu o raciocínio científico, bem como a realização de uma assistência mais humanizada ao cliente e à sua família, pois apresenta como foco central o ser humano (indivíduo, família e/ou comunidade), avaliado na sua totalidade, para o atendimento das suas NHBs afetadas. Com o intuito de aplicar na prática este referencial teórico, utilizou-se 5 das 6 fases do processo de enfermagem proposto por Horta,

mas adaptado à UTI, que são: Histórico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. Para o Diagnóstico de Enfermagem, adotou-se a classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O trabalho apresenta a implementação do processo com 2 clientes, bem como o relato de vários familiares, descrevendo a percepção da assistência que receberam na UTI pelas autoras. Esclarece-se que a assistência de enfermagem foi prestada a 30 clientes submetidos aos cuidados intensivos e a 21 familiares destes, que os visitavam na UTI.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	04
2.1 OBJETIVO GERAL.....	04
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	04
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	05
4 MARCO TEÓRICO.....	12
4.1 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS.....	13
5 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA DE AGUIAR HORTA E ADAPTAÇÕES.....	20
6 METODOLOGIA.....	24
6.1 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL.....	24
6.2 POPULAÇÃO ALVO.....	27
6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	27
6.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES.....	28
7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	243
9 BILIOGRAFIAS REFERENCIADAS E CONSULTADAS.....	246
10 ANEXOS.....	253
11 PARECER FINAL DA ORIENTADORA	---

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é resultado de um trabalho assistencial norteado por atividades exigidas no cuidado humanizado ao cliente da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, do Hospital Universitário - HU, e à sua família, tendo por base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, utilizando-se concomitantemente, a classificação diagnóstica de NANDA.

Ao se optar por desenvolver este trabalho numa unidade de terapia intensiva, questionou-se quanto aos motivos que induziram a esta escolha. Afinal, trata-se de um ambiente hospitalar extremamente estigmatizado como frio e agressivo, onde seres humanos são responsáveis pela sobrevivência de outros, os quais, muitas vezes, encontram-se no limiar da vida e da morte, submetidos à eficiência de sofisticadas máquinas e equipamentos, desconhecidos até então, mas que a partir de um determinado momento, passaram a reger suas vidas.

Desprovidos de suas vestes, da sua privacidade, e à mercê da manipulação de toda a equipe, o cliente da UTI segue sozinho, com um restrito acompanhamento de sua família. Na maioria destas unidades, a família não participa ativamente da evolução clínica do cliente, sua importância para o bem estar do mesmo é tida como irrelevante pela equipe, que muitas vezes considera estas visitas um transtorno para suas atividades cotidianas, representando um meio adicional favorável à contaminação, bem como um fator influente no que diz respeito à piora do quadro geral do cliente (Simão apud Souza, 1985).

Estes e outros aspectos, induziram a opção por esta área, para proporcionar ao cliente da UTI um cuidado de enfermagem mais humanizado, onde ele, é visto como um ser bio-psico-sócio-espiritual, que invariavelmente necessita de cuidados técnicos, mas fato este, que não lhe extirpa o direito do ser humano ser tratado como tal. Simultaneamente, ao se propor o desenvolvimento de um cuidado mais humanizado, não se pode fugir da atenção à família, que é a primeira unidade afetada com o ingresso de um membro seu neste ambiente de terapia

intensiva, pois a instituição familiar é composta por pessoas com objetivos, direitos e responsabilidades comuns, ligadas por laços consangüíneos, de interesse ou de afetividade, que possui e repassa aos seus membros, as crenças e os valores próprios, o que lhe confere unicidade. A família sente e sofre com o estado crítico de seu membro, por sua impotência frente ao tratamento imposto, bem como com sua “ignorância de leigo”, diante das máquinas e equipamentos, a princípio assustadores frente à sua desinformação, mas que estão ali para dar apoio àquele que no momento não tem condições fisiológicas de sozinho dar continuidade às suas funções vitais.

A UTI do HU funciona há 15 anos, considerada de atendimento generalizado, dispõe de uma equipe formada por profissionais com diversas especialidades, ela está equipada por uma quantidade satisfatória de aparelhos aplicados ao atendimento intensivo, sendo que o conjunto profissional e maquinaria, satisfaz parcialmente a demanda existente, logo a UTI, propriamente dita, quase não é afetada pelas pressões externas, que poderão advir da exigência emergencial de leitos.

Apesar de ser considerada uma UTI geral, que atende clientes adultos clínicos e cirúrgicos de qualquer especialidade, há uma tendência desta UTI em prestar seu atendimento a clientes em pós-operatório imediato de cirurgias.

Alguns fatores foram determinantes para eleger a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, como o ambiente mais favorável para implementar a proposta de ampliar o conhecimento na área de assistência ao cliente em estado crítico e à sua família. Trata-se primeiramente de um hospital escola, e como tal, pontua em sua filosofia o acesso facilitado aos estudantes, de várias fases e cursos, às suas instalações; além disso, esta é a unidade que despertou interesse e encanto pelo cuidado intensivo, aonde já se havia exercido as atividades de estágio da 6ª fase curricular, adquirindo-se um conhecimento prévio do campo e da equipe de enfermagem, facilitando assim a elaboração dos objetivos. Com base nas características levantadas, direcionou-se a assistência pretendida de forma a contribuir, tanto para a evolução na construção do conhecimento e aprimoramento das habilidades técnicas, quanto para a unidade, trabalhando-se com ela, pontos debilitados no seu cotidiano, como o cuidado mais humanizado ao cliente e o atendimento à sua família, muitas vezes excluída do processo de internação.

Dizer que um indivíduo necessita dos cuidados intensivos de uma UTI, é admitir que suas necessidades humanas básicas estão afetadas, exigindo-se a intervenção do profissional

competente, para readquirir a condição anterior. Isto implica em considerar o cliente da UTI como um ser bio-psico-sócio-espiritual indivisível, porque não apenas o seu quadro clínico grave funciona como agente agressor das necessidades, mas todo o contexto em que este se encontra, quando submetido à internação em um ambiente estranho, longe da família, com restrições alimentares, eliminatórias, de comunicação, dentre outras.

Optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, para embasar e conduzir as propostas deste projeto, pois seus conceitos e princípios vão ao encontro da intenção de abordar o cliente de maneira holística, buscando o atendimento de suas necessidades afetadas e promovendo, ainda mais, a sistematização da assistência. Além disso, levou-se em consideração o fato desta teoria, juntamente com o sistema WEED de registro, serem o Marco Referencial da assistência de enfermagem no HU.

Associada à Teoria das Necessidade Humanas Básicas, resolveu-se utilizar a avaliação diagnóstica de NANDA, para aperfeiçoar a sistematização da assistência, bem como resgatar uma parte importante do processo de enfermagem, decisiva na adequada intervenção assistencial, que é o diagnóstico de enfermagem, sendo considerado, por alguns, ainda pouco utilizado nacional, e em particular, regionalmente.

Para atender ao propósito deste trabalho, traçou-se alguns objetivos que serão apresentados na seqüência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Assistir, humana e sistematicamente, o cliente internado na UTI, e sua família, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, utilizando a Classificação Diagnóstica de NANDA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as rotinas administrativas relacionadas ao aproveitamento dos Recursos Humanos e a utilização dos Recursos Materiais;
2. Exercer e aperfeiçoar as técnicas gerais e específicas no cuidado de enfermagem ao cliente da UTI;
3. Realizar a assistência de enfermagem mais humanizada ao cliente da UTI e a seus familiares;
4. Elaborar o processo de enfermagem, para assistir o cliente, baseado na teoria de Horta, utilizando a Classificação Diagnóstica de NANDA;

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão tem o intuito de abordar aspectos inerentes à UTI, tais como: conceitos, características do ambiente, necessidades e características do cliente e família, cuidado humanizado e aspectos da prática relacionados com a teoria das NHBs de Horta, bem como fornecer a fundamentação científica deste trabalho, para o desenvolvimento das atividades de forma mais lúcida e orientada.

O discernimento da necessidade de intensa observação e cuidados a determinados indivíduos debilitados fisiologicamente, iniciou no século XIX, durante a Guerra da Criméia, quando Florence Nightingale, auxiliada por um grupo de trinta e quatro mulheres, estabeleceu um método para subsidiá-la, onde após o reconhecimento dos problemas de saúde dos feridos, estes eram agrupados de forma que os casos mais graves ficassem dispostos próximo à central de enfermagem, logo sob constante observação e conseqüente intervenção imediata. Esta forma criteriosa de assistência, baseada no grau de dependência do cliente, ficou conhecida como: “Vigilância Nightingale” (Gomes, 1988, p. 24, Spíndola, 1995, p. 37-45).

A partir de então, esta forma diferenciada de assistir o indivíduo em estado crítico foi se aperfeiçoando até os dias atuais. De acordo com Spíndola (1995, p.37), “*a história das Unidades de Terapia Intensiva mescla-se com a evolução dos avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna*”. Isto, cronologicamente, é observado com o advento das situações de calamidade, tais como: incêndios, epidemias e guerras, que acometeram a humanidade, principalmente neste último século, e estimularam o surgimento de novas respostas da medicina (Spíndola, 1995, p. 38).

Simão apud Spíndola (1995, p. 38), ressalta que “*os esboços iniciais destes serviços surgiram na América do Norte, entre 1946 a 1948, com a implantação das primeiras salas de recuperação pós-anestésicas ou pós-operatórias*”. Ainda, segundo este autor, no Brasil há registros de que a primeira sala de recuperação surgiu em 1956, no Hospital Pronto Socorro do Rio de Janeiro, sendo que a primeira UTI foi inaugurada em 1960, no Hospital dos Servidores, também no Rio de Janeiro. Após estes fatos, e em decorrência da progressiva

necessidade do atendimento diferenciado ao cliente crítico, a maioria dos hospitais foram acatando a criação de um serviço em sua estrutura, que prestasse o cuidado exigido a essa clientela, sendo que atualmente, grande parte dos hospitais possuem uma unidade como esta. A criação de uma unidade de cuidados intensivos, foi a maneira que os hospitais utilizaram para sanar suas necessidades frente ao cliente criticamente acometido. Para a construção deste serviço, como afirma Gomes (1988, p. 04), aliou-se “*o conhecimento da doença e a precisão de equipamentos ao desenvolvimento de métodos assistenciais e a uma vigilância contínua*”, fato este, que favoreceu ainda, a predominância dos fatores conhecimento e aparelhagem sobre o fator dedicação.

A UTI é caracterizada como uma unidade que presta assistência a clientes críticos, ou como afirma Paganni (1998 p. 20), é um “*local onde os pacientes necessitam de cuidados de alta complexidade e que podem correr riscos de vida*”. Esta unidade, para Simão apud Spindola (1995, p. 37), “*concentra recursos humanos e materiais especializados e, através de uma assistência contínua, promove o restabelecimento das funções vitais do organismo*”. Para Souza et al. (1985, p. 77),

apesar do avanço tecnológico ter possibilitado o aprimoramento no tratamento às Unidades de Terapia Intensiva, por meio da utilização de aparelhagens e técnicas terapêuticas cada vez mais sofisticadas, o índice de mortalidade continua ainda bastante elevado. Com isso, criou-se um mito por parte de alguns pacientes e mesmo de familiares, de ser este um local destinado a pacientes que não apresentam condições de sobrevivência. O ambiente é muitas vezes encarado como agressivo e frio, e os doentes, como mais graves do que poderiam estar na realidade.

Este é um estigma que pode ser amenizado se, concomitantemente à subordinação deste cliente, às técnicas terapêuticas que imprescindivelmente necessita, leve-se em consideração a importância do cuidado humanizado, para que este cliente seja visto como um ser bio-psico-sócio-espiritual, tendo o seu aspecto emocional valorizado.

O ingresso de um cliente na UTI é determinado por critérios de seleção diferenciados das demais unidades hospitalares. Segundo Trotto (1976, p. 620), estes critérios incluem “*casos graves, com necessidade de cuidados permanentes e com probabilidade de recuperação*”. Logo, para que o cliente seja admitido nesta unidade, precisa ser caracterizado como um enfermo grave, isto é, que apresente uma alteração funcional severa em seu organismo e que ponha em risco sua vida. Este cliente poderá ou não estar consciente, porém

sujeito à situação de risco de vida, condição esta que, associada a outros fatores, como: distância do ambiente familiar, dependência física e psíquica a fármacos, equipamentos e à própria equipe, medo do desconhecido, expectativas quanto ao tratamento e a impotência frente ao auto-cuidado, podem resultar em alterações psíquicas e emocionais diversas.

Há uma tendência na equipe de enfermagem de voltar sua atenção aos aspectos instrumentais da assistência ao cliente da UTI, despersonalizando-o quanto indivíduo único, indivisível e digno de privacidade, pois se esquece que é o cliente o principal objetivo de sua assistência, recebê-lo nesta unidade, não se resume apenas a colocá-lo em um leito vago e intervir clinicamente. Ao contrário, de acordo com Wallace-Barnhill (1992, p. 1394), é preciso estar atento ao *“acúmulo dos fatores ambientais e situacionais que afetam todos os pacientes na UTI, em vários graus, dependendo de suas características de personalidade, estado físico, extensão do traumatismo físico, grau e gravidade de qualquer cirurgia e às subseqüentes respostas, e o tempo de permanência na UTI”*, pois só assim, através do cuidado holístico, é que a assistência ao indivíduo doente poderá alcançar a real efetividade.

Com relação ao cuidado integrado e humanizado, ressalta Ide (1988, p. 156), que o enfermeiro e sua equipe devem,

[...] reconhecer que assistir a um paciente crítico é muito mais do que manter-lhe a vida, controlar parâmetros hemodinâmicos, manipular eficientemente aparelhos, limpar seu corpo ou administrar medicação. É primordial ampará-lo, respeitá-lo, garantir-lhe a participação ativa no próprio processo de recuperação, prestar-lhe a assistência individualizada que ele merece e deseja; enfim, demonstrar a humanidade da prática de Enfermagem.

Acatar o cuidado como humanizado, implica em incluir nesta conduta holística a família do cliente, não somente como um apoio importante àquele que padece com a enfermidade, mas também como uma extensão deste cliente que necessita ser juntamente cuidada. Afinal, estamos falando daquelas pessoas que, como refere Busch apud Hudak & Gallo (1997, p. 20), *“compartilham da vida íntima e rotineira diária com o paciente de terapia intensiva, e que cuja homeostase social é alterada pela entrada do paciente na área de doença ou lesão grave”*. De acordo com tal afirmação, conclui-se que qualquer pessoa capaz de possuir um papel significativo no estilo de vida do cliente, é considerada um membro da família.

Outro conceito que pode auxiliar a compreender a família, como a primeira unidade que é afetada com a hospitalização de um membro seu, é o conceito de Elsen et al., citado por Nascimento (1997, p.10), que consideram a instituição familiar como sendo,

uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse ou afetividade. Têm identidade própria, possuem, criam e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por uma cultura e um nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da própria comunidade.

Quando o indivíduo é internado em uma UTI, a separação da família é inevitável, neste momento, o cliente passa a ser “propriedade” da equipe profissional, que o vigia durante toda a internação, a família passa a ser coadjuvante deste contexto, acompanhando à distância esta internação, pois suas atitudes estão diretamente condicionadas às normas que cada instituição impõe em relação à participação da família neste processo. Alguns estudos realizados em UTI's, demonstram a insatisfação dos familiares frente ao atendimento a que são submetidos, quando se dirigem a estas unidades, para buscar informações e acompanhar de perto, o quadro de seus entes. Isto é visível, por exemplo, no estudo de Grüdtner (1991), há relatos de insatisfações referidas pelos familiares, dos tipo: inflexibilidade na duração da visita, dúvidas quanto à veracidade das informações fornecidas, desagrado quanto à transmissão de informações via telefone, falta de privacidade da família, área física com aspecto “encardido” e desarmônico. Já Felisbino, citado por Nascimento (1998, p. 12), refere em seu estudo, que os problemas levantados pelos familiares, abrangem preocupações, tais como: o estado de saúde do cliente, se o cliente está bem cuidado, a possibilidade de auxiliar na recuperação e permanecer mais tempo junto ao cliente.

Poucos familiares estão preparados para o impacto emocional da admissão de um ente seu na UTI, muitas vezes estes têm dificuldades para entender todo o novo contexto que os envolve e que provoca seqüelas indesejáveis, tanto no cliente, quanto na própria família. O enfermeiro, juntamente com toda a equipe de saúde, tem a capacidade e a responsabilidade de procurar minimizar esta situação, através de orientações e esclarecimentos concretos a

respeito do que é a UTI e quais características e normas possui. Este tipo de intervenção pode alcançar um resultado mais efetivo ao se estabelecer estratégias previamente, pois de acordo com Paganni (1998, p. 22),

a estratégia poderia abranger as informações educativas para reduzir o medo e a ansiedade relacionados aos procedimentos, facilitar o toque e o envolvimento familiar durante o horário de visitas, tentando humanizar um pouco mais a tecnologia utilizada no ambiente. Buscar o manuseio adequado dos equipamentos, a redução do número de equipamentos na área física próximo ao paciente, diminuição do barulho, favorecimento das atividades familiares que facilitem as sensações relacionadas ao paciente, melhorando o sono e repouso pelo planejamento das atividades diretas com o paciente, oferecendo-lhe conforto.

Ao tentar minimizar os problemas que acompanham os familiares em um processo de hospitalização, a equipe de saúde estará procurando satisfazer àquelas necessidades que se encontram afetadas no momento. Desta maneira, a unidade familiar que serve como zona de impacto e agente neutralizador entre indivíduos e a sociedade, possibilitando a participação psicossocial dos seus membros, estará participando deste processo no papel de cliente, com seus anseios e necessidades (Beck apud Nitschke, 1995).

Plowright (1996, p. 30), em seu estudo sobre as necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos, relata que as necessidades dos visitantes neste processo incluem: *“redução da ansiedade; fornecimento de informação de modo a que possam perceber o estado do doente e o equipamento a ser utilizado; serem informados pelos médicos e enfermeiros sobre alterações no estado do doente; estar com o doente e sentir-se útil; sentir-se apoiado pelos enfermeiros e ter membros da família por perto; ser capaz de satisfazer as suas necessidades pessoais e as do doente”*.

Para Gomes (1978, p. 34), *“a enfermeira deve ter muita habilidade para assumir o importante elo no relacionamento com a família”*. Na UTI esta necessidade é ainda mais forte, pois só assim se pode ultrapassar o estigma que este ambiente carrega, a resistência da equipe de enfermagem, quanto ao contato mais humano com a família e a própria dificuldade que esta última tem de entender e se adaptar ao contexto de hospitalização e cuidados intensivos. Paganni (1998, p. 26), refere que *“ao cuidar, o enfermeiro em unidade de cuidados críticos necessita utilizar a tecnologia aliada à empatia, à experiência e à compreensão do cuidado que presta, o relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de*

prover cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil". A postura ética e moral dos profissionais que atuam neste trabalho de sustentar a vida e prevenir a morte, se faz extremamente necessária, pois somente através das ações dos cuidadores que refletem o respeito pelas pessoas, é que os efeitos desumanizantes da UTI poderão ser reduzidos.

Segundo Marsden (1992, p. 408), *"a terapia intensiva pode oferecer o suporte temporário requerido pelos pacientes que estão experienciando uma doença aguda severa, de modo a retornar às suas funções normais, contudo, a terapia intensiva também tem a capacidade de sustentar outros pacientes, sem esperança de recuperação, e que deviam morrer em outros ambientes"*. As questões éticas em terapia intensiva, tornam-se mais difíceis, salientes e urgentes, devido aos avanços tecnológicos nesta área. Constantemente, os profissionais de saúde da UTI, identificam problemas que causam incerteza, angústia e dilema moral, relacionados às questões particulares desta unidade, tais como: a interrupção de continuidade do tratamento em clientes moribundos, bem como a não ressuscitação destes. Nestes casos, a ética profissional pode esclarecer as questões e princípios morais envolvidos em um contexto particular. De acordo com Fowler apud Hudak & Gallo (1997, p.80), *"a ética se refere ao estudo sistemático de padrões e valores"*, serve também para *"designar os códigos formais de conduta para grupos profissionais"*. O instrumento que fornece aos profissionais da enfermagem diretrizes para a conduta profissional é o Código de Ética, cujos dilemas éticos e conflitos morais que surgem no cotidiano, podem ser identificados e resolvidos de acordo com as obrigações éticas e princípios morais ali estabelecidos.

A prática exercida pela equipe de enfermagem com o significativo número de tarefas, que lhe é conferida diariamente, somada às inovações tecnológicas e conseqüente necessidade de aprendizagem e adaptação a esta realidade, podem a tornar rotineira e mecanicista. Esta opinião também é compartilhada por Barbosa (1995, p. 23), quando declara que há: *"o risco de tornar esta prática mais importante do que as necessidades dos clientes para quem as atividades são dirigidas"*. Ao se associar esta prática de enfermagem científica, poder-se-á propiciar a viabilização do cuidado de enfermagem de forma sistematizada, no qual a integralidade do cliente é respeitada e a atuação do profissional aperfeiçoada. Isto, segundo Felisbino (1990, p. 22), dar-se-á de forma completa e adequada, se uma teoria for aplicada para embasar as atividades pretendidas pelo enfermeiro, seja para *"prestar assistência direta*

ou para orientar a assistência prestada pela equipe de enfermagem, bem como para mostrar sua participação na equipe de saúde e explicitar o seu papel na assistência”.

Uma teoria pode ser considerada como *“a fundamentação da prática e o respaldo teórico-prático que permite avanço aos projetos”* (Angerami apud Felisbino, 1990, p. 21), ou ainda, como caracteriza Souza apud Felisbino (1990, p. 22), *“as teorias funcionam como guias específicos para levantar dados, diagnosticar, executar as ações da assistência e avaliá-las. Elas fornecem a fundamentação, um guia que orienta e coordena a ação do profissional, isto é, um sistema de referência, ou referencial”.*

Este trabalho possui a intenção de assistir de forma mais humanizada o cliente da UTI e à sua família, teve como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda de Aguiar Horta, bem como a utilização concomitante, da Avaliação Diagnóstica de North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. A teoria das NHBs tem como foco central o ser humano (indivíduo, família e comunidade) bio-psico-sócio-espiritual indivisível, passível a desequilíbrios que afetam suas necessidades humanas básicas. Já a classificação diagnóstica de NANDA, foi desenvolvida por um grupo de enfermeiras norte americanas por volta da década de 70, com a finalidade de desenvolver uma terminologia para os principais problemas de saúde levantados e tratados pelas enfermeiras, contribuindo para a organização e sistematização das ações de enfermagem, favorecendo um cuidado mais individualizado.

Felisbino (1990), conclui ao utilizar a Teoria das NHBs de Horta, para guiar o seu estudo na assistência ao cliente da UTI e seus familiares, que a aplicabilidade desta é viável e recomendável, pois atende às necessidades afetadas destes, promove a participação efetiva dos familiares que contribuem para a assistência do cliente, além de facilitar o atendimento das NHBs e fornecer a segurança de estar desenvolvendo um trabalho científico, metodologicamente organizado, fazendo com que a enfermagem saia do empirismo lógico e atue mediante a utilização de um conhecimento pré-existente, na busca da cientificidade.

4 MARCO TEÓRICO

Segundo Trentini (1987, p. 09), *“Marco Teórico é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente.”* Para Souza (1987, p. 34), o marco teórico *“fornece a fundamentação, um guia que orienta e ordena a ação profissional”*, bem como, em Souza (1980, p.11), *“[...] na atividade prática, os marcos conceituais atuam como guias gerais sobre a importância de observar, relacionar e planejar, nas situações de interações com o cliente.”*

Adotou-se como modelo assistencial para o desenvolvimento deste trabalho, a teoria apregoada por Wanda de Aguiar Horta, que trata das Necessidades Humanas Básicas. Em 1968, Wanda de Aguiar Horta, desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos dos problemas de enfermagem com o intuito de introduzir a técnica de observação sistematizada da prática. Após isto, a mesma desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs). Esta teoria se apóia em leis gerais que regem os fenômenos universais, como a lei do equilíbrio, da adaptação e do holismo, sendo criada a partir da teoria da motivação humana de Maslow, e adotou a classificação das NHBs de João Mohana.

Essa teórica, foi durante 20 anos, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, criando a revista intitulada: Enfermagem em Novas Dimensões. Em 1979, esta autora publicou sua última obra, chamada Processo de Enfermagem, contendo a teoria das Necessidades Humanas Básicas, bem como sua operacionalização. Veio a falecer no ano de 1982, deixando um legado considerado importantíssimo para o crescimento e aprimoramento da enfermagem, fornecendo ferramentas valiosas para guiar o planejamento, o direcionamento, a coordenação, a execução e a avaliação da assistência aplicada.

4.1 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

Segundo George (1993, p. 14 e 16). *“Os conceitos são, basicamente, veículos de idéias que envolvem imagens. Eles constituem noções abstratas e são semelhantes às idéias, definições. As impressões que recebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente tornam-se conceitos.”* Afirma ainda que *“os conceitos e suas definições são essenciais à compreensão de uma teoria”*. Já as teorias, constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo, a fim de descrevê-lo, aplicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo

Kerlinger, citado em George (1993, p.16), declara que *“as teorias são um conjunto de conceitos inter-relacionados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno que é, por natureza, explicativo e projético”*. Desta maneira, fica claro que a adoção de uma teoria e dos seus conceitos, adaptados para a área de escolha, ou seja, para a Unidade de Terapia Intensiva - UTI, guiou de forma a proporcionar a intelectualização do exercício da prática de enfermagem.

Para guiar a prática assistencial na UTI, foi necessário adaptar as definições dos conceitos elaborados por Horta, haja vista a generalidade destes, para a aplicação específica nesta unidade. Além dos conceitos de Horta, trabalhou-se com os conceitos de humanização, de comunicação e de percepção, criando-se definições próprias.

O quadro a seguir, apresenta alguns conceitos, considerados os mais importantes, da teoria das Necessidades Humanas Básicas, elaborados por Wanda de Aguiar Horta, bem como as adaptações destes, para a UTI. Salienta-se que todos os conceitos são importantes, independente da ordem de apresentação.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE WANDA DE AGUIAR HORTA	ADAPTAÇÃO OPERACIONAL PARA A UTI
1. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	1. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
<p>“Estado de tensão, consciente ou inconsciente, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades humanas básicas são universais.” (Horta, 1979, p. 39).</p>	<p>São consideradas necessidades essenciais, classificadas em bio-psico-sociais-espirituais, e formam o todo do ser humano. Há uma afetação de praticamente todas as necessidades humanas básicas, dos clientes internados em UTI. Obviamente, a intensidade de tais necessidades poderão ser variáveis, devido ao desequilíbrio instalado no cliente.</p>
2. SAÚDE	2. SAÚDE
<p>“Estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.” (Horta, 1979, p. 29).</p>	<p>É a estabilidade contínua de todas as necessidades bio-psico-sócio-espirituais, ou daquelas que levaram a internação do cliente na UTI.</p>
3. DOENÇA	3. DOENÇA
<p>“Estado de desequilíbrio, devido ao desconforto prolongado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das Necessidades Humanas Básicas”. (Horta, 1979, p. 29).</p>	<p>Considera-se uma desarmonia do equilíbrio das necessidades humanas básicas, sendo resultado da falta ou inadequação do atendimento a estas necessidades, levando a internação do cliente na UTI.</p>
4. SER HUMANO/INDIVÍDUO	4. SER HUMANO/INDIVÍDUO/CLIENTE
<p>“É um todo, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrios no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. (Horta, 1979, p. 28).</p>	<p>O ser humano pelo cidadão que é, mesmo quando internado em uma UTI, possui direitos a serem respeitados como cidadão. Este é indissolúvel, portanto único, bem como inigualável. É submetido a freqüente interação com o meio, ou seja, fornece e recebe energia. É susceptível ao desequilíbrio de suas necessidades básicas, o que provoca uma busca contínua até o encontro do equilíbrio temporal e espacial, de forma ativa ou passiva.</p>

5. SER HUMANO/FAMÍLIA	5. SER HUMANO/FAMÍLIA
<p>“É um todo, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrios no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. (Horta, 1979, p. 28).</p>	<p>A família do cliente que se encontra na UTI, pode ser constituída por indivíduos unidos por laços consanguíneos, de interesse ou de afetividade, e que carrega influências culturais próprias, mas é percebida como um todo, estando em constante interação com o meio externo, em especial o da UTI, no momento da visita ao seu ente, dando e recebendo energia. A internação de um membro da família na UTI, provoca na unidade familiar, estados de desequilíbrios que geram necessidades caracterizadas por situações de tensão conscientes e inconscientes, que a levam requerer a intervenção de enfermagem, a fim de auxiliá-la a restabelecer as necessidades que se apresentam afetadas (Elsen et al. apud Nascimento, 1997, p.10).</p>
6. ENFERMAGEM	6. ENFERMAGEM
<p>“É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torna-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”. (Horta, 1979, p. 29).</p>	<p>É a ciência e a arte que busca assistir o ser humano de maneira global e individualizada. A Enfermagem objetiva atender as necessidades humanas básicas afetadas, iniciando pelas prioritárias, dos clientes sob cuidados intensivos, bem como de seus familiares, promovendo a recuperação e o restabelecimento do equilíbrio, tornando o cliente/família, quando possível, independentes para o auto-cuidado, com a participação da equipe multidisciplinar.</p>
7. ENFERMEIRO	7. ENFERMEIRO
<p>“É um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso com enfermagem. Este compromisso levou a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que</p>	<p>Um profissional responsável pela ciência e a arte da Enfermagem, intermedia e presta cuidados ao cliente da UTI e à seus familiares. Compromete-se a cuidar do cliente de maneira humana e individualizada. Apresenta um elevado potencial, devido aos conhecimentos adquiridos na sua formação profissional, mas é passível de emoções inerentes a qualquer ser</p>

<p>lhe outorgou o direito de <i>cuidar de gente</i>, de outros seres humanos.” (Horta, 1979, p. 03).</p>	<p>humano, como: tristeza, alegria, sofrimento, frustração, ansiedade, etc. É um ser humano que cumpre o compromisso assumido com a enfermagem, ou seja, o de prestar assistência a nível bio-psico-sócio-espiritual, firmando a sua participação no contexto familiar.</p>
<p>8. PROBLEMA DE ENFERMAGEM</p>	<p>8. PROBLEMA DE ENFERMAGEM</p>
<p>“São situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exige do enfermeiro sua assistência profissional.” (Horta, 1979, p. 39).</p>	<p>São situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo internado na UTI e de seus familiares, e que exige do enfermeiro sua assistência profissional. Os problemas identificados darão origem ao diagnóstico de enfermagem.</p>
<p>9. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p>	<p>9. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p>
<p>“Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Farias apud Benedet & Bub, 1998, p. 12).</p>	<p>Idem.</p>
<p>11. ASSISTIR EM ENFERMAGEM</p>	<p>11. ASSISTIR EM ENFERMAGEM</p>
<p>“É o fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.” (Horta, 1979, p. 37).</p>	<p>É o auxílio prestado pela equipe de enfermagem, devidamente capacitada, buscando a humanização do cuidado integral ao cliente internado na UTI e à família sensibilizada pela situação. Sempre com a preocupação de manter as necessidades básicas satisfeitas, do cliente e de sua família, priorizando-as. O profissional de enfermagem deverá respeitar a sua competência institucional, visando recuperar o equilíbrio do cliente e da sua família, fazendo, ajudando, orientando e encaminhando a outros profissionais quando necessário.</p>

12. AMBIENTE	12. AMBIENTE
<p>“Diz respeito a todas as condições do ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades, tais como: ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família e outras condições do ecossistema.” (Horta, 1979, p. 37).</p>	<p>O ambiente da UTI é um local constituído por um grupo multiprofissional, possuindo uma área física estrategicamente elaborada para garantir uma assistência e saúde adequada. Possui normas pré-estabelecidas; equipamentos e materiais específicos. Sendo que qualquer desestruturação tanto humana e/ou material pode repercutir direta ou indireta na recuperação do cliente ali hospitalizado. Considera-se este ambiente bastante estressor por suas peculiaridades, podendo interferir de forma negativa nas NHBs e sócio-psico-espiritual dos clientes e de seus familiares. Neste sentido, a enfermagem deve trabalhar para promover a harmonia deste ambiente, a fim de torná-lo o mais humano possível para o cliente e seu familiar.</p>
13. INTERAÇÃO	13. INTERAÇÃO
<p>“É a forma através da qual se processa a troca de energia entre o ser humano e o universo dinâmico”. (Horta, 1979, p. 37).</p>	<p>É a forma adotada para executar a permuta de energia entre as pessoas. É decisivo, para o cliente de UTI e seus familiares, que a relação pessoa à pessoa seja estabelecida, fazendo prevalecer um contato mais humano, em oposição a uma aproximação meramente tecnicista.</p>

Elaborou-se os conceitos de humanização, de comunicação e de percepção, cujas definições apresentam-se no quadro abaixo:

CONCEITOS E DEFINIÇÕES ELABORADOS PELAS AUTORAS DO TRABALHO PARA A UTI	
• HUMANIZAÇÃO	
É um processo que busca promover uma convivência harmoniosa entre cliente, família e equipe profissional, nas atividades desenvolvidas em UTI, resultando em respeito da individualidade e uma compreensão holística de cada ser humano, haja vista que estes são distintos entre si.	
• COMUNICAÇÃO	
Significa o fluxo informativo dentro de uma UTI, realizado entre cliente, família e equipe multidisciplinar, podendo ser verbal ou não, porém capaz de fornecer elementos que resultem em informações importantes ao conhecimento de um contexto particular.	
• PERCEPÇÃO	
É a utilização dos sentidos existentes nos seres humanos, a fim de melhor entender e compreender as atitudes e formas comportamentais diversas em cliente, família ou componente da equipe profissional.	

Horta (1979, p. 40), ressalta que “*as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano [...] mas em maior ou menor intensidade todas elas sofrem alterações quando qualquer uma se manifesta, seja por desequilíbrio causado por falta ou excesso de atendimento*”. O quadro subsequente, relaciona a classificação das necessidades humanas básicas conforme descreve Horta.

QUADRO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE HORTA.		
Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica
Hidratação	Liberdade	Ética ou filosofia de vida
Nutrição	Comunicação	

Eliminação	Criatividade	
Sono e repouso	Aprendizagem	
Exercícios e atividades físicas	Gregária	
Sexualidade	Recreação	
Abrigo	Lazer	
Mecânica corporal	Espaço	
Integridade cutâneo-mucosa	Orientação no tempo e espaço	
Integridade física	Aceitação	
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, crescimento celular, vascular	Auto-realização	
Locomoção	Auto-estima	
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Participação	
Ambiente	Auto-imagem	
Terapêutica	Atenção	

5 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA DE AGUIAR HORTA E ADAPTAÇÕES

Horta (1979, p.35), afirma que *“o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.”* Trabalhou-se com cinco das seis fases ou passos do processo de Horta, descritos na seqüência:

1º - Histórico de enfermagem: Segundo Horta (1979, p.41), *“é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, significativos para o enfermeiro, que tornam possível a identificação dos problemas”*. A finalidade do histórico de enfermagem é coletar dados subjetivos e objetivos sobre o cliente, utilizando como instrumento a entrevista, a observação e o exame físico. Documenta ainda, experiências passadas com a assistência à saúde, e as respostas físicas e psicológicas do cliente à doença, com a finalidade de identificar os problemas que requerem intervenção de enfermagem.

As informações para a elaboração do histórico com os clientes da UTI foram coletadas através da observação, pesquisa nos prontuários, exame físico e relatos de familiares e/ou do próprio cliente, quando possível se utilizou a entrevista com os familiares, como forma de colher dados subjetivos sobre o cliente. Os dados subjetivos descrevem a visão do cliente em conversa informal e de sua família, em relação à situação saúde/doença atual e passada, ou a outros acontecimentos que estejam vivenciando, incluindo sentimentos, sensações, estado de humor, expectativas quanto à hospitalização, etc. Já a observação, tem a finalidade de colher dados do cliente internado em UTI, ambiente e pessoas próximas, e para isto, deve-se envolver o uso de todos os sentidos. O exame físico em clientes de UTI é o método mais importante para obter informações sobre as alterações orgânicas no estado de saúde, conseqüentes à doença, a fim de detectar quais necessidades apresentam-se afetadas, fornecendo subsídios para o estabelecimento do diagnóstico, planejamento e avaliação das ações de enfermagem. O roteiro que forneceu dados ao histórico de enfermagem encontra-se no ANEXO1.

2° - Diagnóstico de enfermagem: *“É a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão”* (Horta, 1979, p.35). Devido à alta complexidade do diagnóstico de enfermagem de Horta, optou-se por trabalhar com a classificação diagnóstica de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), em sobreposição às necessidades humanas básicas de Horta, proposta por Benedet e Bub (1998), que consta em ANEXO 2. Trabalhar com diagnóstico de NANDA, foi um desafio pelo pouco conhecimento que se tem sobre a sua aplicação, o que exigiu muita leitura e reflexão. Acredita-se que o diagnóstico de enfermagem de NANDA, muito em breve será indispensável como elemento do processo de cuidado, daí a necessidade da instrumentalização.

Farias citado por Benedet e Bub (1998, p.13), afirma que o *“diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.”*

Benedet e Bub (1998, p.13), destacam que *“os diagnósticos de enfermagem descrevem de que forma a saúde do cliente está comprometida e quais os fatores que contribuíram para este comprometimento, o que facilita o planejamento das ações de enfermagem e realização de cuidado individualizado, auxiliando no melhoramento da situação de saúde”*.

O diagnóstico deve ser escrito de forma a relacionar o estado de saúde ou a necessidade de um indivíduo ou grupo aos fatores que contribuíram para aquele estado. Conforme NANDA, cada rótulo ou denominação diagnóstica inclui uma definição, características definidoras e fatores relacionados. O diagnóstico de enfermagem em UTI, proposto por Benedet e Bub (1998), normalmente consta de três partes, sendo que a primeira é o rótulo, a segunda os fatores relacionados, e por último, as características definidoras maiores presentes; como exemplo cita-se: Mobilidade Física Prejudicada, relacionada à cooperação prejudicada por alteração do nível de consciência, glasgow = 6, flacidez muscular, uso de fluídoterapia e macronebulização, evidenciada pela capacidade comprometida de se mover intencionalmente no ambiente.

3° - Plano assistencial: *“Evidencia a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. O plano assistencial é resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os*

problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência” (Horta, 1979, p.36). Em se tratando de uma UTI, onde a racionalização do tempo no desenvolvimento das atividades é de grande importância para a qualidade da assistência, aliada às mudanças frequentes da situação saúde/doença dos clientes, decidiu-se por não utilizar o plano assistencial de Horta, mas sim um plano de cuidados que irá contemplar o diagnóstico de enfermagem e as necessidades afetadas.

4° - Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem: *“É o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”*(Horta, 1979, p.66).

A prescrição de enfermagem além de constar as ações de enfermagem, inclui a data no qual foi escrito, o tempo, frequência e/ou duração da ação, com posterior assinatura da enfermeira. A prescrição de enfermagem também é um método de comunicação entre os componentes da equipe de saúde, além de promover um cuidado individualizado e servir como um guia das atividades de enfermagem que deve atender as NHBs dos clientes. Existem vários tipos de prescrição de enfermagem, sendo que as mais comuns são as manuscritas, apresentando-se documentadas em formulários específicos dirigidos a cada cliente individualmente, e outro tipo de prescrição é a padronizada, direcionada às características da clientela específica.

Utilizou-se, durante o estágio, o plano de cuidados diários padronizado pela enfermagem da UTI do HU, conforme ANEXO 3, acrescentando cuidados específicos, de acordo com as necessidades afetadas, para cada cliente individualmente, quando necessário se procurou relacionar os cuidados prescritos não só com as necessidades afetadas, mas também com diagnóstico de enfermagem.

5° - Evolução de enfermagem: *“É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional”* (Horta, 1979, p.67). Resume-se em uma síntese ou avaliação global do plano de cuidados, os dados subjetivos seguidos dos dados objetivos, e como consequência desta avaliação, o enfermeiro determina a adequação do plano de cuidados e/ou identifica aspectos que necessitam ser modificados. A evolução determina a resposta do cliente às intervenções de enfermagem e extensão das metas alcançadas. Apesar de ser considerada como etapa final do processo, ela não o conclui e é parte integrante em todas as suas etapas. A fim de obter informações constantes sobre a eficiência dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro utiliza os mesmos

métodos para coleta de dados do histórico de enfermagem, ou seja, a entrevista, o exame físico e revisão de prontuário, a fim de detectar novas necessidades que precisam de atendimento. A forma de avaliação de enfermagem e registro adotada, foi a mesma utilizada pelos enfermeiros do Hospital Universitário, ou seja, a do Prontuário Orientado para o Problema (POP) do sistema WEED. A proposta do POP, apresenta-se organizada em quatro etapas sob a sigla de SOAP, descritas a seguir:

S → Dados subjetivos que incluem quaisquer declarações feitas pelo paciente, podendo a família ou amigos contribuir com informações importantes;

O → Dados objetivos que são coletados a partir de um exame físico minucioso, passando por uma avaliação neurológica, respiratória, hemodinâmica e tegumentar, obtidas pelo enfermeiro e/ou membros da equipe, inclui-se aqui ainda, ações de enfermagem específicas, como o atendimento de problemas surgidos durante a evolução;

A → Avaliação ou análise dos dados objetivos e subjetivos. Representa a declaração resumida da interpretação dos dados, podendo mudar de acordo com as alterações do estado do paciente;

P → Refere-se as condutas a serem adotadas, decorrentes de novos problemas, o plano de ação são mais abrangentes e as prescrições são mais detalhadas, mas constam todas as atividades que serão executadas;

6° - Prognóstico de enfermagem: *“É a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas após a implementação no plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem. Um bom prognóstico é aquele que leva ao auto-cuidado, portanto, à independência de enfermagem; um prognóstico ruim é aquele que se dirige a dependência total”* (Horta, 1979, p.68). Constitui nas respostas que o ser humano apresenta através das ações prestadas para atender as necessidades básicas, podendo o paciente ter um bom prognóstico evoluindo para a alta, ou um mau prognóstico levando-o a depender da equipe de enfermagem ou podendo ir a óbito.

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

Este trabalho assistencial foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva - UTI do Hospital Universitário - HU, localizado no Campus Universitário, bairro Trindade, cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina. O HU é um hospital escola que presta atendimento a uma clientela adulta e infantil, em diversas áreas, sendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Este hospital é mantido pelo Ministério da Educação e Cultura - MEC, responsável pela parte de ensino e pesquisa, e também pelo Ministério da Saúde - MS, que custeia a assistência.

A UTI, deste hospital, existe há 15 anos, sendo inaugurada em março de 1983 e reformada em 1997, conforme as normas do MS, tendo havido uma ativa participação da enfermagem no planejamento da obra. Considerada uma UTI de atendimento geral, atende pacientes adultos clínicos e cirúrgicos de qualquer especialidade, porém possuem uma prevalência em assistir pacientes com diagnóstico médico de sepse ou pós-operatório imediato de cirurgias vasculares e abdominais, sendo estas, especialidades do HU. Localiza-se no 4º andar do hospital, próximo ao Centro Cirúrgico e das Unidades de Internação Cirúrgica, é constituída por 6 (seis) leitos, sendo que destes, 5 (cinco) estão dispostos lado a lado em uma área física ampla, onde todos se encontram dentro do campo visual do centralizado posto de enfermagem. Sua estrutura física é composta por: posto de enfermagem; 6 (seis) leitos, incluindo 1(um) para o isolamento; sala de estocagem de material e equipamentos; sala de lavagem mecânica, limpeza química e expurgo; rouparia; sanitários; copa e sala para lanches; sala de reuniões, quarto de repouso médico e sala de visitas. A planta física da UTI é apresentada no ANEXO 4.

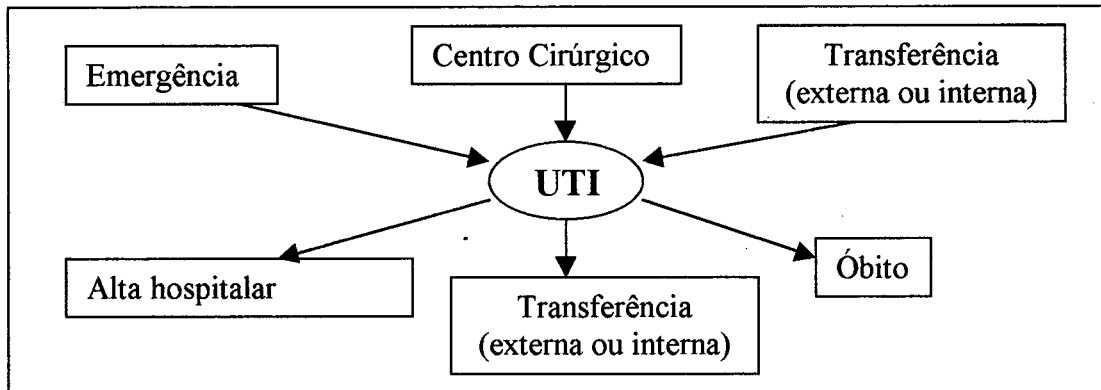
Esta unidade, do ponto de vista tecnológico, possui apenas equipamentos básicos ao atendimento intensivo, que são: respiradores do tipo, EVITA, SERVO e BENETT MA1. Há

também, aparelhos BIPAP, oxímetros portáteis, bombas de infusão, monitores cardíacos (DIMAX 5000, FUMBEC, DIXAL), aparelhos de pressão não invasiva, de diálise contínua portátil, cardioversor ou desfibrilador (HELLIGE e CARDIOSERV), aparelho para monitorização hemodinâmica invasiva e bombas de seringa, sendo 2 (duas) digitais.

Suas atividades são desempenhadas por uma equipe multiprofissional composta de 1 (uma) nutricionista; 7 (sete) enfermeiros, sendo 1 (uma) administrativa; 17 (dezesete) técnicos de enfermagem; 7 (sete) auxiliares de enfermagem; 3 (três) atendentes; 1 (uma) escriturária; 14 (quatorze) médicos intensivistas e 1 (um) fisioterapeuta, e ainda, há o apoio de serviços como: radiologia, cardiologia (Ecocardiograma e Eletrocardiograma), endoscopia, hemodinâmica e laboratório.

A assistência de enfermagem é realizada de forma integral, e cada funcionário fica encarregado de assistir no máximo a 2 (dois) clientes durante o seu turno de trabalho, sendo que a cada turno, um destes profissionais se responsabiliza pela manutenção e organização dos materiais pertinentes à unidade. Salienta-se ainda, que toda a equipe de enfermagem é responsável pela passagem de plantão, independente do cargo ocupado na instituição, realizada sempre no início de cada turno de trabalho, na sala de reuniões, por cada profissional que prestou assistência aos seus respectivos clientes. Este momento é de extrema importância para a enfermagem, pois toda a equipe tem a oportunidade de trocar informações e discutir sobre o estado de saúde dos internados, forma eficiente de toda a equipe obter conhecimentos sobre os clientes da unidade, e que estão sob sua responsabilidade. A carga horária oficial da equipe de enfermagem desta UTI é de 36 horas semanais, porém existe um acordo entre a diretoria de enfermagem e os profissionais desta área, que estabelece a carga horária de 30 horas semanais, sendo que os profissionais do período diurno, trabalham 6 horas diárias (07:00 às 13:00 e das 13:00 às 19:00 horas), e do período noturno é feito 12 horas diárias (19:00 às 07:00 horas) intercaladas com descanso de 60 horas.

O caminho percorrido pelo cliente internado na UTI do HU, dá-se da seguinte maneira: poderá vir da Emergência, transferência interna, quando advir de qualquer unidade do HU, ou externamente, quando a origem for outra entidade hospitalar, ou ainda do Centro Cirúrgico; sairá por alta hospitalar, transferência interna ou externa ou óbito. O esquema abaixo, demonstra de forma didática, o caminho percorrido pelo cliente da UTI, ou seja, a entrada e a saída da instituição hospitalar.



FONTE: SOARES, Cilene Fernandes, MARQUES, Daniela Aparecida, SANTOS, Giseli. Florianópolis, (Projeto para o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem): UFSC, fevereiro, 1999.

A referida UTI, possui ainda, horários fixos para a visita dos familiares e amigos aos clientes internados, que são: no período matutino das 11:00 às 11:30 hs, vespertino das 14:00 às 15:00 hs e noturno das 20:30 às 21:00 hs, onde o tempo de permanência de cada membro fica a critério da família. Os horários compreendidos de 11:30 às 12:00 hs e das 15:00 às 15:30 hs., reserva-se para informações médicas aos familiares. Estes horários possuem um número limite de visitantes no qual é permitido apenas a entrada de um por vez, porém dependendo da necessidade de cada cliente, o horário poderá ser flexibilizado. A tabela a seguir, representa didaticamente as normas em relação as visitas ao cliente da UTI.

Horário aberto para visitas:	Nº de visitantes permitido:
11:00 às 11:30 hs	2 (duas) pessoas, mais próximas;
14:00 às 15:00 hs	10 (dez) pessoas, podendo ser flexível;
20:30 às 21:00 hs	2 (duas) pessoas;

As informações fornecidas aos familiares e visitantes são realizadas esporadicamente por qualquer profissional da equipe de enfermagem, sendo estas restritas principalmente a lavagem das mãos e localização do leito de seus respectivos entes, ou ainda, limita-se a entrega de um *folder* contendo alguns dados referentes as normas e características da unidade, sem maiores explicações. Como regra geral não são fornecidas informações por telefone, excepcionalmente, nos casos em que os familiares residem fora da capital, sendo estas de responsabilidade do enfermeiro.

6.2 POPULAÇÃO ALVO

Procurou-se atender os clientes submetidos aos tratamentos intensivos e seus familiares, independente das variantes, tais como: causa da internação, nível sócio-econômico, sexo, faixa etária, etnia, etc., sendo que os clientes e familiares acompanhados neste trabalho, autorizaram formalmente a participação, através do termo de consentimento livre e esclarecido, cujo o modelo apresenta-se em ANEXO 5. A quantidade de clientes assistidos dependeu da demanda na unidade no período pré-fixado, perfazendo uma assistência total de 30 clientes e 21 familiares. Dentre os clientes assistidos, o processo de enfermagem de Horta com as adaptações, foi aplicado a 2 (dois) deles, sendo apresentado oportunamente.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O código de ética do profissional de enfermagem engloba normas, princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta do profissional, levando em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito à assistência de enfermagem da população, ou seja, estabelecem-se diretrizes para estes profissionais. Os interesses do profissional e de sua organização, estão centrados na clientela, pressupondo uma união entre esta e os profissionais, para lutarem pela qualidade da assistência sem riscos e acessível a toda população.

Hudak e Gallo (1997, p. 82), afirmam que: *“Respeitar a autonomia é tratar o outro com respeito e respeitar o plano de ação que ele escolhe. O princípio da autonomia origina a regra ou doutrina do consentimento informado.”* Diante disto, torna-se um dever do enfermeiro, perceber a autonomia do paciente ou daquele responsável por este, antes de tomar uma decisão relacionada à assistência de saúde. Um responsável é alguém capaz de fazer um julgamento no lugar do paciente. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo IV, que descreve os deveres daqueles que se submetem a este código, em seu art. 35, dispõe que deve-se,

solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade, e sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.

Solicitou-se a permissão para trabalhar com os clientes da seguinte forma: aqueles que apresentaram-se conscientes, foram consultados a respeito de sua participação, já no caso dos inconscientes, pediu-se a autorização aos familiares, e na medida da evolução clínica, com o retorno da consciência dos clientes, estes foram indagados quanto à continuação ou não da participação no trabalho, tendo a garantia do anonimato e o sigilo das informações, esclarecendo ainda, a manifestação livre do consentimento ou renúncia da assistência em qualquer período da assistência.

6.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

O estágio foi desenvolvido no período matutino, no horário compreendido das 7:00 às 13:00 horas, acrescido de 3 plantões de 12 horas, sendo 2 realizado em dia considerado não útil, onde 1 foi no período noturno, e 1 deles em dia útil, para cada componente do grupo, e 3 dias no período vespertino, no horário das 13:00 às 19:00 horas. Cada acadêmica ficou responsável pela prestação dos cuidados integrais a um cliente por dia, enfatizando durante os cuidados, aspectos relacionados à humanização. Além da assistência direta ao cliente, desenvolveu-se atividades administrativas. Concomitantemente, trabalhou-se com os familiares dos clientes assistidos, acompanhando-os quando possível, antes, durante e após às visitas, procurando sanar temores, anseios e dúvidas, da maneira mais humana possível. Buscou-se, dentro do possível, prestar esclarecimentos aos familiares dos demais clientes, incluindo a participação de membros da equipe de enfermagem.

Objetivos	Estratégias	Avaliação
<p>1. Identificar as rotinas administrativas relacionadas ao aproveitamento dos Recursos Humanos e a utilização dos Recursos Materiais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os objetivos do estágio para a equipe de enfermagem da unidade; - Observar a distribuição da equipe por turno de trabalho, identificando suas formações, número e atribuições; - Conhecer as normas e rotinas da unidade; - Verificar os equipamentos e materiais disponíveis na unidade; - Observar como é realizado o processo de desinfecção dos materiais na unidade; - Acompanhar a enfermeira na elaboração da escala mensal de serviços; - Participar, se possível, das reuniões com a equipe de enfermagem; - Trabalhar em conjunto com a equipe na prestação dos cuidados de enfermagem aos clientes, bem como fazer a supervisão destes cuidados; - Acompanhar a passagem de plantão diariamente assim como efetuar-la; - Avaliar, de maneira geral, a assistência prestada pela equipe na unidade; 	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas, ao finalizarem o estágio, conseguirem identificar, descrever e analisar os componentes administrativos da UTI do HU.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um trabalho de equipe integrativo, harmonioso e produtivo. 	
<p>2. Exercer e aperfeiçoar as técnicas gerais e específicas no cuidado de enfermagem ao cliente da UTI;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas gerais pertinentes ao cuidado do cliente na UTI; - Executar técnicas específicas do enfermeiro da UTI; 	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas exercerem e aperfeiçoarem técnicas gerais e específicas de enfermagem, durante o cuidado com o cliente da UTI.</p>
<p>3. Realizar a assistência de enfermagem mais humanizada ao cliente da UTI e a seus familiares;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar-se ao cliente, e a sua família, explicando o nosso papel; - Explicar previamente ao cliente os procedimentos a serem executados; - Utilizar linguagem clara e objetiva com o cliente; - Respeitar e promover privacidade ao cliente; - Procurar atender as solicitações do cliente com rapidez e eficiência, sempre que possível; - Personalizar o atendimento com o intuito de manter a identidade do cliente; - Estimular a colaboração do cliente em seu tratamento; - Tornar, sempre que possível, um 	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem humanizar mais a assistência ao cliente e a família, estabelecendo uma relação interpessoal com ambos.</p>

	<p>ambiente calmo, favorecendo o repouso do cliente;</p> <ul style="list-style-type: none">- Promover e facilitar a comunicação do cliente com as pessoas ao seu redor;- Proporcionar a orientação do cliente no tempo e espaço;- Promover o alívio da dor do cliente sem subestimá-la;- Tocar de forma humana o cliente;- Respeitar o cliente como ser humano único e indivisível, bem como suas crenças e valores culturais, mesmo após a morte;- Procurar sanar ansiedades e transmitir otimismo ao cliente;- Evitar comentários impróprios frente ao cliente independente do nível de consciência;- Prestar cuidados individualizados, reconhecendo o cliente na sua forma holística;- Orientar os familiares sobre as rotinas do serviço na unidade, tais como: horários de visita, informações do cliente, procedimentos realizados, finalidade das máquinas, etc.;- Estimular a família a conversar com o cliente sobre coisas agradáveis e a tocá-lo independente do seu quadro clínico;	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">- Escutar a família nos momentos difíceis e de ansiedade, procurando saná-las ou minimizá-las;- Manter a família informada sobre o estado do seu ente, utilizando uma linguagem clara e concreta;- Interagir com a família, servindo como um elo no relacionamento do binômio (Cliente/ família);- Procurar se possível favorecer a entrada de visitas e familiares, flexibilizando horários em casos específicos;- Trabalhar com a família nos horários de visita pré-fixados pela unidade, estimulando o funcionário a participar junto;- Elaborar um roteiro como guia para assistir a família, no qual estará inserido questionamentos para realizar o <i>feedback</i> com a mesma, sendo estes depositados em uma urna localizada fora da UTI (ANEXO 6);- Atender quando possível, as necessidades psicossociais dos familiares em parceria com o serviço social e de psicologia;- Aperfeiçoar o <i>folder</i> elaborado, para os familiares, pelo grupo de acadêmicos do semestre passado-99.1 (ANEXO 7)	
--	---	--

<p>4. Elaborar o processo de enfermagem, para assistir o cliente, baseado na teoria de Horta, utilizando a Classificação Diagnóstica de NANDA;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o histórico de enfermagem; - Realizar o diagnóstico de enfermagem, observando as NHBs afetadas; - Fazer prescrição e evolução de enfermagem diariamente; - Avaliar os resultados da assistência de enfermagem ao cliente; - Aplicar o processo de enfermagem com 2 (dois) clientes; 	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem identificar as necessidades afetadas, planejar, prescrever e prestar assistência ao cliente de acordo com a metodologia proposta.</p>
--	--	---

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A elaboração e realização do trabalho de conclusão de curso, proposto pela grade curricular da 8ª fase do curso de graduação em Enfermagem da UFSC, é a melhor oportunidade que o acadêmico deste curso possui para aprimorar e adquirir experiência, habilidade e conhecimento, na área com a qual obteve maior afinidade durante a sua vida acadêmica. É também, o momento de reunir todo o conhecimento adquirido e aplicá-lo, de acordo com seu interesse, bem como o momento de, na qualidade de pré-profissional, deparar-se com a realidade do enfermeiro em sua prática diária.

OBJETIVO Nº 01

Identificar as Rotinas Administrativas Relacionadas ao Aproveitamento dos Recursos Humanos e a Utilização dos Recursos Materiais

Ao profissional enfermeiro, não compete apenas o conhecimento científico dos aspectos clínicos e humanos do cliente, é imprescindível o conhecimento de uma área que lhe exigirá muito como profissional, que é a administração e sua aplicabilidade na enfermagem. O enfermeiro, possivelmente, executará suas atividades numa instituição hospitalar ou não, e esta solicitará dele um desempenho adequado, no que tange a administração, o gerenciamento e a liderança de uma equipe, unidade, ou algumas vezes, da própria instituição.

A administração, atualmente, tem como tarefa na realidade de uma instituição, a tentativa de interpretar, e conseqüentemente, transformar os objetivos propostos pela mesma, em ação organizacional, através do planejamento, da organização, da direção e do controle dos esforços realizados em todas as áreas e níveis da organização, com o intuito de atingir estes objetivos, da maneira mais adequada à situação (Chiavenato, 1983). O enfermeiro faz parte deste processo de forma direta ou indireta, pois para planejar, organizar, direcionar e controlar a assistência, seja ao cliente, à família ou à própria equipe de enfermagem, precisa conhecer os componentes administrativos, que envolvem estruturas, finanças e recursos humanos da instituição onde vincula-se, bem como da unidade que gerencia, para desta forma, oferecer um serviço de qualidade, adequado às expectativas da instituição. Foi com tal consciência, que iniciou-se as atividades na UTI do HU.

Uma vez apresentadas à equipe de enfermagem pela supervisora, durante a passagem de plantão do período matutino para o vespertino colocou-se os objetivos do estágio para a equipe de enfermagem de maneira informal, porém comprometida, deixando à disposição da equipe uma cópia do projeto para maiores esclarecimentos às dúvidas que pudessem surgir

futuramente. No transcorrer do estágio, as dúvidas levantadas foram, de forma verbal, sanadas.

1 POLÍTICA ASSISTENCIAL

É importante contextualizar os aspectos relativos à estrutura organizacional da UTI onde realizou-se as atividades do estágio, pois desta forma, identifica-se sua posição hierárquica, e conseqüente, autonomia dentro da instituição. No organograma do HU, apresentado em ANEXO 8, atualmente em vigor, a Diretoria de Enfermagem (DE) está diretamente vinculada à Direção Geral (DG), fato este que, juntamente com a credibilidade fornecida pela atual gestão à enfermagem do HU, confere à DE autonomia refletida na valorização de seu papel. Seguindo as relações formais da DE, esta desdobra-se em duas divisões: Divisão de Pacientes Internos (DPI), que compreende quatro coordenadorias específicas (Enfermagens Pediátrica, Obstétrica e Ginecológica, Médica e Clínica), com suas respectivas unidades, sendo a de enfermagem no Unidade de Terapia Intensiva (UTI) subordinada à Coordenadoria de Enfermagem Médica (CEM), e a Divisão de Pacientes Externos (DPX), que engloba os serviços de Enfermagem Ambulatorial e Emergência.

Salienta-se que em cada unidade há um cargo de chefia ocupado por um enfermeiro, responsável por todos os aspectos assistenciais e administrativos inerentes ao cargo. Esta realidade, muitas vezes, sobrecarrega o profissional da chefia, não dando condições ideais para a realização de um trabalho com qualidade. Esta concentração de atividades sobre o enfermeiro chefe, foi visível na observação do cotidiano da UTI do HU, onde este profissional era solicitado freqüentemente, para agir nas diversas situações inerentes à assistência e à administração da unidade. Há uma tentativa da enfermagem do referido hospital, de reverter esta realidade, criando comissões responsáveis por áreas específicas, tais como: compra e controle de materiais e educação em serviço, idealizando assim, uma assistência mais qualificada e comprometida. Esta nova tendência está expressa na proposta de modernização da estrutura organizacional da DE, onde a UTI estaria subordinada à Divisão de Enfermagem Clínica. O novo organograma proposto, foi aprovado em agosto do corrente ano, e estará em vigor no mês de maio do ano 2000.

Na UTI existem normas e rotinas que conduzem o seu cotidiano, dando à unidade subsídios para prestar uma assistência diferenciada. Estas estão inseridas na chamada “Bíblia do HU”, ou seja, o manual de rotinas e procedimentos do HU, que norteia toda a assistência preconizada nesse hospital. Observou-se que apesar do HU respeitar as diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde (MS) a um hospital de 3º porte, e possuir um manual de procedimentos, este não atende as peculiaridades da UTI e por isso acredita-se ser importante a elaboração de um manual exclusivo para o cotidiano e necessidades de tal unidade.

Para um cliente internar-se na UTI, ele pode ingressar por três vias: a emergência, o centro cirúrgico e as transferências internas ou externas. A avaliação da necessidade de cuidados intensivos a clientes que chegam ao hospital pela emergência é de responsabilidade do médico deste setor, que após a avaliação, contacta o médico intensivista de plantão, como recomenda a Portaria nº 466, de 04/06/98, do MS, para a confirmação ou não da internação. Em caso de resposta afirmativa, o enfermeiro da unidade é comunicado pelo médico intensivista, sobre a internação do cliente, para que as devidas providências relacionadas à recepção deste sejam tomadas.

No caso da internação ser via centro cirúrgico, o residente marca na agenda de reservas de leitos para pós-operatório imediato, a vaga necessária, porém com no mínimo uma semana de antecedência, sendo que antes do início da cirurgia, este confirma com a unidade a sua reserva. Caso tenha havido alguma impossibilidade ao uso do leito, o procedimento cirúrgico é suspenso. Durante a cirurgia há uma intercomunicação entre o centro cirúrgico e a UTI, que deixa o enfermeiro desta última, ciente do provável término da cirurgia, para que as devidas providências sejam tomadas e o ambiente preparado.

A internação na UTI através de transferências internas, ocorre quando o cliente vem encaminhado de uma unidade de internação do próprio hospital, sendo que o trâmite de admissão é o mesmo de quando o cliente origina-se da emergência. Já nas transferências externas, o médico intensivista de outro hospital, comunica-se com o médico de plantão da UTI do HU solicitando vaga, que uma vez concedida, a entrada do cliente se dá através da emergência, que o encaminha diretamente à UTI.

Ao chegar, o cliente é recepcionado pelos seguintes profissionais: enfermeiro, médico intensivista e o técnico/auxiliar responsável. O leito já deverá estar preparado, ou seja, com cama e gavetas arrumadas, ventilação mecânica, aspirador, oxigênio e monitor cardíaco, de acordo com a necessidade do cliente. Em seguida, cada profissional assiste o cliente conforme

suas funções específicas, a enfermagem incumbe-se dos procedimentos, que são: fluidoterapia, oxigenação, PVC, monitorização cardíaca e dos sinais vitais; o médico trata de examinar, intervir através dos procedimentos de sua competência e prescrever. No momento da admissão do cliente, é realizada a passagem de plantão pela enfermeira e médico da unidade para a equipe da UTI, obtendo-se as informações sobre o provável diagnóstico e situação clínica. Se o cliente não tiver o histórico anexado ao prontuário, o enfermeiro da UTI realiza o registro dos dados, que é o histórico de enfermagem, em uma folha chamada de histórico de saúde, onde deverá constar o carimbo de admissão, apresentada em ANEXO 9. Este registro é o processo de enfermagem utilizado no HU, baseado em quatro etapas do processo de Horta e no sistema WEED de prontuário orientado para o cliente. Os enfermeiros da UTI justificam a ausência de um histórico sistematizado e específico para a UTI, por trata-se de uma unidade muito dinâmica, que exige dos seus profissionais um grande envolvimento, reduzindo conseqüentemente, a disponibilidade de tempo para as atividades não relacionadas ao cuidado intensivo. Considera-se substancial a quantidade de clientes que chegam com seus históricos das clínicas de origem. Porém, ainda assim, sabe-se que há a necessidade da realização do histórico de enfermagem do cliente que interna na UTI, pois suas condições clínicas e emocionais apresentam-se modificadas e que a enfermagem da UTI agirá sobre as necessidades afetadas deste, levantadas durante a coleta de dados para o histórico. Por este motivo elaborou-se um histórico, em ANEXO 10, orientado para as principais necessidades afetadas do cliente quando na admissão UTI. Neste documento, o enfermeiro tem a possibilidade de, mais dinamicamente, traçar o perfil de seu cliente. Aplicou-se este histórico, conjuntamente com os enfermeiros da unidade, a clientes advindos da emergência e das unidades de internação, para ser validado. A criação e confecção deste histórico, acredita-se que foi uma grande contribuição para a qualidade e sistematização da assistência de enfermagem da UTI do HU, pois sabe-se que a organização e o registro do trabalho da enfermagem é fundamental para o reconhecimento destes profissionais. Salienta-se que, este histórico será analisado por todos os enfermeiros da unidade e pela Diretoria de Enfermagem, a fim de fazer possíveis alterações, procurando adequá-lo da melhor maneira possível à prática, visando uma implantação futura.

Durante o processo de admissão é importante que o enfermeiro esteja atento à toda burocracia exigida na internação, pois disso dependerá o fornecimento de verba liberada pelo SUS, para custear materiais, fármacos, exames e o funcionamento dos equipamentos; ao

registro estatístico da unidade, para posterior encaminhamento ao Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos - SAME ou Serviço de Prontuário dos Pacientes - SPP, cabendo a esse serviço, o envio de relatórios ao setor financeiro e à Comissão de Controle de Infecções Hospitalares do HU (CCIH), para que este último realize o controle de todos os procedimentos invasivos e passíveis de contaminação ao cliente. Sendo assim, após a realização do histórico ou da evolução, o enfermeiro se encarrega da conferência dos papéis, que são: prescrição médica e de enfermagem, e folha de controle dos sinais vitais, para que estejam com o carimbo de admissão, que declara a data e hora da internação. Em seguida, verifica-se o preenchimento do Laudo Médico, para emissão da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em ANEXO 11, documento que confere ao cliente da UTI o direito de usufruir da diária paga pelo SUS, após a adequada abertura do prontuário providenciado pela família junto ao SAME¹. Um outro documento importante é a Solicitação de Procedimentos Especiais, em ANEXO 12, que registra o código do procedimento e a justificativa para sua realização, efetuada pelo médico e encaminhado ao SAME, que deverá ser preenchido sempre após a realização de algum procedimento de alto custo². O não preenchimento desse documento, implicará na absorção do custo pela própria entidade hospitalar, e não pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Quanto às roupas e outros pertences dos clientes, ficarão guardados na unidade de sua procedência. Caso o cliente interne com algum objeto pessoal, este será identificado e guardado pelo enfermeiro para ser entregue aos familiares, pois a UTI não possui um local específico para a guarda destes.

Um último momento neste processo de admissão é o registro do cliente no Censo de Pacientes da UTI e no livro de Registro de Pacientes de 1999, sendo neste último, preenchidos dados como: leito; modalidade de admissão (nova ou transferência interna); modalidade de saída (alta ou óbito antes ou depois de 48 horas de internação); destino e diagnóstico médico, sendo preenchidos no momento da alta.

¹ Quando há ausência da família um funcionário do SAME, dirige-se a UTI e abre o prontuário para o cliente.

² Instalação de Swan-Ganz, Diálise peritonial e hemodiálise, Drenagem torácica e utilização de medicamentos tais como: Etreptoquinase e Albumina.

1.1 Saída da UTI

A saída do cliente da UTI, se dá de três maneiras, que são: alta hospitalar, transferência interna ou externa e óbito.

Na alta para clínica, o momento muito esperado, e que inconscientemente, reflete em uma sensação de vitória experimentada por toda a equipe multidisciplinar, pelo sucesso obtido através do cuidado e terapêutica oferecidos. Quando a alta ocorre, o enfermeiro da UTI comunica-se, via telefone, com o enfermeiro da unidade de internação, solicitando uma vaga. Havendo esta, ele transmite as condições do cliente direta e pessoalmente ao enfermeiro responsável pela unidade de internação. Em seguida prepara-se o cliente, seu prontuário e a respectiva medicação, sendo encaminhados à unidade de internação. Posteriormente, registra-se a alta no Censo de pacientes da UTI e no Registro de pacientes de 1999. Todos estes procedimentos foram realizados no transcorrer do estágio assistencial.

A transferência externa acontece quando o cliente necessita de tratamento específico oferecido por outro hospital, ou quando recebe alta da UTI, mas não há vaga nas clínicas do próprio hospital, neste caso recorre-se a outra instituição hospitalar. O cliente é encaminhado com o relatório de transferência, em ANEXO 13, preenchido pelo médico intensivista. Durante o transporte, este é acompanhado por um membro da equipe de enfermagem e pelo médico residente, caso necessite de assistência ventilatória, este será assistido por mais uma pessoa da equipe de enfermagem, preferencialmente pelo enfermeiro.

Quando ocorre óbito, o médico intensivista preenche os impressos próprios para cada tipo de morte (morte natural, morte violenta e morte por causa desconhecida), fornecendo atestado. No caso de morte violenta ou morte por causa desconhecida, o corpo é encaminhado posteriormente, ao Instituto Médico Legal (IML) ou ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), conforme o caso.

Quando o atestado de óbito é fornecido pelo médico intensivista, o corpo é preparado, identificado e levado à conservadora por alguns membros da equipe de enfermagem. A família é solicitada para comparecer na UTI e a comunicação do óbito para a família é realizada pelo médico e/ou enfermeiro conjuntamente. Quando existe a impossibilidade o óbito é comunicado via telefone à família.

1.2 Exames na UTI

Como já explicitado neste trabalho, a UTI do HU possui como apoio, os serviços de radiologia, cardiologia, endoscopia, hemodinâmica e laboratório. Quando se faz necessário a realização de exames radiológicos, cardiológicos e laboratoriais, a equipe de enfermagem entra em contato com os setores encarregados pela execução dos referidos exames. Com a exceção do exame de eletrocardiograma, que fica pronto imediatamente, o restante é de responsabilidade do escriturário da unidade, de buscá-los quando prontos, já no período noturno e nos finais de semana, a responsabilidade é da própria equipe de enfermagem.

A coleta de sangue arterial (gasometria) e cultura são feitos pelos enfermeiros da unidade, que solicitam ao pessoal do laboratório para que os recolham. Também fica sob responsabilidade do escriturário buscá-los quando prontos, mesmo que já conhecidos os resultados, repassados via telefone, devido a urgência do quadro do cliente, pois o arquivamento documental é extremamente importante.

Quando os exames são realizados fora do HU, o médico, enfermeira ou auxiliar administrativo entra em contato com a instituição e marca o exame, a ambulância do HU leva o cliente acompanhado por um funcionário da enfermagem e um médico residente. Se a situação do cliente é muito grave, este é acompanhado por mais um membro da equipe de enfermagem, no entanto, o agendamento da ambulância deve ser feito previamente, garantindo deste modo, a viabilização dos exames fora do HU, sendo que a UTI sempre tem a prioridade.

1.3 Visita na UTI

Outro ponto importante e que não poderia deixar de ser observado pelas acadêmicas para conseqüente avaliação, relacionava-se às normas que regulamentam as visitas na UTI do HU. Afinal, esta era uma das informações básicas, para abordar um dos objetivos deste trabalho, o de assistir a família do cliente. Apenas confirmou-se àquelas informações obtidas durante a elaboração do projeto assistencial relativas ao horário, tempo de visita, boletim médico, informações por telefone e flexibilidade das normas para determinadas situações, já

menção nestes trabalhos. Além das informações já conhecidas, seriam a viabilidade destas normas das necessidades dos familiares em manterem-se informados sobre o estado de saúde de seu ente querido, bem como a possibilidade de estarem próximos.

Para o bom funcionamento das rotinas propostas pela filosofia de uma UTI, invariavelmente são necessárias normas que delineiem as ações pretendidas. Nesta UTI, avaliou-se que as normas regulamentadoras, referentes as visitas são adequadas à rotina da unidade, apesar de algumas vezes inflexíveis (em alguns turnos, principalmente pela postura de alguns enfermeiros). Essas encontram-se em processo lento de mudança, o que já é o primeiro passo na busca da qualidade total da assistência. Um aspecto negativo, relacionado ao momento da visita familiar, é a falta de privacidade existente no momento do boletim médico, pois, muitas vezes, o quadro clínico do cliente é exposto, próximo a pessoas que pouco tem haver com o cliente em questão, acarretando inclusive, um constrangimento da família, que em algumas situações omite-se do direito de questionar. Acrescenta-se que, mesmo a UTI possuindo em sua área física uma sala própria para o fornecimento de informações aos familiares, esta dificilmente é utilizada.

1.4 Aspectos epidemiológicos

Com o intuito de conhecer o perfil epidemiológico da UTI do HU, realizou-se um estudo analítico dos clientes admitidos no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999, considerando as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo de permanência, diagnósticos médicos e condições de saída dos clientes internados nesta unidade, tendo como fonte para tal exploração, o livro Registros de Pacientes da UTI de 1999. Este estudo se realizou no período supramencionado, pois entendeu-se como sendo o mais significativo do estágio, onde foram implementados todos os objetivos propostos no projeto.

Tabela nº 1 – Distribuição por sexo dos clientes admitidos na UTI do HU, no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999.

SEXO	f	%
M	29	67.5
F	14	32.5
Total	43	100.0

Fonte: livro de Registros dos pacientes da UTI do HU de 1999.

Conforme a tabela nº 1, acima apresentada, durante o período estabelecido para a coleta de dados, foram admitidos 43 clientes na UTI do HU, notando-se uma significativa prevalência do sexo masculino, que apontou um percentual de 67.5%, enquanto que o feminino registrou 32.5% apenas.

Tabela nº 2 – Distribuição por faixa etária em anos, dos clientes admitidos na UTI do HU, no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999.

IDADE	f	%
20 — 30	04	9.3
30 — 40	02	4.67
40 — 50	11	25.58
50 — 60	04	9.3
60 — 70	11	25.58
70 — 80	09	20.9
≥ 80	02	4.67
Total	43	100.0

Fonte: livro de Registros dos pacientes da UTI do HU de 1999.

De acordo com a tabela nº 2 acima, em relação à variável idade, constatou-se que esta distribuição apresentou um predomínio das faixas etárias de 40|—50 e de 60|—70 anos, pois ambas apontaram a porcentagem de 25.58% do total de clientes internados no período já mencionado. Salienta-se ainda que, o cliente mais senil tinha 84 anos, enquanto que o mais jovem possuía 20 anos.

Tabela nº 3 – Distribuição por tempo de permanência em dias, dos clientes admitidos na UTI do HU, no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999.

DIAS	f ³	%	fa ⁴ %
≤ 01	18	41.86	41.86
02	08	18.6	60.46
03	07	16.3	76.76
04	04	9.3	86.06
05 - 10	03	6.97	93.03
11 - 20	02	4.65	97.68
≥ 20	01	2.32	100.0
Total	43	100.0	100.0

Fonte: livro de Registros dos pacientes da UTI do HU de 1999.

Analisando a amostra de clientes admitidos na UTI do HU, do período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999, conclui-se que o tempo de permanência predominante nesta unidade, foi menor ou igual a 1 dia, conforme demonstra a tabela de nº 3, acima.

Tabela nº 4 – Destino dos clientes admitidos na UTI do HU, por tipos de alta, no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999.

TIPOS DE ALTA	f	%	fa %
Óbito	09	20.9	20.9
Transferência interna	32	74.45	95.35
Transferência externa	02	4.65	100.0
Total	43	100.0	100.0

Fonte: livro de Registros dos pacientes da UTI do HU de 1999.

A taxa de mortalidade no período em análise foi de 20.9 %. Traçar comparativos entre a história das Unidades de Terapia Intensiva em entidades hospitalares diversas, é pouco recomendável, pois são tantas as variáveis envolvidas, como exemplo: idade, doença de base, que torna-se impraticável qualquer tentativa de relacionamento, o que pode-se fazer, é

³ f: frequência dos casos;

⁴ fa %: frequência absoluta dos casos em porcentagem;

acompanhar dentro de períodos limitados, por exemplo anuais, a história de uma UTI específica, para elaborar análises, que venham demonstrar algum tipo de anomalia, ou seja, uma componente estatística com comportamento diferente de outros períodos bases, para daí, tentar-se identificar o quê provocou a alteração da tendência. Portanto, como o período de coleta de dados é considerado pequeno, ou seja, pouco mais de 1 mês, não realizou-se qualquer análise com a taxa de mortalidade, pois dela somente, pouco pode-se tirar de conclusões, a respeito de seu comportamento. Constatou-se ainda que, o destino mais comum dos clientes da UTI do HU, foi a transferência interna, somando 74.45% do total dos clientes internados no período, conforme apresenta a tabela nº 4, acima.

Tabela nº 5 – Distribuição dos clientes por motivos de internação na UTI do HU, no período de 10 de setembro a 31 de outubro de 1999.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	f	%
Pós-operatório imediato	12	27.9
DBPOC e Insuf. respiratória aguda	07	16.27
Infarto agudo do miocárdio	05	11.62
Angina instável	03	6.97
Insuf. renal aguda e Infecção urinária	03	6.97
Coma metabólico	02	4.67
Leucemia	02	4.67
Coma à esclarecer	01	2.32
Convulsões e HIV+	01	2.32
Endocardite infecciosa	01	2.32
Insuf. cardíaca congestiva	01	2.32
Insuf. coronariana	01	2.32
Politraumatismo	01	2.32
Atroplasia parcial	01	2.32
Anafilaxia	01	2.32
Peritonite fecal	01	2.32
Total	43	100.0

Fonte: livro de Registros dos pacientes da UTI do HU de 1999.

Observou-se que o motivo das internações mais freqüente na UTI do HU, foi o pós-operatório imediato, correspondendo a 27.9% do total das internações. Predominância esta já esperada, pois sabe-se que esta UTI tende a atender os pós-operatórios imediatos de cirurgias realizadas no próprio hospital. Em segundo lugar, estão as doenças respiratórias, com 16.27%, e em terceiro, o infarto do miocárdio, que apontou 11.62% do total dos casos. Vale ressaltar a quarta posição, com a igualdade de incidências entre a angina instável e a insuficiência renal aguda/infecção urinária, sendo que ambas apresentaram o percentual de 6.97% do total, conforme a tabela nº 5, anterior.

Através deste estudo, pôde-se adquirir noções sobre o perfil da clientela que passa pela UTI do HU. Conhecendo estes parâmetros, o enfermeiro desta unidade, organiza seus estudos para as patologias mais freqüentes, planeja a educação continuada com os funcionários, direciona a administração, principalmente em relação aos recursos materiais, dentre outras tarefas, com mais facilidade e segurança. Mas, para isto, é necessário fazer um levantamento estatístico anual, pois a coleta de dados, realizada pelas acadêmicas, restringiu-se a uma pequena amostra, compreendida em pouco mais que 1 mês, o quê não é o ideal, seria interessante adotar um período anual, pois o perfil da clientela ficaria mais fidedigno.

Resolveu-se fazer um estudo estatístico dos clientes da UTI, utilizando a amostra, bem como variáveis já mencionadas neste trabalho, a fim de colocar-se em prática os conhecimentos de bioestatística adquiridos no curso de graduação em enfermagem, obter noções sobre a clientela assistida no período de estágio, como também fazer um exercício prático à futura profissão de enfermeiro.

2 ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS

Segundo Neto (1989, p.194), *“O objetivo da administração dos recursos materiais é, abastecer em qualidade e quantidade, os itens que o sistema produtivo requisita, o mais próximo possível do momento de seu uso, com o menor custo possível.”*

Administrar os recursos materiais da unidade é mais uma das funções atribuídas ao enfermeiro, este gerencia os procedimentos administrativos, que direta ou indiretamente, repercutem na composição dos recursos materiais, cabendo a ele, o controle, a solicitação, a

conferência, a permuta, o empréstimo, os testes de qualidade, os pareceres técnicos, a reposição, dentre outras atividades, que relacionam-se aos materiais de consumo ou permanente.

A reposição dos materiais de consumo da unidade é executada pelo escriturário, porém sob a supervisão direta do enfermeiro. A requisição do material de consumo é realizada através de formulário próprio encontrado em ANEXO 14, uma vez este devidamente preenchido e autorizado pelo enfermeiro responsável, é encaminhado ao almoxarifado central, para o abastecimento do material da unidade. A frequência com que solicita-se o material de consumo na UTI do HU é a seguinte: às segundas-feiras, faz-se o pedido excepcional de material de enfermagem, decorrente de falta imprevista, de por exemplo: luvas, seringas, agulhas, algodão, etc., neste dia é pedido também, o material de expediente, tais como: canetas, clips, grampos, formulários específicos, etc., às terças-feiras, os soros são requisitados e às quintas-feiras, o pedido semanal de materiais de enfermagem. A requisição de material é preenchida com base no relatório personalizado por unidade, encontrado em ANEXO 15, que descreve todos os materiais de consumo utilizados pela unidade, com os respectivos códigos e cotas máximas por pedido. A medicação é solicitada diariamente à farmácia, conforme a segunda via da prescrição do dia para cada cliente. Caso o médico resolver introduzir um novo medicamento à prescrição anterior, utiliza-se uma requisição própria de fármacos, apresentada em ANEXO 16, a fim de atender a necessidade, levando-se também a primeira via à farmácia.

Os psicotrópicos possuem normas específicas de controle, que funcionam paralelamente à fiscalização efetuada pela farmácia do HU. Toda a movimentação de estoque dos psicotrópicos, representada pela entrada, quando advém da farmácia, e pelo consumo, quando ministrado pela equipe de enfermagem. O controle de fluxo destas drogas é realizado pelo enfermeiro responsável do turno, que registra em formulário próprio, encontrado em ANEXO 17, o quanto recebeu do turno anterior, da farmácia, o que foi consumido ou extraviado e a quantidade deixada ao turno subsequente. Quando é prescrito um psicotrópico e este não existe no estoque, o médico expede uma receita do medicamento, e esta é anexada a uma requisição específica e preenchida pelo escriturário, sob supervisão do enfermeiro responsável e encaminhada à farmácia, que tratará de providenciar o fármaco. Na UTI, estes medicamentos de uso controlado, são armazenados em gaveta separada.

Há ainda, os produtos preparados pela farmácia do HU, que são repostos na medida do consumo, que são: enxaguante bucal, loção lanete com óleo de amêndoas, sabonete líquido pediátrico, óleo mineral, mercúrio cromo, tintura de benjoim, álcool glicerinado a 2%, ácido acético, hipoclorito de sódio a 0,25%, desencrostante diluído, água oxigenada, enema glicerinado a 12% e álcool a 70%. As roupas e outros materiais da rouparia são de responsabilidade da lavanderia, não sendo submetidos a controle da UTI.

Outro fator referente a administração de materiais, é o controle de materiais permanentes de enfermagem, aqui considerados, tanto os que vão para o Centro de Esterilização (CE), quanto aqueles que permanecem no próprio setor. A UTI possui um número fixo de materiais permanentes, que são:

<i>Material</i>	<i>Estoque Padrão</i>	<i>Quantidade Efetiva</i>	<i>Extravios</i>
Bacia	09	09	–
Balde	01	01	–
Bandejas	03	01	02
Comadre	07	05	02
Escarradeira	03	01	02
Irigador com pinça	01	01	–
Jarro	03	03	–
Papagaio	05	04	01
Porta algodão	02	06	04
Tesouras diversas	01	01	–
Afastador	–	01	–
Cateterismo vesical	–	02	–
Cuba redonda	–	02	–
Cuba rim	–	03	–
Curativo	–	07	–
Diálise Peritoneal	–	01	–
Dissociação de veia	–	01	–
Drenagem de Tórax	–	01	–
Higiene Oral	–	09	–

Pequena Cirurgia	-	01	-
Punção Lombar	-	01	-
Punção de Subclávia	-	02	-

É de competência do enfermeiro chefe, solicitar qualquer tipo de material permanente, desde os de pequeno porte, como termômetro, estetoscópio, ambu, etc, solicitados por escrito ao almoxarifado central, até os de grande porte e de maior custo, como respiradores, cardioversores, etc, que são solicitados à Divisão de Pacientes Internos – DPI e à Diretoria Geral – DG, que juntamente com a Divisão de Materiais – DMA, avaliarão as condições financeiras do HU e a necessidade da unidade, para aprovar ou não a compra. Para tanto, faz-se necessário uma argumentação forte, a fim de convencer os responsáveis da necessidade do material permanente em questão.

No início do estágio, constatou-se que diversos aparelhos da UTI do HU encontravam-se em manutenção. Atualmente a unidade dispõe dos equipamentos apresentados em ANEXO 18.

A Divisão de Manutenção e Serviços Gerais - DMSG é responsável pelos reparos e consertos dos materiais em geral, seus serviços são requisitados através de formulário específico, encontrado no ANEXO 19, sendo neste descritos as características do material a ser consertado, seu número patrimonial e a importância do seu bom funcionamento para a unidade. Quanto a necessidade de consertos de respiradores, solicita-se à ENGEMED, empresa terceirizada, instalada no 4º andar do HU. As bombas de infusão são enviadas à DPI, que contacta a empresa B BRAUN, para realizar o reparo.

Durante grande parte do estágio, por falta de respiradores, o leito nº 1 permaneceu desativado, este fato diminuiu o número de clientes que poderiam ser internados. Porém, não foi um número significativo para comprometer a proposta de assistir clientes em estado crítico. Enquanto os respiradores estavam sob manutenção, uma empresa disponibilizou para teste, um ventilador novo, que serviu de excelente experiência a estas acadêmicas, de conhecer um equipamento moderno, portanto diferenciado daqueles instalados na UTI do HU.

O que pôde-se constatar ao avaliar os aparelhos utilizados nesta UTI, é que há muitos já ultrapassados frente ao avanço tecnológico mundial, mas que infelizmente ainda é uma realidade brasileira nas instituições públicas de saúde. Diante de tal constatação, é preciso avaliar a dificuldade financeira vivenciada por todas as universidades públicas do país,

principalmente os Hospitais Universitários. Estes são vítimas de um movimento de privatização pelo governo federal que vem, gradativamente diminuindo o repasse de verbas para o custeio das despesas com funcionários, equipamentos e materiais de consumo, destas instituições. Esta situação está reduzindo drasticamente a quantidade e a qualidade dos materiais nestes hospitais, realidade esta, visualizada no cotidiano da UTI do HU.

Quando o enfermeiro percebe que um material utilizado na unidade não está funcionando adequadamente, trazendo perigo ao funcionário no seu manuseio e ao cliente, este redige um parecer técnico, descrevendo a situação do aparelho, encaminhando-o posteriormente à DPI para as devidas avaliações e providências.

2.1 Limpeza e desinfecção dos materiais

Acontece de acordo com a especialidade, utilização e destino final do material. Os materiais que não necessitam de esterilização e ficam na unidade, tais como: traquéias, traqueinhas, máscaras de nebulização, sistema de macronebulização e intermediário de oxigênio, ficam por 30 minutos em um recipiente com água e sabão, e em seguida, enxaguados com água corrente e colocados em solução de Glutaraldeído, por mais 30 minutos. Após retirados, são lavados em água corrente e colocados na secadora em ar frio. O Glutaraldeído tem sua propriedade desinfetante ativa por aproximadamente 14 dias, tempo este, que permanece em um recipiente dentro do expurgo para ser utilizado. Após este prazo, o produto é desprezado e preparado novamente por um profissional da unidade, paramentado com máscara, luvas, avental e óculos de proteção.

As bacias, cubas, comadres e papagaios, são lavados com água e sabão, secados e guardados no armário. Os jarros de plástico medidores de diurese, dos produtos da hemodiálise e secreções gástricas, são colocados por 30 minutos no desencrostante.

Os materiais que necessitam de esterilização, como curativos, higiene oral, punção de subclávia, dissecação de veia, etc., são lavados com água e sabão, secados e encaminhados ao Centro de Esterilização – CE, para serem devidamente trocados. Estas trocas não são aleatórias, cada unidade possui o seu respectivo horário para efetua-las, e de acordo com o exigido pelas normas estabelecidas pelo CE, não devendo ser desrespeitados, sob pena de

perder o direito de troca aguardando o próximo horário. Os horários cedidos à UTI, são os seguintes:

- Manhã: das 10:30 às 11:00 hs.;
- Tarde: das 17:00 às 17:30 hs.;
- Noite: não há horário fixo para troca;

É importante salientar que a Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), participa ativamente, de maneira paralela, deste processo de limpeza e desinfecção dos materiais, mantendo sempre dentro do possível, estas rotinas atualizadas.

3 RECURSOS HUMANOS

Dentre as atividades envolvidas na administração, seja de unidade ou de instituição hospitalar, a gestão de Recursos Humanos – RH, talvez seja a mais complexa de todas, afinal é nesta atividade, que trabalha-se com a matéria prima mais imprevisível, diferenciada, ou seja, o ser humano.

A administração dos RH não se resume simplesmente a recrutar e selecionar pessoal, significa uma função organizacional ampla, que abrange: recrutamento, desenvolvimento, utilização e manutenção de funcionários, etc., bem como a integração total destes com os objetivos da instituição. Ela almeja ainda, fornecer pessoal em quantidade e qualidade, como também propiciar um ambiente e condições de trabalho satisfatórios (Mezano, 1988).

O enfermeiro, em sua vida profissional, estará sempre deparando-se com a função de administrar uma equipe, e esta, na sua maioria, estará exigindo deste profissional uma posição de gerência e liderança, além do papel de educador.

O estágio na UTI do HU proporcionou às acadêmicas, vivenciar o cotidiano da enfermeira chefe, exercendo a função de administradora da unidade. Supervisão, decisão, conhecimento, destreza e acessibilidade, são alguns requisitos básicos necessários para que este profissional consiga realizar o seu papel de líder da equipe.

Fazer uma avaliação da utilização dos RH, exigiu o máximo em envolvimento e comprometimento com o cotidiano da unidade, e principalmente, com a equipe de

enfermagem. Foi assim, interagindo com esta equipe, acompanhando e participando de suas atividades, que pôde-se conhecer melhor cada um dos integrantes da equipe de enfermagem.

A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e assistente administrativo, compõe parte do grupo multiprofissional que desempenha funções nesta unidade. Esta equipe trabalha em conjunto com o corpo clínico da unidade, formado por médicos intensivistas, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. A UTI não possui um psicólogo exclusivo, porém pode contar com o apoio do serviço de psicologia do HU, apesar de que, em apenas um momento durante todo o período de estágio, teve-se a oportunidade de conhecer este serviço.

Cada membro da equipe de enfermagem, possui atribuições de acordo com o cargo ocupado, em ANEXO 20. Estas atribuições são respeitadas, tal qual impõe a Lei Federal nº 7.498, de 25/06/86, e a sua regulamentação, através do Decreto do Poder Executivo Federal nº 94.406, de 08/06/87, logo deve-se evitar ao máximo os desvios de funções. Nesta questão de atribuições, o que pôde-se observar na realização do estágio, foi o espaço cedido pelo enfermeiro a outros profissionais, quando permitiu que algumas atividades conquistadas e desempenhadas pela categoria, fossem realizadas por outros, como exemplo: colher sangue arterial para gasometria que é atribuição exclusiva do enfermeiro, no entanto testemunhou-se a realização deste procedimento por profissional não habilitado, no caso Auxiliar de Enfermagem. Este tipo de acontecimento, apesar de isolado, contribui para reduzir a importância e a valorização do enfermeiro. Porém, através de conscientização dos enfermeiros para estes aspectos, certamente a profissão de Enfermagem alcançará um lugar de maior respeito e reconhecimento.

Segundo Kurcgant (1991, p.107),

a distribuição do pessoal de enfermagem para efetivação da assistência de enfermagem, é uma tentativa complexa que despende tempo e requer, da parte de quem faz, conhecimentos relativos às necessidades da clientela, à dinâmica da equipe de enfermagem e às leis trabalhistas. Baseada nesses aspectos, a distribuição do pessoal deverá ser feita, de forma racional para assegurar que a assistência de enfermagem seja prestada à clientela da melhor forma possível.

Para realizar a distribuição do pessoal é necessário também, o reconhecimento situacional da unidade, relacionado às características da instituição, do servidor de

enfermagem e o da clientela assistida. Baseado nestas informações, mensura-se o número ideal de funcionários para suprir a instituição ou a unidade.

O COFEN (1997, p.03), preconiza que o estabelecimento do quadro “quantitativo” de profissionais necessários à prestação da assistência de enfermagem, é de competência do enfermeiro. Com relação a isso, Kurcgant (1991, p. 93), vai mais além, ao afirmar que o enfermeiro deve fazer o dimensionamento, pois é ele que *“identifica e reavalia continuamente os recursos existentes, frente às necessidades da clientela.”*

Com o intuito de melhor avaliar a distribuição de funcionários na UTI do HU, bem como realizar posterior avaliação, optou-se em utilizar o método de Alcalla para efetuar o cálculo de pessoal, com base na carga horária de 30 horas semanais, resultante do acordo entre as Diretorias de Enfermagem e Geral. Esta carga horária não é a oficial no HU, apesar de existirem recomendações para que os profissionais de enfermagem cumpram este número de horas semanais. Portanto, adotou-se como parâmetro para a execução do cálculo de número de pessoal ideal da UTI do HU, as 30 horas por semana. O método utilizado para dimensionar o número de pessoal da enfermagem ideal para UTI, foi o chamado cálculo de Alcalla, proposto por Kurcgant (1991, p. 91), por se tratar do único método que se conheceu e se utilizou durante a disciplina de administração do curso de graduação em enfermagem.

3.1 Cálculo de pessoal segundo Alcalla

Este cálculo foi realizado com base na escala mensal de outubro, apresentada em ANEXO 21, pois esta representa a realidade do número de funcionários que se vivenciou durante grande parte do estágio.

- Horas de assistência de Enfermagem intensiva por cliente = 15,4 hs.;
- Número de leitos = 5 (correspondente a 80% do total de leitos);
- Dias da semana = 7 dias;
- Carga horária = 30 hs./semana;

$$\text{Total de Pessoal} = \frac{\text{Assistência de enfermagem} \times \text{n}^\circ \text{ leitos} \times \text{dias da semana}}{\text{Carga horária semanal}} + 30\%$$

$$\text{Total de pessoal} = \frac{15,4 \times 5 \times 7}{30} + 30\% = 23,35 \cong 23$$

$$\text{Total de Enfermeiros} = 9,2 \cong 9 \text{ (equivalente a 40\%)}$$

$$\text{Matutino} = 3,6 \cong 3 \text{ (40\%)}$$

$$\text{Vespertino} = 2,7 \cong 3 \text{ (30\%)}$$

$$\text{Noturno} = 2,7 \cong 3 \text{ (30\%)}$$

$$\text{Total} = 9$$

$$\text{Total de técnicos / auxiliares} = 13,80 \cong 14 \text{ (equivalente a 60\%)}$$

$$\text{Matutino} = 5,6 \cong 6 \text{ (40\%)}$$

$$\text{Vespertino} = 4,2 \cong 4 \text{ (30\%)}$$

$$\text{Noturno} = 4,2 \cong 4 \text{ (30\%)}$$

$$\text{Total} = 14$$

Comparação entre o quantitativo de pessoal proposto por Alcalla e o presente na UTI:

ALCALLA	U.T.I.
<p>Enfermeiros:</p> <p>Matutino = 3</p> <p>Vespertino = 3</p> <p>Noturno = 3</p> <p>Total = 9</p>	<p>Enfermeiros:</p> <p>6 horas = 3</p> <p>8 horas diárias = 1</p> <p>12 horas noturnas = 3</p> <p>Total = 7</p>
<p>Técnicos / Auxiliares:</p> <p>Matutino = 6</p> <p>Vespertino = 4</p> <p>Noturno = 4</p> <p>Total = 14</p>	<p>Técnicos / Auxiliares:</p> <p>Matutino = de 5 a 6</p> <p>Vespertino = 5</p> <p>Noturno = 4</p> <p>Total = 14</p>

Comparando o que é preconizado por Alcalla, ao número de funcionários existentes na unidade, constatou-se que a quantidade de enfermeiros previstos para a realização de uma assistência de qualidade, é inferior ao almejado, e que o contingente de técnicos e auxiliares de enfermagem contempla o recomendado.

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria nº: 466/98), deverá conter em uma UTI: 1 enfermeiro chefe, exclusivo da unidade e responsável pela área de enfermagem; 1 enfermeiro para cada turno de trabalho; e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para cada 2 leitos de UTI adulto.

Analisando esta determinação do Ministério da Saúde, percebeu-se que na UTI do HU existe uma quantidade suficiente de enfermeiros por turno, e um número superior de técnicos e auxiliares por leito. No entanto, observou-se que na contagem de enfermeiros assistenciais está incluída a enfermeira chefe, que por falta de enfermeiros na assistência, tem de acumular duas tarefas: assistencial e administrativa. O que pode interferir tanto na qualidade da assistência, quanto na função administrativa, devido a uma sobrecarga de atividades. Ao contrário dos enfermeiros, os técnicos/auxiliares suprem a assistência, prestando cuidados integrais ao cliente grave.

Esta realidade foi bem vivenciada pelas acadêmicas, que tiveram a oportunidade de perceber a importância de uma equipe quase completa.

É importante salientar que esta unidade possui dois auxiliares de saúde⁵, apesar do Cálculo de Alcalla não referenciar, considera-se um aspecto positivo para a UTI, pois estes profissionais possuem um papel importante em termos de organização, cobrindo a ausência do auxiliar administrativo.

3.2 Escala mensal

Para Kurcgant (1991, p.107), a escala mensal *“refere-se à distribuição dos elementos da equipe de enfermagem de uma unidade, durante todos os dias do mês, segundo os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). É onde são registradas as folgas, férias e licenças dos elementos da equipe.”*

⁵ Antigo Atendente de Enfermagem.

De acordo com as informações colhidas da enfermeira chefe da unidade, a elaboração da escala mensal costuma acontecer nas duas últimas semanas do mês. Para um melhor entendimento da escala de serviços, explica-se na seqüência como fazê-la, mas considerando-se que os funcionários trabalharão 30 horas semanais, como proposto pelo HU. Primeiramente, distribui-se os funcionários nos plantões dos finais de semana, sendo que cada funcionário, dos turnos matutino e vespertino, tem que fazer no mínimo 2 plantões de 12 hs., isto nos meses com 4 finais de semana. Após esta distribuição, calcula-se a carga horária mensal por funcionário, que deverá ser 120 hs., correspondendo a 20 dias do mês trabalhados, considerando a carga diária de 6 hs., logo os dias restantes serão folgas, avaliando-se a necessidade dos funcionários e a disponibilidade da unidade. Salienta-se ainda que, cada plantão de 12 hs. equivale a 2 dias de folga. No caso dos feriados, é realizado um levantamento de quais funcionários trabalharam nos feriados dos meses anteriores, e a partir deste dado, executa-se a distribuição na escala de serviço.

No que diz respeito às férias dos funcionários, estas são programadas no mês de outubro, porém válidas para o ano subsequente. A distribuição do período de gozo das férias, será realizado respeitando o critério de que no mesmo mês só poderão gozar férias, 3 técnicos e 1 enfermeira. Considera-se também os meses nobres, que são: janeiro, fevereiro, julho e dezembro, nos quais é feito um revezamento, a fim de satisfazer a todos.

No decorrer do estágio, teve-se a oportunidade de elaborar uma escala mensal de serviço, apresentada em ANEXO 22, considerada esta, uma experiência extremamente positiva, pois levantou-se as preferências e necessidades dos funcionários e contornou-se as divergências da maneira mais justa possível. Após construída a escala mensal, os funcionários interagem-se, fazendo as conhecidas trocas de plantão, estas não são aleatórias, necessitam do conhecimento do enfermeiro e são registradas em caderno específico, denominado: Livro de Troca de Plantão. Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para executar as mais variadas funções, que envolvam o planejamento de escalas de serviço, de férias, etc., principalmente aquele que atuar na administração de enfermagem da unidade.

Na UTI o cliente é assistido 24 horas por dia pela equipe de enfermagem, sendo que em cada turno, um funcionário responsabiliza-se pelos cuidados de no máximo dois clientes, como preconiza o Ministério da Saúde (1998), e essa distribuição dos leitos é realizada mensalmente através de uma escala elaborada pelos próprios técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

3.3 Supervisão dos cuidados

O enfermeiro assistencial participa da assistência direta ao cliente, avaliando, intervindo, evoluindo e prescrevendo os cuidados diariamente, tarefas estas, também exercidas pelo enfermeiro chefe, além das atividades burocráticas e administrativas que lhe cabem, quando da ausência do assistencial. Isto significa que o profissional enfermeiro é o responsável pela supervisão de toda à equipe de enfermagem .

A supervisão dos cuidados, iniciou-se de forma lenta e progressiva a partir da terceira semana de estágio, pois já havia-se realizado cuidados integrais aos clientes por tempo suficiente, bem como obteve-se maior familiarização com as rotinas de funcionamento da unidade.

Ao afirmar que a supervisão dos cuidados aconteceu de forma lenta e progressiva, significa dizer que as atividades, de avaliação dos cliente e execução de técnicas específicas do enfermeiro, tais como: coleta de sangue arterial para as gasometrias, realização de curativos complexos, aprazamento das prescrições médicas, elaboração das prescrições e evoluções de enfermagem referentes àquela manhã, controle dos psicotrópicos, transferências internas de clientes, registro nos livros de censo estatístico e no de passagem de plantão, bem como a passagem de plantão propriamente dita, foram todas elas efetuadas diariamente com o auxílio da supervisora em alguns momentos.

É importante salientar que faz parte da supervisão a passagem de plantão, que é uma atividade realizada no final de cada turno de trabalho na sala de reuniões, sendo este um momento de integração e encontro dos funcionários, pois são discutidas as informações referentes ao cliente, seu quadro clínico, evolução, intercorrências do período e intervenções. Participou-se de grande parte das passagens de plantão ocorridas no período de estágio, transmitindo sempre informações pertinentes aqueles clientes cuidados integralmente. Considera-se a passagem de plantão um momento importante para a troca de opiniões e experiências, implicando no envolvimento de todos os membros da equipe, que quando necessário complementam a avaliação feita pelo enfermeiro.

Como afirma Rivero, citado em Kurcgant (1991, p 118), *“supervisão é um processo dinâmico mediante o qual um supervisor ajuda e guia o pessoal sob sua direção, auxiliando-o a desenvolver-se, superar-se e realizar o trabalho de forma mais eficiente.”* Sendo assim, o enfermeiro possui os papéis de orientador e facilitador no ambiente de trabalho.

Na UTI do HU, avalia-se a supervisão como sendo satisfatória, pois a enfermeira responsável consegue criar um ambiente favorável para a equipe de enfermagem trabalhar buscando a eficiência e a qualidade na assistência, embora às vezes, ocorrem diferenças de opiniões dentro da própria equipe, e entre esta e a enfermeira supervisora, mas que servem como um debate de idéias, que de certa forma promove algum crescimento profissional. O enfermeiro deve estar preparado para lidar com situações desta natureza, que acontecem comumente, quando há seres humanos reunidos em torno de um objetivo consensual. O enfermeiro desta UTI estimula e promove a participação dos funcionários em cursos e palestras de aperfeiçoamento profissional, bem como troca conhecimento com os funcionários.

Percebeu-se que é de fundamental importância, conseguir a confiança da equipe de enfermagem para a construção de conhecimento e obtenção de segurança, a fim de realizar uma boa supervisão, pois descobriu-se quais as expectativas dos funcionários com relação a presença do enfermeiro na unidade. Durante o desempenho da atividade de supervisão, houve a oportunidade de interação com os outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, que são: os médicos, a fisioterapeuta, a nutricionista e a assistente social. Em ANEXO 23, encontra-se uma ilustração que exprime a relação de respeito e amizade, ocorridos entre as acadêmicas e a equipe multidisciplinar.

Durante todo o período de estágio, ocorreram reuniões da equipe de enfermagem no mês de setembro à noite, na qual não teve-se conhecimento, na semana do Congresso Brasileiro e Pan-americano de Enfermagem, cuja a presença das acadêmicas foi impossibilitada, pois participavam deste evento e por último no mês de novembro, mais especificamente no dia 5/11, dia este em que participou-se de um curso sobre UTI na Associação Catarinense de Medicina - ACM. Concluindo, não houve a possibilidade das acadêmicas cumprirem esta estratégia traçada no projeto, pois estas não participaram das referidas reuniões, mas entende-se que este objetivo não sofreu interferências pelo ocorrido.

AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Considera-se este objetivo alcançado, pois durante todo o estágio as estratégias deste, estiveram presentes nas atividades diárias, sejam através da prática, ou da observação. Não foi possível, como o justificado, a participação das acadêmicas em reuniões com equipe, porém este fato não prejudicou a intenção de identificar, descrever e analisar os componentes administrativos da UTI do HU. Logo, reforça-se a afirmação de atingido, na sua totalidade, este objetivo.

OBJETIVO Nº 02

Exercer e Aperfeiçoar as Técnicas Gerais e Específicas no Cuidado de Enfermagem ao Cliente da UTI

O espaço ocupado pelo enfermeiro profissional implica em um aspecto amplo de suas atividades, para o atendimento às pessoas que estão doentes ou que apresentam problemas de saúde em potencial, tornando-se necessária a aquisição de conhecimentos sobre a anatomia, fisiologia, farmacologia, nutrição, microbiologia, patologia, ciências sociais, psicologia, administração, educação, etc. O enfermeiro através destes conhecimentos e da experiência pessoal e profissional adquirida, pode promover o cuidado de modo mais efetivo e científico.

O papel do enfermeiro é o de ajudar os indivíduos, as famílias e a comunidade, a promover a saúde e prevenir as enfermidades, atendendo às necessidades destes, auxiliando-os a caminhar para uma completa restauração da saúde, compatível com suas enfermidades, ou proporcionando conforto e apoio no caso de enfermidades incuráveis (Du Gas, 1988).

Sabe-se que as técnicas de enfermagem estão presentes em muitas unidades de saúde, em maior número e frequência nos hospitais, onde estas podem aparecer de maneira geral ou específica, de acordo com a particularidade do setor hospitalar. As técnicas de enfermagem são de fundamental importância para a recuperação dos clientes enfermos, devendo sempre oferecer benefícios, e para que haja o alcance deste propósito, a execução das técnicas necessita ser realizada por profissionais capacitados e qualificados, pois ao contrário, poderá somente trazer malefícios aos clientes recebedores dos cuidados.

O enfermeiro deve procurar continuamente o desenvolvimento e atualização dos seus conhecimentos, no que tange às habilidades práticas, através de leituras ou da participação em programas de educação continuada, pois desta maneira, mantém uma assistência mais qualificada ao cliente, evitando maiores prejuízos a estes, por conhecimentos ultrapassados ou

inexistentes. Afirmando esse pensamento, Beyes e Dudas (1989, v.1), referem que os enfermeiros à medida que adquirem experiência profissional, começam a atuar com mais frequência em papéis de liderança, respondendo a uma gama cada vez maior de situações de assistência, bem como o aprendizado a respeito de aspectos mais amplos da prática, desenvolvendo ainda, ações para melhorar a assistência e a prestação de serviços.

Durante a sua vida acadêmica, o enfermeiro adquire conhecimentos técnico-científicos primordiais para a sua profissão, mas que com o passar do tempo devem ser atualizados. Quando este profissional atua em uma área específica da saúde, surge a necessidade do aprimoramento da destreza manual e da aquisição de conhecimentos sobre novas técnicas de enfermagem, haja vista que ele é o mediador do saber, tendo como atribuições, a supervisão e a educação da equipe de enfermagem, ou seja, a assistência de enfermagem pode se tornar empírica, se o enfermeiro não se interessar ao estudo e à pesquisa.

Com o intuito de evoluir, aprimorando as técnicas de enfermagem, procurou-se um local que vinha ao encontro desta proposta, ou seja, um lugar com um razoável número de procedimentos técnicos de enfermagem, que instigasse a pesquisa e a leitura, a fim de que as execuções fossem bem fundamentadas. Logo se percebeu que a Unidade de Terapia Intensiva se encaixava perfeitamente neste contexto.

Como o proposto no projeto, iniciou-se a assistência aos clientes da UTI a partir do segundo dia de estágio, sempre aproveitando todas as oportunidades de realizar as técnicas gerais, e principalmente as específicas do enfermeiro. As fotos que demonstram a efetiva execução das técnicas no decorrer do estágio assistencial, encontram-se em ANEXO 24.

As técnicas realizadas estão relacionadas no quadro a seguir.

Técnicas gerais e específicas do enfermeiro da UTI realizadas durante o estágio
- Realização de curativos simples e complexos;
- Administração de medicações (EV, IM, SC, VO);
- Troca de equipos (comum e de BI);
- Verificação da pressão do Cüff;
- Verificação dos sinais vitais (P/A, FC, FR, T, SatO ₂);
- Verificação e instalação de PVC (pressão venosa central);
- Auxílio na instalação e verificação dos parâmetros do catéter de Swan Gans (PAP, PCP,

PVC e PVD) e efetuação dos cálculos;
- Aspiração da cavidade oral, tubo endotraqueal (TOT) e cânula de traqueostomia;
- Montagem e desmontagem dos respiradores;
- Troca do circuito do respirador;
- Instalação e retirada de sonda nasogástrica (SNG) e sonda vesical de demora (SVD);
- Punção de veia com escalpe e abocath;
- Preparação de material para punção venosa profunda e auxílio;
- Instalação de fluidoterapia;
- Coleta de sangue para gasometria arterial;
- Promoção de higiene e conforto (banho no leito, tricotomia facial, auxílio na mudança de decúbito, massagem em região dorsal, lavagem de cabelos, higiene oral e auxiliar na troca de roupa de cama); higiene íntima e auxílio nas eliminações;
- Realização de nebulização;
- Instalação e observação do funcionamento da macronebulização;
- Instalação e observação do funcionamento da oxigenoterapia (catéter de O ₂);
- Verificação da PAM (pressão arterial média);
- Troca de ambú, umidificador de oxigênio, vidro de aspiração e intermediário;
- Instalação da dieta em sonda nasogástrica e jejunostomia;
- Administração de nutrição parenteral (NPT);
- Coleta de material para urocultura, cultura de secreção do tubo endotraqueal e das feridas cirúrgicas;
- Troca da água do respirador;
- Observação do funcionamento do BIPAP e os parâmetros do ventilador mecânico;
- Manipulação do sistema fechado de drenagem de tórax e de aspiração traqueal;
- Instalação e troca de jontex;
- Extubação dos clientes e auxílio na entubação;
- Auxílio na instalação do catéter de Swan-Ganz;

Inicialmente os cuidados eram prestados em conjunto com o funcionário responsável pelo cliente, posteriormente se adquiriu mais autonomia na assistência integral aos clientes, passando o funcionário a ser um recurso na busca de informações, para sanar dúvidas e

promover auxílio. A emancipação ocorreu rapidamente, pois a partir da segunda semana, não houve mais a necessidade da permanente presença dos funcionários, que apenas se aproximavam para saber da existência de dúvidas ou para prestar ajuda. Durante quase todos os dias até às 11:00 hs., prestava-se assistência integral aos clientes, após este horário a responsabilidade dos cuidados era transferida aos funcionários, bem como o plantão dos acontecimentos. Em seguida se prestava atenção à família dos clientes, fazendo-se os registros.

No final das manhãs, quando possível, trocavam-se experiências e conhecimentos sobre as técnicas e patologias, e sempre que novidades surgiam, as supervisoras teciam comentários, muitos deles o repasse de experiências vividas. Havia um acordo de comprometimento em intercambiar-se informações inerentes às patologias e técnicas de cada cliente cuidado. Era feito um rodízio que possibilitava o remanejamento dos clientes, a fim de promover a uniformização do aprendizado de todas as técnicas de enfermagem, principalmente às raras e de maior complexidade.

Apesar de inicialmente ter havido dificuldades quanto à realização das técnicas por falta de habilidade, com o passar do tempo, adquiriu-se independência, desembaraço, segurança e mais destreza, além do alcance de novos conhecimentos técnico-científicos, bem como do funcionamento dos aparelhos existentes na UTI.

Acredita-se que procedimentos bem realizados, ou seja, dentro dos princípios de assepsia e com raciocínio científico lógico, transmitem mais segurança aos clientes e diminuem os erros por falta de conhecimentos, trazendo apenas benefícios àqueles cujos procedimentos foram direcionados.

A Resolução COFEN – 9, de 29/03/97, em seu Capítulo I, que dispõem sobre as responsabilidades fundamentais do enfermeiro, traz no art. 6º, *“O enfermeiro atualiza e amplia seus conhecimentos técnicos , científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento da profissão.”*, já o art. 7º, relata que *“O enfermeiro é responsável pelo aperfeiçoamento técnico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão.”*, sob a ótica dos artigos transcritos acima, no decorrer do estágio se observou que é importante para o enfermeiro a aquisição de habilidades práticas, a atualização dos seus conhecimentos, procurando sempre as novidades no campo de assistência de enfermagem, a fim de promover o crescimento pessoal e da profissão, pois ele deve ser o exemplo para a equipe de enfermagem, evitando o prevalectimento da rotina e o obsoletismo da sua formação, que

poderá refletir negativamente na qualidade da assistência, podendo vir a ser considerado um profissional totalmente dispensável.

Com o intuito de se aperfeiçoar mais o conhecimento científico, as acadêmicas participaram do III Encontro Catarinense de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, promovido durante o período de estágio, cujos comprovantes apresentam-se no ANEXO 25.

AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário proporcionou às acadêmicas o aprendizado de uma elevada quantidade de técnicas de enfermagem, desde as mais simples, executadas pela equipe, como as mais complexas, realizadas exclusivamente por enfermeiros. Deparou-se com algumas técnicas até então conhecidas apenas no campo teórico, pois não houve oportunidade de exercê-las, durante o estágio realizado em UTI quando do cumprimento da 6ª fase curricular do curso de Enfermagem, o que significou um enriquecimento da formação básica em UTI. A presença de estudantes pertencentes a outras fases do curso de enfermagem, não impediu de continuar a prestação da assistência integral aos clientes, ao contrário, aproveitou-se para formar um intercâmbio de experiências técnico-científicas. Logo, conclui-se que este objetivo foi alcançado na sua plenitude.

OBJETIVO Nº03

Realizar a Assistência de Enfermagem mais Humanizada ao Cliente da UTI e a seus Familiares

Na tentativa de oferecer ao cliente da UTI e à sua família um cuidado mais humanizado, buscou-se primeiramente, embutir no papel de cuidador o significado de ser humano, passível a erros, acertos e emoções, enxergando o outro, ou seja, o cliente como um ser bio-psico-sócio-espiritual, único e indivisível.

Por acreditar na singularidade do ser humano, tinha-se a certeza de que cada momento vivido seria ímpar e que não havia uma fórmula pronta a seguir no cuidado humanizado. Estava-se sempre diante de um novo desafio, exigindo novas atitudes e alcançando novos resultados. Diante disto, constatou-se que a única regra a seguir seria a de continuamente lembrar o significado holístico do ser humano.

Estudos relacionados à humanização do cuidado na UTI, trazem referências à problemática do cliente internado na UTI. Bezerra (1998), cita o estigma de ser esta unidade um ambiente frio e agressivo, destinado a clientes muitas vezes rotulados de mais graves do que efetivamente estão na realidade, sem condições de sobrevivência. Car (1987), em seu estudo referente à identificação dos problemas de enfermagem em clientes da UTI, constata que, este é um ambiente destinado a pacientes em estado crítico, que necessitam de acompanhamento freqüente, o que faz da UTI um local de atividades contínuas. Isto impõe ao cliente um estresse constante, evidenciado pela comum interrupção do seu sono, devido aos “ruídos desagradáveis”, provocados pelos monitores, bombas, respiradores e o soar dos respectivos alarmes de segurança; permanente iluminação e aeração artificial; perda da autonomia; confinamento ao leito, além da cruel distância e afastamento da família.

O enfermeiro da UTI precisa estar atento a estes e a outros fatores de promoção de estresse. É de sua incumbência amenizá-los e preveni-los, bem como proporcionar o conforto a este cliente tão fragilizado. Com relação a isso, Hudak e Gallo (1997, p.5) citam que:

o paciente internado em unidade de cuidados intensivos, necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligados à doença física [...] embora cada um de nós possua mecanismos fisiológicos e psicológicos que compensam o desequilíbrio, há situações nas quais não podemos adaptar-nos sem intervenção externa. É nesta situação que o enfermeiro em cuidados intensivos torna-se o defensor do paciente e favorece a adaptação.

Assistir de maneira mais humanizada o cliente e a respectiva família, não foi prática constante, até então, na realidade do estudante de enfermagem. Muitas vezes, pela obrigação de realizar um cuidado normatizado e bem fundamentado, o aluno via-se envolvido com o lado tecnicista da assistência, não conseguindo um contato mais humano, seja com o cliente ou com a própria família, sendo este contato pouco trabalhado durante a vida acadêmica. Esta situação é referida por Barbosa (1995, p.7), quando afirma que, “[...] na avalanche de afazeres [...], o pessoal de enfermagem perde a oportunidade de tornar a sua presença mais significativa ao encontro com o cliente, abrindo mão destas experiências, ao cuidar”. Diante disto, e sensibilizadas com a possibilidade de efetuar neste estágio aquilo que realmente se desejava e necessitava, procurou-se dar ênfase à humanização do cuidado em UTI, estendendo esse cuidado à família do cliente.

Desde o primeiro dia de assistência integral ao cliente crítico, cada aproximação e procedimento que realizou-se em prol deste, aconteceu de forma fundamentada, respeitosa e individual. Primeiramente, antes de prestar ao cliente a assistência proposta, procurava-se conhecer a identificação do cliente, investigar a sua história de saúde e doença, causa da internação e se recebia ou não a visita de familiares. Essas informações, aliadas àquelas adquiridas através dos familiares, equipe e avaliação do cliente, permitiu individualizar o cuidado e assistir o cliente de acordo com as necessidades apresentadas.

Cada cliente era tratado por seu nome, evitando-se os apelidos e os famosos “diminutivos carinhosos”, tais como: tio, vizinho, queridinho, etc. Fazia-se a apresentação formal ao cliente, independente do grau de consciência deste, buscando a todo instante a comunicação, esclarecendo os procedimentos na iminência de serem realizados. Dava-se o

apoio necessário durante os procedimentos desconhecidos e dolorosos, considerando-se as expressões e verbalizações do cliente. Isto ficou visível em várias das situações vivenciadas, uma delas citada a seguir: tratava-se de uma cliente consciente e contactante, a qual estava prescrito a coleta de sangue arterial para exame gasométrico. A cliente encontrava-se dispnéica e fadigada em decorrência de sua patologia, quando então, as acadêmicas aproximaram-se para realizar o procedimento. Explicou-se a ela a importância e a necessidade daquela coleta, o local de realização, a presença da sensação dolorosa, tendo esta compreendido e aceitado o procedimento. Durante a coleta do sangue, a cliente demonstrava, através da expressão facial, a dor e o desconforto que esta lhe trazia, foi quando dirigiu seu olhar à outra acadêmica ao seu lado, estendendo sua mão em direção a ela, solicitando apoio. Até o término da coleta do sangue, a cliente permaneceu segurando com força a mão da acadêmica, que seguia incentivando-a e encorajando-a. Ao término do procedimento a cliente relatou: *“Desculpe ter apertado sua mão, mas foi a forma que encontrei para botar para fora minha dor, além do que, você ali segurando a minha mão e conversando comigo, transmitia-me bastante segurança. Obrigada!”*

Procurava-se respeitar, juntamente com a individualidade do cliente, a sua privacidade, principalmente nos momentos de higiene pessoal, eliminações, bem como nos momentos de encontro com a família. Houve a situação em que um cliente do sexo masculino, sentiu-se constrangido ao saber que um profissional do sexo oposto lhe prestaria os cuidados de higiene e conforto. Foi necessário uma boa percepção para entender que aquele olhar encabulado, significava um real constrangimento deste, para receber os cuidados de profissionais do sexo feminino. Após conversar com o cliente, este comunicou a preferência em ser auxiliado por um homem durante o seu banho. Explicou-se a ele que, cada funcionário era responsável por prestar assistência a determinados clientes de acordo com uma pré-determinação (escala) e que, assistir respeitosamente os clientes ali internados, era uma preocupação de todos os profissionais daquela unidade. Observando a sua angústia, respeitando a sua vontade e o seu pudor, solicitou-se o apoio a um funcionário do sexo masculino, para auxiliar na higiene daquele cliente, que menos constrangido, agradeceu o empenho para atendê-lo.

No decorrer do estágio, pode-se perceber que em alguns momentos, talvez por desatenção ou “força do hábito”, houve uma pequena tendência em cometer atitudes contrárias à proposta de humanizar o cuidado, tais como: conversas e brincadeiras próximas ao leito, falta de comunicação com o cliente e descuido frente à sua privacidade. Vale lembrar

que estas atitudes foram raras, porém suficientes para causar reflexão e instigar a idéia de reunir os funcionários, a fim de dialogar sobre suas atitudes no cotidiano da UTI.

Nesta reunião, procurou-se por intermédio de uma pergunta: “Como está meu paciente hoje?”, demonstrar aos funcionários através de suas respostas, o quanto o lado tecnicista da assistência sobressai em relação à humanização. Reforçou-se que esta foi uma constatação, realizada primeiramente, na observação das atitudes das próprias acadêmicas, que então, sentiram a necessidade de resgatar junto aos funcionários, o conceito de ser humano/cliente, que muitas vezes, encontra-se afastado da assistência prestada. Cada funcionário colocou suas vivências, opiniões e dificuldades, de no cotidiano, envolver-se com a humanização, porém acharam válido este momento de reflexão, que permitiu além de avaliar a assistência prestada, reformular suas atitudes frente ao cliente.

Outro ponto fundamental trabalhado durante a prática do cuidado, foi a comunicação com os clientes entubados e traqueostomizados. Inicialmente, teve-se muita dificuldade em interpretar o que tentavam expressar. Nestes casos, buscava-se o auxílio daqueles funcionários mais experientes, que já haviam obtido maior habilidade na comunicação não verbal e dispunham-se a transmitir este conhecimento. Foi muito gratificante perceber que, com o passar do tempo, havia-se adquirido uma maior facilidade em entender o quê este tipo de clientela tentava expressar, existiram casos em que o cliente solicitava a presença das acadêmicas para interpretar suas expressões.

Ciosak & Sena (1983, p.20), citam o quanto é terrível para o cliente, não ter condições de expressar seu sofrimento e não ter em quem confiar para expressá-lo. Menciona ainda, a importância da equipe em preparar-se para um contato pessoal com o cliente, fugindo das limitações de cumprir apenas o que está prescrito, para abrir um caminho que estabelecerá um relacionamento humano de confiança, pois através da “*compreensão empática*”, ocorre uma efetiva comunicação verbal e não verbal, e o cliente percebe que está sendo compreendido, perdendo o medo de comunicar-se, conseguindo “*verbalizar seus sintomas e dissipar suas dívidas*”.

Sempre que possível, procurou-se respeitar os horários de sono e descanso destes clientes, que de hora em hora, eram solicitados para a verificação dos sinais vitais e administração de medicamentos. Esta forma de proporcionar-lhes conforto, aconteceu através de medidas simples, mas que faziam a diferença, dentre elas: o adequado aprazamento nas prescrições, tanto de enfermagem quanto médicas, quando possível, para a menor interrupção

do sono durante à noite; fornecimento de luz natural para o cliente perceber a variação dia e noite; alteração nos intervalos da verificação dos sinais vitais de acordo com as condições clínicas do cliente; temperatura ambiente agradável e bom posicionamento no leito.

O cliente ao internar na UTI, muitas vezes perde a sua identidade, passando a ser propriedade da equipe que o assiste. Atividades básicas como: alimentar-se, banhar-se, escovar os dentes e fazer a higiene íntima, passam a ser exercidas por outras pessoas, que não o próprio indivíduo. Na maioria das vezes, ele está realmente impossibilitado de executar estes procedimentos, porém há casos que, o cliente já pode reassumir algumas de suas atividades cotidianas, cabendo ao enfermeiro e sua equipe, estimulá-lo para isso, oferecendo condições para que esta participação no cuidado ocorra. Durante o estágio, a observação destes fatos foi constante, e sempre que possível, estimulava-se e incentivava-se os clientes a participarem do seu auto-cuidado. Alguns clientes relatavam sentirem-se mais seguros por já estarem assumindo estas atividades básicas, outros ainda deprimidos, recusavam-se a participar, preferindo o auxílio das acadêmicas.

Observou-se alterações no quadro clínico do cliente, evidenciado pela mudança nos parâmetros dos monitores, respiradores, pressão arterial, e principalmente, nas expressões faciais e corporais. Estas anormalidades requerem intervenção da equipe, pois podem representar sintomas de um efeito colateral de medicamentos, ou até mesmo, uma complicação da condição clínica, porém é importante registrar que durante o estágio, presenciou-se situações em que o cliente apresentava períodos de agitação, desejando na realidade, não um analgésico, uma mudança de decúbito ou que seu tubo fosse aspirado, mas sim, uma maior atenção e segurança proporcionada pelo profissional que lhe assistia, porque verificou-se que bastava simplesmente, aproximar, tocar e conversar com o cliente, atitudes que provocavam o cessar da agitação. Em algumas ocasiões, os clientes abriam seus olhos, procurando a pessoa que os afagava. Talvez este seja um exemplo da busca de segurança neste ambiente tão desconhecido e assustador.

Sendo um dos objetivos do estágio, assistir o cliente como um ser humano na sua integralidade, não havia como fugir daquela que é a sua extensão imediata: a família. Afinal, este indivíduo tem a sua história, os seus relacionamentos, participa ativamente da vida de outras pessoas, que com certeza o querem bem. Isto tudo não acaba quando o cliente é internado na UTI, o que provoca mais um estresse presente na sua internação, bem como uma experiência muitas vezes jamais vivida ou esperada pelas pessoas de sua família.

Kurcgant, citado em Domingues (1999, p.40), ressalta que não apenas o cliente, mas também os seus familiares, estão *“tensos, inseguros e com medo do desconhecido relacionado ao ambiente, aos aparelhos, à condição dos outros pacientes, e de como chegar até o seu ente”*. É de fundamental importância a participação do enfermeiro nestes casos, atuando como elo entre o cliente e a sua família, assumindo o papel de amenizador do impacto de ter seu ente internado na estigmatizada UTI, e de orientador, esclarecendo as normas e rotinas da unidade, bem como as características do ambiente e a situação do cliente, dentro daquilo que lhe é permitido legalmente fornecer.

Orientar o cliente e a família é papel imprescindível do enfermeiro, uma família bem orientada incentiva o doente e pode auxiliar na sua recuperação. Bezerra (1998, p.135), cita que, *“as trocas de informações entre o enfermeiro e a família têm função humanística social, além de proporcionar ao familiar segurança e confiança no atendimento”*. Os esclarecimentos indispensáveis, que devem ser fornecidos pelo enfermeiro aos familiares, dizem respeito às normas da unidade, como horários de visita e de boletim médico, aos procedimentos que estão sendo realizados, à evolução do cliente, segundo o ponto de vista da enfermagem, e a função dos aparelhos ali existentes.

Tinha-se como meta trabalhar as famílias antes, durante e depois da visita, orientando-as, apoiando-as e ouvindo suas dúvidas, opiniões e vivências nestes três momentos, porém percebeu-se que o cotidiano da UTI, muitas vezes dificultou o transcorrer do processo conforme planejado. Era necessário então, agir de acordo com a situação apresentada.

Na maioria dos casos, o primeiro contato acontecia com familiares que já haviam entrado na UTI, isto porque os clientes internavam em outros turnos que não aquele no qual as acadêmicas estagiavam, ou então, em alguns momentos, devido ao dinamismo da unidade e a não pontualidade dos familiares que, de acordo com suas possibilidades, chegavam aleatoriamente dentro do horário estabelecido, propiciava à família sua entrada na UTI antes que pudesse ser preparada previamente

Em virtude desta realidade, trabalhava-se com os familiares que tinham pouco, muito ou nenhum conhecimento, a respeito das normas e rotinas da unidade, porém todos com a mesma angústia, a dificuldade de aproximar-se do cliente para conversar e tocá-lo, além de desconhecer o funcionamento e necessidade dos aparelhos que o cliente fazia uso.

Sendo assim, a assistência prestada aos familiares acontecia a partir do momento que estes ingressavam no corredor de entrada da UTI, sendo recepcionados individualmente pelas

acadêmicas, que se apresentavam como estudantes da última fase do curso de Enfermagem. Identificados por seus respectivos nomes, procurava-se saber se aquela era a primeira visita na UTI, caso afirmativo, relatava-se ao familiar as características do local e em quais condições que iria encontrar seu ente. Caso contrário, dava-se um parecer geral da evolução do cliente de acordo com suas interrogações, tendo-se o cuidado de não entrar nas questões relacionadas a diagnóstico e prognóstico médico. Em seguida, era solicitado ao familiar que lavasse as mãos, explicando-lhe a necessidade daquele procedimento, e então este era acompanhado até o leito.

Ao aproximar-se do leito, o familiar era estimulado a tocar e comunicar-se com o cliente, independente do grau de consciência que este apresentava. Muitos familiares declaravam: *“Mas ele não está me ouvindo, não adianta ficar falando que ele, não vai entender”*. Ou então diziam: *“Será que ele pode me ouvir? Parece que ele está dormindo!”*

Estas dúvidas eram esclarecidas de acordo com a situação de cada cliente. As explicações mais comuns, englobavam o nível de consciência em que o cliente encontrava-se decorrente de sua patologia e a necessidade de usar sedativos em alguns casos, porém, sempre ressaltava-se que, apesar do cliente não estar respondendo, aquele contato através do toque e da fala era muito importante, pois segundo relatos de clientes que já passaram por esta experiência, a audição é o último sentido que se perde, sendo muito importante sentir a segurança que traz ouvir a voz de alguém da família. (Rev. Veja, 1995).

Ainda junto ao leito, situações diversas aconteciam, os familiares sensibilizados muitas vezes não conseguiam controlar suas emoções, choravam, perguntavam se seu parente iria morrer. A mãe de um cliente questionou o porquê daquele aparelho, o respirador, estar fazendo menos barulho que no dia anterior, seria um sinal de piora do filho. Explicou-se a ela que, o respirador havia sido trocado por um mais moderno, por isso fazia menos barulho, o que não significava que seu filho estava piorando.

Cada familiar foi tratado de forma individualizada, estimulava-se a sua aproximação ao leito, também lhe era dado o suporte necessário para os momentos de maior emoção, as dúvidas sobre os aparelhos eram sanadas e um parecer de enfermagem da evolução do cliente naquela manhã era fornecido. Procurava-se sempre, demonstrar que o cliente estava recebendo uma assistência contínua e comprometida de toda a equipe.

Após o contato anterior e durante a visita, o familiar era acompanhado até a saída da UTI. Esclarecia-se o motivo da presença das acadêmicas nesta unidade, informava-se sobre a

existência do trabalho de conclusão de curso, e que este era voltado para a assistência mais humanizada ao cliente da UTI e aos seus familiares. O familiar era informado da existência de um documento, o qual possuía uma série de perguntas, que deveriam ser respondidas por ele, quando a visita fosse finalizada, com o intuito de fazer uma troca de informações sobre a assistência prestada. Caso aceitasse participar, ele assinava o termo de consentimento livre e esclarecido, para então, responder os questionamentos inerentes à sua experiência nesta UTI.

Depois dessas explicações, questionava-se sobre a possibilidade de poder conversar com ele por alguns instantes. Com seu consentimento, a conversa ocorria em uma sala destinada ao atendimento dos familiares dos clientes da UTI. Neste momento, além de preencher o questionário, procurava-se levantar e sanar as dúvidas que por ventura ainda existissem, entregava-se o *folder* de informações aos visitantes, que fora reformulado pelas acadêmicas (ANEXO 26). Este *folder* contém algumas informações básicas aos visitantes da UTI, tais como: horários de visitas e dos boletins médicos, explicações sobre a UTI, suas normas e rotinas, tendo como aspecto principal o incentivo a visita e a participação dos familiares no processo de hospitalização de seu ente, possuindo um linguajar simples e de fácil entendimento.

Foram assistidos, como já relatado neste trabalho, 21 familiares, porém estabeleceu-se que apenas 15 participariam do preenchimento do questionário, por considerar este número suficiente para o objetivo proposto. Vale ressaltar que, não foram trabalhados apenas os familiares dos clientes que se assistia. Procurou-se, sempre que possível, assistir os demais familiares, para que os mesmos não se sentissem excluídos do atendimento.

Não foi utilizada a urna para coleta dos questionários como o proposto, por acreditar-se que esta medida tornaria a prática impessoal, logo em desacordo com o que julgava-se importante para a interação com o cliente. Por isso, optou-se em levantar as considerações dos familiares sobre a UTI (ANEXO 27), através de diálogo e registro escrito de suas declarações, de cada familiar, que espontaneamente, deixava transparecer sua experiência não apenas com a linguagem verbal, mas também com a não verbal. As anotações eram feitas junto aos familiares e validadas com estes.

Durante a conversa, sentiu-se a necessidade de dar aos familiares a liberdade de expressão dos sentimentos, sem deter-se aqueles questionamentos pré-estabelecidos, trazendo portanto, depoimentos a respeito da idéia que faziam da UTI antes e depois da visita, falavam do atendimento diferenciado que recebiam das acadêmicas, relatavam também, sobre o medo

da morte e o quanto representava em suas vidas, aquele ente ali internado. Citam-se agora alguns destes depoimentos:

Sabe, quando soube que meu marido estava na UTI, pensei que ele já estivesse morto, e que vocês queriam me enganar com esse papo de estado grave. Depois que entrei aqui pela primeira vez, vi que ele estava vivo, mas ainda assim me sentia muito angustiada, não sabia para que serviam todos aqueles aparelhos, aquelas máquinas, achava que meu marido iria morrer. Com o passar do tempo, fui entendendo melhor para que serviam aquelas máquinas, e hoje eu sei o quanto é importante o trabalho de vocês da UTI, mesmo sabendo que ele ainda corre risco de morrer. (Rosa)¹

“Me sinto angustiada ao ver o meu parente com aqueles tubos, não gosto de vê-lo assim”. (Margarida)

“Até o momento todos nós da família e o nosso pai, estamos recebendo uma atenção muito especial. Os médicos e a equipe de enfermagem foram bem receptivos e atenciosos, desde a internação na emergência”. (Azaléia)

“Em todas as vezes que estive aqui, nunca fui tão bem recebido como hoje estou sendo por você (acadêmica), dificilmente vejo o pessoal da enfermagem se envolver com a gente da família”. (Cravo)

“Me sinto entristecida com a situação de meu pai por saber que não há mais solução. É um choque, mesmo assim vê-lo acamado amarrado e cheio de aparelhos”. (Orquídea)

“Eu sei que vocês estão fazendo o possível lá dentro, para cuidar bem do meu marido e fazê-lo viver. Mas, muitas vezes, vocês esquecem que tem gente aqui fora morrendo por quem está lá dentro internado”. (Rosa)

Este último depoimento, fez parte de uma das muitas conversas que emocionaram profundamente. Trabalhar com a família foi sempre um desafio, não sabia-se qual seria a reação do próximo familiar que na unidade entrasse, quais sentimentos e expectativas ele traria, como iniciar um novo diálogo. Sabia-se apenas que, mais uma vez, o medo de abordar aquele indivíduo tão fragilizado teria que ser superado, e que ao findar aquela visita, possivelmente, mais uma lição de vida aquele familiar teria deixado. Em ANEXO 28, estão registradas, através de fotos, dois momentos de interação com a família.

¹ Os nomes dados aos familiares dos clientes são fictícios, escolhendo-se os de flores com o intuito de garantir o sigilo e anonimato destes.

Cada familiar vivenciava da sua maneira o momento da internação, logo as necessidades por ele levantadas, eram únicas e mereciam intervenção específica. Houve um caso onde o filho, de um ano de idade, de um dos clientes, passou a apresentar sintomas de anorexia e agressividade após a internação do pai. Quando a situação chegou ao limiar de um profissional médico indicar a hospitalização da criança, uma das enfermeiras da UTI sugeriu à mãe que trouxesse esta para visitar o pai. O encontro, segundo relatos, foi emocionante, o cliente que pouco respondia ao chamado, reconheceu o filho, chegando a tocá-lo com a mão. Após aquele dia, os sintomas apresentados pela criança desapareceram. Este exemplo, caracteriza bem a existência de situações em que regras podem ser quebradas, quando uma pessoa responsável e consciente da dimensão do cuidado, tem o discernimento para intervir.

Pôde-se perceber também que, em alguns depoimentos estavam explícitas opiniões dos familiares frente às atitudes e à assistência da equipe. Constatou-se que, há uma certa resistência da equipe, ou melhor, de alguns membros desta, em interagir com os familiares, isto talvez aconteça pelo medo que o profissional tenha de envolver-se muito com o sofrimento daqueles indivíduos, e como uma forma de proteção, acabam por se esquivar deste atribuição. Na referida unidade, muitos dos membros da equipe participaram paralelamente deste objetivo de assistir a família do cliente, fornecendo informações e apoio quando solicitado. Outros esquivavam-se, chamando as acadêmicas para assistir a família, quando percebiam a presença desta. Em seguida, apresentam-se alguns depoimentos dos familiares referentes a atenção fornecida pela equipe de enfermagem a estes, bem como algumas sugestões relacionadas a melhora na qualidade do atendimento:

“Me sinto bem orientada. Todos estão sendo bastante atenciosos, pois até permitem que as visitas sejam mais prolongadas, devido aos problemas de deslocamento que tenho por ser de outra cidade”.(Dália)

“É muito boa, dão informações sobre o estado do paciente, o pessoal da enfermagem (tarde), conversa, traz a cadeira para me sentar ao lado de meu marido”.(Rosa)

“Gostaria de ser informada quando que ele vai sair para fazer exames, principalmente se for nos horários de visitas, pois moro longe e tenho filho pequeno e muito triste quando consigo sair para visitar e meu marido não está na UTI”.(Rosa)

“Acho que deveria receber uma atenção maior por telefone, pelo menos como passou a noite, se comeu, a pressão e a respiração”.(Camélia)

“Estou recebendo todas as informações que acho necessárias, tanto sobre o meu parente quanto das rotinas da UTI”.(Bromélia)

“Dialogo da enfermagem com a família e notícias por telefone, principalmente aqueles que moram longe”.(Cravo)

“Atenção na hora do telefone e horário de visitas mais extenso”.(Camélia)

“Tem pessoas que não dão atenção e não explicam direito o que pergunto”.(Lírio)

“Melhorar as informações a respeito dos horários de saídas dos pacientes para exames e a liberação dos menores para virem visitar seus familiares”.(Rosa)

É importante ressaltar que assistir à família não é tarefa fácil, requer treinamento e vontade. Este estímulo é de competência do enfermeiro fornecer, ele, no seu papel de gerente e líder, precisa ter como meta a constante evolução de sua equipe e conseqüente melhora no atendimento prestado. Assistir aquele que é continuidade de seu cliente, é investir em qualidade de atendimento e pensar em assistência global.

Durante o estágio, seja como incógnita, estigma ou como fato, a morte se fez presente. Isto era de se esperar, pois como afirma Trotto (1976, p. 612), *“lá a morte é cerca de cinco vezes mais freqüente do que no hospital geral, é uma presença constante, por todos sentida”*. Procurou-se compreendê-la como parte do ciclo da vida, isto para evitar maiores abalos pessoais e permitir uma postura adequada no momento de abordar este fato com a família. Não foi tarefa fácil assistir os familiares neste momento de tamanha fragilidade. Este tema foi abordado com familiares de clientes com prognóstico ruim, e nos casos ocorridos de fato, via telefone.

Chegou-se a participar dos cuidados pós morte, sendo os princípios do cuidado humanizado, tais como: o respeito e a privacidade, foram mantidos e respeitados.

As experiências obtidas com o alcance do objetivo de assistir humanamente o cliente e a família, foram únicas e inigualáveis. Desde atividades simples, como identificar-se ao cliente, até em momentos como abordar a morte com a família, os conceitos de humanização e de ser humano se fizeram presentes. Este ponto foi fundamental para resgatar a totalidade da pessoa humana do cliente em terapia intensiva, deixando de lado aquela “lógica racional”, que se limita a detectar somente sinais e sintomas, não condizentes com os padrões de normalidade, que *“reduzem os pacientes à vida biológica e a mais um corpo a ser manipulado”* (Corrêa, 1998, p. 299).

Cabe dizer ainda que, a humanização do cuidado é uma tendência, não acontece do dia para a noite, segundo Corrêa (1998, p. 298), é necessário um despertar dos profissionais para esta forma concomitante de tratar o cliente, para que os valores, as atitudes e a própria prática diária, sejam revistos no intuito de “[...] resgatar as várias dimensões: biológica, psicológica, espiritual, política, social e filosófica [...]” da pessoa humana.

AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Este talvez tenha sido o objetivo que mais exigiu esforço para alcançar todas as metas traçadas. Isto devido a pouca prática, o grande desafio e as peculiaridades advindas do cuidado humanizado. Foi uma experiência bastante importante para o crescimento profissional e pessoal e apesar dos medos e das dificuldades, as acadêmicas souberam contorná-los e alcançar este objetivo plenamente.

OBJETIVO Nº 04

Elaborar o Processo de Enfermagem, para Assistir o Cliente, baseado na Teoria de Horta, utilizando a Classificação Diagnóstica de NANDA

A prática de enfermagem profissional requer habilidades de observação, comunicação, reflexão, aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação em enfermagem, e principalmente, fazer avaliações e tomar decisões. Ao se aplicar o método científico para resolver problemas e planejar a assistência de enfermagem, os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem estão utilizando todas as habilidades anteriormente mencionadas. Esta forma sistematizada de raciocínio e aplicação de conhecimentos, ou seja, a maneira de agir e pensar dos enfermeiros e estudantes, que visa a qualidade da assistência, é chamado de processo de enfermagem. Como afirma Horta (1979, p. 35), *“O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”*. Este processo é dividido didaticamente em seis fases, cuja característica principal é o inter-relacionamento delas, que são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

O Hospital Universitário possui uma forma sistematizada de registro e avaliação de enfermagem, chamado de sistema WEED de registro, tendo como característica o Prontuário Orientado para o Problema (POP), isto facilitou e possibilitou o exercício e o raciocínio sobre a assistência de enfermagem. Então, procurou-se desde o início, sistematizar os cuidados dirigidos aos clientes da UTI - HU, registrando todas as ações de enfermagem nos prontuários. Inicialmente todos os clientes eram evoluídos em cada turno, mas por volta da segunda semana de estágio, esta forma de registro foi modificada pelos enfermeiros, que decidiram em reunião, evoluir apenas dois clientes por turno, com a justificativa de executarem com mais tempo o exame físico e realizarem uma prescrição mais completa.

Apesar desta mudança, decidiu-se continuar fazendo as evoluções, a fim de exercitarem o raciocínio científico, mas registravam nos prontuários, apenas uma nota de evolução, abordando os aspectos mais importantes dos cuidados prestados ao cliente sob responsabilidade, e as intercorrências. Desta maneira, as acadêmicas sentiram-se aptas a aplicar o processo de enfermagem com os clientes da UTI.

Dentre os clientes assistidos na UTI, o processo de enfermagem de Horta com as devidas adaptações, foi aplicado a 2 (dois) deles, sendo apresentados posteriormente, e para este estudo, obteve-se a autorização formal de ambos.

Quando realizava-se a atividade de coleta dados, sempre houve a preocupação efetiva de correlacionar as informações, a fim de que o resultado final não se tornasse apenas um conjunto aleatório de fatos não relacionados e de pouca utilidade. Há uma série de abordagens que servem de guia para a coleta de dados, porém adotou-se neste trabalho a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Para a busca de informações, junto aos clientes estudados, utilizou-se o roteiro elaborado, já mencionado no início deste trabalho. Além deste roteiro, pesquisou-se diariamente os prontuários dos clientes, para obter possível dado novo, analisou-se exames laboratoriais, e buscou-se na medida do possível, informações com os familiares, nos horários de visitas. No momento da coleta de dados dos clientes assistidos, notou-se a necessidade de consultar as escalas de coma de GLASGOW e do nível de sedação de RAMSAY, ambas apresentadas em ANEXO 29. A escala de RAMSAY, que caracteriza o nível de sedação em que os clientes estão submetidos, é utilizada com mais frequência pela equipe médica, e pouco pela enfermagem, que usa a escala de coma de GLASGOW em ambas situações, ou seja, coma e sedação. Considera-se temeroso generalizar-se desta forma, recomendando portanto, o uso das escalas em seus fins específicos, contribuindo para a obtenção de informações mais fidedignas.

Participou-se conjuntamente da elaboração do processo de enfermagem dos clientes, sendo que a cada dia, uma ficava responsável em assistir integralmente o cliente, transmitindo a evolução do cliente às demais, para que juntas, levantassem os diagnósticos de enfermagem daquele período, traçando prescrições e avaliando a eficácia das aplicadas anteriormente.

O diagnóstico de enfermagem proposto, ou seja, a Classificação Diagnóstica de NANDA, passou a ser contemplado juntamente com as necessidades afetadas dos clientes após a realização do primeiro processo de enfermagem, devido a uma maior familiarização com o diagnóstico, que viabilizou o exercício deste em alguns dos clientes assistidos. Esta

etapa do processo foi um desafio, haja vista o pouco conhecimento sobre a sua aplicação, o que exigiram questionamentos à professora orientadora, além de muita leitura e reflexão. Optou-se em trabalhar com este objetivo, devido à crença pessoal depositada no diagnóstico de enfermagem de NANDA, que muito em breve, será indispensável no processo de cuidado. Trabalhar com o diagnóstico de enfermagem, exige uma maior instrumentalização por parte dos enfermeiros, entendendo-se que este processo de aprendizado deverá iniciar nos cursos de graduação, formando profissionais capazes de utilizar o diagnóstico com mais desenvoltura, promovendo então, uma conscientização profissional, para que a enfermagem abandone o modelo médico, passando a atuar com mais cientificidade em um modelo próprio. No entanto, percebe-se a problemática da aplicação prática do diagnóstico de enfermagem de NANDA, pela escassez de tempo das enfermeiras e devido à complexidade deste, pois existem alguns diagnósticos muito semelhantes, pairando dúvidas no momento de traçá-los e nas intervenções específicas. Esta série de limitações, funciona como resistência à implantação do diagnóstico de enfermagem, pois dificulta a busca da padronização internacional dos diagnósticos, onde em qualquer lugar do planeta, os enfermeiros teriam, uma classificação diagnóstica comum, que resultaria na quase uniformidade de condutas. Opina-se favoravelmente à adoção da classificação diagnóstica de NANDA, pois crê-se na sua importância, apesar de reconhecer a necessidade de buscar-se maneiras que possibilitem uma melhor aplicabilidade no cotidiano da assistência hospitalar, em especial, nas UTI's. Este modelo surgiu para criar bases científicas fortes à profissão de enfermagem, fornecendo futuramente mais autonomia a estes profissionais.

Notou-se que, houve um acúmulo de conhecimentos para a implementação deste objetivo, pois exigiu a busca incessante de fontes científicas, para o cumprimento desta etapa.

Após traçados os diagnósticos, as etapas seguintes do processo, conseqüentemente tornavam-se mais simples e claras.

Os processos apresentados a seguir, tiveram uma duração máxima de 5 (cinco) dias, prazo este, estipulado como suficiente para o alcance do objetivo, conforme proposto pelo cronograma do projeto, pois o tempo favorecia uma coleta completa de dados dos clientes.

Tabela de evolução dos diagnósticos de enfermagem de NANDA, do cliente O. M.

Data: 20/09/99

Registro: 125594

<u>Diagnósticos de Enfermagem de NANDA</u>	Data		NHBs Afetadas
	Início	Fim	
1. Comunicação prejudicada.	14/09	15/09	Regulação neurológica.
2. Comunicação verbal prejudicada.	15/09	—	
3. Troca de gases prejudicada.	14/09	—	Oxigenação.
4. Desobstrução ineficaz das vias aéreas.	14/09	—	Oxigenação.
5. Risco para função respiratória alterada.	14/09	—	Oxigenação.
6. Incapacidade para manter a respiração espontânea.	14/09	—	Oxigenação.
7. Risco para resposta disfuncional ao desmame ventilatório.	15/09	16/09	Oxigenação.
	17/09	—	
8. Resposta disfuncional ao desmame ventilatório.	16/09	17/09	Oxigenação.
9. Perfusão tissular renal alterada.	14/09	—	Regulação vascular.
10. Excesso no volume de líquidos.	14/09	—	Hidratação.
11. Padrão de eliminação urinária alterado.	14/09	—	Eliminações.
12. Diarréia.	15/09	20/09	Eliminações.
13. Constipação colônica.	14/09	15/09	Eliminações.
14. Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas.	14/09	—	Integridade cutâneo-mucosa.
15. Integridade da pele prejudicada.	14/09	—	Integridade cutâneo-mucosa.
16. Risco para lesão.	15/09	—	Integridade cutâneo-mucosa.
17. Alteração no conforto.	15/09	—	Percepção dos órgãos dos sentidos.
18. Hipertermia	16/09	17/09	Regulação térmica.

19. Risco para alteração da temperatura corporal.	14/09	16/09	Segurança física/Meio ambiente.
	17/09	—	
20. Risco para aspiração.	14/09	—	Segurança física/Meio ambiente.
21. Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita.	14/09	—	Alimentação.
22. Mobilidade física prejudicada.	14/09	—	Atividade física.
23. Síndrome do déficit no auto-cuidado.	14/09	—	Atividade física.
24. Interação social prejudicada.	14/09	—	Gregária.
25. Isolamento social.	14/09		Gregária.
26. Processo familiar alterado.	14/09		Liberdade/Participação.

1º PROCESSO DE ENFERMAGEM

Histórico de enfermagem

Data: 14 / 09 / 99

Hora: 12:00

Registro: 125594

Dados de identificação:

O.M., 53 anos, 90 Kg, sexo masculino, católico, casado, natural de Três Passos/RS, procedente de Florianópolis, possui o curso primário completo e a profissão de pedreiro. Chegou na UTI às 16:45 horas do dia 07/09/99, em maca, com períodos de confusão, vindo da Clínica Médica Masculina – 1 do Hospital Universitário.

Diagnóstico Médico:

Internou na UTI por suspeita de Leptospirose, evoluindo para Insuficiência Renal Aguda e Hipóxia. Os diagnósticos médicos foram: Leptospirose, Insuficiência Renal Aguda (IRA), Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) e Hiperglicemia.

Percepções e Expectativas:

O cliente tem história de 2 internações anteriores no Rio Grande do Sul, sendo a 1ª por febre e resfriado e a 2ª por acidente de trabalho. No momento, apresenta-se sob o efeito de sedativos, impedindo qualquer tipo de comunicação.

Problemas relacionados com as NHBs:

4.1. Necessidades psicobiológicas

Cliente sob sedação contínua, com nível de sedação segundo a escala de RAMSAY = 6¹, pupilas mióticas devido à sedação, isocóricas, reflexo fotomotor e córneo palpebral presentes. FR = 17 mpm, torácica, dispnéico, em ventilação mecânica controlada, FiO₂ = 47%, PEEP = 14 cmH₂O, PPI = 21 cmH₂O, VC = 520 ml, TOT n° 9, cüff = 28 mmHg, Sat O₂ = 98%, sob sistema fechado de aspiração com média quantidade de secreção purulenta espessa. Está recebendo dieta por SNG. Abdômen distendido, RHA diminuído e sem evacuações há 2 dias. Encontra-se com sonda vesical de demora (SVD), oligúrico com volume urinário de 5 ml/h de urina amarela ouro com depósitos. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas ictericas, mucosas oculares e oral hipocoradas, MMSS e MMII edemaciados, equimose em antebraço direito, região dorsal hiperemiada e pele icterica, distendida, brilhante e hidratada, sendo que os locais onde estão os curativos a pele apresenta-se friável. Encontra-se bradicárdico com FC entre 46 e 51 bpm, ritmo sinusal, períodos de hipertensão com P/A entre 130/60 – 180/80 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 36,6°C. Balanço hídrico de + 1700. Glicemia Capilar de 197 mg/dl. Está no 42° banho de hemodiálise contínua (hemolenta). Encontra-se com catéter de Marruca no MID, em artéria femural e abocath n°14 no MSE com fluidoterapia.

4.2. Necessidades psicossociais:

Cliente sob sedação contínua, sem condições de fornecer informações. Ausência da família no período matutino.

4.3. Necessidades psicoespirituais:

Cliente sob sedação contínua, sem condições de pedir auxílio espiritual.

¹ Sem resposta aos estímulos dolorosos, ideal para curarização

5. Dados Complementares:

- **Exames Realizados no dia 14/09/99.**

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Hemácias: <u>3.71</u> milhões/mm ³ ↓;	Hemácias : 4.5 a 6.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>11.6</u> g/dl ↓;	Hemoglobina: 14 a 18 g/dl;
Hematócrito: <u>34.1</u> % ↓;	Hematócrito: 40 a 54 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Leucócitos: <u>20.100</u> /mm ³ ↑;	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE: Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</i>	

Análise: Diante do exame chamado hemograma, notou-se uma baixa dos níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias, que revelam um estado anêmico, podendo ser causado pelo aumento da uréia, creatinina e do urato séricos, provocando uma diminuição da síntese renal de eritropoietina. Esta anemia pode ser observada também, através do exame físico do cliente, pois apresentou mucosas oculares e oral hipocoradas. Observou-se também, um aumento significativo dos valores leucocitários, sabendo-se que estas células são mobilizadas diante de processos infecciosos, este resultado revela que o cliente apresenta um quadro infeccioso, devendo ser mantida uma observação mais precisa de outros sinais, que venham a confirmar com exatidão a infecção.

PARÂMETROS DO SANGUE:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
<u>Glicose: 169</u> mg/dl ↑;	<u>Glicose: 70 a 110</u> mg/dl;
<u>Uréia: 187</u> mg/dl ↑;	<u>Uréia: 15 a 39</u> mg/dl;
<u>Creatinina: 1.4</u> mg/dl ↑;	<u>Creatinina: 0.8 a 1.3</u> mg/dl;
<u>Sódio: 143</u> mEq/l;	<u>Sódio: 140 a 148</u> mEq/l;
<u>Potássio: 6.2</u> mEq/l ↑;	<u>Potássio: 3.6 a 5.2</u> mEq/l;

Cálcio: 8.6 md/dl ↓;	Cálcio: 8.8 a 10.5 md/dl;
Fósforo: 5.4 mg/dl ↑;	Fósforo: 2.5 a 4.5 mg/dl;
Magnésio: 3.30 mg/dl ↑;	Magnésio: 1.8 a 2.4 mg/dl;
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: Os parâmetros de uréia, creatinina, sódio, potássio, magnésio e fósforo, demonstrados acima, encontram-se elevados, devendo-se à insuficiência renal aguda apresentada pelo cliente, que provoca uma deficiência na eliminação dos íons e metabólitos do sangue, logo permanecem em alta concentração. A diminuição nos níveis de cálcio, também devem-se à insuficiência renal aguda, pois a uremia causa depleção deste íon. O parâmetro de glicose medido e indicado acima, está elevado, possivelmente devido a uma insuficiência pancreática, que provoca uma disfunção nos níveis na liberação ou produção de insulina.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
pH: 7.260 mmHg	pH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 43.6 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg
CO ₂ Total: 20.3 mm/L	CO ₂ Total: ----
PO ₂ : 95.1 mmHg	PO ₂ : 85 a 100 mmHg
SatO ₂ : 95.6 %	SatO ₂ : 85 a 100 %
Excesso de Base: - 7.8 mEq/L	Excesso de Base: -----
BIC "actual": 18.9 mEq/L	BIC "actual": 22 a 28 mEq/L
Análise: Acidose Metabólica	
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

• Medicamentos Utilizados pelo Cliente no dia 14/09/99.

• SG 5%, 500 ml + KCl 19.1 %, 10ml, +.MgSO4, 2 ml, EV, 7 gts.
• Antak, 1 amp., EV, 8/8 hs.
• Gluconato de Ca+ 10%,1 amp., EV, 12/12 hs.
• Fentanil, 40 ml + SG 5%, 105 ml, 3ml/h, EV.
• Dormonid, 80 ml + SG 5%, 180 ml, 7ml/h, EV.
• Insulina Regular, 100UI, EV, 12ml/h, EV.
• Heparina, 5000UI + SF 0,9%, 100ml, 20ml/h, EV.
• Lasix, 4 amp., EV, ACM.
• Hemofiltração Contínua: - Fluxo de 75 ml/min; - Solução para diálise-600 ml/h; - SF 0,9%, repor 30% das perdas;
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 14/09/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação prejudicada*, relacionada à sedação, secundária aos depressores do SNC (Fentanil e Dormonid). Evidenciado pela incapacidade de comunicar-se.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer a avaliação neurológica;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Estar atento para qualquer movimentação do cliente;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas espessas, hipercalemia (K+ = 6.2 mg/dl), a infecção e a imobilidade física secundária ao efeito sedativo

das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela dispnéia e provável motricidade gástrica diminuída (abdômen distendido).

3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, relacionada com supressão do reflexo da tosse, secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas e dispnéia.

4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*, relacionada à dificuldade de manter um padrão respiratório secundário à SARA. Evidenciada pela a dispnéia.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;				T	N	M
- Atentar para o funcionamento correto do aparelho de ventilação mecânica, observando vazamentos, temperatura e nível da água do umidificador;				T	N	M
- Observar água no circuito respiratório;				T	N	M
- Aspirar secreção pelo tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;				SN		
- Observar características da secreção do TOT;				T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;				T	N	M
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08
	DD	14	18	22	02	06
	DLE		20		04	12
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;				T	N	M
- Verificar os sinais vitais;				H/H		
- Observar PPI;				ATENÇÃO		
- Colocar FiO2 a 100%, antes da aspiração;				T	N	M
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;				16	22	10
- Manter o cüff insuflado;				MANTER		
- Estar atento para o tempo de aspiração e sinais de hipóxia;				T	N	M

- Observar a modalidade da ventilação mecânica;	T	N	M
- Manter oximetria de pulso;	MANTER		
- Atentar para a saturação de O ₂ ;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Contactar com a fisioterapeuta em caso de excesso de secreções;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Vascular.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

5. *Perfusão tissular renal alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, leptospirose, transporte prejudicado de O₂ pela diminuição de glóbulos vermelhos (Htc.=34.1%, Hem.=3.71 milhões/mm³ e HgIb.=11.6 g/dl), e também devido à imobilização. Evidenciada pela bradicardia, sobrecarga de líquidos (BH=+ 1600), edema, baixo débito urinário (5ml/h), uremia (187 mg/dl), hipercalemia (K+=6.2 mEq/l), aumento nos níveis sanguíneos de creatinina (1.4 mg/dl), pela acidose metabólica, conforme a medição e análise dos gases sanguíneos, pH=7.260 mmHg e BIC=18.9 mEq/l, e pela necessidade do uso de hemodiálise nas 24 hs.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Manter cuidados com hemodiálise contínua, tais como: atentar para o início e término dos ciclos, anotar o balanço hídrico da hemodiálise, observar se as perdas e os ganhos estão de acordo com a prescrição;	ATENÇÃO			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

6. *Excesso no volume de líquidos*, relacionado ao comprometimento dos mecanismos reguladores secundário à Insuficiência Renal Aguda, infusão hídrica excessiva e ao retorno venoso prejudicado pela imobilidade física. Evidenciado pelo edema nos MMSS e MMII, pele distendida e brilhante, e infusão maior de líquidos em relação a excreta (BH = + 1600).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Manter cuidados com hemodiálise contínua (24hs), tais como: atentar para o início e término dos ciclos, anotar o balanço hídrico da hemodiálise, observar se as perdas e os ganhos estão de acordo com a prescrição;	ATENÇÃO		
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e o uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Observar volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

7. *Padrão de eliminação urinária alterado*, relacionado à diminuição do tônus muscular da bexiga secundário ao uso de sedativos e terapia com diuréticos. Evidenciado pela presença de sondagem vesical (SVD), para controle do débito urinário, baixo débito urinário (5ml/h) e urina concentrada com depósitos.

8. *Constipação colônica*, relacionada à diminuição do peristaltismo, secundária à imobilidade física, aos efeitos colaterais de antiácidos (Antak), diuréticos (Lasix), sedativos (Fentanil e Dormonid) e Gluconato de Ca⁺. Evidenciada pela distensão abdominal e frequência diminuída das evacuações.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar turgor da pele;	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Fazer massagens em círculos ao redor do umbigo, no sentido horário, a fim de estimular o peristaltismo;	T	N	M
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Auscultar abdômen para verificar presença de RHA;	T	N	M
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M
- Observar relação entre a dieta e a constipação, informando ao nutricionista;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

9. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), e pela imobilidade imposta por sedação (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pelo edema nos MMSS e MMII, equimose em antebraço direito, mucosa oral hipocorada, mucosas oculares hipocoradas e ictéricas, e pele também ictérica.

10. *Integridade da pele prejudicada*, relacionado com a imobilidade física secundária a sedação (Fentanil e Dormonid), à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), aos efeitos irritantes mecânicos, secundários a curativos com adesivos, catéter urinário, sonda nasogástrica, TOT, punções venosas e arteriais repetidas. Evidenciado por região dorsal hiperemiada, pele fina e friável nos locais dos curativos das punções e pela equimose no antebraço direito.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;				T	N	M	
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;				T	N	M	
- Manter o cüff insuflado;				T	N	M	
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/d;				T	N	M	
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Manter cuidados com hemodiálise contínua (24hs), tais como: atentar para o início e término dos ciclos, anotar o balanço hídrico da hemodiálise, observar se as perdas e os ganhos estão de acordo com a prescrição;				ATENÇÃO			
- Avaliar exames sangüíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;				T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;				T	N	M	
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;				SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;				ATENÇÃO			
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;				17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;				T	N	M	

- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Manter cuidados com a SNG e fixá-la;	T	N	M
- Observar sinais de irritação no local de fixação da SNG;	ATENÇÃO		
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M
- Fazer o curativo da punção com abocath em MSE com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, e sinais de infecção, como secreção purulenta, no local de punção venosa e catéter de Marruca;	ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e lavar os cabelos (em dias intermitentes);	M		
-Fazer rodízio do oxímetro de pulso;	T	N	M
- Observar sangramentos pelos orifícios naturais do corpo do cliente;	ATENÇÃO		
- Trocar o cadarço do TOT e evitar escara na rima bucal e região auricular;	SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

11. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (11.6 g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: catéter de Marruca em região inguinal direita, punção venosa periférica em MSE, SVD, equipamentos de aspiração, TOT e ventilador mecânico, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela leucocitose ($20.100/\text{mm}^3$).

12. *Risco para aspiração*, relacionado à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundário ao uso do TOT, sedação e ao uso de sonda alimentar.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção do tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Manter técnica asséptica ao manipular o sistema de hemodiálise contínua (24hs);	ATENÇÃO		
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M

- Tomar cuidados com secreções: Leptospirose;	ATENÇÃO			
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M	
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Fixar a SNG e fixá-la;	T	N	M	
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Fazer o curativo da punção com abocath em MSE com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção venosa e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Trocar traquéia próximo ao TOT de 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar água do respirador a cada 8 horas;	14	22	06	
- Clampar o intermediário da SVD, sempre que for retirar o cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Observar vazamento urinário no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Fazer higiene oral, 4x/d e SN;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Trocar o cadarço do TOT, SN;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

13. *Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita*, relacionada com a mudança da via de acesso alimentar, secundário ao uso do TOT, ventilação mecânica, sedação. Evidenciada pela diminuição na concentração de glóbulos vermelhos (Htc=34.1%, Hem=3.71 milhões/mm³ e Hg1b=11.6 g/dl) e pela distensão abdominal.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M	
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M	
- Observar relação entre a dieta e a constipação, informando ao nutricionista;	T	N	M	
- Fixar a SNG;	T	N	M	
- Observar sinais de obstrução da SNG;	ATENÇÃO			
- Lavar a SNG com 20 ml de água após a dieta;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

14. *Síndrome no déficit no auto-cuidado*, relacionada com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, aparelho de hemodiálise contínua, fluidoterapia; e secundário ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid), nível de sedação da escala de RAMSAY=6. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Fazer tricotomia facial;	M			
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08 12	
- Trocar cadaço do TOT, SN;	SN			
- Manter as grades da cama elevadas;	MANTER			
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08
	DD	14	18 22	02 06 10
	DLE		20	04

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

15. *Interação social prejudicada*, relacionada com a restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciada pela disfunção interativa com sua família e 7º dia de permanência do cliente na UTI.

16. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação prejudicada e estado de bem estar alterado.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Estimular parentes e amigos a visitar o cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela ausência da família no período.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Estimular parentes e amigos a visitar o cliente;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 15/09/99

Hora: 12:00

O → Cliente no 8º dia de UTI, permanece com sedação contínua, nível de sedação segundo a escala de RAMSAY = 4², pupilas isocóricas, mióticas devido à sedação, com reflexo córneo palpebral e foto motor presentes. Apresentando resposta aos estímulos verbais e dolorosos com expressões faciais. Sob ventilação mecânica controlada, com FR=16 a 23 mpm, torácica, dispnéico, FiO₂=50%, PEEP=10 cmH₂O, PPI=21cmH₂O, VC=570 ml, TOT n° 9, cüff=30 mmHg, Sat O₂=97%, permanece em sistema fechado de aspiração com média quantidade de secreção purulenta espessa. Está recebendo dieta por SNG, abdômen distendido, com presença de RHA, evacuou 3 vezes em pequena quantidade, fezes amolecidas e esverdeadas. Está com sonda vesical de demora (SVD), oligúrico com volume urinário de 8 ml/h de urina amarela ouro com depósitos. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas ictericas, mucosas oculares e oral hipocoradas, MMSS e MMII edemaciados, equimose em antebraço direito, região dorsal hiperemiada, pele distendida, icterica, brilhante e hidratada, sendo que a pele se apresenta friável nos locais onde se encontram os curativos das punções. Normocárdico com FC entre 72 e 80 bpm, ritmo sinusal, pulso cheio, hipertenso com P/A entre 180/80 – 200/110 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 36,6°C. Balanço hídrico + 3035. Glicemia Capilar de 282 mg/dl. Suspensa a hemodiálise contínua, mantido o catéter de Marruca no MID. Sangramento intenso em punção de jugular esquerda, administrado Protamina 5000 UI. Encontra-se também com catéter em jugular interna esquerda com fluidoterapia e retirado abocath do MSE. Cliente não recebeu visitas durante o período matutino.

² Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e aos chamados.

- **Exames Realizados no dia 15/09/99.**

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Hemácias: <u>3.78</u> milhões/mm ³ ; ↓	Hemácias : 4.5 a 6.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>11.7</u> g/dl; ↓	Hemoglobina: 14 a 18 g/dl;
Hematócrito: <u>33%</u> ; ↓	Hematócrito: 40 a 54 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Leucócitos: <u>20.800</u> /mm ³ ; ↑	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;

FONTE: Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.

Análise: O cliente mantém baixos os níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias, que revelam um estado anêmico, podendo ser causado pelo aumento da uréia, creatinina e do urato séricos, provocando uma diminuição da síntese renal de eritropoietina. Apresentando ainda no exame físico, mucosas oculares e oral hipocoradas. Observou-se também, que permanece com os valores leucocitários significativamente elevados. Sabendo-se que estas células são mobilizadas diante de processos infecciosos, este resultado mantém a avaliação de que o cliente apresenta um quadro infeccioso, devendo ser mantida uma observação mais precisa de outros sinais, que venham a confirmar com exatidão a infecção.

PARÂMETROS DO SANGUE:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
<u>Glicose: 306 mg/dl;</u> ↑	<u>Glicose: 70 a 110 mg/dl;</u>
<u>Uréia: 186 mg/dl;</u> ↑	<u>Uréia: 15 a 39 mg/dl;</u>
<u>Creatinina: 5.7 mg/dl;</u> ↑	<u>Creatinina: 0.8 a 1.3 mg/dl;</u>
<u>Sódio: 141 mEq/l;</u>	<u>Sódio: 140 a 148 mEq/l;</u>
<u>Potássio: 5.3 mEq/l;</u>	<u>Potássio: 3.6 a 5.2 mEq/l;</u>
<u>Cálcio: 9.0 mg/dl;</u>	<u>Cálcio: 8.8 a 10.5 mg/dl;</u>
<u>Magnésio: 3.10 mg/dl;</u> ↑	<u>Magnésio: 1.8 a 2.4 mg/dl;</u>
<u>Fibrinogênio: 846 mg/dl;</u> ↑	<u>Fibrinogênio: 125 a 300 mg/dl;</u>

FONTE: Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.

Análise: Os parâmetros de uréia, creatinina e magnésio, demonstrados acima, encontram-se elevados, devendo-se à insuficiência renal aguda apresentada pelo cliente, que provoca uma deficiência na eliminação dos íons e metabólitos do sangue, logo permanecem em alta concentração. Estes apresentaram-se ainda mais elevados, pois o cliente não está fazendo a filtração do sangue através da hemodiálise. O parâmetro de glicose medido e indicado acima, está ainda mais elevado, possivelmente devido a uma insuficiência pancreática, que provoca uma disfunção nos níveis na liberação ou produção de insulina. A taxa de fibrinogênio também apresentou-se alto, correndo risco de hemorragias severas. Apresentou durante o exame físico realizado pela manhã, sangramento intenso no sítio de punção do catéter da jugular esquerda, devendo-se manter observações.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
pH: 7.340 mmHg	pH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 40.2 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg
CO ₂ Total: 22.2 mm/L	CO ₂ Total: ----
PO ₂ : 80.7 mmHg	PO ₂ : 85 a 100 mmHg
SatO ₂ : 94.7 %	SatO ₂ : 85 a 100 %
Excesso de Base: - 3.9 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 21 mEq/L</u>	BIC "actual": 22 a 28 mEq/L
Análise: Hipoxemia.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

• **Medicações Utilizadas pelo Cliente no dia 15/09/99.**

• SG 5%, 500 ml + KCl 19.1 %, 10ml + MgSO ₄ , 2 ml, EV.
• Antak, 1 amp., EV, 8/8 hs.
• Gluconato de Ca ⁺ 10%, 1 amp., EV, 12/12hs.
• Fentanil, 40 ml + SG 5%, 105 ml, EV, 3 ml/h.
• Dormonid, 150 mg + SG 5%, 120 ml, EV, 4 ml/h.

<ul style="list-style-type: none">• Insulina Regular SC, conforme esquema: $\leq 150 = 0$; 151-200 = 4UI; 201-250 = 6UI; 251-300 = 8UI; 301-350 = 10UI; $\geq 351 = 12$UI;
<ul style="list-style-type: none">• Protamina, 500UI, EV, ACM.
<ul style="list-style-type: none">• Lasix, 4 amp., EV, ACM.
<p><i>FONTE:</i> Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</p>

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 15/09/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à sedação, secundária aos depressores do SNC (Fentanil e Dormonid). Evidenciado pela incapacidade de comunicar-se verbalmente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer a avaliação neurológica;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Estar atento a qualquer movimentação;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas espessas, a infecção e a imobilidade física secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid).

Evidenciada pela dispnéia e pela diminuição da PO₂=80.7 mmHg, conforme a medição dos gases sanguíneos e provável motricidade gástrica diminuída (abdômen distendido).

3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, relacionada com supressão do reflexo da tosse, secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas e dispnéia.

4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*, relacionada à dificuldade de manter um padrão respiratório secundário à SARA. Evidenciada pela dispnéia e diminuição do aporte de O₂, com PO₂=80.7 mmHg, conforme análise da medição dos gases sanguíneos.

5. *Risco para resposta disfuncional ao desmame ventilatório*, relacionado à dependência prolongada ao respirador (+ de 1 semana), sedação contínua, estado hemodinâmico instável, funcionamento respiratório prejudicado secundário a SARA, desobstrução ineficaz das vias aéreas e desequilíbrio hidroeletrólítico.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;	T	N	M				
- Atentar para o funcionamento correto do aparelho de ventilação mecânica, observando vazamentos, temperatura e nível da água do umidificador;	T	N	M				
- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M				
- Aspirar secreção pelo tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN						
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M				
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M				
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08			
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;	T	N	M				

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Observar PPI;	ATENÇÃO		
- Colocar FiO2 a 100%, antes da aspiração;	T	N	M
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Estar atento para o tempo de aspiração e sinais de hipóxia;	T	N	M
- Observar a modalidade da ventilação mecânica;	T	N	M
- Manter oximetria de pulso;	MANTER		
- Atentar para a saturação de O2;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Contactar com a fisioterapeuta em caso de excesso de secreções;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Vascular.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Perfusão tissular renal alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, leptospirose, transporte prejudicado de O2 pela diminuição de glóbulos (Htc.=33 %, Hem.=3.78 milhões/mm³ e Hg1b.=11.7 g/dl), e também devido à imobilização. Evidenciada pela bradicardia, sobrecarga de líquidos (BH = + 3035), edema, baixo débito urinário (8ml/h),

uremia (186 mg/dl), hipercalemia ($K^+ = 6.2$ mEq/l), aumento nos níveis sanguíneos de creatinina (5.7 mg/dl).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

7. *Excesso no volume de líquidos*, relacionado ao comprometimento dos mecanismos reguladores secundário à Insuficiência Renal Aguda, infusão hídrica excessiva e ao retorno venoso prejudicado pela imobilidade física. Evidenciado pelo edema nos MMSS e MMII, pele distendida e brilhante, e infusão maior de líquidos em relação a excreta (BH = + 3035).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Fazer controle hídrico do cliente e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e o uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Observar volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Padrão de eliminação urinária alterado*, relacionado à diminuição do tônus muscular da bexiga secundário ao uso de sedativos e terapia com diuréticos. Evidenciado pela presença de sondagem vesical (SVD), para controle do débito urinário, baixo débito urinário (8ml/h) e urina concentrada com depósitos.

9. *Diarréia*, relacionada ao provável descontrole no gotejamento da dieta. Evidenciada pela distensão abdominal e frequência aumentada das fezes (3x pela manhã), esverdeadas e amolecidas.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M
- Observar relação entre a dieta e a diarreia, informando ao nutricionista;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo–mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), e pela imobilidade imposta por sedação (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pelo edema nos MMSS e MMII, equimose em antebraço direito, mucosa oral hipocorada, mucosas oculares hipocoradas e ictericas, e pele também icterica.

11. *Integridade da pele prejudicada*, relacionado com a imobilidade física secundária à sedação (Fentanil e Dormonid), à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), aos efeitos irritantes mecânicos, secundários a curativos com adesivos, catéter urinário, sonda nasogástrica, TOT, punções venosas e arteriais repetidas. Evidenciado por região dorsal hiperemiada, pele fina e friável nos locais dos curativos das punções, sangramento em punção de jugular esquerda e pela equimose no antebraço direito.

12. *Risco para lesão*, relacionado com a tendência ao sangramento, secundário ao aumento das taxas de fibrinogênio sanguíneo (846 mg/dl).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;	T	N	M				
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;	T	N	M				
- Manter o cüff insuflado;	T	N	M				
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/d;	T	N	M				
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08			
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M				
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M				
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN						
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO						
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11			
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M				
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO						
- Manter cuidados com a SNG e fixá-la;	T	N	M				
- Observar sinais de irritação no local de fixação da SNG;	ATENÇÃO						
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M				
- Fazer o curativo no local da punção da jugular esquerda com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN						

- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local da punção de jugular e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M	
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Observar sangramentos pelos orifícios naturais do cliente;	OBSERVAR			
- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina;	17 DD	21DE	06 VLD	11 VLE
- Fazer rodízio do oxímetro de pulso;	T	N	M	
- Trocar o cadarço do TOT e evitar escara em rima bucal e regiões auriculares;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções e a pouca mobilidade. Evidenciado pelas expressões faciais de dor e desconforto, apresentadas pelo cliente.

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M	
- Explicar ao paciente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M	
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade do paciente na hora do banho e quando necessário;	T	N	M	
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Fazer tricotomia facial;	SN			
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN			
- Evitar comentários impróprios próximo ao cliente;	ATENÇÃO			
- Manter o ambiente calmo;	MANTER			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

14. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (11.7 g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: catéter de Marruca em região inguinal direita, punção venosa profunda em jugular esquerda, SVD, equipamentos de aspiração, TOT e ventilador mecânico, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela leucocitose (20.800/mm³).

15. *Risco para aspiração*, relacionado à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundário ao uso do TOT, sedação e ao uso de sonda alimentar.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção no tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Avaliar exames sanguíneos, em especial número de leucócitos, hematócrito, fibrinogênio e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M
- Tomar cuidados com secreções: Leptospirose;	ATENÇÃO		
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M

- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Fixar a SNG para evitar o tracionamento;	T	N	M	
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Fazer o curativo no local da punção de jugular Esquerda com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de jugular Esquerda e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Trocar todo o circuito respiratório;	M			
- Tocar traquéia próximo ao TOT de 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar água do respirador a cada 8 horas;	14	22	06	
- Clampear o intermediário da SVD, sempre que for retirar o cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- - Observar vazamento urinário no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Fazer higiene oral, 4x/d e SN;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Trocar o cadarço do TOT, SN;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

16. *Alteração na nutrição:* menos do que o corpo necessita, relacionada com a mudança da via de acesso alimentar, secundária ao uso do TOT, ventilação mecânica, sedação e pela provável intolerância à dieta (diarréia). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=33%, Hem.=3.78 milhões/mm³ e Hglib.=11.7 g/dl) e pela distensão abdominal.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M	
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M	
- Observar relação entre a dieta e a diarréia, informando ao nutricionista;	T	N	M	
- Fixar a SNG para evitar o tracionamento;	T	N	M	
- Observar sinais de obstrução da SNG;	ATENÇÃO			
- Lavar a SNG com 20 ml de água após a dieta;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada ao edema em MMSS e MMII, secundária aos equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundária ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de movimentar-se intencionalmente no leito.

18. *Síndrome no déficit no auto-cuidado*, relacionada com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundário ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid), nível de sedação da escala de RAMSAY = 4. Evidenciada pela a incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M				
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN						
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M						
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M				
- Fazer tricotomia facial;	SN						
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12			
- Trocar cadaço do TOT, SN;	SN						
- Manter as grades da cama elevadas;	MANTER						
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

19. *Interação social prejudicada*, relacionada com a restrição de visitas devido a internação na UTI. Evidenciada pela disfunção interativa com sua família e 8º dia de permanência do cliente na UTI.

20. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação prejudicada e estado de bem estar alterado.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Estimular os amigos e parentes a visitar o cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

21. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela ausência da família no período.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas ao cliente;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 16/09/99

Hora: 12:00

O → Cliente no 9º dia de UTI, permanece com sedação contínua, nível de sedação segundo a escala de RAMSAY=4³ pupilas isocóricas, mióticas devido à sedação, com reflexo córneo palpebral e fotomotor presentes. Responde aos estímulos verbais e dolorosos com expressões faciais. Apresenta movimentos discretos nos MMII. Apresenta períodos de agitação psicomotora, competindo com o respirador e mordendo o TOT. Sob ventilação mecânica de suporte, com períodos de taquipnéia, FR=17 a 34 mpm, torácica, FiO₂=45%, PEEP=10 cmH₂O, PPI=21cmH₂O, VC=650 ml, TOT nº 9 há 9 dias, cüff=28 mmHg, Sat O₂=97%, permanece em sistema fechado de aspiração com grande quantidade de secreção purulenta espessa e com presença de “rolhas”. Está recebendo dieta por SNG, abdômen distendido, com presença de RHA, evacuou 1 vez em grande quantidade, fezes líquidas e esverdeadas. Permanece com sonda vesical de demora (SVD) há 10 dias, oligúrico com volume urinário de 6 ml/h de urina amarela ouro com depósitos. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas icterícias, mucosas oculares e oral hipocoradas, MMSS e MMII edemaciados, equimose em antebraço direito, região dorsal hiperemiada, pele distendida, icterícia, brilhante, hidratada e friável nos locais dos curativos das punções. Normocárdico com FC entre 77 e 93 bpm, ritmo sinusal, pulso cheio, apresentando leve hipertensão com P/A entre 140/80–170/80 mmHg, boa perfusão periférica, período de hipertermia, com temperatura de 36,6 a 38°C. Balanço hídrico=+ 1490. Glicemia Capilar de 273 mg/dl. Punção de jugular esquerda e catéter de Marruca com sangramento intenso no início da manhã. Permanece com catéter em jugular interna esquerda com fluidoterapia. Cliente não recebeu visitas durante o período matutino.

³ Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e aos chamados.

- **Exames Realizados no dia 16/09/99.**

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Hemácias: <u>3.57</u> milhões/mm ³ ; ↓	Hemácias : 4.5 a 6.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>11.2</u> g/dl; ↓	Hemoglobina: 14 a 18 g/dl;
Hematócrito: <u>31.9%</u> ; ↓	Hematócrito: 40 a 54 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Leucócitos: <u>23.500</u> /mm ³ ; ↑	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE: Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</i>	

Análise: O cliente mantém baixos os níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias, que revelam um estado anêmico, podendo ser causado pelo aumento da uréia, creatinina e do urato séricos, provocando uma diminuição da síntese renal de eritropoietina. Apresentando ainda no exame físico, mucosas oculares e oral hipocoradas. Observou-se também, que ele permanece com os valores leucocitários significativamente elevados, sabendo-se que estas células são mobilizadas diante de processos infecciosos, este resultado mantém a opinião de que o cliente apresenta um quadro infeccioso, devendo ser mantida uma observação mais precisa de outros sinais, que venham a confirmar com exatidão a infecção. Durante o exame físico o cliente apresentou picos de hipertermia, confirmando o quadro infeccioso.

PARÂMETROS DO SANGUE:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
<u>Glicose: 202 mg/dl;</u> ↑	<u>Glicose: 70 a 110 mg/dl</u>
<u>Uréia: 269 mg/dl;</u> ↑	<u>Uréia: 15 a 39 mg/dl</u>
<u>Creatinina: 7.9 mg/dl;</u> ↑	<u>Creatinina: 0.8 a 1.3 mg/dl</u>
<u>Sódio: 140mEq/l;</u>	<u>Sódio: 140 a 148 mEq/l</u>
<u>Potássio: 6.1 mEq/l;</u> ↑	<u>Potássio: 3.6 a 5.2 mEq/l</u>
<u>Cálcio: 9.6 mg/dl;</u>	<u>Cálcio: 8.8 a 10.5 md/dl</u>
<u>Fósforo: 6.3 mg/dl;</u> ↑	<u>Fósforo: 2.50 a 4.90 mg/dl</u>

Magnésio: <u>3.40</u> mg/dl; ↑	Magnésio: <u>1.8 a 2.4</u> mg/dl
Fibrinogênio: <u>792</u> mg/dl; ↑	Fibrinogênio: <u>125 a 300</u> mg/dl
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: Os parâmetros de uréia, creatinina, potássio, fósforo e magnésio, demonstrados acima, encontram-se elevados, devendo-se à insuficiência renal aguda apresentada pelo cliente, que provoca uma deficiência na eliminação dos íons e metabólitos do sangue, logo permanecem em alta concentração. Estes apresentaram-se mais elevados, pois o cliente não está fazendo a filtração do sangue através da hemodiálise. O parâmetro de glicose medido e indicado acima, está mais elevado, possivelmente devido a uma insuficiência pancreática, que provoca uma disfunção nos níveis na liberação ou produção de insulina. A taxa de fibrinogênio também apresentou-se alto, correndo risco de hemorragias severas. Apresentou durante o exame físico realizado pela manhã, sangramento intenso nos sítios de punção dos catéteres da jugular esquerda e Marruca, devendo-se manter observações.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
pH: 7.265 mmHg	pH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 38.3 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg
CO ₂ Total: 18 mm/L	CO ₂ Total: ----
PO ₂ : 89.5 mmHg	PO ₂ : 85 a 100 mmHg
SatO ₂ : 94.8 %	SatO ₂ : 85 a 100 %
Excesso de Base: - 9.2 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 16.9 mEq/L</u>	BIC "actual": 22 a 28 mEq/L
Análise: Hipoxemia.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

- **Medicações Utilizadas pelo Cliente no dia 16/09/99.**

• Antak, 1 amp., EV, 8/8 hs.
• Vancomicina, 1g., EV, 5/5 dias.
• Fentanil, 40 ml + SG 5%, 105 ml, EV, 3 ml/h.
• Fentanil, 3ml, EV, ACM.
• Dormonid, 150 mg + SG 5%, 120 ml, EV, 4 ml/h.
Insulina Regular SC, conforme esquema: $\leq 150 = 0$; 151-200 = 4UI; 201-250 = 6UI; 251-300 = 8UI; 301-350 = 10UI; $\geq 351 = 12UI$;
• Lasix, 4 amp., EV, ACM.
<i>FONTE: Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</i>

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 16/09/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à sedação, secundária aos depressores do SNC (Fentanil e Dormonid). Evidenciado pela incapacidade de comunicar-se verbalmente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer a avaliação neurológica;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Estar atento a qualquer movimentação;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas espessas, hipercalemia ($K^+ = 6.1$), a infecção e a imobilidade física secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela dispnéia, taquipnéia (FR=34 mpm) e

pela diminuição da $PO_2 = 80.7$ mmHg, conforme a medição dos gases sanguíneos e provável motricidade gástrica diminuída (abdômen distendido).

3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, relacionada com supressão do reflexo da tosse, secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas, dispnéia e taquipnéia (FR=34 mpm).

4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*, relacionada à dificuldade de manter um padrão respiratório secundário à SARA. Evidenciada pela a dispnéia e diminuição do aporte de O_2 , com $PO_2=89.5$ mmHg, conforme análise da medição dos gases sanguíneos e hipertermia ($T=38^\circ C$).

5. *Resposta disfuncional ao desmame ventilatório*, relacionado à dependência prolongada ao respirador (+ de 1 semana), sedação contínua, estado hemodinâmico instável, funcionamento respiratório prejudicado secundário a SARA, hipertermia, desobstrução ineficaz das vias aéreas, anormalidade ácido-básico e desequilíbrio hidroeletrólítico. Evidenciada pela competição respiratória do cliente com o respirador, agitação psicomotora, aumento da pressão arterial ($P/A = 180 \times 80$) e taquipnéia (FR=34 mpm).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;	T	N	M
- Atentar para o funcionamento correto do aparelho de ventilação mecânica, observando vazamentos, temperatura e nível da água do umidificador;	T	N	M
- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção pelo tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M

- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;		T		N		M	
- Verificar os sinais vitais;		H/H					
- Observar PPI;		ATENÇÃO					
- Colocar o bico de Guedel e trocá-lo ou lavá-lo no mínimo 4x/d;		T		N		M	
- Colocar FiO2 a 100%, antes da aspiração;		T		N		M	
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;		16		22		10	
- Manter o cüff insuflado;		MANTER					
- Estar atento para o tempo de aspiração e sinais de hipóxia;		T		N		M	
- Observar a modalidade da ventilação mecânica;		T		N		M	
- Manter oximetria de pulso;		MANTER					
- Atentar para a saturação de O2;		ATENÇÃO					
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;		T		N		M	
- Observar o volume corrente do cliente;		T		N		M	
- Observar sinais de angústia respiratória;		T		N		M	
- Fazer ausculta pulmonar;		T		N		M	
- Manter a cabeceira da cama elevada;		MANTER					
- Contactar com a fisioterapeuta em caso de excesso de secreções;		SN					
- Analisar dados gasométricos;		T		N		M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;		ATENÇÃO					
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca;		T		N		M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Vascular.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Perfusão tissular renal alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, leptospirose, transporte prejudicado de O₂ pela diminuição de glóbulos vermelhos (Htc.=31.9 %, Hem.=3.57 milhões/mm e Hglib.=11.2 g/dl), e também devido à imobilização. Evidenciada pela sobrecarga de líquidos (BH = + 1490), edema, baixo débito urinário (6ml/h), uremia (269 mg/dl), hipercalemia (K+=6.1 mEq/l), aumento nos níveis sanguíneos de creatinina (7.9 mg/dl) e acidose metabólica conforme a medição e análise dos gases sanguíneos, PH=7.265mmHg e Bic=16.9mEq/l.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

7. *Excesso no volume de líquidos*, relacionado ao comprometimento dos mecanismos reguladores secundário à Insuficiência Renal Aguda, infusão hídrica excessiva e ao retorno venoso prejudicado pela imobilidade física. Evidenciado pelo edema nos MMSS e MMII, pele distendida e brilhante, e infusão maior de líquidos em relação à excreta (BH=+ 1490).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e o uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Observar volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Padrão de eliminação urinária alterado*, relacionado à diminuição do tônus muscular da bexiga secundário ao uso de sedativos e terapia com diuréticos. Evidenciado pela presença de sondagem vesical (SVD), para controle do débito urinário, baixo débito urinário (6ml/h) e urina concentrada com depósitos.

9. *Diarréia*, relacionada ao provável descontrole no gotejamento da dieta e secundária ao uso de terapia antibiótica (Vancomicina). Evidenciada pela distensão abdominal e frequência aumentada das fezes líquidas e esverdeadas (1x pela manhã).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar sinais vitais;	T	N	M
- Observar turgor da pele;	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M
- Observar relação entre a dieta e a diarréia, informando ao nutricionista;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), e pela imobilidade imposta por sedação (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pelo edema nos MMSS e MMII, equimose em antebraço direito, mucosa oral hipocorada, mucosas oculares hipocoradas e ictéricas, e pele também ictérica.

11. *Integridade da pele prejudicada*, relacionado com a imobilidade física secundária à sedação (Fentanil e Dormonid), à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), aos efeitos irritantes mecânicos, secundários a curativos com adesivos, catéter urinário, sonda nasogástrica, TOT, punções venosas e arteriais repetidas. Evidenciado por região dorsal hiperemiada, pele fina e friável nos locais dos curativos das punções, sangramento em sítio de punção em jugular esquerda e do catéter de Marruca em artéria femoral do MID e pela equimose no antebraço direito.

12. *Risco para lesão*, relacionado com a tendência ao sangramento, secundário ao aumento das taxas de fibrinogênio sanguíneo (792 mg/dl).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;	T	N	M
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;	T	N	M
- Manter o cüff insuflado;	T	N	M
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/d;	T	N	M

- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;				T		N	M
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;				T		N	M
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;				M e SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;				ATENÇÃO			
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;				17		21	06 11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;				T		N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;				ATENÇÃO			
- Fixar a SNG;				T		N	M
- Observar sinais de irritação no local de fixação da SNG;				ATENÇÃO			
- Manter a pele do paciente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;				T		N	M
- Fazer o curativo no local da punção da jugular esquerda com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;				SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de jugular e catéter de Marruca;				ATENÇÃO			
- Fixar a SVD;				ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;				T		N	M
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;				T		N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;				T		N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;				ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de				T		N	M

preferência o micropore;			
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		
- Observar sangramentos pelos orifícios naturais do cliente;	OBSERVAR		
- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina;	17 DD	21DE	06 VLD 11 VLE
- Fazer rodízio do oxímetro de pulso;	T	N	M
- Trocar o cadarço do TOT e evitar escara em rima bucal e regiões auriculares;	SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções e a pouca mobilidade. Evidenciado pelas expressões faciais de dor e desconforto, apresentadas pelo cliente.

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO		

- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		
- Promover a privacidade do cliente na hora do banho e quando necessário;	T	N	M
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M
- Fazer tricotomia facial;	SN		
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08 12
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN		
- Evitar comentários impróprios próximo ao cliente;	ATENÇÃO		
- Manter o ambiente calmo;	MANTER		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação térmica.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

14. *Hipertermia*, relacionada a infecção (leucócitos = 23.500/mm³). Evidenciada pelo aumento da temperatura corporal (Tax=38°C) e taquipnéia.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Avaliar exames sanguíneos, em especial número dos leucócitos, hematócrito, fibrinogênio e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M
- Tomar cuidados com secreções: Leptospirose;	ATENÇÃO		
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M

- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Fazer o curativo no local da punção de jugular esquerda com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de jugular esquerda e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Tocar traquéia próximo ao TOT de 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar água do respirador a cada 8 horas;	14	22	06	
- Clampear o intermediário da SVD, sempre que for retirar o cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- - Observar vazamento urinário no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Trocar equipo de soro;	M			
- Trocar o cadarço do TOT, SN;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

15. *Risco para aspiração*, relacionado à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundário ao uso do TOT, sedação e ao uso de sonda alimentar.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Aspirar secreção no tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN			
- Fazer higiene oral, 4x/d e SN;	16	22	08	12
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M	
- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10	
- Manter o cüff insuflado;	MANTER			
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M	
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M	
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M	
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M	
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER			
- Fixar a SNG;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

16. *Alteração na nutrição*: menos do que o corpo necessita, relacionada com a mudança da viade acesso alimentar, secundária ao uso do TOT, ventilação mecânica, sedação e pela provável intolerância à dieta (diarréia). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=31.9 %, Hem.=3.57 milhões/mm³ e HgIb.=11.2g/dl) e pela distensão abdominal.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sangüíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M	
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M	
- Observar relação entre a dieta e a diarreia, informando ao nutricionista;	T	N	M	
- Fixar a SNG para evitar o tracionamento;	T	N	M	
- Observar sinais de obstrução da SNG;	ATENÇÃO			
- Lavar a SNG com 20 ml de água após a dieta;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada ao edema em MMSS e MMII, secundária aos equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundária ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de movimentar-se intencionalmente no leito.

18. *Síndrome no déficit no auto-cuidado*, relacionada com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundário ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid), nível de sedação da

escala de RAMSAY=4. Evidenciada pela a incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M				
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN						
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M						
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M				
- Fazer tricotomia facial;	M						
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12			
- Trocar cadaço do TOT, SN;	SN						
- Manter as grades da cabeceira elevadas;	MANTER						
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

19. *Interação social prejudicada*, relacionada com a restrição de visitas devido a internação na UTI. Evidenciada pela disfunção interativa com sua família e 9º dia de permanência do cliente na UTI.

20. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação prejudicada e estado de bem estar alterado.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Estimular os amigos e parentes a visitar ao cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

21. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela ausência da família no período.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas ao cliente;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 17/09/99

Hora: 12:00

O → Cliente no 11º dia de UTI, permanece com sedação contínua, nível de sedação segundo a escala de RAMSAY = 4⁴, pupilas isocóricas, mióticas devido à sedação, com reflexo córneo palpebral e foto motor presentes. Respondendo aos estímulos verbais e dolorosos. Segue sob ventilação mecânica assistida, PEEP de 10cmH₂O, FiO₂=45%, VC= 550-770 ml, FR=15 mpm, dispnéico e saturando cerca de 97%. Entubado, TOT nº 9 há 10 dias, com pressão do cuff=25 mmHg; usando bico de Guedel e sistema fechado de aspiração, sendo aspirado média quantidade de secreção purulenta espessa. Apresenta-se sialorréico. Abdômen distendido. Reiniciou dieta por SNG, sendo retirado 350 ml de secreção gástrica resultante da sifonagem realizada durante o plantão noturno; evacuou 2 vezes em grande quantidade, fezes amolecidas com aspecto esverdeado. Está com SVD há 11 dias, drenando apenas 17 ml/h de urina amarelo ouro com depósitos. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas ictéricas, mucosas oculares e oral hipocoradas, apresenta-se em anasarca, com pele ictérica, distendida, brilhante, hidratada e friável nos locais dos curativos das punções, região dorsal hiperemiada e equimose em antebraço direito. Curativo do catéter de Marruca na artéria femural do MID, com média quantidade de secreção sanguinolenta. Mantém hiperglicemia, com GC=200 mg/dl. Manteve-se hipertenso todo o período com a P/A em torno de 180/100 mmHg, FC=75 bpm, e T=36 °C. Balanço hídrico= + 600. Retirado catéter em jugular esquerda e puncionado veia periférica com abocath em MSE para fluidoterapia. Inicia hemodiálise na UTD, no período da tarde, permanecendo em dias intermitentes. Cliente não recebeu visitas durante o período matutino.

⁴ Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e aos chamados.

- **Exames Realizados no dia 17/09/99.**

Material: Sangue Venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Hemácias: <u>3.40</u> milhões/mm ³ ; ↓	Hemácias : 4.5 a 6.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>10.6</u> g/dl; ↓	Hemoglobina: 14 a 18 g/dl;
Hematócrito: <u>30.7%</u> ; ↓	Hematócrito: 40 a 54 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Leucócitos: <u>20.900</u> /mm ³ ; ↑	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: O cliente mantém baixos os níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias, que revelam um estado anêmico, podendo ser causado pelo aumento da uréia, creatinina e do urato séricos, provocando uma diminuição da síntese renal de eritropoietina. Apresentando ainda no exame físico, mucosas oculares e oral hipocoradas. Observou-se também, que ele permanece com os valores leucocitários significativamente elevados, sabendo-se que estas células são mobilizadas diante de processos infecciosos, este resultado mantém a opinião de que o cliente apresenta um quadro infeccioso, devendo ser mantida uma observação mais precisa de outros sinais, que venham a confirmar com exatidão a infecção.

PARÂMETROS DO SANGUE:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Glicose: <u>162</u> mg/dl; ↑	Glicose: 70 a 110 mg/dl;
Uréia: <u>343</u> mg/dl; ↑	Uréia: 15 a 39 mg/dl;
Creatinina: <u>9.5</u> mg/dl; ↑	Creatinina: 0.8 a 1.3 mg/dl;
Sódio: <u>145</u> mEq/l;	Sódio: 140 a 148 mEq/l;
Potássio: <u>6.9</u> mEq/l; ↑	Potássio: 3.6 a 5.2 mEq/l;
Fibrinogênio: <u>813</u> mg/dl; ↑	Fibrinogênio: 125 a 300 mg/dl;
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: Os parâmetros de uréia, creatinina e potássio, demonstrados acima, encontram-se elevados, devendo-se à insuficiência renal aguda apresentada pelo cliente, que provoca uma deficiência na eliminação dos íons e metabólitos do sangue, logo permanecem em alta concentração. Estes apresentaram-se mais elevados, pois o cliente não está fazendo a filtração do sangue através da hemodiálise, devendo ser iniciado logo, a fim de evitar maiores prejuízos ao organismo dele. O parâmetro de glicose medido e indicado acima, está mais elevado, possivelmente devido a uma insuficiência pancreática, que provoca uma disfunção nos níveis na liberação ou produção de insulina. A taxa de fibrinogênio também apresentou-se alto, correndo risco de hemorragias severas. Apresentou durante o exame físico realizado pela manhã, sangramento no sítio de punção do catéter de Marruca, devendo-se manter observações.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
pH: 7.30 mmHg	pH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 40.3 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg
CO ₂ Total: 21 mm/L	CO ₂ Total: ----
PO ₂ : 99 mmHg	PO ₂ : 85 a 100 mmHg
SatO ₂ : 98.9 %	SatO ₂ : 85 a 100 %
Excesso de Base: - 6.6 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 20 mEq/L</u>	BIC "actual": 22 a 28 mEq/L
Análise: Acidose Metabólica	
<i>FONTE: Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</i>	

- **Medicações Utilizadas pelo Cliente no dia 17/09/99.**

• Antak, 1 amp., EV, 12/12 hs.
• Vancomicina, 1g., EV, 5/5 dias.
• Fentanil, 40 ml + SG 5%, 105 ml, EV, 3 ml/h.
• Fentanil, 3ml, EV, ACM.
• Dormonid, 150 mg + SG 5%, 120 ml, EV, 4 ml/h.
Insulina Regular SC, conforme esquema: $\leq 150 = 0$; 151-200 = 4UI; 201-250 = 6UI; 251-300 = 8UI; 301-350 = 10UI; $\geq 351 = 12UI$;
• Heparina, 5000UI, SC, 2x/d.
• Lasix, 4 amp., EV, ACM.
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 17/09/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à sedação, secundária aos depressores do SNC (Fentanil e Dormonid). Evidenciado pela incapacidade de comunicar-se verbalmente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer a avaliação neurológica;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Estar atento a qualquer movimentação;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas espessas, hipercalemia ($K^+=6.9$), a infecção e a imobilidade física secundária ao efeito sedativo das

medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela dispnéia e provável motricidade gástrica diminuída (abdômen distendido).

3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, relacionada com supressão do reflexo da tosse, secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas e dispnéia.

4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*, relacionada à dificuldade de manter um padrão respiratório secundário à SARA. Evidenciada pela a dispnéia.

5. *Risco para a resposta disfuncional ao desmame ventilatório*, relacionado à dependência prolongada ao respirador (+ de 1 semana), sedação contínua, estado hemodinâmico instável, funcionamento respiratório prejudicado secundário a SARA, desobstrução ineficaz das vias aéreas, anormalidade ácido-básico e desequilíbrio hidroeletrólítico.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;	T	N	M
- Atentar para o funcionamento correto do aparelho de ventilação mecânica, observando vazamentos, temperatura e nível da água do umidificador;	T	N	M
- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção pelo tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Colocar bico de Guedel e trocá-lo ou lavá-lo no mínimo 4x/dia	T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M

- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;				T		N	M
- Verificar os sinais vitais;				H/H			
- Observar PPI;				ATENÇÃO			
- Colocar FiO2 a 100%, antes da aspiração;				T		N	M
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;				16		22	10
- Manter o cüff insuflado;				MANTER			
- Estar atento para o tempo de aspiração e sinais de hipóxia;				T		N	M
- Observar a modalidade da ventilação mecânica;				T		N	M
- Manter oximetria de pulso;				MANTER			
- Atentar para a saturação de O2;				ATENÇÃO			
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;				T		N	M
- Observar o volume corrente do cliente;				T		N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;				T		N	M
- Fazer ausculta pulmonar;				T		N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;				MANTER			
- Contactar com a fisioterapeuta em caso de excesso de secreções;				SN			
- Analisar dados gasométricos;				T		N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;				ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca;				T		N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Vascular.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Perfusão tissular renal alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, leptospirose, transporte prejudicado de O₂ pela diminuição de glóbulos vermelhos (Htc.=30.7 %, Hem.=3.40 milhões/mm e Hglb.=10.6 g/dl), e também devido à imobilização. Evidenciada pela sobrecarga de líquidos (BH=+ 600), edema, baixo débito urinário (17ml/h), uremia (343 mg/dl), hipercalemia (K+=6.9 mEq/l), aumento nos níveis sanguíneos de creatinina (9.5 mg/dl) e acidose metabólica conforme a medição e análise dos gases sanguíneos, PH=7.30 mmHg e Bic=20.0 mEq/l.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Atentar para os dias de hemodiálise, encaminhando o paciente até a UTD;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

Necessidade Humana Básica Afetada:

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

7. *Excesso no volume de líquidos*, relacionado ao comprometimento dos mecanismos reguladores secundário à Insuficiência Renal Aguda, infusão hídrica excessiva e ao retorno venoso prejudicado pela imobilidade física. Evidenciado pela anasarca, pele distendida e brilhante, e infusão maior de líquidos em relação à excreta (BH=+ 600).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e o uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Observar volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Padrão de eliminação urinária alterado*, relacionado à diminuição do tônus muscular da bexiga secundário ao uso de sedativos e terapia com diuréticos. Evidenciado pela presença de sondagem vesical (SVD), para controle do débito urinário, baixo débito urinário (17 ml/h) e urina concentrada com depósitos.

9. *Diarréia*, relacionada ao provável descontrole no gotejamento da dieta e secundária ao uso de terapia antibiótica (Vancomicina). Evidenciada pela distensão abdominal e frequência aumentada das fezes amolecidas e esverdeadas em média quantidade (2x pela manhã).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M
- Observar relação entre a dieta e a diarréia, informando ao nutricionista;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário às alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), e pela imobilidade imposta por sedação (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela anasarca, equimose em antebraço direito, mucosa oral hipocorada, mucosas oculares hipocoradas e ictericas, e pele também icterica.

11. *Integridade da pele prejudicada*, relacionado com a imobilidade física secundária à sedação (Fentanil e Dormonid), à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), aos efeitos irritantes mecânicos, secundários a curativos com adesivos, catéter urinário, sonda nasogástrica, TOT, punções venosas e arteriais repetidas. Evidenciado por região dorsal hiperemiada, pele fina e friável nos locais dos curativos das punções, sangramento em sítio de punção do catéter de Marruca em artéria femoral do MID e pela equimose no antebraço direito.

12. *Risco para lesão*, relacionado com a tendência ao sangramento, secundário ao aumento das taxas de fibrinogênio sanguíneo (813 mg/dl) e ao uso de terapia com anticoagulantes (Heparina).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;			T	N	M		
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;			T	N	M		
- Manter o cüff insuflado;			T	N	M		
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/d;			T	N	M		
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08			
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia, fibrinogênio e creatinina;			T	N	M		
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e			T	N	M		

mucosas;				
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Fixar a SNG;	T	N	M	
- Observar sinais de irritação no local de fixação da SNG;	ATENÇÃO			
- Manter a pele do paciente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Fazer o curativo no local da punção do abocath com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção venosa e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M	
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Observar sangramentos pelos orifícios naturais do cliente;	OBSERVAR			
- Fazer rodízio dos locais de aplicação de Heparina;	20 HD		08 HE	

- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina;	17 DD	21DE	06 VLD	11 VLE
- Fazer rodízio do oxímetro de pulso;		T	N	M
- Trocar o cadarço do TOT e evitar escara em rima bucal e regiões auriculares;		SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções e a pouca mobilidade. Evidenciado pelas expressões faciais de dor e desconforto, apresentadas pelo cliente.

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal;	T	N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		

- Promover a privacidade do cliente na hora do banho e quando necessário;	T	N	M	
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Fazer tricotomia facial;	SN			
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN			
- Evitar comentários impróprios próximo ao cliente;	ATENÇÃO			
- Manter o ambiente calmo;	MANTER			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

14. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (10.6g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: catéter de Marruca em região inguinal direita, punção venosa periférica em MSE, equipamentos de aspiração, TOT e ventilador mecânico, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela leucocitose (20.900/mm³).

15. *Risco para aspiração*, relacionado à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundário ao uso do TOT, sialorréia, sedação e ao uso de sonda alimentar.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção no tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Aspirar cavidade oral, SN;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M

- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Avaliar exames sangüíneos, em especial número de leucócitos, hematócrito, fibrinogênio e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M
- Tomar cuidados com secreções: Leptospirose;	ATENÇÃO		
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN		
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Fixar a SNG;	T	N	M
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M
- Fazer o curativo no local da punção com abocath em MSE com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de jugular esquerda e catéter de Marruca;	ATENÇÃO		
- Trocar todo o circuito respiratório;	M		
- Tocar traquéia próximo ao TOT de 6/6 horas;	14	20	02 08
- Trocar microfix;	M		
- Trocar equipos de BI;	M		

- Trocar água do respirador a cada 8 horas;	14	22	06	
- Clampar o intermediário da SVD, sempre que for retirar o cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- - Observar vazamento urinário no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Fazer higiene oral 4x/d;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Trocar o cadarço do TOT, SN;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

16. Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita, relacionada com a mudança da via de acesso alimentar, secundária ao uso do TOT, ventilação mecânica, sedação e pela provável intolerância à dieta (diarréia). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=30.7 %, Hem.=3.40 milhões/mm³ e Hglb.=10.6g/dl) e pela distensão abdominal.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M	
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M	
- Observar relação entre a dieta e a diarreia, informando ao nutricionista;	T	N	M	
- Fixar a SNG;	T	N	M	
- Observar sinais de obstrução da SNG;	ATENÇÃO			
- Lavar a SNG com 20 ml de água após a dieta;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada à anasarca, secundária aos equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundária ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de movimentar-se intencionalmente no leito.

18. *Síndrome no déficit no auto-cuidado*, relacionada com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundário ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid), nível de sedação da

escala de RAMSAY = 4. Evidenciada pela a incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M				
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN						
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M						
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M				
- Fazer tricotomia facial;	SN						
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12			
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN						
- Manter as grades da cama elevadas;	MANTER						
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

19. *Interação social prejudicada*, relacionada com a restrição de visitas devido a internação na UTI. Evidenciada pela disfunção interativa com sua família e 9º dia de permanência do cliente na UTI.

20. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação prejudicada e estado de bem estar alterado.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Estimular os amigos e parentes a visitar o cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

21. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela ausência da família no período.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas ao cliente;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 20/09/99

Hora: 12:00

O → Cliente no 14º dia de UTI, permanece com sedação contínua nível de sedação segundo a escala de RAMSAY = 4⁵, pupilas isocóricas, mióticas devido à sedação, com reflexo córneo palpebral e fotomotor presentes. Responde aos estímulos verbais e dolorosos com expressões faciais. Apresenta-se com agitação psicomotora e competindo com o respirador. Sob ventilação mecânica de suporte, FR=10 a 23mpm, dispnéico, FiO2=45%, PEEP=10 cmH2O, PPI=22 cmH2O, VC=650 ml, TOT nº 9 há 13 dias, cüff=30 mmHg, Sat O2=96%, permanece com bico de Guedel e em sistema fechado de aspiração com média quantidade de secreção purulenta espessa e cavidade oral com sialorréia. Suspenso a primeira dieta pela SNG da manhã, abdômen distendido, com presença de RHA, não evacuou no período. Permanece com sonda vesical de demora (SVD) há 14 dias, oligúrico com volume urinário de 8 ml/h de urina amarela ouro com depósitos. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas ictéricas, mucosas oculares e oral hipocoradas, apresenta-se em anasarca, com pele ictérica, distendida, brilhante, hidratada e friável nos locais dos curativos das punções, região dorsal hiperemiada e equimose em antebraço direito. Fazendo 4 horas de hemodiálise em dias intercalados. Normocárdico com FC entre 60 e 87 bpm, ritmo sinusal, pulso cheio, apresentando-se hipertenso com P/A entre 190/80-190/110 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura de 35,8 a 36 °C. Balanço hídrico + 1700. Glicemia Capilar de 286 mg/dl. Permanece com catéter de Marruca no MID, em artéria femural e abocath em MSE com fluidoterapia. Cliente não recebeu visitas durante o período matutino.

⁵ Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e aos chamados.

- **Exames Realizados no dia 20/09/99.**

Material: Sangue Venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Hemácias: <u>3.20</u> milhões/mm ³ ; ↓	Hemácias : 4.5 a 6.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>11.0</u> g/dl; ↓	Hemoglobina: 14 a 18 g/dl;
Hematócrito: <u>30.5%</u> ; ↓	Hematócrito: 40 a 54 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
Leucócitos: <u>21.700</u> /mm ³ ; ↑	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: O cliente mantém baixos os níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias, que revelam um estado anêmico, podendo ser causado pelo aumento da uréia, creatinina e do urato séricos, provocando uma diminuição da síntese renal de eritropoietina. Apresentando ainda no exame físico, mucosas oculares e oral hipocoradas. Observou-se também, que ele permanece com os valores leucocitários significativamente elevados, sabendo-se que estas células são mobilizadas diante de processos infecciosos, este resultado mantém a avaliação de que o cliente apresenta um quadro infeccioso, devendo ser mantida uma observação mais precisa de outros sinais, que venham a confirmar com exatidão a infecção.

PARÂMETROS DO SANGUE:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
<u>Glicose: 207 mg/dl; ↑</u>	<u>Glicose: 70 a 110 mg/dl;</u>
<u>Uréia: 296 mg/dl; ↑</u>	<u>Uréia: 15 a 39 mg/dl;</u>
<u>Creatinina: 5.8 mg/dl; ↑</u>	<u>Creatinina: 0.8 a 1.3 mg/dl;</u>
<u>Sódio: 143mEq/l; ↑</u>	<u>Sódio: 140 a 148 mEq/l;</u>
<u>Potássio: 6.3 mEq/l; ↑</u>	<u>Potássio: 3.6 a 5.2 mEq/l;</u>
<u>Fibrinogênio: 657 mg/dl; ↑</u>	<u>Fibrinogênio: 125 a 300 mg/dl;</u>
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

Análise: Os parâmetros de uréia, creatinina e potássio, demonstrados acima, encontram-se elevados, devendo-se à insuficiência renal aguda apresentada pelo cliente, que provoca uma deficiência na eliminação dos íons e metabólitos do sangue, logo permanecem em alta concentração. Estes apresentaram-se menos elevados do que o exame do dia anterior, pois o cliente iniciou a hemodiálise. O parâmetro de glicose medido e indicado acima, está mais elevado, possivelmente devido a uma insuficiência pancreática, que provoca uma disfunção nos níveis na liberação ou produção de insulina. A taxa de fibrinogênio também apresentou-se alto, correndo risco de hemorragias severas, devendo-se manter as observações, inclusive atentar para correta dosagem de anticoagulante prescrita ao cliente.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (homens):
pH: 7.22 mmHg	pH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 39.7 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg
CO ₂ Total: 17 mm/L	CO ₂ Total: ----
PO ₂ : 87.8 mmHg	PO ₂ : 85 a 100 mmHg
SatO ₂ : 93.6 %	SatO ₂ : 85 a 100 %
Excesso de Base: - 11.3 mEq/L	Excesso de Base: -----
BIC "actual": 15.8 mEq/L	BIC "actual": 22 a 28 mEq/L
Análise: Acidose Metabólica	
<i>FONTE:</i> Prontuário n° 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.	

- **Medicações Utilizadas pelo Cliente no dia 20/09/99.**

• Antak, 1 amp., EV, 8/8 hs.
• Vancomicina, 1g., EV, 5/5 dias.
• Fentanil, 20 ml + SG 5%, 105 ml, EV, 3 ml/h.
• Fentanil, 3ml, EV, ACM.
• Dormonid, 150 mg + SG 5%, 120 ml, EV, 4 ml/h.
Insulina Regular SC, conforme esquema: $\leq 150 = 0$; 151-200 = 4UI; 201-250 = 6UI; 251-300 = 8UI; 301-350 = 10UI; $\geq 351 = 12UI$;
• Concentrado de hemácias, 2 unidades.
• Heparina, 5000UI, SC, 2x/d.
• Lasix, 4 amp., EV, ACM.
<i>FONTE: Prontuário nº 125594 do cliente O.M. da UTI do HU.</i>

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 20/09/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à sedação, secundária aos depressores do SNC (Fentanil e Dormonid). Evidenciado pela incapacidade de comunicar-se verbalmente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer a avaliação neurológica;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M
- Estar atento a qualquer movimentação;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas espessas, hipercalemia ($K^+ = 6.3$), a infecção e a imobilidade física secundária ao efeito sedativo das

medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela dispnéia, pela diminuição do PO₂=87.8 mmHg e provável motricidade gástrica diminuída (abdômen distendido).

3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, relacionada com supressão do reflexo da tosse, secundária ao efeito sedativo das medicações (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas e dispnéia.

4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*, relacionada à dificuldade de manter um padrão respiratório secundário à SARA. Evidenciada pela a dispnéia e pela diminuição do PO₂=87.8 mmHg.

5. *Risco para a resposta disfuncional ao desmame ventilatório*, relacionado à dependência prolongada ao respirador (+ de 1 semana), sedação contínua, estado hemodinâmico instável, funcionamento respiratório prejudicado secundário a SARA, desobstrução ineficaz das vias aéreas, anormalidade ácido-básico e desequilíbrio hidroeletrólítico.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;	T	N	M				
- Atentar para o funcionamento correto do aparelho de ventilação mecânica, observando vazamentos, temperatura e nível da água do umidificador;	T	N	M				
- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M				
- Aspirar secreção pelo tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN						
- Aspirar cavidade oral, SN;	SN						
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M				
- Colocar bico de Guedel e trocá-lo ou lavá-lo no mínimo 4x/dia	T	N	M				
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M				
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08			
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12

- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Observar PPI;	ATENÇÃO		
- Colocar FiO2 a 100%, antes da aspiração;	T	N	M
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Estar atento para o tempo de aspiração e sinais de hipóxia;	T	N	M
- Observar a modalidade da ventilação mecânica;	T	N	M
- Manter oximetria de pulso;	MANTER		
- Atentar para a saturação de O2;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER		
- Contactar com a fisioterapeuta em caso de excesso de secreções;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Vascular.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Perfusão tissular renal alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário ao desequilíbrio hidroeletrólítico, à hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia, leptospirose, transporte prejudicado de O2 pela diminuição de glóbulos vermelhos (Htc.=30.5 %, Hem.=3.20 milhões/mm e Hglb.=11.0 g/dl), e também devido à imobilização. Evidenciada

pela sobrecarga de líquidos (BH=+ 1700), anasarca, baixo débito urinário (8ml/h), uremia (296mg/dl), hipercalemia (K+=6.3 mEq/l), aumento nos níveis sanguíneos de creatinina (5.8 mg/dl) e acidose metabólica conforme a medição e análise dos gases sanguíneos, pH=7.22 mmHg e Bic=15.8 mEq/l e pela necessidade do tratamento com hemodiálise.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Atentar para os dias de hemodiálise, encaminhando o cliente até a UTD;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

Necessidade Humana Básica Afetada:

Hidratação.

• **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

7. *Excesso no volume de líquidos*, relacionado ao comprometimento dos mecanismos reguladores secundário à Insuficiência Renal Aguda, infusão hídrica excessiva e ao retorno venoso prejudicado pela imobilidade física. Evidenciado pela anasarca, pele distendida e brilhante, e infusão maior de líquidos em relação à excreta (BH=+ 1700).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M	
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Atentar para os dias de hemodiálise, encaminhando o cliente até a UTD;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar sinais e sintomas de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Padrão de eliminação urinária alterado*, relacionado à diminuição do tônus muscular da bexiga secundário ao uso de sedativos e terapia com diuréticos. Evidenciado pela presença de sondagem vesical (SVD), para controle do débito urinário, baixo débito urinário (8 ml/h) e urina concentrada com depósitos.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

9. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário as alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), e pela imobilidade imposta por sedação (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela anasarca, equimose em antebraço direito, mucosa oral hipocorada, mucosas oculares hipocoradas e ictericas, e pele também icterica.

10. *Integridade da pele prejudicada*, relacionado com a imobilidade física secundária à sedação (Fentanil e Dormonid), à diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundário às alterações metabólicas, hematológicas e endócrinas (diabetes, falência renal, anemia e icterícia), aos efeitos irritantes mecânicos, secundários a curativos com adesivos, catéter

urinário, sonda nasogástrica, TOT, punções venosas e arteriais repetidas. Evidenciado por região dorsal hiperemiada, pele fina e friável nos locais dos curativos das punções e pela equimose no antebraço direito.

11. Risco para lesão, relacionado com a tendência ao sangramento, secundário ao aumento das taxas de fibrinogênio sanguíneo (657 mg/dl) e secundário ao uso de terapia com anticoagulantes (Heparina).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;	T	N	M				
- Atentar para não tracionar o tubo no momento da mudança de decúbito;	T	N	M				
- Manter o cüff insuflado;	T	N	M				
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/d;	T	N	M				
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16	24	08			
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia, fibrinogênio e creatinina;	T	N	M				
- Observar evolução do edema, icterícia, e hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M				
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	M e SN						
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO						
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11			
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M				
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO						
- Fixar a SNG;	T	N	M				
- Observar sinais de irritação no local de fixação da SNG;	ATENÇÃO						

- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M
- Fazer o curativo no local da punção do abocath com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	M e SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção venosa e catéter de Marruca;	ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		
- Observar sangramentos pelos orifícios naturais do cliente;	OBSERVAR		
- Fazer rodízio dos locais de aplicação da heparina;	20 HE	08 HD	
- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina;	17 DD	21 DE	06 VLD
			11 VLE
- Fazer rodízio do oxímetro de pulso;	T	N	M
- Trocar o cadarço do TOT e evitar escara em rima bucal e regiões auriculares;	SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

12. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções e a pouca imobilidade. Evidenciado pelas expressões faciais de dor e desconforto, apresentadas pelo cliente.

• **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M	
- Explicar ao cliente que o TOT é provisório e indispensável ao seu tratamento;	T	N	M	
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da hiperemia em região dorsal;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo nos curativos e usar de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade do cliente na hora do banho e quando necessário;	T	N	M	
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Fazer tricotomia facial;	SN			
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08	12
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN			
- Evitar comentários impróprios próximo ao cliente;	ATENÇÃO			
- Manter o ambiente calmo;	MANTER			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (11.0g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: catéter de Marruca em região inguinal direita, punção venosa periférica em MSE, equipamentos de aspiração, TOT e ventilador mecânico, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela leucocitose (21.700/mm³).

14. *Risco para aspiração*, relacionado à depressão dos reflexos da laringe e da glote, secundário ao uso do TOT, sialorréia, sedação e ao uso de sonda alimentar.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água no circuito respiratório;	T	N	M
- Aspirar secreção no tubo endotraqueal, obedecendo os princípios de assepsia;	SN		
- Aspirar cavidade oral, SN;	SN		
- Observar características da secreção do TOT;	T	N	M
- Fixar o tubo endotraqueal;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Verificar a pressão do cüff e vazamentos, 3x/dia;	16	22	10
- Manter o cüff insuflado;	MANTER		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar o volume corrente do cliente;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M

- Manter a cabeceira da cama elevada;	MANTER			
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sangüíneos, em especial número de leucócitos, hematócrito, fibrinogênio e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Tomar cuidados com secreções: Leptospirose;	ATENÇÃO			
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M	
- Fazer curativo em região inguinal direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	(20/09/99) M			
- Manter cuidados ao membro com catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Fixar a SNG;	T	N	M	
- Manter a pele do cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Fazer o curativo no local da punção com abocath em MSE com SF 0,9%, utilizando técnica asséptica;	M e SN			
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção venosa e catéter de Marruca;	ATENÇÃO			
- Tocar traquéia próximo ao TOT de 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar equipos de soro;	M			
- Trocar água do respirador a cada 8 horas;	14	22	06	
- Clampar o intermediário da SVD, sempre que for retirar o cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Observar vazamento urinário no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	

- Fazer higiene oral 4x/d e SN;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Trocar o cadarço do TOT, SN;	SN			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

15. *Alteração na nutrição:* menos do que o corpo necessita, relacionada com a mudança da via de acesso alimentar, secundária ao uso do TOT, ventilação mecânica, sedação e pela provável intolerância à dieta (diarréia). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=30.5 %, Hem.=3.20 milhões/mm³ e Hglb.=11.0g/dl) e pela distensão abdominal.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e níveis de uréia e creatinina;	T	N	M	
- Fazer glicemia capilar, conforme prescrição médica;	17	21	06	11
- Atentar para sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, e comunicar à enfermeira ;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Observar evolução da distensão abdominal;	T	N	M	
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Colocar a dieta em Bomba de Infusão (BI);	T	N	M	
- Fixar a SNG para evitar o tracionamento;	T	N	M	
- Observar sinais de obstrução da SNG;	ATENÇÃO			

- Lavar a SNG com 20 ml de água após a dieta;	T	N	M
---	---	---	---

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

16. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada à anasarca, secundária aos equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundária ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid). Evidenciada pela incapacidade de movimentar-se intencionalmente no leito.

17. *Síndrome no déficit no auto-cuidado*, relacionada com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: respirador mecânico, monitor cardíaco, bombas de infusão, fluidoterapia; e secundário ao uso de sedativos (Fentanil e Dormonid), nível de sedação da escala de RAMSAY = 4. Evidenciada pela a incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		
- Manter o cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M
- Fazer tricotomia facial;	SN		
- Fazer higiene oral, 4x/dia e SN;	16	22	08 12
- Trocar cadarço do TOT, SN;	SN		
- Manter as grades da cama elevadas;	MANTER		

- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas;	DLD	16		24		08	
	DD	14	18	22	02	06	10
	DLE		20		04		12

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

18. *Interação social prejudicada*, relacionada com a restrição de visitas devido à internação na UTI. Evidenciada pela disfunção interativa com sua família e 9º dia de permanência do cliente na UTI.

19. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação prejudicada e estado de bem estar alterado.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Estimular os amigos e parentes a visitar o cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

20. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela ausência da família no período.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas ao cliente;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M

Prognóstico

O cliente não apresentou uma significativa melhora do seu quadro clínico, conclusão esta, obtida através dos diagnósticos de enfermagem levantados. Devido às poucas alterações ocorridas na evolução destes, constatando-se que a maioria deles permaneceu com o cliente até o encerramento do estudo, revelando um prognóstico ruim, ou seja, necessita ficar por mais tempo sob cuidados intensivos. É importante salientar que o cliente continuou internado na UTI após o término do acompanhamento efetuado junto a ele, e foi a óbito no dia 15/10/99.

Contato com a família

Não foi possível contactar com a família do cliente deste processo durante o período determinado para realização do estágio, ou seja, pela manhã, porém norteadas pelo objetivo de prestar assistência humanizada ao cliente e à sua família, estas acadêmicas buscaram um momento extraordinário, obtendo-se sucesso de encontrar um familiar, durante as visitas vespertinas. Neste encontro, a representante da família autorizou o referido estudo, através de instrumento próprio de concessão, existente nos anexos deste trabalho. Ainda, procurou-se fornecer orientações a este familiar, referentes ao estado de saúde geral do cliente, quanto à alimentação, eliminações, esclarecimentos sobre os aparelhos utilizados para a recuperação, as rotinas da UTI, salientando-se as informações de disponibilidade horária para visitantes, bem como a divulgação dos boletins médicos. Procurou-se destacar junto ao familiar presente, o grau de importância que possui na melhora do estado psíquico do cliente, trazendo-lhe conforto, segurança, proteção, dentre outros.

Tabela de evolução dos diagnósticos de enfermagem de NANDA, da cliente K.T.F.M.

Data: 14/10/99

Registro: 227853

<u>Diagnósticos de Enfermagem de NANDA</u>	Data		NHBs Afetadas
	Início	Fim	
1. Comunicação prejudicada.	11/10	14/10	Regulação neurológica.
2. Troca de gases prejudicada.	11/10	—	Oxigenação.
3. Padrão respiratório ineficaz.	11/10	—	Oxigenação.
4. Déficit no volume de líquidos.	11/10	—	Hidratação.
5. Diarréia.	11/10	14/10	Eliminações.
6. Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas.	11/10	—	Integridade cutâneo-mucosa.
7. Risco para lesão.	11/10	—	Integridade cutâneo-mucosa.
8. Conforto Alterado.	11/10	—	Percepção dos órgãos dos sentidos.
9. Dor aguda.	11/10	—	Percepção dos órgãos dos sentidos.
10. Risco para alteração da temperatura corporal.	11/10	—	Segurança física/Meio ambiente.
11. Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita.	11/10	—	Alimentação.
12. Deglutição prejudicada.	11/10	13/10	Alimentação.
14. Mobilidade física prejudicada.	11/10	—	Atividade física.
15. Fadiga.	11/10	13/10	Atividade física.
16. Intolerância à atividade.	11/10		Atividade física.
17. Distúrbio no padrão do sono.	11/10	13/10	Sono e repouso.
18. Déficit no auto-cuidado: banho-higiene e ir ao banheiro.	11/10	—	Cuidado Corporal.
19. Isolamento social.	11/10	12/10	Gregária.
20. Processo familiar alterado.	11/10	—	Liberdade/Participação

2º PROCESSO DE ENFERMAGEM

Histórico de enfermagem

Data: 11/ 10 / 99

Hora: 12:00

Registro: 227853

Dados de identificação:

K.T.F.M., 25 anos, 58 Kg, sexo feminino, adventista, casada, natural de São Geronimo/RS, procedente de Brusque/SC, possui o curso do segundo grau completo e a sua profissão é do lar. Chegou na UTI às 16:50 horas do dia 10/10/99, sobre a maca, acordada, orientada, tranqüila, acompanhada da família, vinda da Emergência do Hospital Universitário.

Diagnóstico Médico:

Internou na UTI por história de vômitos com sangue há 3 dias, diarreia, e hipertermia (Tax=39°C). Há 7 (sete) dias vem apresentando tosse com expectoração purulenta. Os diagnósticos médicos traçados foram: pneumonia bilateral, infecção do trato gênito urinário e hipertiroidismo há 5 anos.

Percepções e Expectativas:

A cliente refere ser esta a sua primeira internação hospitalar, demonstra ansiedade ao falar e expressa receio de precisar estar em uma UTI. Diz estar sendo muito bem tratada, mas que se sente cansada, um pouco desconfortável com a doença e que teve dificuldade para dormir à noite devido a tosse. Queixa-se de dor epigástrica com queimação. Sua comunicação

está um pouco dificultada devido à fadiga, pela falta de ar e tosse constante, prejudicando a sua expressão verbal.

8. Problemas relacionados com as NHBs:

4.1. Necessidades psicobiológicas

Cliente lúcida, orientada e contactando bem com as pessoas e o ambiente. Apresenta-se com tosse persistente, escarrando grande quantidade de secreção purulenta espessa com raios de sangue, respiração torácica, à ausculta pulmonar identificou-se roncos, dispnéica, ortopnéica, taquipnéica com FR=28 a 40 mpm, em macronebulização contínua a 5 l/min., Sat O2 = 98%. Emagrecida, recebendo dieta pastosa, com pouca aceitação, devido às dores epigástricas, náuseas e disfagia, demonstrando através de expressão facial e pouca ingestão de líquidos no período. Abdômen flácido, plano, levemente doloroso à palpação RHA+ e evacuou, no período das 7:00 às 13:00 horas, 2 vezes, fezes líquidas marrom esverdeada em média quantidade. Encontra-se com sonda vesical de demora (SVD), com volume urinário de 72 ml/h de cor amarelo citrino. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas, mucosas oculares e oral hipocoradas e secas, MMSS e MMII com boa movimentação e pele hipocorada, desidratada com turgor diminuído. Presença de equimoses nos locais onde são realizadas as punções para coleta de sangue. Encontra-se taquicárdica com FC entre 122 a 140 bpm, ritmo sinusal, normotensa com P/A=120/60–140/80 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 36,6 a 37°C. Encontra-se com acesso venoso profundo em subclávia direita com fluidoterapia.

4.2. Necessidades psicossociais:

Cliente expressou a necessidade de estar acompanhada da sua mãe.

4.3. Necessidades psicoespirituais:

Cliente não exprimiu a necessidade de auxílio espiritual.

5. Dados Complementares:

- **Exames Realizados no dia 11/10/99.**

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Hemácias: 4.16 milhões/mm ³ ;	Hemácias : 3.6 a 5.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>11.5</u> g/dl ↓;	Hemoglobina: 12 a 16 g/dl;
Hematócrito: <u>34.8</u> % ↓;	Hematócrito: 38 a 42 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Leucócitos: <u>27.000</u> /mm ³ ↑;	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

Análise: Analisando os dados do hemograma, observa-se um quadro de anemia, evidenciado pela redução nos valores da hemoglobina e hematócrito. Isto, possivelmente se dá, em decorrência da deficiência nutricional ocasionada pela redução da ingesta alimentar e principalmente pelo quadro infeccioso, evidenciado pela leucocitose, que acometeu seu trato respiratório inferior. Esta infecção compromete o parênquima pulmonar, interferindo no movimento e difusão de oxigênio e gás carbônico. O aumento das necessidades metabólicas e a redução da quantidade de oxigênio captado pelos alvéolos em decorrência da infecção, podem ter ocasionado as alterações observadas no hemograma.

- **Material:** Urina.

CARACTERES GERAIS:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Cor: Amarelo citrino;	Cor: Amarelo citrino;
Odor: Sui generis;	Odor: Sui generis;
Depósito: Pequeno;	Depósito: Nulo - Pequeno;
Aspecto: Turvo;	Aspecto: Límpido - Turvo;
EXAME FÍSICO - QUÍMICO:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Densidade: 1.015;	Densidade: 1.010 - 1.030;
P.H.: 6,0;	P.H.: 5,5 - 6,5;
EXAME QUÍMICO:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Proteínas: Negativo;	Proteínas: Negativo;
Sub. Redutoras: Negativo;	Sub. Redutoras: Negativo;
Corpos Cetônicos: Negativo;	Corpos Cetônicos: Negativo;
Hemoglobina: Negativo;	Hemoglobina: Negativo;
Bilirrubina: Negativo;	Bilirrubina: Negativo;
SEGMENTO URINÁRIO (Cont. Almeida):	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Cél. Epteliais: Raras;	Cél. Epteliais: Raras;
Leucócitos: 38.000/ml [↑] ;	Leucócitos: até 10.000/ml;
Flora Bacteriana: <u>Intensa</u> ;	Flora Bacteriana: Nula;
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

Análise: O número elevado de leucócitos presentes na amostra de urina evidencia uma piúria, critério básico que caracteriza o quadro de ITU, já confirmado nesta cliente.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
PH: 7.37 mmHg	PH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO2: 37.7 mmHg	PCO2: 35 a 45 mmHg
CO2 Total: 20 mm/L	CO2 Total: ----
PO2: 121.3 mmHg	PO2: 85 a 100 mmHg
SatO2: 98.1 %	SatO2: 85 a 100 %
Excesso de Base: - 6.3 mEq/L	Excesso de Base: ----
<u>BIC "actual": 18.8 mEq/L</u>	<u>BIC "actual": 22 a 28 mEq/L</u>
Análise: Acidose Metabólica.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

- **Medicações Utilizadas pela Cliente no dia 11/10/99.**

• SG 5%, 1.500 ml + KCl 19.1 %, 10ml +MgSO4, 2 ml, EV.
• Antak, 1amp., 8/8 hs, EV.
• Aldrox, 30ml, VO, SN.
• Rocefin, 1g, 2x/d, EV.
• Plasil, 1 amp., EV, SN.
• Dipirona, 2cc, EV, SN.
• Heparina, 5000UI, 12/12 hs, EV.
• Propiltiracil, 1cp., 1x/d, VO.
<i>FONTE: Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M.. da UTI do HU.</i>

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 11/10/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à capacidade prejudicada de produzir a fala, secundária à deficiência respiratória (pneumonia bilateral) e à fadiga. Evidenciada pela falta de ar e dificuldade de comunicar-se, mas é capaz de compreender perfeitamente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o nível de consciência;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Fazer perguntas que exijam apenas respostas curtas;	T	N	M
- Estimular a cliente a falar pausadamente;	T	N	M
- Procurar compreender com paciência a expressão verbal da cliente ;	ATENÇÃO		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas excessivas e espessas , secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e a imobilidade física

secundária à fadiga e a dor epigástrica. Evidenciada pela dispnéia e taquipnéia (FR=28 a 40 mpm).

3. *Padrão respiratório ineficaz*, relacionado com as secreções brônquicas excessivas e espessas, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e a imobilidade física secundária à fadiga e a dor epigástrica. Evidenciado pela dispnéia, taquipnéia (FR=28 a 40 mpm) e ortopnéia.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;		T	N	M
- Observar água no traquéia da macronebulização;		T	N	M
- Observar características e quantidade da expectoração, comunicando à enfermeira;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter cuidados com macronebulização, tais como: quantidade de O2 prescrito, água no circuito e nível da água no umidificador;		T	N	M
- Encorajar tosse e expectoração das secreções;		T	N	M
- Estimular a ingestão hídrica para liqüefazer as secreções;		T	N	M
- Promover repouso e manter ambiente tranquilo;		T	N	M
- Atentar para os sinais de hipóxia;		T	N	M
- Atentar para a saturação de O2;		ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;		T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;		T	N	M
- Observar traçados no monitor cardíaco;		T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;		T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada, em 60°;		MANTER		

- Contactar com a fisioterapeuta, para realizar exercícios respiratórios;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

4. *Déficit no volume de líquidos*, relacionados a perda de líquidos secundária à diarreia e a menor motivação para ingerir líquido e dificuldade de alimentação, secundários à fadiga, à dor epigástrica e à disfagia. Evidenciado pelas mucosas secas, diminuição da turgidez da pele, náuseas e ingestão oral de líquidos insuficiente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Observar evolução do ressecamento das mucosas;	T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos;	T	N	M
- Pesquisar junto à cliente preferências de líquidos de acordo com a restrição dietética;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	T	N	M
- Estimular alimentação;	T	N	M
- Observar emagrecimento;	OBSERVAR		
- Promover repouso e ambiente calmo durante à alimentação;	T	N	M

- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO
- Administrar medicação analgésica, antiácida e antiemética, se necessário;	SN

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

5. *Diarréia*, relacionada ao aumento do peristaltismo, secundário ao tempo aumentado do metabolismo (hipertiroidismo) e aos efeitos colaterais da antibioticoterapia (Rocefin), ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox) e aos agentes da tireóide (Propiltiracil). Evidenciada pela frequência aumentada das fezes líquidas e marrom esverdeadas (2x pela manhã).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	T	N	M
- Observar queixas de cólicas abdominais e comunicar à enfermeira;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar dieta adequada e reidratante oral;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundária à desidratação, anemia e a alteração endócrina (disfunção da tiróide). Evidenciada pelos equimose nos locais das punções para coleta de sangue, mucosas oral e oculares hipocoradas e secas.

7. *Perfusão tissular periférica alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo secundário à anemia. Evidenciada pela palidez cutânea e de mucosa.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;		T	N	M
- Estimular a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e fibrinogênio;		T	N	M
- Observar evolução de hipocoloração da pele e mucosas;		T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos, e comunicar à enfermeira ;		T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;		ATENÇÃO		
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;		T	N	M
- Fazer o curativo em local da punção de subclávia direita utilizando SF 0,9% e técnica asséptica;		SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia;		ATENÇÃO		
- Fazer rodízio para injeção SC (Heparina);		HE 8	HD 20	
- Fazer rodízio de oximetria de pulso;		MANTER		
- Fixar a SVD;		ATENÇÃO		
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;		T	N	M
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal, principalmente na		T	N	M

região sacro-coccígea;			
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo de subclávia, usando de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em regiões de equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes, lavar os cabelos;	M		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções, aos espasmos musculares secundários ao distúrbio pulmonar (tosse persistente) e à restrição de movimentos. Evidenciado pelo relato da cliente de dor e desconforto, taquipnéia (FR=28-40 mpm), expressões faciais de dor e náuseas.

9. *Dor aguda*, relacionada aos espasmos musculares reflexos secundários aos distúrbios pulmonar e gastrointestinal. Evidenciado pela verbalização e expressões faciais de dor, taquipnéia (FR=28-40 mpm) e taquicardia (FC=122-140 bpm).

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Observar sinais de hiperemia em região dorsal e principalmente na sacro-coccígea, informando à enfermeira;	T	N	M

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo da punção de subclávia direita, usando de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08 12
- Evitar comentários impróprios próximo à cliente;	ATENÇÃO		
- Explicar as causas da dor, se conhecidas;	T	N	M
- Proporcionar o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos;	T	N	M
- Avaliar efeitos da analgesia;	ATENÇÃO		
- Investigar as causas da dor;	T	N	M
- Ouvir atentamente a respeito da dor;	ATENÇÃO		
- Proporcionar o ambiente calmo;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (11.5g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: punção de subclávia direita, catéter urinário, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pelas infecções respiratória (leucócitos sanguíneo de 27.000/mm³) e urinária (leucócitos na urina de 38.000/mm³).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água na traquéia da macronebulização;	T	N	M	
- Observar características da expectoração traqueobrônquica e comunicar à enfermeira;	T	N	M	
- Verificar os sinais vitais;	<u>H/H</u>			
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M	
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M	
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial número de leucócitos, hemograma e fibrinogênio;	T	N	M	
- Tomar cuidados com secreções pulmonares;	ATENÇÃO			
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M	
- Fazer curativo em local da punção da subclávia direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia direita;	ATENÇÃO			
- Tocar máscara de macronebulização 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar água do umidificador a cada 8 horas e SN;	14	22	06	
- Clampear o intermediário da SVD, sempre que for retirar a cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			

- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Observar vazamento no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral 4x/d ou SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

11. *Deglutição prejudicada*, relacionada à fadiga. Evidenciada pela dificuldade em deglutir e tosse persistente.

12. *Alteração na nutrição*: menos do que o corpo necessita, relacionada ao aumento das exigências calóricas, pela dificuldade de ingerir calorias suficientes secundária à infecção pulmonar, à dor epigástrica, à diminuição do desejo de comer secundário às náuseas e ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=34.8 % e Hglb.=11.5g/dl), aparência emagrecida e diminuição da ingesta alimentar.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Estimular a alimentação;	T	N	M	

- Observar queixas de náuseas;	OBSERVAR		
- Administrar antiemético conforme prescrição;	SN		
- Pesquisar junto à cliente preferências alimentares;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar quando possível, dieta conforme a preferência da cliente;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada à fadiga, à dor e secundária aos equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, fluidoterapia, catéter urinário. Evidenciada pela capacidade comprometida de mover-se intencionalmente no leito.

14. *Fadiga*, relacionada à oxigenação inadequada do tecido secundária à doença pulmonar e a anemia, e também às deficiências nutricionais e mudanças no metabolismo dos nutrientes, bem como à diminuição do condicionamento físico secundárias às náuseas, diarreia e à dor. Evidenciada pela incapacidade de manter as rotinas usuais e verbalização de cansaço.

15. *Intolerância à atividade*, relacionada ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio secundário à anemia e ao aumento das demandas metabólicas secundárias à infecção e à dor. Evidenciado por dispnéia, taquipnéia (FR=28-40mpm), taquicardia (FC=122-140 bpm), à fadiga e palidez cutânea.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		T	N	M
- Manter as grades da cama elevadas;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter ambiente tranquilo;		T	N	M
- Promover repouso;		T	N	M
- Encorajar o aumento gradual na atividade diária para melhorar a capacidade pulmonar;		T	N	M
- Observar sinais de esforço respiratório e cardíaco;		T	N	M
- Esclarecer à cliente, as possíveis causas da fadiga;		T	N	M
- Observar traçado no monitor cardíaco;		T	N	M
- Observar a resposta à atividade;		OBSERVAR		
- Permitir expressão de sentimentos da cliente relativos aos efeitos da fadiga;		T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Sono e repouso

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

16. *Distúrbio no padrão do sono*, relacionado ao despertar freqüente secundário ao distúrbio respiratório, a modificação do ambiente devido à hospitalização, a dificuldade em assumir a posição habitual secundário à dor e a terapia endovenosa. Evidenciado pelo relato da cliente sobre a dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo.

- **Prescrições de enfermagem:**

- Evitar aprazar as medicações entre 0:00 e 06:00hs;	ATENÇÃO		
- Manter ambiente calmo, tranquilo e com pouca luminosidade;	ATENÇÃO		
- Posicionar a cliente de forma mais confortável possível;	ATENÇÃO		
- Administrar analgesia e antiemético, conforme prescrição;	ATENÇÃO		
- Manter a cabeceira da cama em 60°;	MANTER		
- Fornecer oxigênio adequado conforme prescrição;	ATENÇÃO		
- Pesquisar junto à cliente ou familiares a rotina habitual para dormir;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Cuidado Corporal

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Déficit no auto-cuidado: banho-higiene e ir ao banheiro*, relacionado com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, catéter urinário e fluidoterapia; à fadiga e à dor. Evidenciado pela a dificuldade higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro sozinha.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Estimular a participação da cliente durante os cuidados de higiene e conforto;	M			
- Manter as roupas de cama sempre secas, limpas e bem esticadas;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

18. *Isolamento social*, relacionado com a internação na UTI. Evidenciado pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos, comunicação verbal prejudicada, estado de bem estar alterado e pela expressão da necessidade de estar acompanhada de sua mãe.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Explicar o porque de estar na UTI e qual é a finalidade desta unidade;	T	N	M
- Estimular os amigos e parentes a visitar à cliente;	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Estimular o seu marido e mãe a visitá-la, flexibilizando horários caso necessário;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

19. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela dificuldade dos familiares em visitá-la devido a distância.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas;	T	N	M
- Tentar contactar com alguém da família;	T	N	M

- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Estimular o seu marido e mãe a visitá-la;	T	N	M
- Tentar flexibilizar os horários de visitas e informações, caso necessário;	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 12/10/99

Hora: 12:00

S → Cliente queixa-se de dor epigástrica com queimação. Diz se sentir cansada aos esforços, desconforto ao tossir e dificuldades para dormir.

O → Cliente lúcida, orientada e contactando bem com as pessoas e o ambiente. Permanece com tosse persistente, escarrando grande quantidade de secreção purulenta espessa com raios de sangue, respiração torácica, à ausculta pulmonar identificou-se roncos, dispnéica, ortopnéica, taquipnéica com FR=28 a 32 mpm, em macronebulização contínua a 5 l/min., Sat O2 = 98%. Emagrecida, recebendo dieta pastosa, aceitando parte desta, com pouca ingesta de líquidos no período. Apresenta dores epigástricas, náuseas e disfagia, demonstrando-as através da expressão facial. Abdômen flácido, plano, levemente doloroso à palpação RHA+ e evacuou 1 vez, no período das 7:00 às 13:00 horas, fezes líquidas marrom esverdeada em grande quantidade Encontra-se com sonda vesical de demora (SVD), com volume urinário de 68=ml/h de cor amarelo citrino. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas, mucosas oculares e oral hipocoradas e secas, MMSS e MMII com boa movimentação e pele hipocorada, desidratada e com turgor diminuído. Presença de equimoses nos locais onde são realizadas as punções para coleta de sangue. Encontra-se taquicárdica com FC entre 125 a 140 bpm, ritmo sinusal, com picos de hipertensão, P/A=140/80 a 150/90 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 35,8 a 36,7 °C. Encontra-se com acesso venoso profundo em subclávia direita. Cliente recebeu visita de sua mãe durante a manhã.

5. Dados Complementares:

- Exames Realizados no dia 12/10/99.

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Hemácias: 4.0 milhões/mm ³ ;	Hemácias : 3.6 a 5.0 milhões/mm ³ ;
Hemoglobina: <u>10.8</u> g/dl ↓;	Hemoglobina: 12 a 16 g/dl;
Hematócrito: <u>33.4</u> % ↓;	Hematócrito: 38 a 42 %;
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
Leucócitos: <u>23.600</u> /mm ³ ↑;	Leucócitos: 3.800 a 11.000/mm ³ ;
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

Análise: Analisando os dados do hemograma, observa-se um quadro de anemia, evidenciado pela redução nos valores da hemoglobina e hematócrito. Isto, possivelmente se dá, em decorrência da deficiência nutricional ocasionada pela redução da ingesta alimentar e principalmente pelo quadro infeccioso, evidenciado pela leucocitose, que acometeu seu trato respiratório inferior. Esta infecção compromete o parênquima pulmonar, interferindo no movimento e difusão de oxigênio e gás carbônico. O aumento das necessidades metabólicas e a redução da quantidade de oxigênio captado pelos alvéolos em decorrência da infecção podem ter ocasionado as alterações observadas no hemograma. Observou-se a regressão do número de leucócitos, fato indicativo da resposta do organismo à antibioticoterapia.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
PH: 7.37 mmHg	PH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO ₂ : 35.5 mmHg	PCO ₂ : 35 a 45 mmHg

CO2 Total: 21.4 mm/L	CO2 Total: ----
PO2: 112.2 mmHg	PO2: 85 a 100 mmHg
SatO2: 98 %	SatO2: 85 a 100 %
Excesso de Base: - 3.6 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 20.3 mEq/L</u>	<u>BIC "actual": 22 a 28 mEq/L</u>
Análise: Acidose Metabólica.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

• **Medicações Utilizadas pela Cliente no dia 12/10/99.**

• SG 5%, 1.500 ml + KCl 19.1 %, 10ml +MgSO4, 2 ml, EV.
• Antak, 1amp., 8/8 hs, EV.
• Aldrox, 30ml, VO, SN.
• Rocefin, 1g, 2x/d, EV.
• Plasil, 1 amp., EV, SN.
• Dipirona, 2cc, EV, SN.
• Heparina, 5000UI, 12/12 hs, EV.
• Propiltiracil, 1cp., 1x/d, VO.
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 12/10/99

Hora: 12:30

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à capacidade prejudicada de produzir a fala, secundária à deficiência respiratória (pneumonia bilateral) e à fadiga. Evidenciada pela falta de ar e dificuldade de comunicar-se, mas é capaz de compreender perfeitamente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o nível de consciência;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Fazer perguntas que exijam apenas respostas curtas;	T	N	M
- Estimular a cliente a falar pausadamente;	T	N	M
- Procurar compreender com paciência a expressão verbal da cliente ;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas excessivas e espessas, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e a imobilidade física secundária à fadiga e a dor epigástrica. Evidenciada pela dispnéia e taquipnéia (FR=28 a 32 mpm).

3. *Padrão respiratório ineficaz*, relacionado com as secreções brônquicas excessivas e espessas, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e a imobilidade física, secundária à fadiga e a dor epigástrica. Evidenciado pela dispnéia, taquipnéia (FR=28 a 32mpm) e ortopnéia.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;		T	N	M
- Observar água na traquéia da macronebulização;		T	N	M
- Observar características e quantidade da expectoração, comunicando à enfermeira;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter cuidados com macronebulização, tais como: quantidade de O2 prescrito, água na traquéia e nível da água no umidificador;		T	N	M
- Encorajar tosse e expectoração das secreções;		T	N	M
- Estimular a ingestão hídrica para liqüefazer as secreções;		T	N	M
- Promover repouso e manter ambiente tranquilo;		T	N	M
- Atentar para os sinais de hipóxia;		T	N	M
- Atentar para a saturação de O2;		ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;		T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;		T	N	M
- Observar traçados no monitor cardíaco;		T	N	M

- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada, em 60°;	MANTER		
- Contactar com a fisioterapeuta, para realizar exercícios respiratórios;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

4. *Déficit no volume de líquidos*, relacionados a menor motivação para ingerir líquido e dificuldade de alimentação, secundários à fadiga, à dor epigástrica e à disfagia. Evidenciado pelas mucosas secas, diminuição da turgidez da pele, náuseas e ingesta oral de líquidos insuficiente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese;	2/2hs.		
- Observar evolução do ressecamento das mucosas;	T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos;	T	N	M
- Pesquisar junto à cliente preferências de líquidos de acordo com a restrição dietética;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	ESTIMULAR		
- Estimular alimentação;	ESTIMULAR		

- Observar evolução do emagrecimento;	OBSERVAR		
- Promover repouso e ambiente calmo durante à alimentação;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Administrar medicação analgésica, antiácida e antiemética, se necessário;	SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

5. *Diarréia*, relacionada ao aumento do peristaltismo, secundário ao tempo aumentado do metabolismo (hipertiroidismo) e aos efeitos colaterais da antibioticoterapia (Rocefin), ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox) e aos agentes da tireóide (Propiltiracil). Evidenciada pela frequência aumentada das fezes líquidas e marrom esverdeadas em grande quantidade (1x pela manhã).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	T	N	M
- Observar queixas de cólicas abdominais e comunicar à enfermeira;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar dieta adequada e reidratante oral;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

• **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundária à desidratação, anemia e a alteração endócrina (disfunção da tiróide). Evidenciada pelos equimose nos locais das punções para coleta de sangue, mucosas oral e oculares hipocoradas e secas.

7. *Perfusão tissular periférica alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo secundário à anemia. Evidenciada pela palidez cutânea e de mucosa.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hemograma e fibrinogênio;		T	N	M
- Observar evolução de hipocoloração da pele e mucosas;		T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos, e comunicar à enfermeira ;		T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;		ATENÇÃO		
- Fazer rodízio de oximetria de pulso;		T	N	M
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;		T	N	M
- Fazer o curativo em local da punção de subclávia direita utilizando SF 0,9% e técnica asséptica;		SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia;		ATENÇÃO		
- Fixar a SVD;		ATENÇÃO		
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de		T	N	M

decúbito;			
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal, principalmente na região sacro-coccígea;	T	N	M
- Fazer rodízio para injeção SC (Heparina);	GE 8	GD 20	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo de subclávia, usando de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em regiões de equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções, aos espasmos musculares secundários ao distúrbio pulmonar (tosse persistente) e à restrição de movimentos. Evidenciado pelo relato da cliente de dor e desconforto, taquipnéia (FR=28-35 mpm), expressões faciais de dor e náuseas.

9. *Dor aguda*, relacionada aos espasmos musculares reflexos secundários aos distúrbios pulmonar e gastrointestinal. Evidenciado pela verbalização e expressões faciais de dor, taquipnéia (FR=28-35 mpm) e taquicardia (FC=125-140 bpm).

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO		

- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de hiperemia em região dorsal e principalmente na sacro-coccígea, informando à enfermeira;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo da punção de subclávia direita, usando de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Evitar comentários impróprios próximo à cliente;	ATENÇÃO			
- Explicar as causas da dor, se conhecidas;	T	N	M	
- Proporcionar o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos;	T	N	M	
- Avaliar efeitos da analgesia;	ATENÇÃO			
- Investigar as causas da dor;	T	N	M	
- Ouvir atentamente a respeito da dor;	ATENÇÃO			
- Proporcionar o ambiente calmo;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela diminuição dos níveis de hemoglobina (10.8g/dl), ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: punção de subclávia

direita, catéter urinário, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela infecção respiratória (leucócitos sanguíneo de 23.600/mm³).

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água na traquéia da macronebulização;	T	N	M
- Observar características da expectoração traqueobrônquica e comunicar à enfermeira;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	<u>H/H</u>		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Avaliar exames sanguíneos, em especial número de leucócitos, hemograma e fibrinogênio;	T	N	M
- Tomar cuidados com secreções pulmonares;	ATENÇÃO		
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M
- Fazer curativo em local da punção da subclávia direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN		
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia direita;	ATENÇÃO		
- Fazer rodízio para injeção SC (Heparina);			
- Tocar máscara de macronebulização 6/6 horas;	14	20	02 08
- Trocar água do umidificador a cada 8 horas e SN;	14	22	06
- Clampar o intermediário da SVD, sempre que for retirar a cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO		
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO		

- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Observar vazamento no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N		M
- Estimular a higiene oral 4x/d ou SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

11. *Deglutição prejudicada*, relacionada à fadiga. Evidenciada pela dificuldade em deglutir e tosse persistente.

12. *Alteração na nutrição*: menos do que o corpo necessita, relacionada ao aumento das exigências calóricas, pela dificuldade de ingerir calorias suficientes secundária à infecção pulmonar, à dor epigástrica, à diminuição do desejo de comer secundário às náuseas e ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox). Evidenciada pela diminuição na concentração dos glóbulos vermelhos (Htc.=33.4 % e Hglb.=10.8g/dl), aparência emagrecida e diminuição da ingesta alimentar.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Avaliar exames sanguíneos, em especial o hematócrito;	T	N	M	
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			

- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Estimular a alimentação;	T	N	M
- Observar queixas de náuseas;	OBSERVAR		
- Administrar antiemético conforme prescrição;	SN		
- Pesquisar junto à cliente preferências alimentares;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar quando possível, dieta conforme a preferência da cliente;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. Mobilidade física prejudicada, relacionada à fadiga, à dor e secundária aos equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, fluidoterapia, catéter urinário. Evidenciada pela capacidade comprometida de mover-se intencionalmente no leito.

14. Fadiga, relacionada à oxigenação inadequada do tecido secundária à doença pulmonar e a anemia, e também às deficiências nutricionais e mudanças no metabolismo dos nutrientes, bem como à diminuição do condicionamento físico secundárias às náuseas, diarreia e à dor. Evidenciada pela incapacidade de manter as rotinas usuais e verbalização de cansaço.

15. Intolerância à atividade, relacionada ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio secundário à anemia e ao aumento das demandas metabólicas secundárias à infecção e à dor. Evidenciado por dispnéia, taquipnéia (FR=28-35mpm), taquicardia (FC=125-140 bpm), hipertensão (P/A=140/80 a 150/90 mmHg), à fadiga e palidez cutânea.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		T	N	M
- Manter as grades da cama elevadas;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Proporcionar ambiente tranquilo;		T	N	M
- Promover repouso;		T	N	M
- Encorajar o aumento gradual na atividade diária para melhorar a capacidade pulmonar;		T	N	M
- Observar sinais de esforço respiratório e cardíaco;		T	N	M
- Esclarecer as possíveis causas da fadiga á cliente;		T	N	M
- Observar traçado no monitor cardíaco;		T	N	M
- Observar resposta à atividade;		OBSERVAR		
- Permitir expressão de sentimentos da cliente relativos aos efeitos da fadiga;		T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Sono e repouso

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

16. *Distúrbio no padrão do sono*, relacionado ao despertar freqüente secundário ao distúrbio respiratório, a modificação do ambiente devido à hospitalização, a dificuldade em assumir a posição habitual secundário à dor e a terapia endovenosa. Evidenciado pelo relato da cliente sobre a dificuldade para adormecer.

- **Prescrições de enfermagem:**

- Evitar aprazar as medicações entre 0:00 e 06:00hs;	ATENÇÃO		
- Manter ambiente calmo, tranquilo e com pouca luminosidade;	ATENÇÃO		
- Posicionar a cliente de forma mais confortável possível;	ATENÇÃO		
- Administrar analgesia e antiemético, conforme prescrição;	ATENÇÃO		
- Manter a cabeceira da cama em 60°;	MANTER		
- Fornecer oxigênio adequado conforme prescrição;	ATENÇÃO		
- Pesquisar junto à cliente ou familiares a rotina habitual para dormir;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Cuidado Corporal

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

17. *Déficit no auto-cuidado: banho-higiene e ir ao banheiro*, relacionado com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, catéter urinário e fluidoterapia; à fadiga e à dor. Evidenciado pela a dificuldade higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro sozinha.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	<u>SN</u>			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Estimular a participação da cliente durante os cuidados de higiene e conforto;	M			

- Manter as roupas de cama sempre secas, limpas e bem esticadas;	T	N	M
--	---	---	---

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

18. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela dificuldade dos familiares em visitá-la devido a distância.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas;	T	N	M
- Manter contato com os familiares;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Estimular o seu marido e mãe a visitá-la;	T	N	M
- Tentar flexibilizar os horários de visitas e informações, caso necessário;	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 13/10/99

Hora: 12:00

S → Cliente queixa-se de dor epigástrica com queimação. Refere melhora no desconforto respiratório e ter dormido muito bem durante à noite.

O → Cliente lúcida, orientada, tranqüila e contactando bem com as pessoas e o ambiente. Permanece com tosse persistente, escarrando média quantidade de secreção purulenta espessa, respiração torácica, à ausculta pulmonar identificou-se roncos, ortopnéica, levemente dispnéica e taquipnéica com FR=19 a 24 mpm, em macronebulização contínua a 5 l/min., Sat O2 = 98%. Emagrecida, aceitou grande parte da dieta oferecida e apresentou melhora na ingesta hídrica. Continua com náuseas e dores epigástricas tipo queimação. Abdômen flácido, plano, evacuou 2 vezes, no período das 7: 00 às 13:00 horas, fezes líquidas marrom esverdeada em média quantidade. Encontra-se com sonda vesical de demora (SVD), com volume urinário de 70ml/h de cor amarelo citrino. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas, mucosas oculares e oral hipocoradas e secas, MMSS e MMII com boa movimentação e pele hipocorada, desidratada e com turgor diminuído. Movimentado-se espontaneamente no leito. Presença de equimoses nos locais onde são realizadas as punções para coleta de sangue. Encontra-se taquicárdica com FC entre 122 a 150 bpm, ritmo sinusal, com picos de hipertensão, P/A=150/90 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 36,7 a 37°C. Encontra-se com acesso venoso profundo em subclávia direita. Cliente recebeu visita de sua mãe e do seu marido durante a manhã.

5. Dados Complementares:

- **Exames Realizados no dia 13/10/99.**

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
PH: 7.39 mmHg	PH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO2: 39.2 mmHg	PCO2: 35 a 45 mmHg
CO2 Total: 36 mm/L	CO2 Total: ----
PO2: 96 mmHg	PO2: 85 a 100 mmHg
SatO2: 97 %	SatO2: 85 a 100 %
Excesso de Base: - 0.8 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 23.3 mEq/L</u>	<u>BIC "actual": 22 a 28 mEq/L</u>
<u>Análise:</u> Normal.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

- **Medicações Utilizadas pela Cliente no dia 13/10/99.**

• SG 5%, 1.500 ml + KCl 19.1 %, 10ml +MgSO4, 2 ml, EV.	
• Antak, 1amp., 8/8 hs, EV.	
• Aldrox, 30ml, VO, SN.	
• Rocefin, 1g, 2x/d, EV.	
• Plasil, 1 amp., EV, SN.	
• Dipirona, 2cc, EV, SN.	
• Heparina, 5000UI, 12/12 hs, EV.	
• Propiltiracil, 1cp., 1x/d, VO.	
<i>FONTE:</i> Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.	

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 13/10/99

Hora: 12:00

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Regulação Neurológica.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

1. *Comunicação verbal prejudicada*, relacionada à capacidade prejudicada de produzir a fala, secundária à deficiência respiratória (pneumonia bilateral). Evidenciada pela falta de ar e dificuldade de comunicar-se, mas é capaz de compreender perfeitamente.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o nível de consciência;	T	N	M
- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Procurar usar o toque como forma de comunicação;	T	N	M
- Fazer perguntas que exijam apenas respostas curtas;	T	N	M
- Estimular a cliente a falar pausadamente;	T	N	M
- Procurar compreender com paciência a expressão verbal da cliente ;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

2. *Troca de gases prejudicada*, relacionada às secreções brônquicas excessivas e espessas, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e à dor epigástrica. Evidenciada pela dispnéia e taquipnéia (FR=19 a 24 mpm) moderadas.

3. *Padrão respiratório ineficaz*, relacionado com as secreções brônquicas excessivas e espessas, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e à dor epigástrica. Evidenciado pela dispnéia e taquipnéica (FR=19 a 24mpm) moderadas e ortopnéica.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;		T	N	M
- Observar água na traquéia da macronebulização;		T	N	M
- Observar características e quantidade da expectoração, comunicando à enfermeira;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter cuidados com macronebulização, tais como: quantidade de O2 prescrito, água na traquéia e nível da água no umidificador;		T	N	M
- Encorajar tosse e expectoração das secreções;		T	N	M
- Estimular a ingestão hídrica para liqüefazer as secreções;		T	N	M
- Promover repouso e manter ambiente tranquilo;		T	N	M
- Atentar para os sinais de hipóxia;		T	N	M
- Atentar para a saturação de O2;		ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;		T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;		T	N	M
- Observar traçados no monitor cardíaco;		T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;		T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada, em 60°;		MANTER		

- Contactar com a fisioterapeuta, para realizar exercícios respiratórios;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

4. *Déficit no volume de líquidos*, relacionados a menor motivação para ingerir líquido e de se alimentar, secundário à dor epigástrica. Evidenciado pelas mucosas secas, diminuição da turgidez da pele e náuseas.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese;	2/2hs.		
- Observar evolução do ressecamento das mucosas;	T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos;	T	N	M
- Pesquisar junto à cliente preferências de líquidos de acordo com a restrição dietética;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	ESTIMULAR		
- Estimular alimentação;	ESTIMULAR		
- Observar evolução do emagrecimento;	OBSERVAR		
- Promover repouso e ambiente calmo durante à alimentação;	T	N	M

- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO
- Administrar medicação analgésica, antiácida e antiemética, se necessário;	SN

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Eliminações.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

5. *Diarréia*, relacionada ao aumento do peristaltismo, secundário ao tempo aumentado do metabolismo (hipertiroidismo) e aos efeitos colaterais da antibioticoterapia (Rocefin), ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox) e aos agentes da tireóide (Propiltiracil). Evidenciada pela frequência aumentada das fezes líquidas e marrom esverdeadas em média quantidade (2x pela manhã).

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar o turgor da pele,	T	N	M
- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	T	N	M
- Observar queixas de cólicas abdominais e comunicar à enfermeira;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar dieta adequada e reidratante oral;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

• **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas*, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundária à desidratação, anemia e a alteração endócrina (disfunção da tiróide). Evidenciada pelos equimose nos locais das punções para coleta de sangue, mucosas oral e oculares hipocoradas e secas.

7. *Perfusão tissular periférica alterada*, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo secundário à anemia. Evidenciada pela palidez cutânea e de mucosa.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Observar evolução de hipocoloração da pele e mucosas;		T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos, e comunicar à enfermeira ;		T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;		ATENÇÃO		
- Fazer rodízio de oximetria de pulso;		T	N	M
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;		T	N	M
- Fazer o curativo em local da punção de subclávia direita utilizando SF 0,9%, e técnica asséptica;		13/10/99 M		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia;		ATENÇÃO		
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal, principalmente na região sacro-coccígea;		T	N	M
- Fazer rodízio de oximetria de pulso;				

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M
- Fazer rodízio de injeção SC (Heparina);	VLD 8	VLD 20	
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO		
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;	ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo de subclávia, usando de preferência o micropore;	T	N	M
- Aplicar compressa fria em regiões de equimose;	T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções, aos espasmos musculares secundários ao distúrbio pulmonar (tosse persistente) e à restrição de movimentos. Evidenciado pelo relato da cliente de dor e desconforto, taquipnéia moderada (FR=19-24 mpm) e náuseas.

9. *Dor aguda*, relacionada aos espasmos musculares reflexos secundários aos distúrbios pulmonar e gastrointestinal. Evidenciado pela verbalização de dor, taquipnéia moderada (FR=19-24mpm) e taquicardia (FC=122-150 bpm).

- **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
- Observar sinais de hiperemia em região dorsal e principalmente na sacro-coccígea, informando à enfermeira;	T	N	M

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo da punção de subclávia direita, usando de preferência o micropore;	T	N	M	
- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade da cliente na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Evitar comentários impróprios próximo à cliente;	ATENÇÃO			
- Explicar as causas da dor, se conhecidas;	T	N	M	
- Proporcionar o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos;	T	N	M	
- Avaliar efeitos da analgesia;	ATENÇÃO			
- Investigar as causas da dor;	T	N	M	
- Ouvir atentamente a respeito da dor;	ATENÇÃO			
- Proporcionar o ambiente calmo;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela anemia, ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: punção de subclávia direita, catéter urinário, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pelas infecção respiratória.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar água na traquéia da macronebulização;	T	N	M	
- Observar características da expectoração traqueobrônquica e comunicar à enfermeira;	T	N	M	
- Verificar os sinais vitais;	<u>H/H</u>			
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M	
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M	
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M	
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.			
- Tomar cuidados com secreções pulmonares;	ATENÇÃO			
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M	
- Fazer curativo em local da punção da subclávia direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	13/10/99 M			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia direita;	ATENÇÃO			
- Tocar máscara de macronebulização 6/6 horas;	14	20	02	08
- Trocar água do umidificador a cada 8 horas e SN;	14	22	06	
- Clampear o intermediário da SVD, sempre que for retirar a cliente do leito e passar para maca ou vice-versa;	ATENÇÃO			
- Atentar para o tempo de permanência da SVD;	ATENÇÃO			
- Manter bolsa da SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	MANTER			

- Fixar a SVD;	ATENÇÃO			
- Atentar para não tracionar a SVD no momento da mudança de decúbito;	ATENÇÃO			
- Observar vazamento no intermediário da SVD e comunicar caso ocorra;	ATENÇÃO			
- Observar sinais de infecção no meato urinário;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral 4x/d ou SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

11. *Alteração na nutrição:* menos do que o corpo necessita, relacionada ao aumento das exigências calóricas, pela dificuldade de ingerir calorias suficientes secundária à infecção pulmonar, à dor epigástrica, à diminuição do desejo de comer secundário às náuseas e ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox). Evidenciada pela anemia, aparência emagrecida e diminuição da ingesta alimentar.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Estimular a alimentação;	T	N	M	
- Observar queixas de náuseas;	OBSERVAR			
- Administrar antiemético conforme prescrição;	SN			
- Pesquisar junto à cliente preferências alimentares;	T	N	M	
- Contactar com o nutricionista, para providenciar quando possível,	T	N	M	

dieta conforme a preferência da cliente;			
--	--	--	--

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

12. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada à dor e secundária aos equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, catéter urinário e fluidoterapia. Evidenciada pela limitação na amplitude de movimentos.

13. *Intolerância à atividade*, relacionada ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio secundário à anemia e ao aumento das demandas metabólicas secundárias à infecção e à dor. Evidenciado por dispnéia e taquipnéia moderadas (FR=19-24mpm), taquicardia (FC=122-150 bpm), hipertensão (P/A=150/90 mmHg), e palidez cutânea.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		T	N	M
- Manter as grades da cama elevadas;		MANTER		
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Proporcionar ambiente tranquilo;		T	N	M
- Promover repouso;		T	N	M
- Encorajar o aumento gradual na atividade diária para melhorar a capacidade pulmonar;		T	N	M
- Observar sinais de esforço respiratório e cardíaco;		T	N	M

- Observar traçado no monitor cardíaco;	T	N	M
- Observar resposta à atividade;	OBSERVAR		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Cuidado Corporal

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

14. *Déficit no auto-cuidado: banho-higiene e ir ao banheiro*, relacionado com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: macronebulização, monitor cardíaco, catéter urinário e fluidoterapia e à dor. Evidenciado pela a dificuldade higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro sozinha.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	<u>SN</u>			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Estimular a participação da cliente durante os cuidados de higiene e conforto;	M			
- Manter as roupas de cama sempre secas, limpas e bem esticadas;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

15. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela dificuldade dos familiares em visitá-la devido a distância.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas;	T	N	M
- Manter contato com os familiares;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Estimular o seu marido e mãe a visitá-la;	T	N	M
- Tentar flexibilizar os horários de visitas e informações, caso necessário;	T	N	M

Evolução de Enfermagem

Data: 14/10/99

Hora: 10:00

S → A cliente refere dor epigástrica de moderada intensidade, com queimação.

O → Cliente lúcida, orientada, tranqüila e contactando bem com as pessoas e o ambiente. Segue com tosse produtiva, escarrando média quantidade de secreção purulenta fluida, respiração torácica, à ausculta pulmonar identificou-se roncos, ortopnéica, levemente dispnéica e taquipnéica com FR=20 a 26 mpm, Sat O2 = 98%, retirada macronebulização e instalado catéter de oxigênio a 4 l/min. Emagrecida, aceitou todo o café da manhã. Continua com dores epigástricas tipo queimação. Abdômen flácido, plano, evacuou 1 vez, no período das 7:00 às 13:00 horas, fezes marrom pastosas em média quantidade. Retirada a sonda vesical de demora (SVD), com volume urinário de 60 ml/h de cor amarelo citrino. Couro cabeludo limpo e íntegro, escleróticas, mucosas oculares e oral hipocoradas e secas, MMSS e MMII com boa movimentação e pele hipocorada, desidratada e com turgor diminuído. Movimentado-se espontaneamente no leito. Presença de equimoses nos locais onde são realizadas as punções para coleta de sangue. Encontra-se normocárdica com FC entre 88 a 97 bpm, ritmo sinusal, normotensa, P/A=140/80 mmHg, boa perfusão periférica, temperatura em média de 35.9 a 36.6°C. Encontra-se com acesso venoso profundo em subclávia direita. Cliente recebeu alta da UTI às 10:30 hs, sendo encaminhada à CMF/HU.

5. Dados Complementares:

• Exames Realizados no dia 14/10/99.

Material: Sangue Arterial.

GASIMETRIA ARTERIAL:	VALOR DE REFERÊNCIA (mulheres):
PH: 7.41 mmHg	PH: de 7.35 a 7.45 mmHg
PCO2: 36.2 mmHg	PCO2: 35 a 45 mmHg
CO2 Total: 35.5 mm/L	CO2 Total: ----
PO2: 98.2 mmHg	PO2: 85 a 100 mmHg
SatO2: 98 %	SatO2: 85 a 100 %
Excesso de Base: - 2.3 mEq/L	Excesso de Base: -----
<u>BIC "actual": 22.8 mEq/L</u>	<u>BIC "actual": 22 a 28 mEq/L</u>
Análise: Normal.	
<i>FONTE: Prontuário n° 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.</i>	

• **Medicações Utilizadas pela Cliente no dia 14/10/99.**

• SG 5%, 1.500 ml + KCl 19.1 %, 10ml +MgSO4, 2 ml, EV.
• Antak, 1amp., 8/8 hs, EV.
• Aldrox, 30ml, VO, SN.
• Rocefin, 1g, 2x/d, EV.
• Plasil, 1 amp., EV, SN.
• Dipirona, 2cc, EV, SN.
• Heparina, 5000UI, 12/12 hs, EV.
• Propiltiracil, 1cp., 1x/d, VO.

FONTE: Prontuário nº 227853 da cliente K.T.F.M. da UTI do HU.

Diagnóstico de Enfermagem

Data: 14/10/99

Hora: 12:00

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Oxigenação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

1. *Troca de gases prejudicada*, relacionada com as secreções brônquicas em média quantidade, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e à dor epigástrica. Evidenciada pela discreta dispnéia e taquipnéia (FR=20 a 26 mpm) moderada.

2. *Padrão respiratório ineficaz*, relacionado com as secreções brônquicas em média quantidade, secundária a infecção respiratória (pneumonia bilateral) e à dor epigástrica. Evidenciado pela discreta dispnéia, taquipnéia (FR=20 a 26mpm) moderada e ortopnéia.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar a expansão pulmonar;		T	N	M
- Observar características e quantidade da expectoração, comunicando à enfermeira;		T	N	M
- Estimular e auxiliar mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter cuidados com catéter de O ₂ , tais como: quantidade de O ₂		T	N	M

prescrito, nível da água no umidificador, fixação do catéter e alternar as narinas;			
- Encorajar tosse e expectoração das secreções;	T	N	M
- Estimular a ingestão hídrica para liqüefazer as secreções;	T	N	M
- Promover repouso e manter ambiente tranquilo;	T	N	M
- Atentar para os sinais de hipóxia;	T	N	M
- Atentar para a saturação de O ₂ ;	ATENÇÃO		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Observar traçados no monitor cardíaco;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Manter a cabeceira da cama elevada, em 60°;	MANTER		
- Contactar com a fisioterapeuta, para realizar exercícios respiratórios;	SN		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Hidratação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

3. *Déficit no volume de líquidos*, relacionados a menor motivação para ingerir líquido e de se alimentar, secundário à dor epigástrica. Evidenciado pelas mucosas secas, diminuição da turgidez da pele.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Analisar dados gasométricos;	T	N	M

- Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese;	2/2hs.		
- Observar evolução do ressecamento das mucosas;	T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos;	T	N	M
- Pesquisar junto à cliente preferências de líquidos de acordo com a restrição dietética;	T	N	M
- Estimular a ingestão de líquidos;	ESTIMULAR		
- Estimular alimentação;	ESTIMULAR		
- Observar evolução do emagrecimento;	OBSERVAR		
- Promover repouso e ambiente calmo durante à alimentação;	T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
- Administrar medicação analgésica, antiácida e antiem, se necessário;	SN		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Integridade cutâneo-mucosa.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

4. Integridade tissular prejudicada: Pele e mucosas, relacionada com a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, secundária à desidratação, anemia e a alteração endócrina (disfunção da tireóide). Evidenciada pelos equimose nos locais das punções para coleta de sangue, mucosas oral e oculares hipocoradas e secas.

5 Perfusão tissular periférica alterada, relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo secundário à anemia. Evidenciada pela palidez cutânea e de mucosa.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Avaliar exames sangüíneos;		T	N	M
- Observar evolução de hipocoloração da pele e mucosas;		T	N	M
- Atentar para sinais e sintomas de desidratação, tais como: emagrecimento, diminuição no turgor da pele e aprofundamento dos olhos, e comunicar à enfermeira ;		T	N	M
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;		ATENÇÃO		
- Fazer rodízio de oximetria de pulso;		T	N	M
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;		T	N	M
- Fazer rodízio para injeção SC (Heparina);		DD 8	DE 20	
- Fazer o curativo em local da punção de subclávia direita utilizando SF 0,9%, e técnica asséptica;		SN		
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia;		ATENÇÃO		
- Observar evolução de hiperemia em região dorsal, principalmente na região sacro-coccígea;		T	N	M
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		T	N	M
- Após a gasometria arterial, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos, dependendo do local;		ATENÇÃO		
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo de subclávia, usando de preferência o micropore;		T	N	M
- Aplicar compressa fria em regiões de equimose;		T	N	M
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;		SN		
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;		M		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Percepção dos órgãos dos sentidos.

• **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

6. *Conforto alterado*, relacionado ao traumatismo do tecido, secundário à técnicas invasivas, punções, aos espasmos musculares secundários ao distúrbio pulmonar (tosse) e à restrição de movimentos. Evidenciado pelo relato da cliente de dor e desconforto e taquipnéia moderada (FR=20-26 mpm).

7. *Dor aguda*, relacionada aos espasmos musculares reflexos secundários aos distúrbios pulmonar e gastrointestinal. Evidenciado pela verbalização de dor e taquipnéia moderada (FR=20-26mpm).

• **Prescrições de enfermagem:**

- Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M	
- Observar sinais de hiperemia em região dorsal e principalmente na sacro-coccígea, informando à enfermeira;	T	N	M	
- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;	T	N	M	
- Colher gasometria arterial com bisel lateralizado e após, fazer compressão do local por 5 a 10 minutos dependendo do local;	ATENÇÃO			
- Colocar o mínimo possível de esparadrapo no curativo da punção de subclávia direita, usando de preferência o micropore;	T	N	M	
- Aplicar compressa fria em antebraço direito na região da equimose;	T	N	M	
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Evitar comentários impróprios próximo à cliente;	ATENÇÃO			
- Explicar as causa da dor, se conhecidas;	T	N	M	
- Proporcionar o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos;	T	N	M	

- Avaliar efeitos da analgesia;	ATENÇÃO		
- Investigar as causas da dor;	T	N	M
- Ouvir atentamente a respeito da dor;	ATENÇÃO		
- Proporcionar ambiente calmo;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Segurança física / Meio ambiente.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

8. *Risco para alteração da temperatura corporal*, relacionado à defesa secundária alterada pela anemia, ao local de invasão de microorganismos, secundário à presença de vias invasivas, tais como: punção de subclávia direita, ao contato com agentes patogênicos presentes no local hospitalar (UTI), ao uso de drogas e pela infecção respiratória.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Observar características da expectoração traqueobrônquica e comunicar à enfermeira;	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;	H/H		
- Observar e anotar dificuldades respiratórias e uso de musculatura acessória;	T	N	M
- Observar sinais de angústia respiratória;	T	N	M
- Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
- Fazer controle de diurese, observando e anotando as características da urina;	2/2hs.		
- Tomar cuidados com secreções pulmonares;	ATENÇÃO		
- Usar luvas para manipular secreções;	T	N	M
- Fazer curativo em local da punção da subclávia direita com SF 0,9%, usando máscara e luvas;	SN		

- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Fazer rodízio para injeção SC (Heparina);	QSE 8	QSD 20		
- Manter a pele da cliente sempre seca e os lençóis esticados e limpos;	T	N	M	
- Observar sinais inflamatórios, tais como: calor, rubor, tumefação, sangramentos e sinal de infecção, como secreção purulenta, no local de punção de subclávia direita;	ATENÇÃO			
- Trocar catéter de oxigênio 1x/d;	09 (M)			
- Trocar água do umidificador a cada 8 horas e SN;	14	22	06	
- Estimular a higiene oral 4x/d e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Alimentação.

- **Diagnóstico de Enfermagem de NANDA:**

9. *Alteração na nutrição:* menos do que o corpo necessita, relacionada ao aumento das exigências calóricas, pela dificuldade de ingerir calorias suficientes secundária à infecção pulmonar, à dor epigástrica, e ao uso de antiácidos (Antak e Aldrox). Evidenciada pela anemia e aparência emagrecida.

- **Prescrição de Enfermagem:**

- Verificar os sinais vitais;	H/H			
- Estar atento para o gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO			
- Registrar frequência e características das fezes;	T	N	M	
- Estimular a alimentação;	T	N	M	
- Observar queixas de náuseas;	OBSERVAR			
- Administrar antiemético conforme prescrição;	SN			

- Pesquisar junto à cliente preferências alimentares;	T	N	M
- Contactar com o nutricionista, para providenciar quando possível, dieta conforme a preferência da cliente;	T	N	M

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Atividade física.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

10. *Mobilidade física prejudicada*, relacionada à dor e secundária aos equipamentos externos, tais como: catéter de oxigênio, monitor cardíaco e fluidoterapia. Evidenciada pela limitação na amplitude de movimentos.

11. *Intolerância à atividade*, relacionada ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio secundário à anemia e ao aumento das demandas metabólicas secundárias à infecção e à dor. Evidenciado por discreta dispnéia, taquipnéia moderada (FR=20-26mpm) e palidez cutânea.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		T	N	M
- Manter as grades da cama elevadas;		T	N	M
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito;	DLD DD DLE	T	N	M
- Verificar os sinais vitais;		H/H		
- Manter ambiente tranquilo;		T	N	M
- Promover repouso;		T	N	M
- Encorajar o aumento gradual na atividade diária para melhorar a capacidade pulmonar;		T	N	M
- Observar sinais de esforço respiratório e cardíaco;		T	N	M

- Observar traçado no monitor cardíaco;	T	N	M
- Observar resposta à atividade;	OBSERVAR		

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Cuidado Corporal

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

12. *Déficit no auto-cuidado: banho-higiene e ir ao banheiro*, relacionado com a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, tais como: catéter de oxigênio, monitor cardíaco e fluidoterapia, e à dor. Evidenciado pela a dificuldade higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro sozinha.

- **Prescrições de Enfermagem:**

- Fazer higiene íntima sempre que necessário;	SN			
- Dar banho no leito e em dias intermitentes lavar os cabelos;	M			
- Promover a privacidade na hora do banho e eliminações;	T	N	M	
- Manter a cliente com bom aspecto físico, cabelos penteados, face limpa;	T	N	M	
- Estimular a higiene oral, 4x/dia e SN, oferecendo material;	16	22	08	12
- Estimular a participação da cliente durante os cuidados de higiene e conforto;	M			
- Manter as roupas de cama sempre secas, limpas e bem esticadas;	T	N	M	

- **Necessidade Humana Básica Afetada:**

Liberdade / Participação.

- **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA:**

13. *Processo familiar alterado*, relacionado à hospitalização para tratamento de um membro da família doente. Evidenciado pela dificuldade dos familiares em visitá-la devido a distância.

• **Prescrições de Enfermagem:**

- Promover e estimular as visitas;	T	N	M
- Manter contato com os familiares;	T	N	M
- Procurar interagir com a família, quando possível, orientando-os e esclarecendo as suas dúvidas.	T	N	M
- Entrar em contato com assistente social, caso necessário;	SN		
- Estimular o seu marido e mãe a visitá-la;	T	N	M
- Tentar flexibilizar os horários de visitas e informações, caso necessário;	T	N	M

Prognóstico

A referida cliente apresentou, no decorrer de sua internação, uma melhora significativa do seu quadro clínico, caracterizado pela redução dos sintomas respiratórios e estabilidade da sua situação hemodinâmica. Evoluiu para alta em 14/10/99, fato este que veio a concretizar o bom prognóstico que as acadêmicas haviam previsto para a mesma.

Contato com a família

Este caso proporcionou as acadêmicas a experiência de interagir com a família da cliente em vários momentos do processo de internação. Esta foi uma experiência rica, pois tratou-se de um caso em que tanto família quanto cliente eram provenientes de cidades distantes, fato que exigiu das mesmas sensibilidade e discernimento para poder apoiar, informar e algumas vezes flexibilizar as normas e rotinas da unidade. Facilitou-se a entrada e permanência da mãe da referida cliente, a qual também forneceu-se orientações a respeito do estado geral de sua filha, informações referentes a sintomatologia, alimentação, eliminações, terapêutica e aparelhagem utilizadas na sua recuperação, bem como as normas e rotinas gerais da UTI, com seus respectivos horários de visita e de divulgação os boletins médicos. Procurou-se ainda, contactar com o marido da cliente, no intuito de estimular as suas visitas à ela, demonstrando, desta forma, a importância da participação da família na melhora do estado psíquico da cliente, pois traz uma sensação de conforto, segurança e proteção. Por tratar-se de uma cliente consciente, esta juntamente com sua mãe, autorizaram suas participações na realização deste trabalho, conforme documento em anexo.

AValiação DO OBJETIVO

Considera-se que o objetivo foi alcançado em sua totalidade, pois como visto anteriormente, se conseguiu identificar as necessidades afetadas dos clientes, bem como associá-las aos diagnósticos de enfermagem de NANDA, prescrever cuidados, evoluir diariamente os clientes, avaliar a eficácia das prescrições anteriores, traçar prognósticos. Logo, a assistência aos clientes se realizou conforme a metodologia proposta neste estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva - UTI é caracterizada por um ambiente hospitalar de alta complexidade tecnológica, onde os clientes são envolvidos de várias maneiras no contexto deste ambiente de cuidado intensivo. Esta unidade apresenta atividades constantes, com profissionais treinados, objetivando primordialmente, recuperar clientes com enfermidades graves. Mas, em meio à complexidade tecnológica e dos cuidados, o lado psico-sócio-espiritual dos clientes é, muitas vezes, esquecido ou relegado a segundo plano. O mesmo ocorre com os familiares destes clientes, quase sempre vistos como um problema pela equipe de enfermagem. Esta percepção da UTI adquirida durante o estágio da 6ª fase do curso de enfermagem, foi o que incentivou a busca por esta área, dentre outros motivos já citados neste trabalho.

Inicialmente sentiu-se receio de trabalhar em um local tão complexo como a UTI, devido à excessiva carga emocional do ambiente, principalmente quando trabalha-se com a família dos clientes internados, sendo necessário muita, percepção, sensibilidade e conhecimento, que somente o aprendido na formação acadêmica não é suficiente, exigindo portanto, o desenvolvimento desta virtude no decorrer da vida profissional, através das vivências diárias. Durante o estágio, este receio foi sendo superado, dando lugar a uma intensa vontade e satisfação em cuidar dos clientes e dos seus familiares, da maneira mais humana possível.

Observou-se a existência de uma relação de amizade e confiança entre os elementos da equipe multidisciplinar, em especial à de enfermagem, é importante destacar o quanto é necessário o estabelecimento deste tipo de, a fim de manter um trabalho mais harmonioso, favorecendo a troca de experiências e o alcance de um objetivo em comum, que é a qualidade do cuidado.

O crescimento pessoal e profissional adquirido com este trabalho foi fabuloso. Aprendeu-se que para humanizar a assistência ao cliente e à família, não existe receita ou método preestabelecido, apenas é necessário agir com o máximo de respeito e consideração;

imaginar sempre que o cliente e o familiar que ali se encontravam, poderiam ser um parente ou alguém muito próximo, e aprofundar o conhecimento teórico a respeito do cuidado mais humanizado.

Os objetivos propostos foram de extrema importância, para a futura formação profissional. O referente à administração, possibilitou o conhecimento aprofundado das rotinas de uma unidade hospitalar; o de executar técnicas, favoreceu a aquisição de maior destreza e desenvolvimento técnico; o de praticar uma assistência mais humanizada ao cliente e à família, promoveu um grande crescimento pessoal e profissional, ampliando a visão para novos horizontes, e finalmente, o de fazer os processos de enfermagem utilizando a classificação diagnóstica de NANDA, exigiu um grande raciocínio, conduzindo as ações de enfermagem para as áreas de competência da enfermagem, ou seja, para situações que necessitam de resolutividade da enfermagem, além do que dirigiu as intervenções de enfermagem de maneira mais científica.

Esta experiência obtida pela realização deste trabalho, concedeu mais segurança e confiança para o exercício da futura profissão de enfermagem, reconhecendo que os obstáculos surgidos durante o percurso, foram necessários para o crescimento de todo o grupo de trabalho.

Deixa-se registrada neste trabalho, toda a experiência vivida na UTI do HU, bem como a necessidade da utilização do enfoque humanístico na assistência de enfermagem ao cliente e o envolvimento da família neste processo de hospitalização, pois percebe-se que tal aspecto é ainda tido como irrelevante por alguns colegas de profissão. Pensa-se que este é um processo longo de mudança, e que as sementes contendo novos pensamentos e atitudes, devem sair das escolas de enfermagem, para serem plantadas nas instituições de saúde.

Sugere-se que outros alunos da 8ª fase, aceitem o desafio de dar continuidade a este trabalho de conclusão de curso, pois a experiência e segurança que se obtém ao trabalhar em uma UTI, supera qualquer temor ou receio. Deixa-se aqui expresso, a necessidade de elaboração de um manual de normas e rotinas para a UTI, a possibilidade de que o histórico de enfermagem criado seja validado e utilizado, bem como o *folder* e deseja-se principalmente que gradativamente que os profissionais desta unidade prestem um cuidado mais humano aos clientes que ali internam e às suas famílias.

Ressalta-se que os profissionais de enfermagem da UTI do HU têm plenas condições de desenvolver o lado humano da assistência, pois todos possuem grande experiência prática e

técnica, inclusive para ensinar, porém, é necessário prestar uma assistência ainda mais qualificada, que se dará com a conscientização da importância em humanizar os cuidados ao cliente e à família, bem como com a instrumentalização destes profissionais.

9 BIBLIOGRAFIAS REFERENCIADAS E CONSULTADAS

BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva.** Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Enfermagem, UFSC, 1995. p. 07 e 23.

BARBOSA, P. M. K, SANTOS, B. M. O. Determinação do volume de ar no “cuff” de sondas endotraqueais. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 49, n.2, p. 225-238, abr./ jun. 1996.

BECK, Carmem L. C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina - Universidade Federal de Santa Maria.

BENEDET,[†] Silvana Alves & BUB , Maria B. C., **Manual de Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BETINELLI,[†] Antônio Luiz. **Cuidado Solidário.** Passo Fundo-RS, Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Enfermagem, UFSC, 1998.

BEZERRA, A,L.Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (U. T. I.). **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 2, p. 134 – 9, ago. 1998.

BOGLIOLO, LUIGI, **Patologia geral.** Guanabara - Koogan, RJ, 1993.

BRASIL, Portaria nº 466, de 4 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, Diário Oficial da União nº 106, de 5 de junho de 1998.

BUSCH, Karen D. Assistência à família do paciente. In: HUDAK, Carolyn M., GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** 6ª ed. Tradução por Cláudia Lúcia C. Araújo e J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 20.

CAR, Marcia Regina. Identificação de problemas de enfermagem da esfera física em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev.Esc.Enf.USP.** São Paulo, p.23-47, abr. 1987.

CARPENITO, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** Tradução Ana Thorell. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. **Manual de diagnósticos de enfermagem** Tradução Ana Thorell. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 3ª ed., São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CIOSAK, Suely Itsuko & SENA, Suely Gomes. **A enfermagem em UTI: um momento de reflexão.** São Paulo: Littera, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resoluções - Atos Normativos. Resolução COFEN – 189.** Brasília, 1997.

CORRÊA, Adriana K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev. Esc. Enf. USP,** v. 32. n. 4 p. 298 e 299. dez. 1998.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.** 1998/99.

DICIONÁRIO MÉDICO. São Paulo, 1990.

DOMINGES, C. I. et al. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p.40, mar. 1999.

DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

FELISBINO, Janete E. **Experiência assistencial de enfermagem com clientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Pós-Graduação, UFSC. p. 12, 21,22 e 1998.

FOWLER, Marsha D. M. Questões bioéticas no cuidado intensivo. In: HUDAK, Carolyn M., GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6ª ed. Tradução por Cláudia Lúcia C. Araújo e J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 80.

GALVÃO, Elizabeth C. F., TEDESCO, Simone. Integração enfermeiro-família: atendimento que faz a diferença. **Rev. Sobeti**. São Paulo, v. 1, n. 0, set/out/nov., 1998.

GEORGE, Júlia B.. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução: Regina Machado Gorges. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo: EPU, 1988. p. 04 e 24.

GROSSI, S. A. A. Sistema fechado de aspiração endotraqueal na prevenção da hipoxemia. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 29, n. 1, p. 26 – 33, abr. 1995.

GROSSI, S. A. A, SANTOS, B. M. O. Prevenção da hipoxemia durante a aspiração endotraqueal. **Rev. Latino am. Enfermagem – Ribeirão Preto**, v. 2, n.2, p.87 – 105, jan. 1994.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **A família na UTI**. Departamento de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1991, p. 2-24 (mimeografado).

GUERRA, G. M. et al. O enfermeiro diante do uso de drogas vasoativas. **Acta Paul. Enf.** v. 1. p. 11 – 15. Jan/fev/mar. 1988.

_____. **O processo de ensinar/aprender/ajudar a família na enfermagem cirúrgica: uma experiência**. Fpólis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Pós-Graduação, UFSC, 1997.

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

HUDAK, Carolyn M., GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6ª ed. Tradução por Cláudia Lúcia C. Araújo e J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 05, 1997.

IDE, Cilene A. C. O paciente de unidade terapia intensiva e a percepção dos cuidados de higiene corporal. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 22, n.2, p.151-157, agosto, 1998.

JORGE S. A. Planilha de estudo de drogas vasoativas em terapia intensiva. **Rev. Bras. Terap. Intens.**, v. 1, n.3, p.106-111, dezembro, 1989.

KIMURA, Miako. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.22, p.169-179, agosto, 1988.

KURCGANT, Paulina e col. **Administração de enfermagem**. São Paulo: EPU, p.118 e 194, 1991.

- LOPES, Patricia B. et al. **Estabelecendo comunicação interpessoal com o cliente em cuidados intensivos**. Florianópolis, (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem), UFSC, 1999.
- MARSDEN, Celine. **Ethical assessmet of intensive care**. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v.8, n.3, p.408-418, 1992.
- NASCIMENTO, Eliane P. **O processo do cuidado em unidade de terapia intensiva estendido à família do cliente**. Florianópolis, (Protocolo de Pesquisa de Seleção do Curo de Doutorado em Enfermagem), UFSC, 1997.
- NORONHA, Duce C. U. et al. Implicações éticas na assistência de enfermagem no paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 38 (3/4), p. 349-354, julho/dezembro, 1985.
- PAGANNI, M^a Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas**. Curitiba (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Paraná, 1998. (Programa de Pós-Graduação da UFSC). p. 20-26.
- PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Avaliação da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de um instrumento. **Rev.Esc.Enf.USP**. v.25, n,1, p. 95-102, abr.1991.
- PLOWRIGHT, Catherine. Necessidades de visitas na unidade de cuidados intensivos. **Rev. Nursing. Lisboa**, v. 9, n. 102. P. 30-32, jul./ago., 1996.
- RANG, H.P. & DALE, M.M., **Farmacologia**. 2^a. ed., Guanabara - Koogan, RJ, 1998.
- RIBAS, F. A. et al. Normas para a apresentação de trabalhos / Universidade Federal do Paraná: **Estilo e orientações para datilografia e digitação, citações e notas de rodapé**. 6^a ed. Curitiba: Ed. da UFPR, 1996.

SANTOS, Elza M. L. dos. Aspectos do relacionamento psico-físico-espiritual e social do enfermeiro junto ao paciente grave. **Rev. Enfoque**, v.8, n.2, p. 15-17, São Paulo, ano 1980.

SMELTZER, S.C. & BRENDA, B.G. **Tratado de enfermagem médica**. 8^a. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1998.

SOARES,^X Cilene Fernandes, MARQUES, Daniela Aparecida, SANTOS, Giseli. **Assistência de enfermagem mais humanizada ao cliente da unidade de terapia intensiva do Hospital Governador Celso Ramos e seus familiares baseada na teoria de Wanda de Aguiar Horta**. Florianópolis, (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem): UFSC, 1995.

SOUZA,^X Aldanéa Norma et al. **Assistência de enfermagem ao paciente de unidade de terapia Intensiva e familiares com base na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta**. Fpolis, (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem): UFSC, 1995.

SOUZA, Márcia, et al. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Paul. Enf.** São Paulo, v.5, n.2, p. 77-79, 1985.

SPÍNDOLA,^X Thelma. O centro de terapia intensiva e sua origem: uma revisão histórica. **Rev. Enf. UERJ**, p. 37-45, 1995.

TRENTINI,^X Mercedes, DIAS, Lygia Paim Müller. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: UFSC - Casa Vida e Saúde, 1994.

TROTTO,^X Giorgio et al. O ser humano no centro de tratamento intensivo. In: SIMÃO A. T. **Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 612, 1976.

TUFIK, Simão. **Unidade de terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. p. 185 – 223.

WALLACE-BARNHILL, George. Problemas psicológicos para pacientes, familiares e profissionais da saúde. In : SHOEMAKER, Willian C. et al. **Tratado de Terapia Intensiva**. São Paulo: Panamericano, p. 1394 -1400, 1992.

10 ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS, ADAPTADO PARA UTI, **BASEADO NA TEORIA DAS NHBS DE HORTA**

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, naturalidade, procedência, data e hora de internação na UTI;

2 DIAGNÓSTICO MÉDICO: motivo da internação na UTI;

3 PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS: experiências anteriores com doenças, número de vezes e motivos; preocupações e fatores que o incomodam;

4 PROBLEMAS RELACIONADAS AS NHBS (EXAME FÍSICO):

4.1 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

4.1.1 Regulação Neurológica: escala de Glasgow, pupilas (miose, midríase, isocóricas e anisocóricas, relexo fotomotor) reflexo córneo palpebral e motricidade;

4.1.2. Oxigenação: FR, ritmo, simetria, tosse, expectoração, uso de prótese respiratória (TOT, traqueostomia), ventilação espontânea ou mecânica (modalidade, FiO₂, PEEP, pressão inspiratória), uso de catéter de O₂ (nº de litros/minuto), uso de macronebulização (nº de litros/minuto), secreção traqueal (quantidade, característica), secreção oral (quantidade, característica), drenagem torácica (aspecto da secreção e quantidade drenada);

4.1.3 Alimentação e Eliminação Intestinal: dieta (SNG- sifonagem ou para dieta, SNE, V.O, NPT), aceitação e tolerância, vômitos (característica, nº vezes, quantidade), eliminações intestinais (característica, nº vezes, quantidade), ostomia (tipo), abdômen (globoso, distendido, flácido, em tábua, cirúrgico, presença de RHA);

4.1.4 Hidratação e Eliminação Vesical: eliminações vesicais por SVD ou espontânea, características da urina (cor, odor, depósito), débito urinário, globo vesical, corrimentos, sangramento uretral, problemas renais;

4.1.5 Integridade Cutâneo-Mucosa: couro cabeludo (pediculose, seborréia, sujidades, alopecia), olhos e pálpebras (icterícia, edema de esclerótica, secreções, hiperemia), boca e língua (saburrosa, lesões), pele (ictérica, cianótica, palidez cutâneo-mucosa, petéquias, equimoses, hematomas, umidade, , limpeza), membros (integridade, mobilidade, edema);

4.1.6 Regulação térmica e hemodinâmica: nível de consciência, perfusão periférica, sinais vitais (FC, P, T), ritmo cardíaco, PAM, uso de drogas vasoativas, PVC (observar o nível da cama);

4.1.7 Regulação hormonal: diabetes, glicemia capilar (HGT);

4.1.8 Segurança física: necessidade da prevenção de queda e isolamento (motivo);

4.1.9 Processos invasivos: catéteres (tempo de permanência);

4.1. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:

4.2.1 Meio Ambiente: Como percebe o ambiente da UTI?

4.2.2 Gregária e segurança emocional: De que maneira percebe a família?

4.2. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:

religiosa? Qual?

5 DADOS COMPLEMENTARES: TERAPÊUTICA E EXAMES;

ANEXO 2

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E DIAGNÓSTICO DA
NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA**

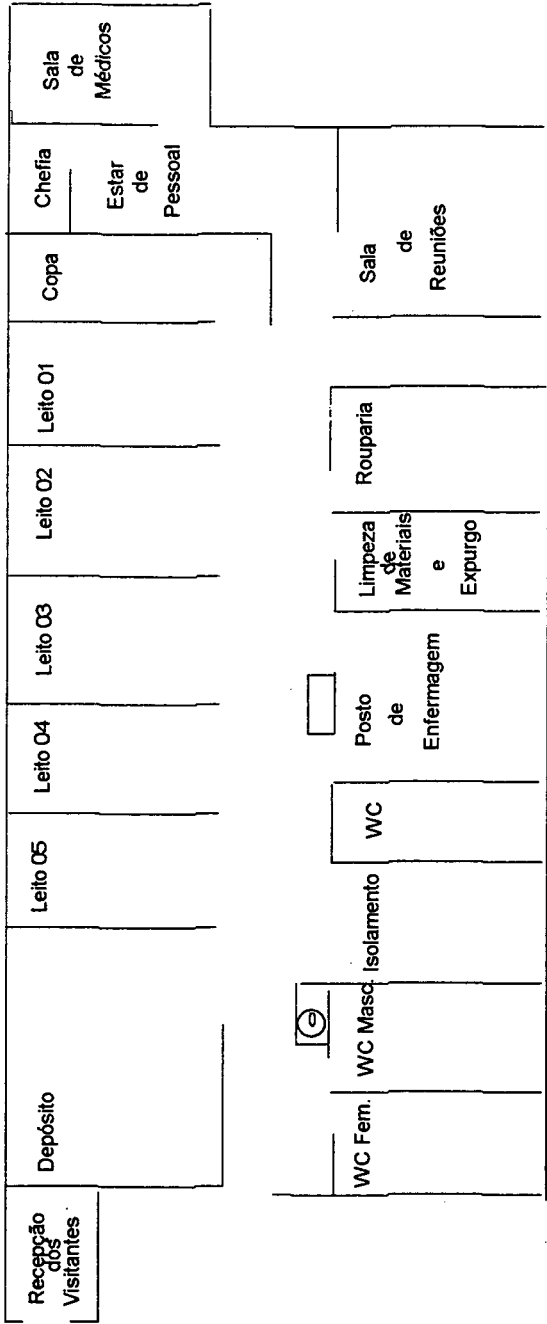
NECESSIDADES PSICOBiológicas	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
<p><u>Regulação Neurológica</u></p> <p>1. Disreflexia; 2. Negligência unilateral; 3. Comunicação verbal prejudicada; 4. Alteração do processo de pensamento; 5. Capacidade adaptativa intracraniana reduzida; 6. Confusão aguda; 7. Confusão crônica; 8. Memória prejudicada;</p> <p><u>Oxigenação</u></p> <p>9. Padrão respiratório ineficaz; 10. Troca de gases prejudicada; 11. Incapacidade para manter a respiração espontânea; 12. Desobstrução ineficaz das vias aéreas; 13. Resposta disfuncional ao desmame ventilatório;</p> <p><u>Regulação Vascular</u></p> <p>14. Débito cardíaco diminuído; 15. Alteração na perfusão tissular: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica;</p> <p><u>Hidratação</u></p> <p>16. Excesso no volume de líquidos; 17. Déficit no volume de líquidos; 18. Risco para o déficit no volume de líquidos;</p> <p><u>Eliminação</u></p> <p>19. Retenção urinária; 20. Alteração na eliminação urinária; 21. Incontinência por pressão; 22. Incontinência reflexa;</p>	<p>76. Gregária; 77. Isolamento social; 78. Interação social prejudicada;</p> <p align="center"><u>Comunicação</u></p> <p>79. Comunicação verbal prejudicada;</p> <p align="center"><u>Liberdade/Participação</u></p> <p>80. Adaptação prejudicada; 81. Estratégias ineficazes de resolução familiar: Incapacitantes; 82. Estratégias ineficazes de resolução familiar: Comprometedoras; 83. Estratégias ineficazes de resolução familiar: Potencial para crescimento; 84. Não comprometimento; 85. Conflito de decisão; 86. Alteração no processo familiar; 87. Processo familiar alterado: alcoolismo;</p> <p align="center"><u>Auto-imagem, Auto-estima, Aceitação</u></p> <p>88. Alteração no desempenho de papel; 89. Distúrbios na auto-estima; 90. Baixa auto-estima crônica; 91. Baixa auto-estima situacional; 92. Distúrbios da identidade pessoal; 93. Distúrbios no auto-conceito; 94. Estratégias defensivas de resolução;</p> <p align="center"><u>Auto-realização</u></p> <p>95. Conflito de desempenho de papéis dos pais; 96. Risco para vinculação pais-</p>	<p align="center"><u>Religiosidade, ética</u></p> <p>119. Angústia espiritual; 120. Potencial para melhora do bem estar espiritual; 121. Distúrbio do campo energético;</p>

<p>23. Incontinência impulsiva; 24. Incontinência funcional; 25. Incontinência total; 26. Constipação; 27. Constipação percebida; 28. Constipação colônica; 29. Incontinência intestinal; 30. Diarréia;</p>	<p>filho alterada;</p>	
<p><u>Integridade Cutâneo-Mucosa</u></p>	<p><u>Recreação/Lazer</u></p>	
<p>31. Integridade tissular prejudicada; 32. Alteração da mucosa oral; 33. Integridade da pele prejudicada; 34. Risco para prejuízo da integridade da pele; 35. Proteção alterada;</p>	<p>97. Déficit na atividade de lazer;</p>	
<p><u>Percepção dos órgãos dos sentidos</u></p>	<p><u>Segurança Emocional</u></p>	
<p>36. Alterações Sensoriais-Perceptivas: 37. Dor Aguda; 38. Dor Crônica;</p>	<p>98. Risco para violência; 99. Reação de pesar antecipada; 100. Reação de pesar disfuncional; 101. Negação ineficaz; 102. Medo; 103. Ansiedade; 104. Desesperança; 105. Resposta pós-trauma; 106. Síndrome do trauma de estupro; 107. Impotência; 108. Síndrome do estresse da mudança de ambiente;</p>	
<p><u>Regulação térmica</u></p>	<p><u>Amor, Afeto, Atenção</u></p>	
<p>39. Risco para a alteração da Temperatura Corporal; 40. Hipotermia; 41. Hipertermia; 42. Termoregulação Ineficaz;</p>	<p>109. Desgaste do papel de cuidador; 110. Risco para o desgaste do papel de cuidador;</p>	
<p><u>Segurança Física/Meio Ambiente</u></p>	<p><u>Espaço</u></p>	
<p>43. Risco para infecção; 44. Risco para ferimentos; 45. Risco para aspiração; 46. Risco para sufocação; 47. Risco para trauma; 48. Risco para envenenamentos; 49. Risco para auto-mutilação; 50. Comportamento infantil desorganizado; 51. Risco para o Comportamento infantil desorganizado; 52. Comportamento infantil: Potencial para melhora da organização;</p>	<p><u>Criatividade</u></p>	
<p><u>Terapêutica</u></p>	<p><u>Educação para a Saúde/Aprendizagem</u></p>	
<p>53. Síndrome do desuso; 54. Integridade tissular prejudicada;</p>	<p>111. Comportamento para elevar o nível de saúde; 112. Alteração da manutenção da saúde; 113. Controle ineficaz do regime terapêutico; 114. Regime terapêutico: individual; 115. Controle ineficaz do regime terapêutico: comunitário; 116. Controle ineficaz do regime terapêutico: familiar; 117. Não comprometimento; 118. Déficit de conhecimento;</p>	
<p><u>Alimentação</u></p>		
<p>55. Deglutição prejudicada; 56. Alteração da nutrição: mais do que o corpo necessita;</p>		

<p>57. Alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita;</p> <p>58. Alteração da nutrição: potencial para mais do que o corpo necessita;</p> <p>59. Déficit no auto-cuidado: alimentação;</p> <p>60. Amamentação ineficaz;</p> <p>61. Amamentação interrompida;</p> <p>62. Amamentação eficaz;</p> <p>63. Padrão ineficaz de amamentação infantil;</p> <p style="text-align: center;"><u>Atividade Física</u></p> <p>64. Modalidade física prejudicada;</p> <p>65. Intolerância à atividade;</p> <p>66. Fadiga;</p> <p>67. Potencial para intolerância à atividade;</p> <p>68. Risco para a disfunção Neurovascular periférica;</p> <p>69. Déficit no auto-cuidado: vestir-se, arrumar-se;</p> <p style="text-align: center;"><u>Sono e Repouso</u></p> <p>70. Distúrbio no padrão de sono;</p> <p style="text-align: center;"><u>Cuidado Corporal</u></p> <p>71. Déficit no auto-cuidado: Higiene Corporal;</p> <p>72. Déficit no auto-cuidado: Toailete;</p> <p style="text-align: center;"><u>Regulação: Crescimento Celular</u></p> <p>73. Alteração do crescimento e do desenvolvimento;</p> <p style="text-align: center;"><u>Sexualidade</u></p> <p>74. Disfunção Sexual;</p> <p>75. Alteração nos padrões de sexualidade;</p>		
---	--	--

ANEXO 3

ANEXO 4



Unidade de Terapia Intensiva
 Hospital Universitário
 Área Total - 302,52 m2

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos, através deste, solicitando o seu consentimento por escrito, para participar do nosso trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, que se desenvolverá na Unidade de Terapia Intensiva - UTI do Hospital Universitário - HU, nos meses de setembro, outubro e novembro do corrente ano.

O trabalho proposto, tem como objetivo desenvolver habilidades no cuidado de enfermagem ao paciente internado na UTI e aos seus familiares.

Sua participação será muito importante para melhora da qualidade na assistência prestada pela enfermagem da UTI ao paciente e ao seu familiar. Não utilizar-se-á os nomes dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo .

Agradecemos sua disposição em colaborar para que nosso objetivo seja alcançado.

Acadêmicas: Fernanda Fritzen Kuchler

Irene Isana Cechinel

Valeska P. M. Azevedo

Eu,..... consinto em participar deste trabalho,
desde que sejam respeitadas as colocações acima.

.....
Florianópolis, ____ / ____ / ____

ANEXO 6

ROTEIRO PARA TRABALHAR COM A FAMÍLIA

❖ ANTES DA VISITA:

- Levantar junto à família suas dúvidas e expectativas quanto ao ambiente da UTI e assistência ali praticada;
- Orientar os familiares quanto as características do ambiente, tais como número e distribuição dos leitos, necessidade e importância dos aparelhos;
- Orientá-los quanto as normas e rotinas da unidade: horário e tempo das visitas, lavagem das mãos, procedimentos efetuados, etc.;
- Informar os familiares quanto ao estado ou alterações do cliente e equipamento utilizados na unidade;
- Orientar e estimular o contato entre a família e o cliente, através da aproximação física e comunicação;

Abertura para questionamentos.

❖ DURANTE A VISITA:

- Promover a aproximação do familiar ao leito do respectivo cliente;
- Promover, dentro do possível, a privacidade entre o cliente e a família durante a visita permanecendo próximo, a fim de apoiar e ou esclarecer dúvidas;

❖ APÓS A VISITA:

- Indagar a família sobre suas dúvidas e ansiedades, procurando saná-las, quando possível;
- Entregar o *folder*;
- Realizar *feedback*, através do instrumento abaixo com os seguintes questionamentos:

- Como sentiu-se durante a visita?
- Quais as informações sobre seu familiar, você gostaria de saber?
- Qual sua opinião sobre a atenção fornecida a você (familiar), nesta UTI?
- Que sugestões você daria, para melhorar o atendimento à família nesta UTI?

ANEXO 7

Colaboração:
Enfermeiras:

Cleusa Vieira
Maria Bettina Bub
Viviana Freire

Acadêmicos de Enfermagem:

Patrícia Brill Lopes
Patrícia C. Müller
Silvia Letícia L. Pereira
Ulises P. Schwartman

Acadêmicos de Enfermagem

"Estamos trabalhando com vontade, carinho e determinação na busca da recuperação e do bem-estar dos clientes. Faremos tudo ao nosso alcance, para ajudar e cuidar com respeito daqueles que vocês amam".

Hospital Universitario-HU
Prof. Dr. Polydoro Ernani de
São Thiago

Orientações aos
Visitantes do Cliente
internado na Unidade
de Terapia Intensiva
(UTI)

A UTI é destinada à cuidar de pessoas com distúrbios graves de saúde ou que apresentam situações de risco.

A estrutura física da UTI é restrita e pequena, seus leitos estão dispostos lateralmente permitindo a observação permanente do cliente pela equipe de saúde. Para melhor atendê-los informamos que:

- 1) Horário fixo para Visita:
 - ☉ 11:00 às 11:30 horas;
 - ☉ 14:00 às 15:00 horas;
 - ☉ 20:30 às 21:00 horas.

2) Infelizmente não é possível a permanência de acompanhantes, assim como a visita de crianças menores de 12 anos, exceto aos domingos.

3) Boletim de Saúde: Informações sobre o estado de saúde do cliente serão dadas nos horários das 11:30 e 15:00 horas.

Obs.: As informações sobre o estado de saúde do cliente serão melhor compreendidas quando fornecidas pessoalmente, evitando qualquer mal entendido.

4) Para evitar extravios, as roupas e objetos pessoais serão entregues aos familiares ou guardados pelo responsável do plantão, na admissão do cliente.

5) Para melhor atender a higiene e conforto do cliente recomendamos que tragam os seguintes materiais:

- ⇒ Escova de dentes;
- ⇒ Pasta dental;
- ⇒ Sabonete;
- ⇒ Shampoo.

6) Para familiarizarmos o ambiente, sugerimos que tragam fotos, gravuras, orações, "dizeres" e etc. para colocarmos no mural do cliente.

7) Converse com o cliente sobre assuntos leves e agradáveis, e toque-o sempre que sentir vontade.

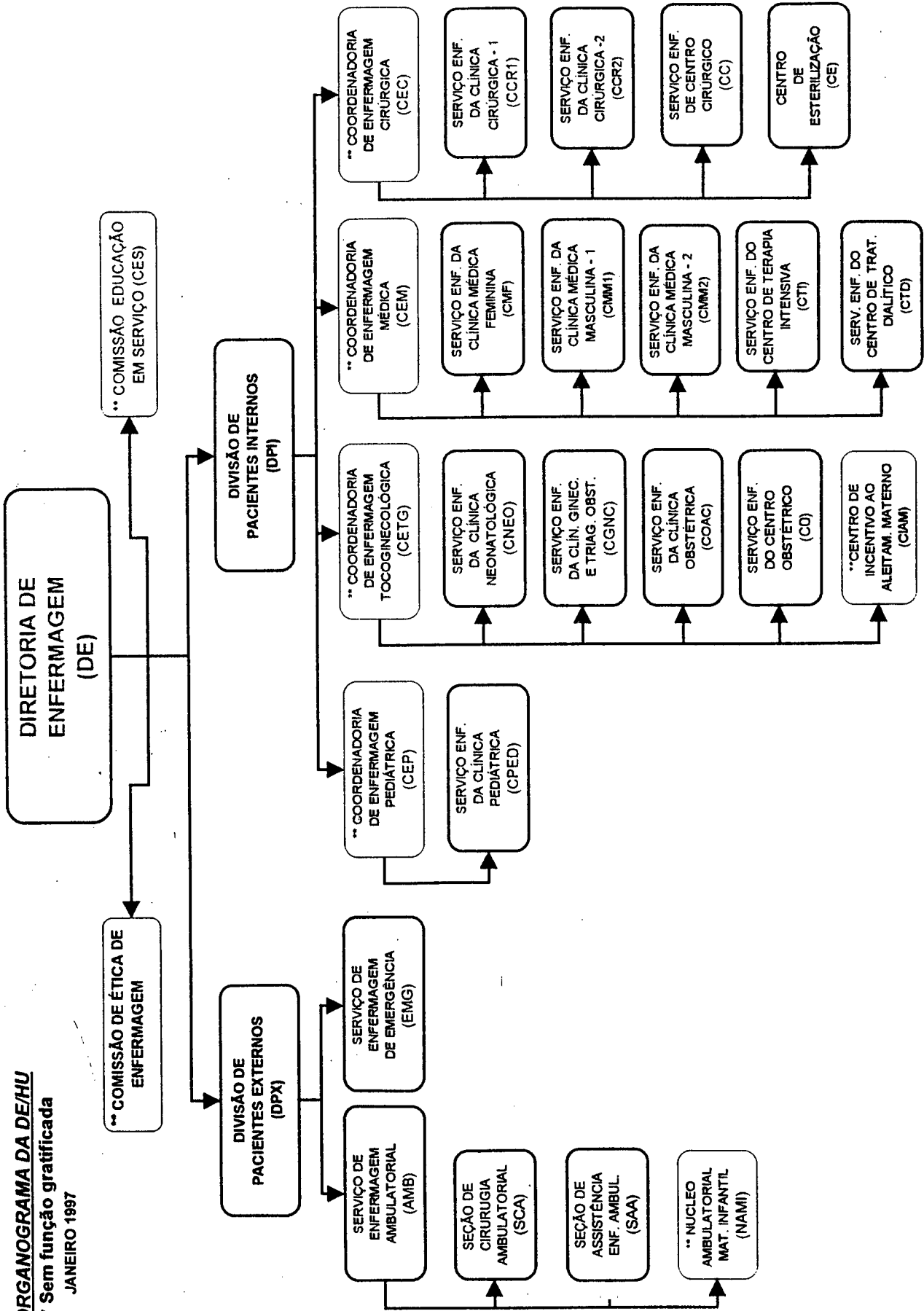
Obs.: As informações acima são passíveis de modificação de acordo com as circunstâncias de cada família. Para tanto fale com a (o) enfermeira (o) do turno.

ANEXO 8

ORGANOGRAMA DA DE/HU

** Sem função gratificada

JANEIRO 1997



ANEXO 9

Inclui dados verificados quando da admissão do paciente e observados por todos os elementos da equipe multiprofissional. (História atual, progressão exame físico). Datar e assinar cada relato.

ADMISSÃO UTI

DIA:

HORA:

Data: ____ / ____ / _____, Hora: ____

Assinatura e Carimbo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
HISTÓRICO DE SAÚDE

ANEXO 10

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA UTI:

Data: / / / Hora: Registro:

1 – Dados de Identificação:

Nome: Sexo: F() M () Idade: Peso:
Estado Civil: Procedência: Naturalidade:
Religião: Escolaridade: Profissão:

2 – Diagnóstico Médico:

Motivos da Internação na UTI:
O que você sabe sobre a sua doença?.....
O que você espera da enfermagem?.....

3 – Percepções e Expectativas:

Experiências anteriores com UTI: Sim () Não () n° de vezes: Motivos:
Preocupações e fatores que o incomodam:

4 – Problemas relacionadas com as NHBs (Exame Físico):

4.1. Necessidades Psicobiológicas:

4.1.1. Regulação Neurológica:

Desorientação () Confusão () Torpor () Coma () Tontura () Cefaléia () Distúrb. Visuais () Convulsões ()
Parestesia () Hiperestesia () Plegia () Paresia () Escala de Glasgow:+.....+.....=.....
Reflexo fotomotor + () - () Pupilas: miose () midríase () isocóricas () anisocóricas D>E () E>D ()
Reflexo córneo-palpebral D() E ()
Obs:

4.1.2. Oxigenação:

FR:mpm ritmo:..... tipo: simétrico () assimétrico () Vent. Espontânea ()
Tosse () Expectoração () Catéter de O2 ()l/min. Macronebulização ()l/min.
TOT () CUFF..... Traqueostomia () Vent. Mecânica () Modalidade FiO2.....%
PEEPcm/H2O PPI cm/H2O Vol.min. ml () SatO2% Dispneia () Ortopneia
Secreção traqueal () Quant.: pequena () média () grande () Características:.....
Secreção oral () Quant.: pequena () média () grande () Características:.....
Drenagem Torácica () Tempo: Características:
Obs:

4.1.3. Sono e Repouso:

Insônia () Agitação () Hábito () Obs:.....

4.1.4. Atividade Física:

Atividade Motora: Problemas em mov. Algum segmento do corpo () Qual (is):
Astenia () Miastenia () Confinamento ao leito () Mov. no leito ()
Obs:

4.1.5. Alimentação e Eliminações Intestinais:

Dieta Zero () SNG () sinf. () fechada () SNE () NPT () n° () V.O () Aceitação Boa () Ruim () Tolerância:
Boa () Ruim () Dif. na mastigação () Pirose () Disfagia () Anorexia () Náuseas () Vômitos () Quant.:
pequena () média () grande () n° de vezes.....dia Características..... Hábitos
Alimentares:.....
Eliminações Intestinais: presentes () ausentes () RHA+() - () Diarréia () Constipação () Melena ()
Enterorragia () Quant. fezes: pequena () média () grande ()
Características:..... n° de vezes.....dia
Ostomia () tipo:..... Volume de fezes Características:.....
Drenos () tipo:..... local (is):
Abdômen plano () globoso () distendido () flácido () depressível () tábua () cirúrgico ()
Obs:

4.1.6. Hidratação e Eliminações Vesicais:

Eliminação espontânea () solicitada () no leito () SVD () Códon () Débito deml/h.
Características:..... Disúria () Hematúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria ()
Retenção Urinária () Globo Vesical () Corrimentos uretrais () Leucorréia () Características:.....
..... Sangramento Uretral () Problemas Renais () tipo:..... Hemodiálise ()
Diálise Peritoneal () Ciclo Ingesta Hídrica: l/dia Preferências:.....
Obs:

4.1.7. Integridade Física:

Amputação () Local: Deformidades () Local:

Próteses: Cirurgias:.....

Obs:

4.1.8. Integridade Cutâneo-Mucosa:

Pele: Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Descamativa () Rush Cutâneo () Cianose () Escabiose ()
Petéquias () Equimoses () Hematomas () Umidade () Turgor: normal () diminuído () Anasarca ()

Lesões () tipo: Incisões cirúrgicas () locais:

Couro cabeludo: Pediculose () Seborréia () Sujidades () Alopecia () Outros:

Olhos e Pálpebras: Icterícia () Edema de esclerótica () Hipocromia () Secreção ocular ()

Ouvidos: Cerúmen () Descamação () Feridas () Fissuras ()

Boca: Língua Saburrosa () Afta () monilíase () Lesões () Sangramentos () Dentes: Ausência () quais:

..... Cáries () Próteses () Obs:

Nariz: Epistaxe () Feridas () Fissuras () Outros:.....

Garganta: Placas () Edema de Glote () Hiperemia () Outros:.....

Ânus: Hemorróidas () Fissuras () Permeabilidade + () - ()

MMSS: Edema ()/4 Ausência de pulsos () Lesões () Outros:

MMII: Edema ()/4 Ausência de pulsos () Lesões () Outros:

4.1.9. Cuidado Corporal:

Condições de higiene: Boas () Regulares () Péssimas () Necessita de auxílio () Necessita de tricotomia facial ()

4.1.10. Regulações:

T=.....°C PxA=mmHg FC=.....bpm ritmo.....

Precordialgia () Hemorragias () Politransfundido () PVCcm/H2O

PAM mmHg Quimioterapia () Radioterapia () Glicemia Capilar.....mg/dl.

Obs:.....

4.1.11. Terapêutica:

Rede venosa: visível () não visível () Musculatura: hipotrófica () distrófica () hipertrófica ()

Alergia à medicamento(s) () Qual (is):

Terapêutica:

Drogas vasoativas: Dopamina () Dobutamina () Nitroprussiato de sódio () gotas/min:.....

Psicotrópicos: Fentanil () Dormonid () Propofol () Outros:

Obs:

4.1.12. Segurança Física:

Necessidade de prevenção de Queda () motivo:

Necessidade de prevenção de Isolamento () motivo:

Obs:

4.1.13. Processos Invasivos:

Catéteres: Subclávia () Jugular () Marruca () Swan-Ganz () Outros:

local (is):..... tempo de permanência:dias.

Punção periférica: Abocath () Escalpe () local (is): tempo de permanência:

Obs:

4.2. Necessidades Psicossociais e Espirituais:

Segurança emocional: necessita de alguém ao seu lado () apresenta-se ansioso () angustiado () chora com frequência () quer receber visitas ()

Atenção: apresentou crise conversiva () chama a equipe com frequência ()

Auto-Imagem, Auto-Estima, Aceitação, Auto-Realização:

Comunicação: possui dificuldades na comunicação () comunica-se por gestos () por escrita () verbalmente () não se comunica ()

Gregária: possui boa interação social () prefere ficar sozinho () necessita da presença da família ()

Ambiente: não se adapta com facilidade a lugares e situações novas ()

Religiosidade: Necessita de apoio espiritual () Gostaria da presença de alguém da sua igreja ()

Educação para saúde: Encaminhamento () Necessita de orientação sobre a sua patologia ()

• Dados Complementares:

Enfermeiro (a):

ANEXO 11

UTI



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS
SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME _____ UNIDADE _____ CÓDIGO/C&C _____

NOME DO CLIENTE _____ ORGÃO EMISSOR _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

CEP _____ DATA DO NASCIMENTO _____ SEXO MASCULINO 1 FEMININO 3 CONDIÇÃO SEGURADO 2 CONJUGE 4 FILHO 6 OUTRO DEP. 8

NOME DO SEGURADO _____

PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL _____ VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO 1 EMPREGADO* 2 AUTÔNOMO 3 DESEMPREGADO 5 APOSENTADO 7 NÃO SEGURADO 9 CGC DA EMPRESA _____

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE _____ PROCED. SOLICITADO _____ CAR. INT. _____ DATA DA EMISSÃO _____ CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____ ASSINAT. MÉDICO RESPONSÁVEL _____

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO → CAUSA EXTERNA _____ CGC DA SEGURADORA _____ Nº DO BILHETE _____ SÉRIE _____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS _____

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS _____

DIAGNÓSTICO INICIAL _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

CLÍNICA

QUIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
PSIQUIÁTRICA	NEFROLOGIA	OUTRAS
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR) _____ CRM _____ DATA _____

ANEXO 12



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

NOME DO PACIENTE :

IDADE :

REGISTRO :

QUARTO :

DATA : / /

EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁLISE PERITONEAL | <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE , ORTESE |
| <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> PERMANÊNCIA À MAIOR | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE U.T.I. | <input type="checkbox"/> ESTREPTOQUINASE |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> ALBUMINA HUMANA |
| <input type="checkbox"/> OUTROS : _____ | |

JUSTIFICATIVA :-

CÓDIGO PROCEDIMENTO

DATA : ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico / CRM

DATA : ____ / ____ / ____

Autorização Diretor Clínico

ANEXO 13

ANEXO 14



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE MATERIAL

**REQUISIÇÃO
DE
MATERIAL**

Número: _____

CÓDIGO CENTRO CUSTO	Nome do C. de Custo:	Preenchido por:	Ramal:	Data: ____/____/____
---------------------	----------------------	-----------------	--------	----------------------

Item	Cod. do Material	DV	Unid.	Quantidade Fornecida	Nome do Material	Quant. Ped.
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVAÇÕES: 1 - Preenchimento à caneta esferográfica, em letra de forma, ou à máquina;
2 - Inexistência de rasuras;
3 - É de responsabilidade do requisitante preencher os seguintes campos: COD. C. DE CUSTO, NOME DO C. DE CUSTO, DATA, COD. DO MATERIAL (DV), NOME, UNIDADE, QUANT. PEDIDA.

Carimbo e ass. do responsável: _____ Recebi em: ____/____/____ Ass.: _____

ANEXO 15

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL					REQUISIÇÃO DE MATERIAL	NÚMERO	
CODIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI			PREENCHIDO POR SMR	RAMAL 9192 / 9193	DATA
ITEM	C. MAT.	D.V.	UN	Q.F.	NOME DO MATERIAL	COT	Q.P.
82	01369	2	PE		SONDA LEVINE n 12	-	
83	01370	6	PE		SONDA LEVINE n 14	03	
84	01371	4	PE		SONDA LEVINE n 16	03	
85	01372	2	PE		SONDA LEVINE n 18	03	
86	01373	0	PE		SONDA LEVINE Nº 20	-	
87	01375	7	PE		SONDA OXIGENIO n 06	04	
88	01376	5	PE		SONDA OXIGENIO n 08	20	
89	01378	1	PE		SONDA RETAL n 04	-	
90	01379	0	PE		SONDA RETAL n 06	-	
91	01380	3	PE		SONDA RETAL n 08	-	
92	01381	1	PE		SONDA RETAL n 10	-	
93	01382	0	PE		SONDA RETAL n 12	-	
94	01383	8	PE		SONDA RETAL n 14	02	
95	01384	6	PE		SONDA RETAL n 16	-	
96	01385	4	PE		SONDA RETAL n 18	-	
97	01386	2	PE		SONDA RETAL n 20	02	
98	01425	7	PE		SONDA URETRAL n 04	-	
99	01426	5	PE		SONDA URETRAL n 06	-	
100	01415	0	PE		SONDA URETRAL n 08	-	
101	01416	8	PE		SONDA URETRAL n 10	-	
102	01417	6	PE		SONDA URETRAL n 12	02	
103	01418	4	PE		SONDA URETRAL n 14	02	
104	01419	2	PE		SONDA URETRAL n 16	01	
105	01420	6	PE		SONDA URETRAL n 18	-	
106	01421	4	PE		SONDA URETRAL n 20	-	
107	01802	3	PE		CAT DIALISE PERITONEAL S/ EST.	02	
108	01769	8	PE		TORNEIRINHA 3 vias	10	
109	13579	8	PE		PERFUSOR SET 60 cm	06	
110	14163	1	PE		PERFUSOR SET 20 cm	-	
111	00882	6	CT		COPO PARA CAFÉ	02	
112	01463	0	PE		LUVA GINECOLOGICA	200	
113	15883	0	CX		LUVA P/ PROCEDIMENTOS M	07	
114	15883	1	CX		LUVA P/ PROCEDIMENTOS P	-	
115	15748	4	PE		EQ. BOMBA INFUSÃO BB PRETO	10	
116	15748	5	PE		EQ. BOMBA INFUSÃO BB BRANCO	40	
117	15748	6	PE		EQ. B. INF. C/ BUR BB BRANCO	03	
118	15748	7	PE		EQ. B. INF. C/ BUR BB PRETO	-	
119	13859	2	UN		EQ. BOMBA INF B.B. S/ RESP.	-	
120	15748	4	UN		EQ. BOMBA INF B.B. C/ RES. NPP	10	

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) item(s) _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Justificativa: _____

Ass. Enf^a Unidade

Autorização Chefia: Coord. ou DPI

ANEXO 16

ANEXO 17

ANEXO 18

QUANTIDADE DE MATERIAL PERMANENTE DISPONÍVEL
NA UTI DO HU, NO MÊS DE NOVEMBRO DE 1999

ESPECIFICAÇÃO DE MATERIAL PERMANENTE	QUANTIDADE
INTERMEDIÁRIO DE NEBULIZAÇÃO	13
COPOS PARA NEBULIZAÇÃO	09
MACRONEBULIZADORES	11
TRAQUÉIAS PARA MACRONEBULIZAÇÃO	13
MÁSCARA PARA MACRONEBULIZAÇÃO	14
MÁSCARAS BIPAP	07
TRAQUÉIAS BIPAP	04
AMBÚ	11
MÁSCARA PARA AMBÚ	04
BICO DE GUEDEL	08
VIDROS DE ASPIRAÇÃO COM VÁLVULA	10
VIDROS DE ASPIRAÇÃO SEM VÁLVULA	05
VIDRO DE PEEP	01
MAMADEIRA DE OXIGÊNIO	17
LÂMINAS PARA LARINGOSCÓPIO	09
CABOS DE LARINGOSCÓPIO	02
ESTETOSCÓPIOS	11
ESFIGNOMANÔMETROS	08
TERMÔMETROS	07
BOMBAS DE INFUSÃO	17
BOMBA DE SERINGA	02
BOMBA DE DIETA	01

SUPORTE PARA BOMBA INFUSÃO	17
SUPORTE PARA TRANSPORTE	04
SUPORTE DE SORO	06
AQUECEDOR	01
APARELHO DE ECG	02
CABOS DE ECG	09
CARDIOVERSOR	01
ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA	01
RESPIRADORES	05
BIPAP	02
MONITORES CARDÍACOS	06
OXÍMETRO PORTÁTIL	01
OXÍMETRO CABECEIRA	02
PRESSÃO NÃO INVASIVA	02
TORPEDO DE OXIGÊNIO	01

ANEXO 19

ANEXO 20

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DAS SEÇÕES DE
INTERNAÇÃO E EMERGÊNCIA

- 01 Cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir e fazer cumprir o Regimento Geral, Regulamento, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem.
- 03 Promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas e Estimular o trabalho em equipe.
- 04 Manter um bom entrosamento com as outras seções do Hospital e outras Instituições.
- 05 Realizar reuniões com os servidores de seu turno.
- 06 Participar de reuniões e comissões quando convocado.
- 07 Participar, colaborar e estimular a participação da equipe de enfermagem Nos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 08 Promover a integração Docente Assistencial.
- 09 Desenvolver e/ou colaborar em pesquisa.
- 10 Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, rotinas e Normas.
- 11 Manter as chefias imediatas informadas das ocorrências da Seção.
- 12 Avaliar periodicamente os servidores de seu turno.
- 13 Revisar e assinar requisições de sua competência expedida pela Seção.
- 14 Orientar e supervisionar e utilização do material de consumo, permanente e equipamentos.
- 15 Orientar e supervisionar os servidores de seu turno quanto a ordem, limpeza e organização da Seção.
- 16 Orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao cliente Segundo os "Padrões de Assistência de Enfermagem".
- 17 Fazer diariamente a prescrição de enfermagem, segundo o método de Assistência.
- 18 Orientar, supervisionar e avaliar no seu turno a qualidade das anotações de enfermagem.
- 19 Coordenar a passagem de plantão.
- 20 Visitar diariamente todos os clientes da Seção.
- 21 Receber os clientes na admissão, fornecendo orientações referentes rotina da Instituição
- 22 Fornecer informações a clientes, médicos, professores, alunos, familiares, visitas, servidores.
- 23 Acompanhar a visita médica aos clientes de acordo com as prioridades.
- 24 Programar as atividades diárias dos funcionários
- 25 Supervisionar a organização dos prontuários.
- 26 Estabelecer os horários nas prescrições médicas.
- 27 Supervisionar a execução e checagem das prescrições médicas de enfermagem.
- 28 Anotar e supervisionar os registros do censo diário.
- 29 Solicitar a presença médica na Seção quando necessário.
- 30 Orientar, preparar e encaminhar clientes para exames, tratamentos, transferências e outros. Acompanhar os clientes graves em exames e transferências sempre que possível.
- 31 Supervisionar o controle dos psicotrópicos
- 32 Prestar assistência de enfermagem ao cliente cabendo-lhe os seguintes procedimentos:

**HOSPITAL UNIVERITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM**

**ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DAS
UNIDADES DE INTERNAÇÃO, UTI, EMERGÊNCIA E
AMBULATÓRIO**

- 01 Cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem.
- 03 Participar dos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 04 Participar das reuniões de sua equipe ou das chefias, quando convocado.
- 05 Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem, clientes, chefias, professores, alunos, familiares e servidores de outras Seções do Hospital.
- 06 Participar da passagem de plantão, colaborando com sugestões e comentários.
- 07 Apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome.
- 08 Explicar ao cliente o que será feito antes de cada atividade.
- 09 Fazer diariamente anotações referentes aos cuidados prestados e ocorrências observadas.
- 10 Comunicar ao enfermeiro as intercorrências observadas na Seção.
- 11 Atender as campainhas, resolver os problemas de sua competência e transferir os que não lhe competem.
- 12 Acompanhar clientes para outras Seções do Hospital ou entidades de saúde quando solicitado.
- 13 Arrolar e identificar a roupa e pertences do cliente.
- 14 Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo Serviço de Processamento de Roupas.
- 15 Proporcionar recreação e banho de sol para o cliente.
- 16 Preparar clientes, por ocasião da admissão, alta e transferência.
- 17 Executar cuidados pós morte.
- 18 Auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos.
- 19 Zelar pela limpeza, ordem e conservação dos materiais e ambiente.
- 20 Manter limpo, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual do cliente de acordo com o seu grau de dependência.
- 21 Preparar o cliente, material e ambiente para realização de exames e testes Diagnósticos.
- 22 Auxiliar o médico ou enfermeiro na realização de exames e tratamentos .
- 23 Controlar a medicação psicotrópica.
- 24 Organizar o material para troca na Central de Esterilização .
- 25 Executar e checar prescrições médicas e de enfermagem de acordo com os Padrões e anotar os resultados dos seguintes procedimentos:
 - ▷ Sinais Vitais
 - ▷ Oxigenoterapia
 - ▷ Fluidoterapia
 - ▷ Mudança de decúbito
 - ▷ Higiene e conforto
 - ▷ Exercícios respiratórios
 - ▷ Movimentação passiva e ativa
 - ▷ Deambulação
 - ▷ Glicosúrias e cetonúrias

- ▷ Aplicações quentes e frias
- ▷ Dados antropométricos
- ▷ Alimentação e hidratação
- ▷ Preparação e ministração de medicamentos
- ▷ Punção Venosa
- ▷ Controle de ingesta e excreta
- ▷ Lavagem Intestinal
- ▷ Aspiração orotraqueal
- ▷ Nebulizações
- ▷ Tapotagem e drenagem postural
- ▷ Restrições
- ▷ Curativos
- ▷ Troca de frascos de drenagem de tórax
- ▷ Embrocação vaginal
- ▷ Balanço hídrico
- ▷ Instalação e leitura de PVC
- ▷ Programa da Diálise Peritoneal
- ▷ Programa de Hemodiálise
- ▷ Sondagem vesical
- ▷ Sondagem nasogástrica
- ▷ Sondagem enteral

26 Prestar assistência de enfermagem aos pacientes em: testes alérgicos, colonoscopia, eletroencefalograma, endoscopia, broncoscopia e aparelho gessado.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE SAÚDE

- 01 Cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção.
- 03 Participar dos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 04 Participar de reuniões de sua equipe ou das chefias quando convocadas.
- 05 Manter um bom relacionamento com todos membros da equipe de enfermagem, clientes, com os elementos, de outras seções do hospital, chefias, professores, alunos, familiares e outros.
- 06 Participar da passagem de plantão, colaborando com sugestões e comentários.
- 07 Apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome.
- 08 Explicar ao cliente o que será feito antes de cada atividade.
- 09 Fazer diariamente anotações referentes aos cuidados prestados e ocorrências observadas.
- 10 Comunicar ao enfermeiro as intercorrências observadas na Seção.
- 11 Atender as campainhas, resolver os problemas de sua competência e transferir os que não lhe competem.
- 12 Acompanhar ou transportar clientes para outras seções do Hospital Universitário ou entidade de saúde quando solicitado.
- 13 Arrolar e identificar as roupas e pertences do cliente.
- 14 Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo Serviço de lavanderia.
- 15 Proporcionar recreação e banho de sol para o cliente.
- 16 Auxiliar na preparação dos clientes por ocasião da admissão, alta e transferência.
- 17 Executar e anotar os cuidados pós-morte.
- 18 Auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos.
- 19 Zelar pela limpeza, ordem e conservação dos materiais e ambientes.
- 20 Manter limpo, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual do cliente de acordo com seu grau de dependência.
- 21 Executar e checar prescrições de enfermagem de acordo com os padrões e anotar os resultados dos seguintes procedimentos:
 - Controle de Ingesta e Excreta.
 - Deambulação.
 - Verificação de dados antropométricos
 - Mudança de decúbito
 - Higiene e conforto
 - Alimentação e hidratação.
 - Movimentação passiva e ativa.

ANEXO 21

ANEXO 22

ANEXO 23

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

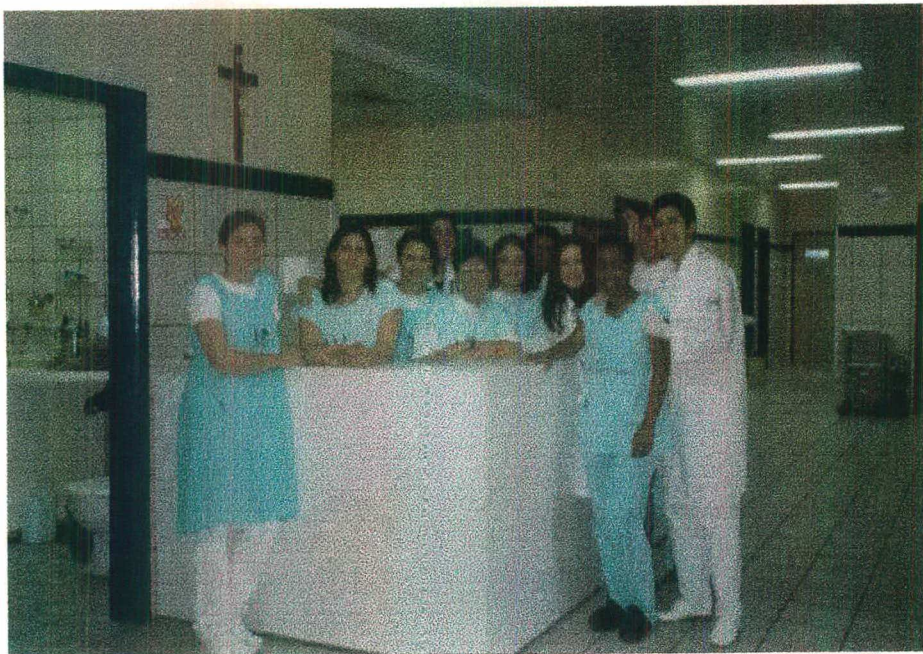


FOTO AUTORIZADA

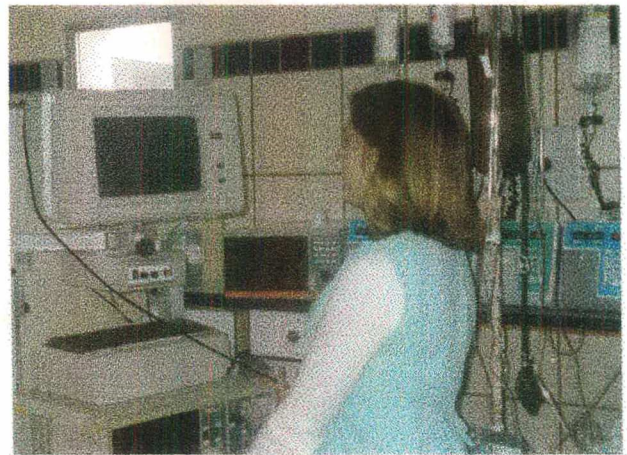
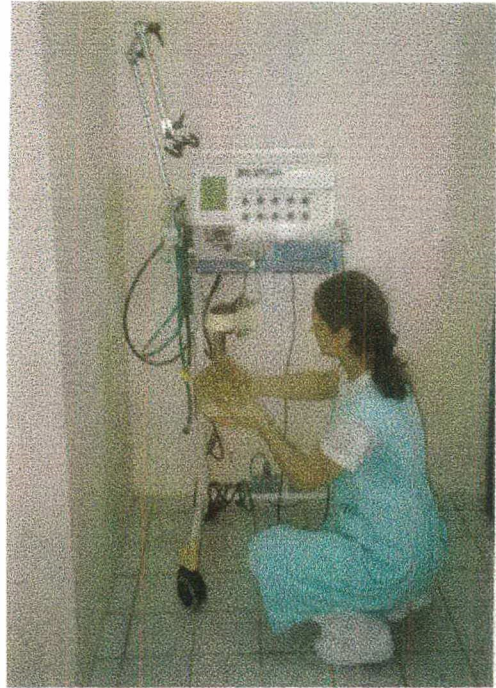
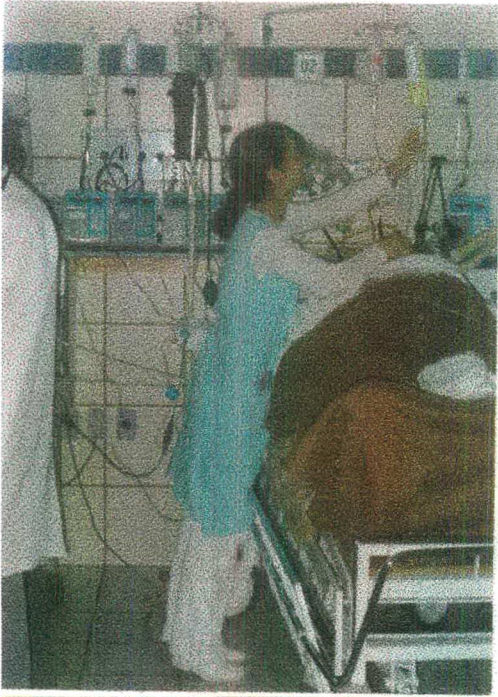
EQUIPE DE ENFERMAGEM



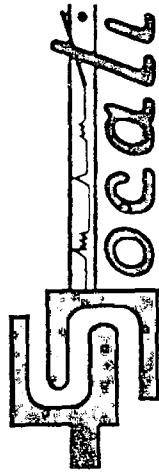
FOTO AUTORIZADA

ANEXO 24

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM



ANEXO 25



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

CERTIFICADO

Conferimos **IRENE ISANA CECHINEL**
o presente certificado por ter participado DO III ENCONTRO CATARINENSE

DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado nos dias 05 e 06/11/99..

Florianópolis, 06 de novembro de 1999.

Dr. Fernando Osni Machado
Presidente as SOCATI

Dr. Rachel Duarte Moritz
Secretária da SOCATI



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

CERTIFICADO

Conferimos **FERNANDA FRITZEN KUCHLER**
o presente certificado por ter participado DO III ENCONTRO CATARINENSE
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado nos dias 05 e 06/11/99..

Florianópolis, 06 de novembro de 1999.

Dr. Fernando Osni Machado
Presidente as SOCATI

Dr. Rachel Duarte Moritz
Secretária da SOCATI



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

CERTIFICADO

Conferimos **VALESKA PEIXOTO DE MELLO AZEVEDO**
o presente certificado por ter participado DO III ENCONTRO CATARINENSE
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado nos dias 05 e 06/11/99..

Florianópolis, 06 de novembro de 1999.

Dr. Fernando Osni Machado
Presidente as SOCATI

Dr. Rachel Duarte Moritz
Secretária da SOCATI

ANEXO 26

"Nós, os profissionais da UTI, trabalhamos juntos, com vontade, determinação e respeito, objetivando a recuperação e o bem-estar daqueles que são especiais para vocês".

Equipe multiprofissional da UTI.

Elaborado pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem:

Fernanda Fritzen Kuchler
Irene Isana Cechinel
Valeska P. de Mello Azevedo

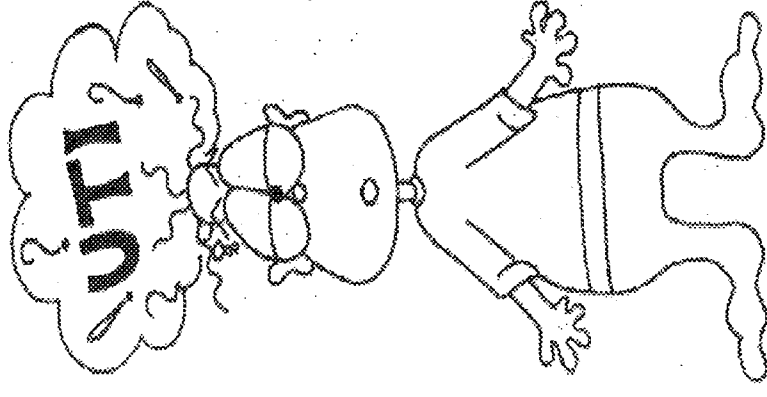
Colaboração:

Prof^ª. Eliane R. P. do Nascimento
Enf^ª. Josiane de Jesus Martins
Enf^ª. Viviana L. I. Freire

Obs.: A construção deste *folder* foi baseada no folheto explicativo criado pelas acadêmicas do Curso de Enfermagem, formadas no primeiro semestre do ano de 1999. As ilustrações foram inspiradas nas existentes em publicação intitulada "A Enfermagem em UTI: um momento de reflexão.", (Ciosak & Sena, 1983).

UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA - UTI

"INFORMAÇÕES
AOS VISITANTES"



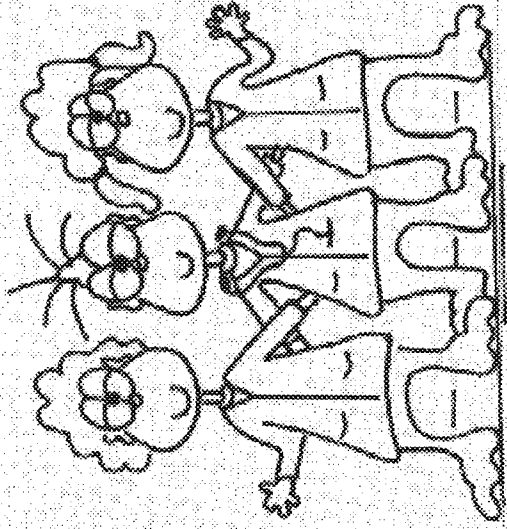
Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário - HU
Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago

O que é UTI?

A UTI é um local do hospital, onde os pacientes ficam para uma possível recuperação, através do acompanhamento de todos os profissionais de saúde.

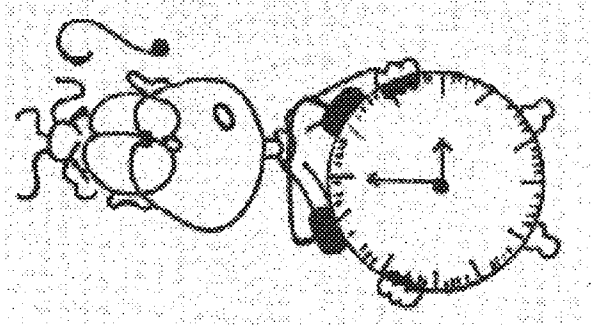
Como os pacientes da UTI são cuidados?

Os cuidados são realizados 24 horas por dia, pelos profissionais de saúde, que são: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista. Também são utilizados máquinas e aparelhos, que ajudam na recuperação dos pacientes.



Quais os horários de visitas?

- ☺ Das 11:00 às 11:30 horas.
- ☺ Das 14:00 às 15:00 horas.
- ☺ Das 20:30 às 21:00 horas.



Como são fornecidas as informações sobre o estado de saúde do paciente?

As informações são fornecidas pelo médico de plantão e pela enfermeira do turno, nos seguintes horários:

- ☺ Das 11:30 às 12:00 horas.
- ☺ Das 15:00 às 15:30 horas.

Obs.: Lembramos que as informações somente serão dadas pessoalmente;

De que forma os familiares poderão contribuir no cuidado ao paciente?

Trazendo alguns objetos pessoais dele, podendo ser: escova de dentes, xampu, sabonete, travesseiro, pente ou escova de cabelos. Pode-se trazer também, fotografias e orações. **É importante o contato com o paciente, portanto não tenha receio de aproximar-se, até mesmo tocando-o, e conversando sobre assuntos agradáveis.** Procure permanecer tranquilo, isto ajudará você e o paciente.

No caso de dúvidas, a quem deve-se procurar?

O enfermeiro responsável pelo turno.

ATENÇÃO:

As orientações dadas anteriormente são flexíveis de acordo com a situação de cada família. Se houver alguma dificuldade, exponha o seu problema ao enfermeiro responsável pelo turno. Nosso objetivo maior é o de atendê-los adequadamente, logo suas sugestões nos interessam.

ANEXO 27

RELATO DOS FAMILIARES

1. Como sentiu-se durante a visita?

- *Entristecida com a situação de meu pai por saber que não há solução. É um choque, mesmo assim, vê-lo acamado, amarrado e cheio de aparelhos.(Orquídea)*
- *Bem no primeiro dia, no segundo fiquei desesperada devido ao BIPAP, não sabia o que era aquilo.(Camélia)*
- *Deprimida.(Jasmim)*
- *Bem, pois senti que minha filha está sendo muito bem cuidada.(Dália)*
- *Ruim, angustiada. Não suporto ficar olhando ele daquele jeito, cheio de aparelhos.(Hortênci)*
- *Bem tranquilo, pois já tive experiência com outras internações, na clínica, e vi que meu parente está se recuperando bem, mesmo sendo na UTI.(Lírio)*
- *Triste, por saber que o quadro clínico é bem ruim e as esperanças estão diminuindo.(Dama da noite)*
- *Bem, pois fui muito bem atendida e percebi que meu parente está recebendo o melhor atendimento possível.(Azaléia)*
- *Me sinto angustiada ao ver o meu parente com aqueles tubos, não gosto de vê-lo assim.(Margarida)*
- *Em todas as vezes que estive aqui, nunca fui tão bem recebido como hoje estou sendo por você (acadêmica), dificilmente vejo o pessoal da enfermagem se envolver com a gente da família.(Cravo)*
- *Sabe, quando soube que meu marido estava na UTI, pensei que ele já estivesse morto e que vocês queriam me enganar com esse papo de estado grave. Depois que entrei aqui pela primeira vez, vi que ele estava vivo, mas ainda assim me sentia muito angustiada, não sabia para que serviam todos aqueles aparelhos, aquelas máquinas, achava que meu marido iria morrer. Com o passar do tempo fui entendendo melhor para que serviam*

aquelas máquinas e hoje eu sei o quanto é importante o trabalho de vocês da UTI, mesmo sabendo que ele ainda corre risco de morrer.(Rosa)

- *Bem menos angustiada que ontem.*(Bromélia)
- *Muito bem.*(Crisântemo)
- *Esta já é a segunda internação em uma UTI, mas mesmo assim é muito ruim o ver internado, sem reação e com todos aqueles aparelhos.*(Amor-perfeito)
- *Bem, pois tento trazer tranquilidade e passar bons sentimentos para o pai. Me sinto recompensada quando vejo ele reagir de alguma forma, aí até esqueço que ele está naquele “carro alegórico”.*(Girassol)

2. Quais as informações sobre seu familiar, você gostaria de saber?

- *Tenho as informações necessárias e suficientes.*(Orquídea)
- *Acho que deveria receber uma atenção maior por telefone, pelo menos como passou a noite, se comeu, a pressão e a respiração.*(Camélia)
- *Nenhuma, tenho tido informações suficientes e tem sido bem claras.*(Jasmim)
- *Estou recebendo todas as informações necessárias, tanto pelos médicos quanto pelos enfermeiros.*(Dália)
- *Gostaria de saber o que realmente está acontecendo com a paciente.*(Hortências)
- *No momento, nenhuma.*(Dama da noite)
- *Não tenho dúvidas.*(Azaléia)
- *Já é o suficiente.*(Lírio)
- *Estou recebendo e entendendo bem todas as informações, às vezes os médicos falam umas coisas que não entendo, mas logo pergunto o que significa.* (Cravo)
- *Já fui bem orientada.*(Margarida)
- *Recebi as informações suficientes.*(Girassol)
- *Recebi todas as informações, não tenho mais nada para perguntar.*(Crisântemo)
- *Gostaria de saber sobre todas as reações que ele tiver.*(Amor perfeito)
- *Estou recebendo todas as informações que acho necessárias, tanto sobre o meu parente quanto das rotinas da UTI.*(Bromélia)

- *Gostaria de ser informada quando que ele vai sair para fazer exames, principalmente se for nos horários de visitas, pois moro longe e tenho filho pequeno e muito triste quando consigo sair para visitar e meu marido não está na UTI.(Rosa)*

3. Qual sua opinião sobre a atenção fornecida a você (familiar), nesta UTI?

- *Me sinto bem recepcionado pelo pessoal da UTI, sei do regime do hospital.(Orquídea)*
- *Ótimo até agora.(Dama da noite)*
- *Vocês tem feito o que podem, só peço para que não deixem mais a gente ficar esperando tanto tempo pela cirurgia.(Camélia)*
- *Me sinto bem orientada. Todos estão sendo bastante atenciosos, pois até permitem que as visitas sejam mais prolongadas, devido aos problemas de deslocamento que tenho por ser de outra cidade.(Dália)*
- *Pelas poucas vezes que estive aqui gostei muito do atendimento, gostaria que continuassem assim ou melhor.(Hotência)*
- *Excelente.(Jasmim)*
- *Sou bem atendida e bem tratada por todos.(Girassol)*
- *Até o momento todos nós da família e o nosso pai, estão recebendo uma atenção muito especial. Os médicos e a equipe de enfermagem foram bem receptivos e atenciosos desde a internação na emergência.(Azaléia)*
- *Eu sei que vocês estão fazendo o possível lá dentro para cuidar bem do meu marido e fazê-lo viver. Mas muitas vezes vocês esquecem que tem gente aqui fora morrendo por quem está lá dentro internado.(Rosa)*
- *Estou sendo muito bem tratada.(Amor perfeito)*
- *Ainda não tenho condições de avaliar a atenção, pois hoje é o primeiro dia de vista na UTI depois de alguns dias de internação na emergência, onde não tínhamos informações concretas.(Crisântemo)*
- *É boa, sempre me dão informações sobre como ele está hoje.(Lirio)*
- *Acho que o pessoal da enfermagem da muito pouca atenção à família.(Cravo)*

- *É muito boa, dão informações sobre o estado do paciente, o pessoal da enfermagem (tarde), conversa, traz a cadeira para me sentar ao lado de meu marido.(Rosa)*
- *Excelente.(Bromélia)*

4. Que sugestões você daria, para melhorar o atendimento à família nesta UTI?

- *Não tenho sugestões para dar.(Orquídea)*
- *Atenção na hora do telefone e horário de visitas mais extenso.(Camélia)*
- *Tem pessoas que não dão atenção e não explicam direito o que pergunto.(Lirio)*
- *Se melhorar pode estragar.(Dália)*
- *Ter mais tempo para o horário de visitas.(Hortênciã)*
- *Está tudo muito bom.(Bromélia)*
- *Hoje é o primeiro dia de internação e não tenho sugestões para fazer.(Crisântemo)*
- *Gostaria de dizer que este horário de visitas é ótimo pois facilita a vinda de diversos parentes.(Amor perfeito)*
- *Está bom assim.(Girassol)*
- *Que se tenha melhores e mais definidas informações.(Jasmim)*
- *Não tenho sugestões, pois não tenho conhecimento para isso.(Azaléia)*
- *Dialogo da enfermagem com a família e notícias por telefone, principalmente aqueles que moram longe.(Cravo)*
- *Melhorar as informações a respeito dos horários de saídas dos pacientes para exames e a liberação dos menores para virem visitar seus familiares.(Rosa)*

ANEXO 28

INTERAÇÃO COM AS FAMÍLIAS

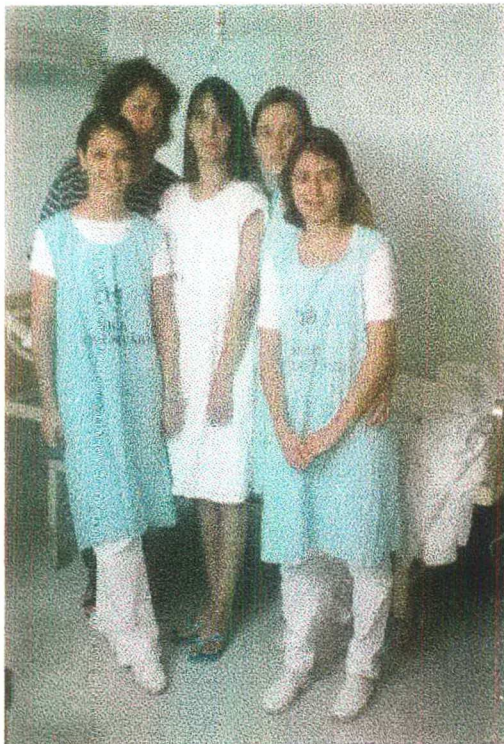


FOTO AUTORIZADA



FOTO AUTORIZADA

ANEXO 29

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA-ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Abre espontaneamente	4
	Abre ao comando	3
	Abre à dor	2
	Não abre	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Não verbaliza	1
Resposta Motora	Obedece ao comando verbal	6
	Localiza à dor	5
	Flexão normal em retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Sem resposta	1

NÍVEL DE SEDAÇÃO-ESCALA DE RAMSAY

- 1-Acordado, mas ansioso e agitado.
- 2 Acordado, mas tranquilo e cooperativo.
- 3-Dormindo, mas acorda aos estímulos táteis e aos chamados.
- 4 -Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e aos chamados.
- 5-Dormindo, resposta fraca somente aos estímulos dolorosos.
- 6-Sem resposta aos estímulos dolorosos, ideal para curarização.



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

DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA INT 5134

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

*O Trabalho está excelente e contempla
as alterações sugeridas pelos membros
da banca examinadora*

Parabéns!

Cláudio R. P. do Nascimento

17.12.1999.