

Agradecimentos

À Deus...

Por nos dar o Dom da vida, por iluminar nossos caminhos, guiar os nossos passos, por ter nos acalmado nas horas de desespero e por estar sempre conosco.

“Eu pedi forças... e Deus deu-me dificuldades para fazer-me forte.

Eu pedi sabedoria... e Deus deu-me problemas para resolver

Eu pedi prosperidade... e Deus deu-me cérebro e músculos para trabalhar.

Eu pedi coragem... e Deus deu-me obstáculos para superar.

Eu pedi amor... e Deus deu-me pessoas com problemas para ajudar.

Eu pedi favores... e Deus deu-me oportunidades.

Eu não recebi nada do que pedi... mas eu recebi tudo de que precisava.”(Autor Desconhecido).

Obrigada por tudo!

Aos nossos Pais...

Por nos dar a Vida, por buscarem sempre nos dar o melhor, mesmo quando tiveram que abrir mão de seus desejos para que pudéssemos realizar os nossos. Pelo exemplo de caráter, de respeito, de dignidade, de honestidade, de amor a vida e ao próximo. Pelo estímulo, pela paciência mesmo nas horas em que não tínhamos razão e por estarem sempre ao nosso lado nos apoiando, acreditando no nosso potencial.

Amamos Vocês!

Aos nossos Irmãos...

Pelo companheirismo, pela força e por muitas vezes suportarem nosso mau humor com paciência.

Obrigada Graziela, Michel, Felipe, Roberto, Rodrigo e Alessandra!

Ao nossos amores...

Pelo amor, apoio, paciência, ajuda, companheirismo e compreensão, sendo muitas vezes nossas fontes de inspiração para seguir em frente.

Obrigada Fábio e Victor!

Aos nossos Amigos...

Por estarem sempre presentes tanto nos momentos de alegria como nos de tristeza. Por falarem as palavras certas nas horas certas. Pelo ombro que muitas vezes foi o ouvido amigo. Pela demonstração de carinho, confiança e incentivo.

Obrigada!

À nossa Orientadora Eliane...

Pelo apoio, demonstração de conhecimento e companheirismo. Por ser além de orientadora, um exemplo de profissional e de ser humano.

Obrigada pela palavra amiga e por nos mostrar o caminho!

A Tânia...

Pelo comprometimento, disponibilidade e sugestões em nosso trabalho, que contribuiu para o nosso crescimento enquanto acadêmicas.

Obrigada!

Aos nossos Supervisores Cleusa e Luis Scarduelli...

Por dividirem seu espaço, compartilharem seus conhecimentos e pela demonstração de competência e profissionalismo. Pelo incentivo, pela compreensão, por acreditarem em nossa capacidade e por tornarem nosso dia-a-dia mais alegre.

A Josiane...

Pelo apoio, disponibilidade e contribuições. Pelo exemplo de profissionalismo. Sua garra é invejável.

Obrigada por tudo!

Aos Profissionais da UTI do HU...

Pela receptividade e por se mostrarem prestativos, nos deixando à vontade. Vocês são maravilhosos!

Valeu!

Aos Clientes e Famílias...

Vocês foram imprescindíveis para a elaboração do nosso trabalho, sem a ajuda de vocês seria impossível a conclusão de mais esta etapa da nossa vida.

Muitíssimo Obrigada!

RESUMO

Este trabalho relata e analisa a implementação de um projeto assistencial da 8ª fase curricular do curso de graduação de Enfermagem. A vivência a prática do cuidado de Enfermagem humanizado e sistematizado ao cliente internado em UTI, fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, na classificação diagnóstica proposta por Benedet & Bub, e nos conceitos da relação interpessoal de Travelbee. A assistência mais humanizada ao cliente e familiares permeia a descrição de todos os objetivos através da promoção do alívio de estresse da equipe, do desenvolvimento do conhecimento técnico-científico no cuidado ao cliente, do conhecimento dos componentes administrativos da UTI e da elaboração do processo de enfermagem, centrado no marco escolhido, fundamentada em alguns conceitos da Teoria de Travelbee. Os resultados apontados na execução dos objetivos fortalecem a idéia de que humanização e sistematização são variáveis complementares e essenciais do cuidado de enfermagem. Ocorreu no período de 11 de setembro à 28 novembro de 2001, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no Campus Universitário. Os conceitos trabalhados foram: Necessidades Humanas Básicas, saúde/doença, ser humano, ser humano/cliente, ser humano/família, ser humano/equipe de enfermagem, enfermagem, cuidado de enfermagem, ambiente, interação, comunicação, relação pessoa-pessoa, humanização e estresse.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	04
2.1. Objetivo Geral	04
2.2. Objetivo Específico	04
3. REVISÃO DE LITERATURA	05
4. MARCO CONCEITUAL	14
5. PROCESSO DE ENFERMAGEM	21
6. METODOLOGIA	24
6.1. Características do Local	24
6.2. População Alvo	25
6.3. Princípios da Bioética	25
6.4. Planejamento das Ações	26
7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
10. ANEXOS	173
Anexo 1. Histórico de Enfermagem	
Anexo 2. Classificação Diagnóstica	
Anexo 3. Evolução de Enfermagem	
Anexo 4. Planta Física	
Anexo 5. Entrevista Semi-estruturada	
Anexo 6. Termo de Consentimento dos familiares	
Anexo 7. Roteiro para trabalhar com a família	
Anexo 8. Questionário para identificar os agentes estressores na equipe de enfermagem	
Anexo 9. Termo de Consentimento dos funcionários	
Anexo 10. Diálogo do Cliente	
Anexo 11. Folder	
Anexo 12. Certificado	

- Anexo 13. Diagnósticos e Evoluções
- Anexo 14. Organograma de Enfermagem
- Anexo 15. Requisição de Material
- Anexo 16. Escala

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho refere-se ao relato de um projeto de assistência de enfermagem, desenvolvido na 8ª fase do curso de graduação de Enfermagem no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), exigido como requisito básico para a sua conclusão.

A prática assistencial implementada esteve voltada para uma assistência mais humanizada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), baseada em alguns conceitos da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta e na relação interpessoal de Joyce Travelbee, tendo como população alvo os clientes, seus familiares e a equipe de enfermagem.

Para efetivar as ações propostas no projeto no período de 11/09/2001 a 28/11/2001, foi escolhida a UTI do Hospital Universitário (HU), situado na região de Florianópolis, Santa Catarina (SC).

Sabe-se que entre as várias unidades que compõem o ambiente hospitalar, a UTI é uma unidade que se destaca, decorrente de suas peculiaridades dentre elas, a centralização de doentes em estado crítico, em uma situação de risco de vida eminente. Para tanto, nestas unidades, os recursos humanos e materiais devem ser articulados de forma a atenderem as necessidades desses clientes. Com isso, estas unidades proporcionam maiores possibilidades de recuperação de vidas humanas, porém, é muitas vezes, encarada como um ambiente agressivo, frio e hostil, o que favorece uma percepção de condições ambientais instáveis e estressantes, vivenciadas tanto pelo cliente internado e seus familiares, quanto pela equipe de enfermagem.

A característica técnico-científica da UTI torna proeminente a priorização de procedimentos técnicos, geralmente, de grande complexidade, o que exige uma equipe médica

e de enfermagem capacitada. Entretanto este fato torna secundário outros aspectos igualmente importantes no tratamento ao ser humano.

Concordamos com Felisbino (1990) quando relata que, o trabalho na UTI deve focar não apenas a competência prática para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação destes trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares.

A família constitui o primeiro grupo social do cliente, é ela que dá apoio, força e esperança para que o mesmo enfrente situações difíceis como a hospitalização, mas para isso é necessário que, também, seja assistida em particular no aspecto emocional. Compartilhamos com Martins e Nascimento (2000), a idéia que em nossa prática diária, muito pouco de nossas ações está direcionada aos familiares e, muitas vezes, não nos preocupamos em saber em que condições emocionais este familiar se encontra.

Alguns estudos referem que o contato do cliente com seus familiares além de ser benéfico para este, diminui o sentimento dos familiares de desamparo frente ao sofrimento do indivíduo doente. Diante deste fato, é imprescindível, que a equipe de enfermagem reconheça a importância que a família tem para o cliente e vice-versa e sirva como mediadora nessa relação, considerando os familiares como sujeitos também a serem cuidados, em suas necessidades emocionais.

A escolha da humanização da assistência de enfermagem na UTI, como área de trabalho representou um desafio em nossas vidas, pois em nossa trajetória acadêmica percebíamos a UTI como o local mais complexo do ambiente hospitalar no que diz respeito tanto ao conhecimento técnico-científico quanto à relação pessoa-pessoa prejudicada pelo predomínio da tecnologia e pelo estresse do ambiente.

Acreditamos que é necessário uma maior atenção por parte da equipe dessa unidade com relação à assistência emocional ao cliente e a seus familiares. Compartilhamos também a necessidade de um trabalho mais voltado para a equipe no sentido de uma relação interpessoal capaz de possibilitar a expressão dos seus valores, crenças, desejos, emoções e sentimentos que em muito contribuirá, a nosso ver, para a manutenção de um ambiente terapêuticamente humanizado.

Prestamos o cuidado integral, aplicando o processo de enfermagem de Horta com algumas adaptações para sua viabilização na UTI, além da aplicação de alguns conceitos da teoria da relação interpessoal de Travelbee.

Entendemos que assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas através de um compromisso emocional, que torna a nossa própria pessoa um

instrumento terapêutico utilizando a relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee, é fundamental para a aplicação de um assistir mais humanizado ao ser humano cliente/familiares/equipe de enfermagem.

Acreditamos que a prática de enfermagem científica na UTI que viabilize o cuidado de enfermagem de uma forma mais humanizada, considere a integralidade do cliente e seus familiares, reconheça a participação da equipe nesse processo e valorize cada elemento como um ser humano, é uma forma de contribuir na busca de alternativas para aperfeiçoar a práxis nessa área de atuação profissional.

Neste sentido, serão apresentados a seguir os objetivos do trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Vivenciar a prática do cuidado de enfermagem humanizado e sistematizado ao cliente internado em UTI, fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, bem como, na classificação diagnóstica da NANDA adaptada por Benedet & Bub (2001), além de desenvolver a relação interpessoal envolvendo clientes, familiares e equipe de enfermagem, fundamentada em alguns conceitos da Teoria de Joyce Travelbee.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Oferecer um cuidado de enfermagem mais humanizado ao cliente na UTI.
- 2.2.2. Desenvolver a relação interpessoal com os familiares dos clientes.
- 2.2.3. Sistematizar o cuidado de enfermagem ao cliente, baseado em alguns conceitos da teoria das necessidades humanas básicas de Horta e da relação interpessoal de Travelbee, bem como na classificação diagnóstica da NANDA adaptada por Benedet & Bub.
- 2.2.4. Desenvolver o conhecimento técnico-científico no cuidado ao cliente em terapia intensiva.
- 2.2.5. Conhecer os componentes administrativos da UTI.
- 2.2.6. Oportunizar a promoção do alívio do estresse da equipe de enfermagem da UTI.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Unidade de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram com o objetivo de agrupar doentes graves para melhor observação, tendo um grande crescimento no período pós-guerra, para tratamento de vítimas de pólio que necessitavam de assistência ventilatória (Pereira, 2001).

As primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas a partir de 1950 e hoje estão amplamente difundidas em todo mundo (...) (Knobel, 1994).

As definições existentes de UTI estão relacionadas a seu objetivo conforme demonstrado abaixo:

O Ministério da Saúde (1998, p. 9) afirma que a UTI, *“Constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados”*.

Barreto et al (1993) apontam como objetivos dessas unidades: reduzir a mortalidade com a provisão de cuidados e fazer uma observação individualizada, contínua e integral, de acordo com as necessidades do cliente. Para atender a esses objetivos, essa unidade difere das demais por ser um setor fechado, com visitas limitadas, contando com uma equipe especializada e com uma série de equipamentos de variadas complexidades.

Conforme Takahashi, apud Domingues et al, (1999, p. 39) *“A UTI centraliza os doentes em estado crítico na tentativa de melhorar a assistência a eles prestada. Para tanto, nestas unidades, os recursos humanos e materiais devem ser articulados de forma a estarem adequados ao tratamento desses pacientes”*.

Sem dúvidas que o surgimento e o aprimoramento das UTIs, trouxeram grandes benefícios no que se diz respeito à diminuição da mortalidade e como refere Kinney apud Felisbino (1990), muitos clientes sobrevivem hoje graças ao atendimento nas UTIs, clientes que, provavelmente, teriam morrido há uma geração atrás.

\ Apesar de dispor de equipamentos modernos e recursos humanos capacitados ao cuidado intensivo, o conceito de UTI está condicionado, muitas vezes, a estreita faixa que existe entre a vida e a morte. Portanto o ambiente de UTI torna-se estressante para o cliente, familiares e profissionais.\

De acordo com Bezerra et al (1998), o ambiente em uma UTI é muitas vezes encarado pelos clientes e familiares como agressivo, frio e hostil, e os doentes como mais graves do que possam estar na realidade. Estes fatores parecem favorecer a percepção desse ambiente, pelos clientes e familiares, como estressantes.

Ainda com relação ao estresse desse ambiente, estudo como o de Wallace (2000) revelam como agentes estressores para o cliente, a iluminação constante, a poluição sonora, ambiente desconhecido, dependência praticamente total, perda do controle de seu bem estar e privacidade, interrupções dos padrões de sono, etc. O autor também apresenta algumas dificuldades enfrentadas pelos familiares que são fontes de estresse como: estigma em torno do nome UTI, incompreensões em relação às informações médicas transmitidas, preocupação quanto à qualidade no tratamento e equipe da UTI, falta de espaço físico e de privacidade dentre outras.

Estas situações são vivenciadas diariamente numa UTI, muitas vezes não percebida pela equipe atuante, acreditamos que devido provavelmente à sobrecarga de trabalho, atividades de emergência constante, conflitos entre a equipe de enfermagem ou com outros membros da equipe multidisciplinar e medo de envolvimento com paciente e familiares.

/ Atualmente o progresso na área da tecnologia muito tem inovado, facilitando o desenvolvimento das UTIs, garantindo maiores chances de recuperação aos clientes. Depara-se porém com sérios problemas como o relacionamento homem-máquina que se estabelece nessa unidade de internação, gerando no cliente sentimentos de dependência e submissão diante da máquina e na equipe o distanciamento do ser humano cliente e seus familiares. /

Frente a essa situação, acreditamos que para a equipe de enfermagem, a atuação nessa unidade consiste um desafio enorme, pois além de lidar com os fatores estressantes do ambiente físico, precisa aliar a habilidade técnica ao conhecimento científico sem esquecer do ser humano.

Desta forma, faz-se necessário humanizar o cuidado dentro da UTI aliado ao conhecimento técnico-científico, mas lembrar que, antes de tudo, o objetivo primordial da UTI é a recuperação da saúde do ser de relações, que é cuidado por seres de relações.

Humanizando o cuidado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Antigamente a maior preocupação da enfermagem era a de assistir o indivíduo centrado no modelo biomédico, no qual o enfoque era o órgão doente. Atualmente a humanização em UTI, tem sido um assunto bastante abordado, pois existe uma grande preocupação por parte dos profissionais da saúde em oferecer uma assistência com qualidade, apresentando desta forma como objetivo central o atendimento das necessidades individuais dos clientes e o contato mais próximo com os seus familiares.

Segundo Querubin apud Santos et al (1999, p. 26) *“Humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento do hospital”*.

De acordo com Santos et al (1999), a assistência de enfermagem visa qualificar as necessidades biopsicosocioespirituais do cliente internado.

Com relação ao cuidado humanizado em UTI, Ide (1988, p. 156), refere que o enfermeiro e sua equipe devem reconhecer que:

“Assistir a um paciente crítico é muito mais do que lhe manter 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”.

Conforme informa Felisbino (1990), o relacionamento humano que se estabelece na UTI, entre o cliente/equipe/familiares, pode influenciar na forma como o cliente percebe a sua doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento aos quais é submetido durante a sua internação na UTI.

Para Nogueira apud Domingues (1999), atualmente, a enfermagem busca uma assistência holística ao cliente, familiares e comunidade. Entretanto, observa-se que na prática têm-se dado pouca atenção às necessidades psicossociais, principalmente no que diz respeito aos familiares, que também adoecem. Refere ainda que a família constitui o grupo social mais importante do indivíduo.

Segundo Souza apud Averlan (1999, p. 25) existem pontos a serem considerados para a humanização em UTI, entre eles:

“Respeitar a privacidade utilizando as técnicas corretas, evitando expor o paciente desnecessariamente, personalizar o atendimento, oferecendo oportunidade ao paciente de falar, expressar seus medos, de pedir esclarecimentos, de sugerir alternativas, de explorar seus medos, de explorar sua energia, de descobrir e perceber que possui recursos internos para lidar com sua doença e mesmo com os problemas que dela surgem, estimular a colaboração do paciente em seu tratamento, após ter tido oportunidade de compreender o que lhe acontece e agir sobre isso, participando de sua própria evolução, tornando o processo terapêutico uma relação altamente pessoal e humana”.

Koizume et al (1979), salientam que, o homem como ser gregário que é, necessita sentir-se parte de uma família, grupo social primário, em que o relacionamento interpessoal se efetua no plano afetivo e, por isso, se torna inseguro longe dela, principalmente em situações de emergência nas quais a sua vida corre risco como é o caso das internações na UTI.

A separação do cliente de seus familiares, quando se trata de UTI, é mais dolorosa, pois se corta o elo de ambas as partes freqüentemente de maneira súbita. Sobre isso Azevedo, Cechinel e Kuchler (1999), referem que poucos familiares estão preparados para o impacto emocional da admissão de um ente na UTI, na maioria das vezes estes têm dificuldades para

entender todo este novo contexto que os envolve e que provoca seqüelas indesejáveis tanto no cliente quanto nos seus familiares.

Conceber o cuidado como humanizado, implica diretamente 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 e que necessita ser juntamente cuidado. Afinal estamos falando daquelas pessoas que, como refere Hudak & Gallo (1997), compartilham da vida íntima e rotina diária com o cliente de terapia intensiva, e que cuja homeostase social é alterada pela entrada do cliente no hospital em particular numa unidade que trata do indivíduo em situação crítica de saúde.

Cabe a enfermagem, segundo Gomes (1988), a habilidade para assumir o importante papel de ligação entre paciente e seus familiares. Tranquillini apud Felisbino (1990, p. 36), lembra que quando se consegue uma interação efetiva entre os familiares, o cliente e a equipe, observa-se individualização do cuidado de uma forma plena, confiança mútua, satisfação profissional e melhores resultados. *“A permanência dos familiares junto ao enfermo hospitalizado contribui significativamente para a conservação de sua integridade, essencialmente no aspecto psicológico (amor, auto-estima)”*.

Segundo Travelbee (1979), uma relação vai além do falar, um determinado número de interações não constitui uma relação. Para estabelecer uma relação é necessário que cliente e enfermeiro troquem e modifiquem seus comportamentos, se não houver mudanças em ambos, acredita-se que não se tenha estabelecido uma relação de pessoa-pessoa.

Durante o período de permanência do cliente na UTI, é essencial que lhe seja oferecido carinho, assistência e respeito que merece como ser humano, assim como com os familiares que o acompanham.

É essencial uma equipe multiprofissional agregada que além de habilidades técnicas desenvolvam a sensibilidade e o compromisso emocional com esses seres humanos.

A comunicação é parte integrante no cuidado ao cliente e seus familiares. A equipe de enfermagem deve estabelecer com eles uma relação terapêutica, deve estar preparada para se inter-relacionar, ouvi-los, expressar interesse, responder perguntas quando possível, e evitar aumentar a ansiedade dos mesmos, minimizando o sofrimento que o ambiente de UTI lhes causam.

Segundo Stefanelli (1993), o atendimento de quase todas as outras necessidades humanas básicas dependerá, em muitos momentos, do processo de comunicação que é estabelecido entre enfermeiro e cliente.

Conforme Paula (1993), a comunicação faz parte das necessidades psicossociais, e é um instrumento que torna possível a relação enfermeiro/cliente, possibilitando desta forma a assistência de enfermagem. A comunicação nos permite um chegar próximo, estabelecer uma relação, possibilitando o compartilhar situações. Sem ela, os atendimentos das necessidades humanas básicas ficam prejudicados.

Dentro da relação pessoa-pessoa, Travelbee (1979), coloca que uma das premissas básicas para que ela se estabeleça é que cada um perceba o outro como um ser humano único.

Outro ponto fundamental é a participação efetiva dos familiares, sendo que ela pode servir de suporte emocional ao cliente. Quando bem orientada a família é um elemento motivador no decorrer da internação participando consciente de toda evolução.

Segundo Santos et al (1999), a família exerce uma influência significativa sobre as ações da enfermeira intensivista, uma vez que ela passa a ser o ponto de referência de como proporcionar o cuidado individualizado para o cliente.

Mas é bom lembrar que, como foi colocado anteriormente, a família pode ser afetada em suas necessidades humanas básicas. Diante disso é que se percebe a importância da abordagem humanizada por parte da equipe de saúde, partilhando com os familiares a situação vivenciada pelo seu familiar doente, compreendendo-os em seus momentos difíceis, encorajando-os na expressão de seus sentimentos, de forma que ela possa contribuir na recuperação do seu próprio equilíbrio assim como o do cliente, o que, provavelmente, torna-se difícil quando não o incluimos nas nossas ações de cuidado.

Só teremos um trabalho humanizado, se tivermos consciência da importância de que nosso trabalho com o cliente e seus familiares deva ser realizado de modo responsável, integral e com competência.

Lembrando que para cuidar de uma “pessoa inteira”, é preciso estar presente como uma “pessoa inteira”, do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada.

Devido às características da UTI, o tipo de clientes que nela internam e a necessidade de apoio aos familiares considera-se, essa unidade uma fonte de estresse para os trabalhadores.

A equipe de enfermagem e o ambiente da UTI

Referenciais teóricos práticos que abordam as questões da complexidade existente, em serviço de terapia intensiva, revelam-nos a importância de se rever às questões que permeiam o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem neste contexto, tendo em vista, os problemas emergidos das circunstâncias em que as peculiaridades do ambiente ocasionam aos seus profissionais.

Evidenciam ainda, o nível de ansiedade e tensão, provocado, sobretudo pela elevada responsabilidade que a enfermagem enfrenta em seu cotidiano profissional nesta unidade.

Segundo Pereira e Bueno (1997, p.75), este fato ocorre, devido às conseqüências das variáveis que intervêm neste processo, tais como:

“Ambiente extremamente seco, refrigerado, fechado e iluminação artificial, ruído interno contínuo e intermitente, inter-relacionamento constante entre as mesmas pessoas da equipe, durante todo o turno bem como, a exigência excessiva de segurança, respeito e responsabilidade para o paciente em sofrimento com dor e morte iminente, para a garantia da qualidade da assistência”.

Esses indicadores certamente podem resultar em um clima de trabalho exaustivo e tenso, provocando desmotivação, conflito entre os membros da equipe e estresse ao grupo de trabalho e em particular, ao trabalhador, individualmente.

Para Maia (1999), o ambiente da UTI pode ser encarado como altamente estressante para a equipe de enfermagem, em virtude de alguns fatores como, sons e alarmes de equipamentos, correria na realização dos cuidados a clientes graves, aumento das tecnologias empregadas, que às vezes não estão acompanhadas de treinamentos adequados.

Conforme Martins et al (2000, p. 53), *“Estresse no trabalho é o resultado de um conjunto de várias situações ou condições que são potencialmente desestabilizadoras em razão de incongruências ou falta de adaptação entre pessoas e ambiente”.*

Lima apud Martins et al (2000), afirma que o estresse ocorre quando a capacidade de adaptação do indivíduo é suplantada por eventos e sobrecargas emocionais muitas vezes no aspecto qualitativo, sendo quantitativamente insignificantes e na maioria das vezes decorre de

excessos e tensões emocionais no âmbito afetivo, familiar, profissional e/ou social, sendo que as respostas e sintomatologia dependem da personalidade de cada indivíduo.

Várias são as manifestações típicas que identificam o estresse, dependendo de como o indivíduo reage frente a uma situação nova. Em algumas pessoas os sintomas psicológicos são mais acentuados, outros apresentam predominância de sintomas físicos. Além disso, dependendo do grau de estresse os sintomas também diferem (Coronetti, 2000).

Dejours (1994) divide o trabalho em carga psíquica positiva e negativa. Se um trabalho diminui a carga psíquica ele é equilibrante do contrário ele torna-se fatigante. Porém quando o trabalho reverte-se a favor da homeostasia ele proporciona um meio de relaxamento e prazer, e quando o trabalhador finaliza uma tarefa ele sente-se melhor do que antes de tê-lo iniciado.

Clancy e Mcvigar (1994), trazem como manifestações de estresse: incapacidade de relaxar, insônias, preocupação crônica, nervosismo e tensão, transtornos digestivos, excesso de consumo de álcool ou tabaco, hipertensão arterial, atitudes não-cooperativas, incapacidade para lutar, agressividade e cólera. Lipp et al (1987, p. 32-33), consideram os sintomas indicadores de estresse como resultado de uma interação entre a pessoa e o mundo em que ela vive como, por exemplo:

“Mãos frias, problemas com memórias, boca seca, impossibilidade de trabalhar, pesadelos, nó no estômago, dúvida quanto a si próprio, enxaqueca, mudança de apetite, diarreia, dificuldades sexuais, aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito, músculos tensos, vontade de fugir de medo, problemas dermatológicos, apatia, depressão ou raiva prolongada, insônia, aumento da sudorese, náusea, má digestão, hipertensão arterial, pensar continuamente num só assunto, tédio, irritabilidade excessiva, taquicardia, angústia ou ansiedade, excesso de gases, tontura, hipersensibilidade emotiva, perda de senso de humor, aperto da mandíbula ou ranger dos dentes”.

Segundo Bernardinho apud Martins et al (2000), o estresse pode desencadear muitas patologias físicas e mentais, implicando em sérias alterações no ambiente de trabalho como problemas de relacionamento interpessoal, absenteísmo, acidentes e insatisfação no trabalho.

É preciso conhecer o estresse, identificando as causas, os sintomas e como prevenir, para que se possa intervir precocemente, a fim de dar continuidade ao bom andamento da equipe e garantir uma assistência adequada aos clientes e seus familiares e um ambiente com uma boa relação interpessoal entre seus trabalhadores. Com relação a isso Olschowsky e Chaves (1997), referem que a enfermagem desenvolve suas atividades através do trabalho em equipe, conseqüentemente para desenvolvê-las de forma eficaz depende da interação dos indivíduos deste grupo, bem como sua satisfação e motivação.

Conforme Sebastiani apud Pereira e Bueno (1997, p. 76),

“Os funcionários em situação de estresse e exaustão, demonstram interesse compulsivo em buscar maneiras efetivas para melhorar o seu estado geral, mas também, de melhorar o seu ambiente de trabalho. Eles expressam constante desejo, em seus momentos livres, de bate-papo informalmente, tomar café, por várias vezes, no seu horário de serviço, refazer-se na hora do almoço e nas horas de descanso noturno, ver televisão, ouvir música ler revista ou livro e desfrutar de um lugar para livre repouso com mais conforto, entre outros como forma de refazimento físico e mental”.

Embasada nestes dados e sensibilizadas com estas questões, depreendemos ser de fundamental importância, a atenção especial a estes profissionais, tendo em vista, a necessidade da busca de meios que venham promover a saúde do trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Neste sentido entendemos como Pereira e Bueno (1997) que o lazer tem papel fundamental enquanto meios alternativos para o relaxamento e alívio dos problemas advindos do viver diário do indivíduo tanto a nível pessoal quanto profissional. Voltando estas questões para o pessoal de enfermagem que trabalha na UTI, o desenvolvimento de atividade de lazer é relevante no relacionamento interpessoal, bem como, no alívio das tensões, visando pois, a educação para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e do serviço em geral.

4. MARCO CONCEITUAL

“Os marcos conceituais e as teorias de enfermagem são importantes guias para a prática” (Felisbino, 1990, p.13).

Segundo Souza apud Felisbino (1990), na atividade prática os marcos conceituais atuam como guias gerais sobre o que é importante observar, relacionar e planejar. Nas situações de interação com o cliente as teorias funcionam como guias específicos para levantar dados, diagnosticar, executar as ações e avaliá-las.

Para George (1993), as teorias são baseadas em suposições e formadas por conceitos, definições, modelo e proposições.

Para construção do marco teórico que subsidiou nossas ações durante o estágio, optamos por alguns conceitos da teoria das necessidades humanas básicas de Horta e da Teoria da relação interpessoal de Travelbee, incluindo ainda definições de outros autores, como Brunner & Suddarth, Querubin apud Santos et al e definições nossas.

Características das teorias

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida por Horta em 1968, a partir da teoria da motivação humana ou de Maslow, tendo influência de outros autores, como a utilização da classificação das necessidades humanas básicas, de João Mohana. Sua construção apoia-se e engloba também leis gerais que regem os fenômenos universais, a lei do equilíbrio, a lei da adaptação e do holismo. A teoria das necessidades humanas básicas tem

como foco principal o ser humano (indivíduo, família, comunidade) e possibilita-nos atendê-los nas suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Felisbino, 1990).

Já Travelbee centraliza sua teoria na relação pessoa-pessoa. A teoria da relação interpessoal traduz conceitos diretamente relacionados ao ser individualizado com seus anseios, sentimentos, enfrentamentos, sofrimentos e conflitos. Através dos conceitos desta teoria é possível dizer resumidamente, que o propósito primordial é a interação enfermeiro e cliente. Para Travelbee, quando há uma relação de afeto entre o enfermeiro cliente ou qualquer ser humano, é possível, através desta, satisfazer as necessidades de ambos.

Conceitos

Segundo George (1993, p. 14, p.16), *“Os conceitos e definições são essenciais à compreensão de uma teoria”*. Afirma que *“são palavras que descrevem objetos, propriedades, acontecimentos, significados e constituem os elementos básicos de uma teoria. Eles traduzem, em idéias e definições, as impressões que recebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente”*.

Apresentamos a seguir os conceitos que direcionaram nossa prática, ressaltando que independente da ordem de sua apresentação, todos foram igualmente importantes, interdependentes e indispensáveis para a implementação do projeto.

Necessidades Humanas Básicas

“São estados de tensão conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (Horta, 1979, p.39).

As necessidades são estados de tensão, que o cliente em terapia intensiva enfrenta, resultante dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais que precisam de atendimento, os quais podem ser a nível psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual. As necessidades humanas básicas são universais, podendo estar latentes, ser conscientes, inconscientes, verbalizadas ou não. São individuais, variando na sua manifestação e no seu atendimento (Felisbino, 1990).

Saúde/Doença

“Saúde é o estado de equilíbrio no tempo e espaço e doença é o estado de desequilíbrio no tempo e espaço, devido ao desconforto prolongado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das N.H.B” (Horta, 1979).

Entendemos que saúde é um estado de bem estar do indivíduo, quando suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais são atendidas e encontram-se satisfatoriamente equilibradas. E doença seria o desequilíbrio das necessidades humanas básicas provocada pela constante interação do indivíduo com o ambiente, sendo resultado da inadequação ou não atendimento das N.H.B.

Ser Humano

“É um todo, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que os leva a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Por suas características são também agentes de mudança no universo dinâmico, os desequilíbrios geram necessidades que precisam ser atendidas para manterem seu equilíbrio dinâmico no tempo e espaço” (Horta, 1979, p.28).

Ser Humano/Cliente

O cliente em terapia intensiva constitui um “todo”, ser humano único e indivisível, que possui crenças e valores próprios, assim como direitos e deveres adquiridos como cidadão. Por sua constante interação com o meio está sujeito a desequilíbrios de suas N.H.B, o que o leva a ser um elemento ativo ou passivo na busca da satisfação de suas necessidades, a fim de recuperar seu equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Ser Humano /Família

A família constitui o primeiro grupo social do cliente, eles estão unidos por laços consanguíneos e ou afetivos, formando uma unidade biológica, cultural, social e espiritual. Estabelecem metas comuns baseados em crenças, valores e conhecimentos que são transmitidos de geração a geração.

Quando um de seus membros é internado em UTI, este fato interfere na sua vivência abalando sua estrutura. Podem apresentar desequilíbrios em suas N.H.B., psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual e precisarem de assistência, para se tornarem capazes de colaborar, no atendimento de suas N.H.B e nas do cliente, de forma a favorecer a recuperação, manutenção e promoção da saúde.

Ser Humano/Equipe de Enfermagem

São seres humanos capacitados para contribuir de forma efetiva na promoção, recuperação e manutenção da saúde do cliente, família e ambiente profissional, sendo necessário que a relação pessoa-pessoa seja considerada essencial nas ações realizadas pela mesma.

Estão em constante busca da interação com o ambiente estressor da UTI, e portanto, sujeitos a alterações em suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Enfermagem

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

É a ciência e a arte de assistir de forma humanizada ao cliente e seus familiares no ambiente de terapia intensiva. É um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual quem cuida (equipe de enfermagem) e quem é cuidado estabelece uma interação constante no processo de cuidar.

Cuidados de Enfermagem

São as ações executadas pela equipe de enfermagem ao cliente e seu familiar no ambiente de terapia intensiva com o objetivo de minimizar ou eliminar os seus problemas de saúde ajudando-os a encontrar sentido para a situação vivenciada.

Ambiente

“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).

O ambiente do cliente diz respeito, ao ambiente físico da UTI (com normas e rotinas preestabelecidas, aparelhagens múltiplas, impessoalidade, isolamento social), aos trabalhadores da UTI, familiares e a outras pessoas.

Interação

“Refere a qualquer contato entre dois indivíduos durante o qual estes exercem uma influencia recíproca e estabelecem entre si uma comunicação verbal e não verbal” (Travelbee, 1979).

É a constante troca de energia entre cliente e seus familiares, cliente e equipe de enfermagem, equipe de enfermagem e familiares no ambiente de terapia intensiva. Essa troca seja ela de forma verbal ou não verbal é imprescindível para que se estabeleça a relação pessoa-pessoa.

Comunicação

“É um processo pelo qual o enfermeiro é capaz de estabelecer uma relação pessoa-pessoa com o paciente e realizar o propósito de enfermagem, com isto, ajudar o ser humano a prevenir ou enfrentar a experiência de doença e do sofrimento, e em alguns casos, ajudá-los a encontrar um sentido para determinadas experiências” (Travelbee, 1979).

Definimos comunicação como trocas de mensagens de maneira verbal ou não-verbal onde estão inseridas idéias e sentimentos entre cliente, familiares e equipe de enfermagem. Constitui um processo fundamental para formular, implementar e avaliar intervenções de enfermagem.

Relação pessoa-pessoa

“A relação pessoa-pessoa serve como instrumento necessário para abordagem com o paciente/família/equipe de enfermagem, através da visão destes como um ser humano” (Travelbee, 1979).

A relação pessoa-pessoa constitui um meio pelo qual se consegue os propósitos da enfermagem. A relação interpessoal possui uma característica muito importante, ou seja, o enfermeiro no ambiente de unidade de terapia intensiva usa sua própria pessoa como instrumento terapêutico e tem sua atenção voltada para atender as reais necessidades do ser humano que precisa de “ajuda”, seja ele cliente/familiares/ equipe de enfermagem. A relação pessoa-pessoa representa um fator imprescindível na humanização do ambiente de terapia intensiva.

Humanização

“Humanizar não é uma técnica, nem uma arte, e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital” (Querubin apud Santos et al, 1999, p.26).

Humanizar o ambiente de UTI é garantir uma assistência com qualidade cujo objetivo primordial é a harmonia e o respeito pelo ser humano como único e indivisível. A assistência de enfermagem humanizada deve visualizar o indivíduo na sua totalidade, buscando suprir as necessidades biopsicoespirituais do cliente, e um contato mais próximo com os familiares, além de avaliar a assistência prestada para garantir a eficácia do trabalho.

Estresse

“Um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa (...) A mudança ou estímulo que provoca este estado é o agente estressor” (Brunner & Suddarth, 1994, p. 100).

O estresse relacionado ao trabalho da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva resulta de várias situações em que seus membros percebem este ambiente como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional.

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM

“O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (Horta, 1979, p.35).

O processo de enfermagem tem a finalidade de por em prática o marco referencial que irá guiar nossas ações na assistência prestada ao cliente e seus familiares no contexto de terapia intensiva. Felisbino (1994, p.32) ressalta *“o processo de enfermagem destituído da teoria representa apenas uma forma metodológica de organizar dados, sendo que a razão de ser do processo está na implementação da teoria na prática”*.

O processo de enfermagem segundo Horta é constituído de 6 etapas (Histórico, diagnóstico, plano, prescrição, evolução e prognóstico), sendo que utilizamos o processo de enfermagem constituído de 4 etapas, sendo 2 com base em Wanda de Aguiar Horta, acrescido da classificação diagnóstica de NANDA adaptada por Benedet & Bub, 2001 e evolução de enfermagem segundo Weed.

A seguir descreveremos as etapas do processo de enfermagem implantadas:

Histórico

“É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, significativos para o enfermeiro que torna possível a identificação dos problemas” (Horta, 1979, p.41).

Utilizamos o histórico (Anexo 1) com a finalidade de coletar informações subjetivas e objetivas sobre o cliente através do diálogo, da observação e do exame físico.

O histórico servirá para estabelecer o diagnóstico de enfermagem assim como o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem

“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 base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Farias apud Benedet & Bub, 2001, p.23).

Segundo Carpenito (1997), os diagnósticos de enfermagem podem ser reais, de risco, de síndrome e de saúde. Um diagnóstico real descreve um estado de saúde que foi identificado pelo enfermeiro devido à presença de características definidoras maiores. Os diagnósticos de risco descrevem um determinado indivíduo ou grupo que está mais vulnerável do que outros a desenvolver problemas de saúde. Os diagnósticos de síndrome compreendem um conjunto de diagnósticos reais ou de risco que estão presentes diante de algum evento ou situação. Os diagnósticos de saúde indicam situações de transição de um determinado nível de saúde para outro de melhor qualidade.

Optamos por trabalhar com a classificação diagnóstica de NANDA adaptada por Benedet & Bub (Anexo 2), por considerarmos que esta classificação enquadra-se melhor nos objetivos por nós propostos e pelo fato de querermos desenvolver habilidade do seu uso na prática assistencial.

Prescrição de Enfermagem/Plano de Cuidados

“É um roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem aos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (Horta, 1979).

Segundo Felisbino (1994, p.40), *“as prescrições diárias mantém uma relação importante tanto com os problemas levantados no histórico como com os identificados na evolução diária. A execução da prescrição fornece elementos indispensáveis para avaliar a qualidade da própria prescrição e o efeito desta sobre o cliente”.*

“A prescrição de enfermagem deve ter as seguintes características: data, hora da sua elaboração e assinatura do enfermeiro: escrita com verbos que indiquem ação, e no infinitivo, deve definir o que, quem, onde, quando, e com que frequência ocorrerão as atividades propostas; deve ser individualizada e direcionada aos diagnósticos de enfermagem específicos do paciente tornando o cuidado eficiente e eficaz” (Schwartzman, 1999, p.22).

A prescrição de enfermagem esteve sempre relacionada as N.H.B. e ao diagnóstico de enfermagem do cliente.

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).

A forma de avaliação e registro proposto pelo Hospital Universitário e que utilizamos baseia-se no sistema de Prontuário Orientado pelo Problema (POP), segundo Weed (Anexo 3). A proposta do POP apresenta-se organizada sob a sigla SOAP da seguinte maneira:

S – Dados subjetivos que incluem qualquer declaração feita pelo cliente, familiares e equipe de saúde.

O – Incluem os dados objetivos (observáveis ou mensuráveis), obtidos pelo enfermeiro e/ou membros da equipe.

A – Avaliação ou análise dos dados subjetivos e/ou objetivos.

P – Registro das condutas a serem adotadas, decorrentes de novos problemas.

6. METODOLOGIA

6.1. Características do Local

Este trabalho assistencial foi realizado na UTI, do Hospital Universitário (HU), localizado no Campus Universitário, bairro Trindade, cidade de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina (SC). É um hospital público, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que foi inaugurado em 1980, como órgão suplementar da UFSC, sendo uma instituição de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Atende a população da grande Florianópolis e de outros municípios. Referência no Estado de Santa Catarina para o atendimento de inúmeras especialidades é mantido com os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Ministério da Educação (MEC).

Este hospital escola dispõe de 267 leitos, sendo o único no Estado de Santa Catarina a atender a população local, regional e estadual pelo SUS. Possui várias unidades de internação: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 6 leitos, Unidade de Internações Cirúrgicas I e II (UICI e UICII), Unidade de Internação de Clínica Médica Masculina e Feminina (CMI, CMII e CMIII), Unidade de Tratamento Dialítico (UTD), Unidade de Internação Pediátrica (UIP), Serviço Materno Infantil que inclui Unidade de Internação Neonatal, Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e Unidade de Ginecologia. Consta ainda com Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, dentre outros.

No atendimento externo à população, possui o serviço Ambulatorial e o serviço de Emergência adulto e pediátrico.

A UTI deste hospital, existe há 18 anos, sendo inaugurada em março de 1983 e reformada em 1997, conforme as normas do Ministério da Saúde (MS). Considerada uma UTI

de atendimento geral, atende pacientes adultos clínicos e cirúrgicos de qualquer especialidade, porém a prevalência recai na assistência a pacientes em pós-operatório e problemas cardíacos (dados do livro de internação de janeiro a julho de 2001). Os clientes chegam a UTI através de transferência interna ou externa e pela emergência. Localiza-se no quarto andar do hospital, próximo ao Centro Cirúrgico e das Unidades de Internação Cirúrgica. Sua estrutura física (Anexo 4) é composta por: posto de enfermagem; seis box, sendo que um é para o isolamento; sala de estocagem de material e equipamentos; sala de lavagem mecânica, limpeza química e expurgo; rouparia; sanitários; copa e sala para lanche; sala de reuniões; quarto de repouso médico e sala de visitas conforme planta física.

A equipe de enfermagem é composta por oito enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, dezessete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de saúde e um agente administrativo.

A organização do trabalho de enfermagem está voltada para assistência integral e cada profissional fica encarregado em prestar assistência no máximo a dois clientes durante seu turno de trabalho (conforme portaria do Ministério da Saúde). Toda a equipe é responsável pela passagem de plantão. A carga horária da equipe de enfermagem desta UTI é de 30 a 36 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 noturno 12 horas (19:00 às 07:00 horas) intercalados com descanso de 60 horas.

A UTI possui horários fixos, flexíveis de acordo com a necessidade, para a visita dos familiares e amigos aos clientes internados, que são: no período matutino das 11:00 às 11:30 horas; no período vespertino da 14:00 às 15:00 horas; no período noturno das 20:30 às 21:00 horas; sábados, domingos e feriado das 14:00 às 15:30 e das 20:30 às 21:00 horas. As informações sobre o estado geral do cliente são fornecidas pelo intensivista no período da manhã e da tarde, após o horário de visita. Alterações do estado do paciente são comunicados aos familiares e amigos de acordo com a necessidade.

6.2. População Alvo

A clientela envolvida em nossa prática assistencial consta de clientes de UTI, seus familiares e a equipe de enfermagem que atua nessa unidade nos períodos matutino e vespertino.

6.3. Princípios da Bioética

Desenvolvemos nosso trabalho baseado nos princípios da bioética, que orientam as nossas decisões e ações de enfermagem já que o objetivo da ética é examinar responsabilidades e obrigações proporcionando ponderação nas tomadas de decisão dos profissionais.

Segundo Caponi & Bub (1999, p. 91-94), os princípios usados como referenciais para abordagem da bioética são:

Beneficência: Entende-se como a obrigação de ajudar os outros, sempre a favor de seus interesses. No caso do profissional de saúde significa que ele deve tratar o paciente com zelo sempre considerando o que, como pessoa, quer ou gostaria que fosse feito, o que é considerado benéfico do ponto de vista da saúde e o que é benéfico para os seres humanos em geral.

Não-maleficência: Implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os pacientes. Este princípio não só se refere à obrigação que os profissionais da saúde tem de não prejudicar intencionalmente aos clientes, mas também ao fato de que eles devem evitar qualquer situação que possa significar um risco desnecessário para os mesmos.

Autonomia: Implica no respeito à autodeterminação da pessoa. Quando consideramos as pessoas como seres racionais e livres, que tem desejos e sentimentos, significa que devemos agir de forma a não interferir e não limitar as escolhas autônomas destas pessoas.

Justiça: Refere-se a distribuição adequada de deveres e de benefícios sociais. No âmbito da saúde, significa conceder a todos o direito de receber cuidados de saúde quando for necessário, tendo todos sempre as mesmas oportunidades para gozar desses benefícios.

O código de ética do profissional de enfermagem engloba normas, princípios, direitos e deveres, pertinentes a conduta do profissional, levando em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito da 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.

6.4. Planejamento das Ações

A ordem dos objetivos segue como enumerado no item dos objetivos principais.

Objetivo:

Oferecer um cuidado de enfermagem mais humanizado ao cliente na unidade de terapia intensiva.

Estratégias:

- Promover privacidade;
- Favorecer ambiente o mais calmo possível;
- Valorizar suas queixas;
- Prestar assistência de forma individualizada;
- Proporcionar orientação no tempo e espaço;
- Evitar comentários impróprios, independente do nível de consciência;
- Orientar sobre os procedimentos que serão realizados;
- Fazer o possível para que não presencie situações estressantes como: procedimentos invasivos, reanimação cardiopulmonar, preparo do corpo após a morte, entre outras;
- Demonstrar compromisso emocional através do: apertar a mão, ouvir com atenção, tocar e olhar durante um procedimento técnico, atender suas solicitações quando possível;
- Estimular comunicação verbal e não-verbal;
- Estimular e permitir a sua participação no seu cuidado;
- Estimular e permitir a sua participação nas tomadas de decisões sobre os seus familiares.
- Favorecer em maior período de permanência do familiar junto ao cliente.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se conseguirmos estabelecer o cuidado mais humanizado através da relação interpessoal.

Objetivo:

Desenvolver a relação interpessoal com os familiares dos clientes.

Estratégias:

- Estabelecer o “relacionamento interpessoal” em que consiste: colocar-se a disposição, estabelecer contrato, buscar mudanças, atender suas individualidades, comprometer-se emocionalmente junto aos familiares do cliente;
- Enfatizar a importância do apoio familiar para a recuperação do cliente;
- Orientar aos familiares sobre as rotinas da unidade;
- Orientar a família sobre os procedimentos realizados com o cliente;
- Informar sobre o estado de saúde do cliente a sua família;
- Ouvir as angústias dos familiares procurando minimizá-las;
- Encaminhar os familiares ao serviço de psicologia e social quando necessário;
- Aplicar um instrumento de entrevista semi-estruturada (Anexo 5) para conhecer as necessidades dos familiares entre outros;
- Solicitar a assinatura dos participantes no termo de consentimento (Anexo 6);
- Elaborar um roteiro (Anexo 7) que servirá como um guia para orientação aos familiares;
- Procurar fazer um trabalho conjunto com a equipe de enfermagem na assistência aos familiares.
- Favorecer um maior período de visitas.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se junto com a equipe de enfermagem conseguirmos estabelecer maior interação com os familiares atendendo suas necessidades.

Objetivo:

Sistematizar o cuidado de enfermagem ao cliente, baseado em alguns conceitos da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta e da relação interpessoal de Joyce Travelbee bem como na classificação diagnóstica de NANDA adaptada por Benedet & Bub (2001).

Estratégias:

- Assistir o cliente reconhecendo-o como um ser biopsicosocioespiritual;
- Efetuar 4 fases do processo de enfermagem sendo que o histórico e prescrição de enfermagem estarão baseados nas necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta com adaptações, e o diagnóstico (identificando as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco) segundo a classificação proposta por Benedet & Bub (2001) e a evolução segundo Weed;
- Desenvolver a comunicação, interação e a relação pessoa-pessoa segundo Joyce Travelbee, durante os cuidados ao cliente;

Avaliação:

O objetivo será alcançado se conseguirmos identificar, planejar e prestar o cuidado de enfermagem humanizado e sistematizado ao cliente de acordo com a metodologia proposta.

Objetivo:

Desenvolver o conhecimento técnico e científico no cuidado ao cliente em terapia intensiva.

Estratégias:

- Executar e aprimorar técnicas específicas e gerais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva;
- Aprofundar o conhecimento científico relacionado aos diagnósticos e cuidados de enfermagem ao cliente e familiares;

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüente no total da clientela, no período da prática assistencial.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se conseguirmos executar e aperfeiçoar habilidades nas técnicas específicas e gerais no cuidado de enfermagem, assim como o conhecimento científico e identificar os diagnósticos que ocorrerem no período da prática assistencial.

Objetivo:

Conhecer os componentes administrativos da UTI.

Estratégias:

- Apresentar a equipe de enfermagem os objetivos do estágio;
- Participar junto com a enfermeira na elaboração da escala de distribuição do pessoal de enfermagem (mensal e de serviço);
- Acompanhar a passagem de plantão diariamente e efetuar-la;
- Conhecer as normas e rotinas na UTI;
- Elaborar o cálculo de pessoal de enfermagem;
- Verificar a distribuição do pessoal de enfermagem, segundo a categoria e turnos de trabalho;
- Verificar os equipamento e materiais disponíveis na UTI;
- Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem no cuidado prestado;
- Participar da educação em serviço na unidade.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se no final do estágio conseguirmos identificar, desenvolver, descrever e analisar os componentes administrativos da UTI.

Objetivo:

Oportunizar a promoção do alívio de estresse da equipe de enfermagem da UTI.

Estratégias:

- Aplicar um instrumento (Anexo 8) para constatação dos elementos estressores do ambiente de trabalho da equipe de enfermagem além do interesse pela existência do lazer e ou recreação no mesmo;
- Solicitar a assinatura dos participantes no termo de consentimento (Anexo 9);
- Propor atividades recreativas diárias de curta duração;
- Estimular a participação da equipe nas atividades recreativas;
- Estimular os funcionários à criação de recursos de lazer que sua própria imaginação indicar;
- Elaborar um instrumento para avaliação do objetivo proposto.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se no final do estágio houver identificação, tanto nossa quanto da equipe de enfermagem, dos elementos estressores no ambiente de trabalho, assim como a redução da tensão provocada pelos mesmos. Consta ainda a integração da equipe bem como sua participação nas atividades propostas.

7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

OBJETIVO

Oferecer um cuidado de enfermagem mais humanizado ao cliente na UTI.

Partindo da premissa que o ser humano é um ser indivisível, que possui necessidades específicas e diferentes em cada situação ao longo de sua vida. Acreditamos não existir uma maneira ideal para se aplicar o cuidado humanizado, pois cada momento e situação requer do profissional de enfermagem medidas capazes de suprir as necessidades bio-psico-socio-espiritual, que diferem de ser humano para ser humano. Com relação a isso Hudak e Gallo (1997, p.5) dizem 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 a doença física [...]*”

O cliente internado na UTI está exposto constantemente ao estresse ocasionado pela interrupção do sono devido aos ruídos excessivos (monitores, bombas de infusão, respiradores), controles intensivos, permanente iluminação, impossibilidade de realizar tarefas, que normalmente realizaria no seu cotidiano pela restrição ao leito, além do isolamento social devido a restrição do convívio familiar, dentre outros.

Com o propósito de prestar a assistência mais humanizada ao cliente desde os primeiros dias de estágio, tivemos o cuidado de tentar manter o ambiente o menos agressivo possível como evitar o excesso de luz, alarmes disparados por muito tempo e etc.

Tivemos preocupação com o alívio da dor, orientação no tempo e espaço. Conforme resolução nº 160 do COFEN, Capítulo IV, art. 28 – “Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente”. Por isso, mantivemos a privacidade e individualidade de cada cliente, utilizando biombos, deixando-o sempre coberto, evitando que presenciasse procedimentos mais agressivos. Em relação à equipe de enfermagem, podemos observar que havia respeito pelo cliente, pelo seu sofrimento e manutenção da sua privacidade e identidade cliente durante a assistência.

Antes de assumir a assistência, tínhamos o cuidado de nos interarmos sobre a situação do cliente, através da sua identificação, do diagnóstico e situação saúde/doença apresentada no momento, se ele recebia visita ou não. Ao chegar no leito, procurávamos nos identificar, o que estávamos fazendo ali, e o motivo da realização do procedimento, independente do nível de consciência que o cliente apresentava.

Outro ponto importante do nosso trabalho foi à comunicação com os clientes entubados e traqueostomizados. Algumas vezes tivemos dificuldade em compreender suas mensagens, pelo fato de não conseguirem articular palavras o que os tornava cada vez mais ansiosos. Utilizávamos uma prancheta, papel e caneta para os clientes que tinham condições de escrever (Anexo 10), quando não era possível este tipo de comunicação, utilizávamos a comunicação não verbal feita através de gestos, expressões faciais e toques, como exemplo a massagem com creme hidratante. Para Travelbee (1979), a enfermeira não deve esquecer que suas expressões não verbais são essenciais para estabelecer e manter uma relação.

Durante o estágio pudemos acompanhar o óbito de uma cliente jovem, e observar a dificuldade de toda equipe em aceitar esta situação e a impotência experimentada por não poder fazer mais nada, despertou em nós a necessidade de aprender a lidar com a morte, que devido à gravidade dos clientes na UTI, manifesta-se com maior frequência. Segundo Pitta (1991, p. 28) *“a morte não mais é vista como um limite natural. Para o sofrimento humano/ morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, perplexidade, até porque são concebidos separadamente pelo próprio homem”*.

Vivenciamos durante o estágio uma situação ética, polêmica em que determinado enfermeiro manifestou-se pela retirada de todos os registros do box de um determinado

cliente, pois seus familiares, taxados como “chatos” estavam questionando demasiadamente sobre as anotações ali encontradas.

Orlando e cols (2001 p. 126) referenciando o código de ética médica, Capítulo V, art. 70, relação com pacientes e familiares dizem que *“Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”*. Conforme a resolução nº 160 do COFEN, em seu Capítulo IV, o art. 26 *“Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”*.

Ao ser responsável também pela assistência psicológica aos familiares, o enfermeiro deve respeitar os direitos do cliente e seus familiares de conhecer todos os documentos referentes à situação do cliente.

Avaliação

Por termos mantido com o cliente uma relação interpessoal em que o foco da individualidade, do respeito permearam a realização de nossas ações, consideramos alcançado o objetivo do estabelecimento de um cuidado mais humanizado ao clientes.

OBJETIVO

Desenvolver a relação interpessoal com os familiares dos clientes.

Buscando realizar uma assistência humanizada aos familiares dos clientes internados na UTI, inicialmente procuramos informar aos familiares a importância da sua presença para a recuperação e o bem estar dos clientes. Sabemos que devido à mudança de ambiente e a privação de atividades do cotidiano leva, na maioria das vezes, o cliente ao estresse físico e psicológico. Esta situação torna-se ainda mais evidente quando se trata de um cliente em estado crítico. Acreditamos que a presença dos familiares é benéfica para ambos, diminuindo o sofrimento do cliente e conseqüentemente dos próprios familiares.

Durante a assistência aos familiares sentimos a necessidade da elaboração de um folder, (Anexo11) com informações básicas aos visitantes da UTI, como: conceito de UTI, horários de visita, normas e rotinas, informações sobre os clientes, ressaltando a importância do contato entre o familiar e o cliente.

A assistência aos familiares iniciava-se com a recepção no hall de entrada da UTI, onde nos apresentávamos como acadêmicas da última fase do curso de Enfermagem. Quando se tratava da primeira visita, orientávamos sobre as normas e rotinas, juntamente com a entrega do folder, e de como iriam encontrar seu familiar. Nas visitas seguintes, esclarecíamos alguma dúvida em relação ao cliente, caso houvesse. Em seguida, orientávamos sobre a importância da lavagem das mãos antes e depois da visita, e então acompanhávamos o familiar até o leito.

Procurávamos além de realizar estas orientações, explicar a importância da comunicação, do toque, independente do quadro clínico que apresentava o cliente. Após dadas as orientações necessárias o familiar, na maioria das vezes, aproximava-se do cliente efetuando algum tipo de comunicação. Porém percebíamos que alguns familiares encontravam dificuldade, principalmente quando o cliente estava inconsciente. Como por exemplo, através destes comentários:

“Será que ele esta me ouvindo?”.(Sr. Maria)

“Ta louca, ele esta quase morto. Somente os aparelhos que o mantem vivo. (José)

Ele só esta vivo por causa da fé da sua esposa.”. (José)

Os nomes aqui usados são fictícios, garantindo o sigilo e anonimato aos familiares e clientes.

Este último comentário é do Sr. José, cunhado do Sr. João, cliente em estado grave (segundo a previsão dos médicos, poderia permanecer em estado vegetativo) e em prolongado período de internação, cuja esposa, Sra. Maria tinha autorização para permanecer constantemente ao seu lado. Era notável a satisfação da Sra. Maria em permanecer junto de seu João, seu empenho em ajudar de alguma forma, estimulando a comunicação, ou fazendo massagem, tocando-o. Sem dúvida esses gestos foram essenciais para a recuperação do Sr. João que teve alta para clínica. Alguns comentários de Sra. Maria:

“Oi paizinho, abre o olho aqui para mim”.

“Viram ele sorriu para mim”.

Como o significado de UTI muitas vezes está relacionado com a possibilidade de morte eminente, para a maioria dos familiares é uma situação muito difícil. Notávamos a angústia, ansiedade e o medo ao entrar e permanecer nesta unidade. Para amenizar esta situação procurávamos esclarecer as dúvidas, a finalidade dos aparelhos, procedimentos a serem realizados. E sempre que achávamos conveniente, dependendo da necessidade de cada familiar, permanecíamos ao seu lado dando-lhe suporte emocional, confortando-o e o simples fato de permanecer ao lado, mesmo sem mencionar alguma palavra, era uma maneira de mostrarmos interesse e compromisso. Segundo Travelbee, a enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente para poder estabelecer uma relação com o cliente ou qualquer ser humano, e somente conseguirá estabelecer tal relação quando cada integrante perceber o outro como ser humano único.

Outro caso refere-se a Sra. Ana, mãe de um cliente, Sr. André, vítima de atropelamento. O primeiro dia de visita a Sra. Ana chorava muito, estava nervosa, pois já havia perdido outro filho também vítima de atropelamento. Esperamos que ela se acalmasse e informamos de como André havia chegado a UTI, explicamos e entregamos o folder sobre as normas e rotinas da UTI e acompanhamos a Sra. Ana até o leito.

Alguns comentários da Sra. Ana:

“O que vocês acham da situação dele”?

“Não sei porque fizeram isto, ele é tão religioso”.

Informamos a Sra. Ana que a situação de André era crítica devido ao trauma que havia sofrido, e a UTI é um local onde existem mais recursos para a recuperação de seu filho. A Sra. Ana ressaltou a importância da fé para recuperação de seu filho dizendo:

“Agora é só Deus mesmo, minha filha”.

Depois de conversar com Sra. Ana, notamos que ela ainda permanecia com o semblante de tristeza, porém não mais chorava e estava mais calma.

Através da interação com os familiares ficou ainda mais evidente a importância da participação do enfermeiro nestas situações, assumindo, além das atividades de assistência ao cliente, o papel de amenizador do sofrimento e orientador.

Para alcançarmos o objetivo proposto utilizamos também como instrumento de entrevista, com perguntas, aos familiares, relacionadas ao significado de UTI, ao atendimento e orientações realizado pelos profissionais, dúvidas ou sugestões. A entrevista era realizada logo após a aceitação através do termo de consentimento, em participar do trabalho.

Foram realizadas entrevistas com 18 familiares que geralmente acontecia antes do horário da visita no hall de entrada da UTI. Inicialmente fazíamos uma apresentação pessoal e em seguida explicávamos o motivo da mesma, garantindo o anonimato e o direito a desistência em participar a qualquer momento. Sendo que somente 1 familiar recusou-se a participar.

Algumas dificuldades surgiram, como por exemplo: conciliar a atividade de assistência ao cliente com o atendimento aos familiares. Porém sabendo da importância do contato, enfermagem/familiar, mais próximo interrompíamos nossas atividades nos horários de visitas para uma maior dedicação aos familiares. Outras vezes devido ao estado emocional abalado do familiar ao invés de fazer a entrevista preferíamos confortá-lo, de acordo com nosso propósito de realizar uma assistência mais humanizada aos familiares.

Com relação à pergunta: Já esteve em uma UTI antes?

Dos 18 familiares entrevistados a maioria 11 (61,1 %) respondeu que sim e 7 (38,9 %) respondeu que não.

Quando perguntado se sabiam o significado de uma UTI, 13 (68,4 %) responderam local de melhor recurso para paciente grave, Quatro (21,1 %) como último recurso para salvar a vida, e 1 (5,25 %) respondeu local de paz e repouso para o paciente. Somente 1 referiu não saber o que ela significa.

Na pergunta em como você imagina encontrar seu familiar 6 (25 %) responderam com muitos aparelhos, 4 (16,7 %) inconsciente, 8 (33,3 %) bem, e 4 (16,7) mal e 2 (8,3%) outros.

A pergunta: você foi orientado (a) de como seu familiar se encontra, 7 (38,9 %) responderam que sim, pela equipe e 2 (11,1 %), sim, pelos próprios familiares, 9 (50 %) não receberam algum tipo de orientação.

Quando perguntado a quem procura quando quer saber alguma coisa sobre seu familiar 3 (16,7 %) apontaram o médico, 9 (50 %) o enfermeiro, 2 (11,1 %) médico e enfermeiro e 4 (22,2 %) a qualquer membro da equipe.

Em relação à pergunta de como vê o atendimento prestado pelo pessoal da UTI à família 8 (44,4%) consideraram ótimo e 10 (55,6 %) bom.

Questionado quanto ao fato de existir alguma coisa que o preocupa em relação ao familiar internado, 11 (61,1 %) dos familiares indicaram a situação saúde doença, 3 (16,7 %) a recuperação e 4 (22,2 %) responderam que nada os preocupam.

Quanto a existência de alguma coisa que lhe incomoda com relação ao atendimento ou ao ambiente da UTI, 16 (84,2 %) familiares responderam que não, 2 (10,5 %) pouco tempo para visita e 1 (5,2 %) apontou a demora das informações médicas.

Em relação a sugestões para melhora do atendimento, 5 (22,7 %) acham pouco tempo para visita, 8 (36,4 %) mais horários para visita, 6 (27,3 %) não fizeram sugestões e 3 (13,6 %) outros.

Sobre o esclarecimento de dúvidas, 17 (94,4 %) referiram não tê-las, e apenas 1 (5,6%) respondeu ter dúvidas sobre a situação de saúde de seu familiar.

Análise

Observamos que a maioria das pessoas entrevistadas possuem algum conhecimento sobre tratamento intensivo, facilitando o trabalho da equipe interdisciplinar, que deve ter como objetivo também o prestar assistência aos familiares. Nunez apud Orlando (2001, p. 94) diz que “[...] *essa interação beneficia o doente e a família, já que esta última se torna parte da equipe [...] Assim, o paciente perde o medo de ir para UTI [...]*”.

O fato de procurarem geralmente o médico para obter informações sobre o cliente deve-se, talvez, por caber somente a equipe médica o dever de fornecer informações sobre o prognóstico, oportunidade em que a família pode atualizar-se sobre a situação de saúde-doença e recuperação, questão que mais preocupa os familiares.

Assistência prestada pelo pessoal da UTI, considerada de boa e ótima qualidade na avaliação dos familiares pode ser atribuída ao trabalho já desenvolvido com os profissional sobre a importância da humanização, cuidado integral e também por esta instituição ser um hospital escola.

Em relação à visita, os familiares consideraram pouco tempo de permanência junto ao cliente e gostariam de mais horários durante o dia, o que nos remete a reflexão de Orlando (2001, p.94) “*a que se superar certa resistência da própria equipe interdisciplinar da UTI em aceitar e incorporar a idéia de ver no familiar não um fiscal implacável e incômodo, mas sim um importante elemento de ajuda no processo de recuperação do paciente crítico*”.

Avaliação

Para o alcance deste objetivo conseguimos realizar a maioria das estratégias referentes ao mesmo. Encontramos dificuldade em envolver a equipe de enfermagem no atendimento aos familiares, pois o horário de visita era o momento que os funcionários encontravam para lanchar, relaxavam. Por este motivo não podemos considerar este objetivo totalmente alcançado.

OBJETIVO

Sistematizar o cuidado de enfermagem ao cliente, baseado em alguns conceitos da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, bem como na classificação diagnóstica de NANDA adaptada por Benedet & Bub (2001).

Para a realização das atividades da prática de enfermagem utilizamos habilidades como: observação, comunicação, reflexão, aplicação dos conhecimentos adquiridos, e principalmente fazer avaliações e tomar decisões. Esta maneira de direcionar e sistematizar a assistência de enfermagem, utilizada tanto pelos profissionais quanto pelos acadêmicos, visa principalmente a qualidade procurando aplicar um cuidado mais individualizado é chamado de processo de enfermagem.

O HU 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).

As evoluções são realizadas a cada 24 horas, sendo que cada turno é responsável pela evolução de 2 clientes, exceto em casos de intercorrências ou internações, onde é feita independente da rotina habitual.

Realizamos as evoluções e prescrições de enfermagem diariamente. A evolução ficava registrada no prontuário do cliente. Utilizávamos também como forma de avaliação os diagnósticos de enfermagem com o intuito de prestar uma assistência com mais qualidade.

O processo de enfermagem de Horta, com adaptações foi aplicado em apenas dois clientes, dentre aqueles que assistimos durante o estágio. Nestes dois clientes as patologias eram diferenciadas, escolha proposital e apresentavam diversas N.H.Bs afetadas, o que nos proporcionou um aperfeiçoamento teórico-prático.

Para a coleta de dados utilizamos um roteiro elaborado segundo a teoria das NHBs de Horta o prontuário do cliente para obter informações diárias, análise de exames

laboratoriais e informações adquiridas através dos familiares. Além destas informações, para obtermos uma avaliação mais completa do cliente, utilizamos a escala de coma de Glasgow.

As evoluções eram realizadas diariamente e apresentavam-se organizadas sob a sigla SOAP que é um sistema proposto pelo Hospital Universitário baseado no Prontuário Orientado pelo Problema (POP), segundo Weed.

Para a construção do processo tivemos a preocupação de realizar um rodízio para prestação do cuidado, onde cada dia uma de nós ficava responsável pelo cuidado, repassando as informações da evolução do cliente para a outra. Acompanhamos os clientes durante 4 dias, pois consideramos este tempo suficiente para elaboração de um processo de enfermagem.

A seguir apresentaremos o processo de enfermagem:

1° PROCESSO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data: 19/11/2001

Hora: 12:00 h

I - Dados de Identificação:

E.M, 41 anos, sexo masculino, branco, 1,80 m, aproximadamente 95 kg, separado, adventista, pedreiro (afastado pela perícia), natural e procedente de Imbituba. Chegou a UTI no dia 18/11/2001, às 9:30 h, proveniente do Hospital Governador Celso Ramos. Entubado, em Ventilação Mecânica (PC), lúcido, comunicativo, através da escrita, ansioso.

Diagnóstico Médico:

Atropelamento, Choque Hipovolêmico, Hemotórax e Laparotomia.

II – Percepções e Expectativas:

O cliente refere ter muita dificuldade para respirar, sente-se agoniado. Muito angustiado, pois durante o acidente foi extraviada toda sua documentação, sendo que não se sabe ao certo sua identificação e moradia. Outro fato que o incomoda é a necessidade da ventilação mecânica e refere ainda medo da morte.

III - Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas:

19/11/2001

Necessidades Psicobiológicas:

Referiu ter hérnia de disco, dor pelo corpo, se sentir agoniado. Abre os olhos espontaneamente, obedece ordens, resposta verbal ausente (Glasgow 11), comunicativo (através de gestos e escrita), orientado, demonstra-se ansioso e faz expressão de dor. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. FR 28 mpm, ventilação mecânica (Pressão Controlada), TOT, PEEP 3 cmH₂O, VC 450 ml, VM 10,2 l/min, PPI 26 cmH₂O, FiO₂ 50 %, saturação O₂ 98 a 100 %, secreção traqueal esbranquiçada em pequena quantidade. Dreno de tórax à direita com secreção sanguinolenta em grande quantidade. Fraturas de costelas em lado direito. Perfusão periférica mantida, hipocorado, edema ++/4 (principalmente em face e região escrotal), hematomas em MMII E MMSS, FC 99 bpm, ritmo regular, PA 8/4 mmHg, T 33,9 °C. SVD, DU 75 ml/h no período da manhã, amarelo escuro com depósitos. Dieta zero, SNG em sifonagem, drenando média quantidade de líquido esverdeado, abdome distendido, doloroso a palpação, incisão cirúrgica sem secreção, RHA +. Lesões e escoriações em dorso, face, tronco e abdome com secreção serosanguinolenta, mucosa oral lesionada com fratura dentaria pelo impacto. Punção subclávia direita.

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

***ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI: Indo além do conhecimento
técnico-científico.***

Projeto assistencial de Conclusão do
Curso de Graduação em Enfermagem,
apresentado à disciplina de
Enfermagem Assistencial Aplicada.

Florianópolis

2001

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

***ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI: Indo além do conhecimento
técnico-científico.***

N.Cham. TCC UFSC ENF 0410
Autor: Gorges, Alessandra
Título: Assistência de enfermagem em UTI
972518904 Ac. 241756
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0410
Ex.1

Acadêmicas: Alessandra Gorges
Andréia Baldino Córdova
Andressa Cristina Gaya Germani

Orientadora: Eliane R. P. do Nascimento

Supervisores: Cleusa M. Viera
Josiane de Jesus Martins
Luiz Scarduelli

Banca Examinadora: Eliane R. P. do Nascimento
Josiane de Jesus Martins
Tânia M. X. Scóz

Florianópolis

2001

Necessidades Psicossociais:

Referiu medo de morrer, ausência da família nos primeiros dias de internação, pois não foi possível fazer contato com a família que não estava ciente do caso.

Necessidades Psicoespirituais:

Não referiu necessidade de auxílio espiritual.

Dados Complementares:

Exames realizados no dia 19/11/2001.

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Hemácias: <u>2.90</u> milhões/mm ³	4.5 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina: <u>8.5</u> g/dl	14 a 18 g/dl
Hematócrito: <u>26.6</u> %	40 a 54 %
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Leucócitos: <u>11.600</u> /mm ³	3.800 a 11.000 /mm ³

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: O hemograma revela uma baixa dos níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias tendo como causa a perda sanguínea (relacionado ao traumatismo), o que indica um estado anêmico, observado também através do exame físico, por apresentar mucosas e pele hipocoradas.

Notou-se um pequeno aumento dos leucócitos que pode estar relacionada à hemorragia aguda e também pode estar apresentando um quadro infeccioso, levando a equipe médica e de enfermagem a ficar mais atenta a outros sinais de infecção.

PARAMETROS DO SANGUE	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Glicose: <u>140</u> mg/dl	70 a 110 mg/dl
Creatinina: <u>1.9</u> mg/dl	0.8 a 1.3 mg/dl
Sódio: <u>150</u> mEq/L	140 a 148 mEq/L

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Os parâmetros de creatinina, glicose e sódio encontram-se elevados devido à diminuição da função renal, o que causa uma deficiência na eliminação dos metabólitos do sangue, que permanecem em alta concentração. A glicose elevada também poder ter como causa o estresse emocional e físico, o sódio e a creatinina elevados pode ser devido também à desidratação e ingestão insuficiente de líquido.

Material: Sangue arterial.

GASOMETRIA ARTERIAL	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
pH - <u>7,327</u> mmHg	7.35 a 7.45 mmHg
Sat O2 - 95 %	85 a 100 %
PCO2 - <u>35,8</u> mmHg	35 a 45 mmHg
PO2 - <u>84,6</u> mmHg	85 a 100 mmHg
Bic - <u>18,2</u> mEq/L	22 a 28 mEq/L
BE - - <u>6,5</u> mEq/L	+ ou - 3 mEq/l

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Acidose metabólica compensada.

Medicações utilizadas pelo cliente no dia 19/11/2001:

✓ Dieta zero, SNG aberta;
✓ SG 10 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 2000 ml EV 28 gts;

✓ SF 0,9 % 80 ml + Midazolan 50 mg (2 ampolas) BI ACM;
✓ SF 0,9 % 210 ml + Fentanil 40 ml BI ACM;
✓ Ranitidina 50 mg EV 12/12 h;
✓ Plasil 2 ml EV 8/8 h;
✓ KCl 19,1 % 5 ml/SG 10 %;
✓ MgSO4 50 % 2 ml no 1° e 3°/SG 10 %;
✓ Dipirona 2 ml EV 6/6 h SN.

FONTE: Prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

19/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Percepção dos Órgãos dos Sentidos.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Dor*: relacionado ao traumatismo pelo acidente, traumatismo cirúrgico e pelo dreno de tórax. Evidenciado pela comunicação não verbal (gestos e expressão facial).

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M	
• Mudança de decúbito;	DD	15	21-24	9
	DLE	18	3-6	12
• Fazer massagem em região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		

• Não realizar decúbito lateral direito;	ATENÇÃO		
• Evitar a manipulação excessiva devido às fraturas;	T	N	M
• Utilizar analgésicos prescritos para alívio da dor, quando necessário;	SN		
• Avaliar efeitos da analgesia;	T	N	M
• Investigar a causa da dor;	T	N	M
• Não ignorar queixas de dor e/ou desconforto;	T	N	M
• Explicar a causa da dor, quando possível;	T	N	M
• Proporcionar ambiente calmo;	T	N	M
• Evitar comentários inapropriados próximo ao cliente.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Oxigenação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Padrão respiratório ineficaz:* relacionado à fratura de arcos costais e hemotórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
3. *Trocas de gases prejudicada:* relacionado diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea:* relacionado ao tórax instável. Evidenciado pela dispnéia, aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de O₂, diminuição da PaO₂ e aumento da Pa CO₂.
5. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas:* relacionada ao TOT e aumento das secreções. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Avaliar nível de consciência;	T	N	M
• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Verificar expansão pulmonar;	ATENÇÃO		
• Manter oximetria de pulso;	T	N	M
• Observar a saturação de O ₂ ;	T	N	M
• Realizar ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar traçados no monitor;	T	N	M
• Manter cabeceira a 30 °;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Observar e mensurar drenagem torácica;	06		
• Manter cuidados com paciente em VM;	T	N	M
• Aspirar oro/endotraqueal;	SN		
• Fazer higiene oral;	16	22	8 - 12
• Observar e descrever secreção traqueal;	T	N	M
• Trocar cadaço do TOT;	SN		
• Trocar água do respirador;	06		
• Trocar todas as traquéias;	48/48 h		
• Medir pressão do cuff.	16	22	10

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Débito cardíaco diminuído*: relacionado à perda sangüínea. Evidenciado pela coloração da pele e mucosas (hipocoradas), pela hipotensão e oligúria.

2. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrointestinal e periférica:* relacionada ao transtorno da hemoglobina, perda sangüínea e diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciada por alterações nos parâmetros gasométricos, oligúria, abdome distendido e palidez.
6. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada ao traumatismo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Avaliar nível de consciência;	T	N	M
• Verificar Sinais Vitais;	T	N	M
• Observar traçado do monitor;	T	N	M
• • Observar evolução de edema, hipocoloracao de pele e perfusão periférica;	T	N	M
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Realizar mudança de decúbito;	T	N	M
• Realizar massagem com creme hidratante;	T	N	M
• Proteger proeminências ósseas;	ATENÇÃO		
• Agasalhar na presença de queda de temperatura;	ATENÇÃO		
• Analisar exames sanguíneos, hemograma, uréia, creatinina; sódio e potássio;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Realizar controle de diurese.	2/2 h		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Regulação Térmica.***Diagnóstico de Enfermagem:**

7. *Hipotermia*: relacionado à exposição ao frio e a hipovolemia. Evidenciado por palidez e temperatura abaixo de 35,5 °C.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais, principalmente T;	H/H		
• Observar nível de consciência;	T	N	M
• Agasalhar/ aquecer (meias, bota de algodão)	SN		
• Observar cianose, pele fria.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Hidratação.***Diagnóstico de Enfermagem:**

8. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade e a perda de fluidos através de vias anormais (dreno de tórax).
9. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese, observando e anotando características da urina;	2/2h		
• Observar evolução de edema, hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
• Estar atento ao gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar sinais de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M
• Observar turgor e ressecamento de pele.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Alimentação.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Alteração da nutrição: menos que o corpo necessita:* relacionado à restrição alimentar evidenciado pela dieta zero.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Avaliar exames sanguíneos, como hemograma;	T	N	M
• Observar sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia;	ATENÇÃO		
• Observar gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
• Observar evolução e distensão abdominal, RHA;	T	N	M

• Colocar a dieta em bomba de infusão;	T	N	M
• Fixar a SNG;	T	N	M
• Manter cabeceira elevada	T	N	M
• Observar sinais de desnutrição/desidratação;	T	N	M
• Lavar a SNG com 20 ml de água destilada após cada dieta;	T	N	M
• Observar sinais de obstrução da SNG.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Eliminação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao provável período prolongado com sonda vesical de demora.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese e registrar;	2/2h		
• Observar gotejamento dos soros;	T	N	M
• Observar características da urina como: coloração, aspecto, presença de depósitos e volume urinário;	T	N	M
• Fixar a SVD;	T	N	M
• Evitar acotovelamento e não tracionar a SVD durante mudanças de decúbito;	T	N	M
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar exame de urina.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

3. *Integridade da pele prejudicada*: relacionada ao traumatismo e cirurgia. Evidenciado por equimoses, lesões, escoriações e ferida cirúrgica.
4. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade, fricção, hipotermia e secreções.
5. *Integridade tissular prejudicada*: relacionada diminuição da oferta de sangue, imobilidade e trauma mecânico. Evidenciado por fraturas, edema e lesão dos tecidos.
6. *Alteração na mucosa oral*: relacionado ao traumatismo. Evidenciado por mucosa oral lesionada e fratura de dentes.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Usar micropore de preferência, ao invés do esparadrapo;	ATENÇÃO		
• Observar sinais de hiperemia em proeminências ósseas e região dorsal;	T	N	M
• Fazer uso de colchão piramidal;	ATENÇÃO		
• Realizar massagem com hidratante em locais de pressão;	3/3h		
• Realizar mudança de decúbito; DD	15	21 - 3	9
• DLE	18	24 - 6	12
• Fazer curativo e observar evolução das escoriações e hematomas;	N e SN		
• Fazer curativo em punção de subclávia D;	48/48 hs		
• Manter pele seca e lençóis esticados;	T	N	M

• Fazer higiene corporal diariamente;	N		
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar sinais flogísticos em punções, incisão cirúrgica e ferimentos;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio para oxímetro de pulso;	T	N	M
• Observar sinais de sangramento.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Atividade Física.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao traumatismo, dor, fadiga e ansiedade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
2. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à diminuição da capacidade pulmonar, cirurgia e problemas músculo-esquelético.
3. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de medicamentos. Evidenciado pela dependência de terceiros.
4. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de medicamentos. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;	T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;	T	N	M
• Massagear região dorsal com creme hidratante;	3/3 h		

• Realizar higiene e conforto;		M		
• Promover repouso;		T	N	M
• Realizar na mudança de decúbito;	DD	15	21-24	9
	DLE	18	3-6	12
• Localizá-lo no tempo e espaço.		ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Cuidado Corporal.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao processo saúde-doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M	
• Promover repouso;	T	N	M	
• Manter grades elevadas;	T	N	M	
• Fazer massagem com creme hidratante em região dorsal;		3/3 h		
• Observar alteração no traçado do monitor;	T	N	M	
• Manter cliente com bom aspecto físico;	T	N	M	
• Manter roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M	
• Proporcionar aproximação pessoal para maior interação entre cliente, enfermeiro e familiares;	T	N	M	
• Observar atividade músculo-esquelética;		OBSERVAR		
• Incentivar os familiares ao contato físico, através da	T	N	M	

aproximação e diálogo.			
------------------------	--	--	--

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Física e Meio Ambiente.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Proteção alterada*: relacionado à anemia e déficit motor. Evidenciado por inquietação, fadiga, fraqueza e imobilidade.
3. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
4. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
5. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
6. *Síndrome do estresse por mudança*: relacionado à mudança sem tempo suficiente para preparar-se (acidente), falta de apoio familiar e saúde prejudicada. Evidenciado pela ansiedade e medo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Manter técnicas assépticas nos curativos e procedimentos invasivos;	ATENÇÃO		
• Estar atento as datas de trocas de equipos e circuitos;	ATENÇÃO		
• Manter lençóis limpos, secos e esticados;	T	N	M
• Manter SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	ATENÇÃO		
• Observar vazamentos no intermediário da SVD;	ATENÇÃO		
• Observar sinais flogísticos em orifícios, punções e lesões de pele;	ATENÇÃO		
• Realizar higiene oral e aspiração oral;	16	22	8-12
• Fazer higiene íntima sempre que necessário;	ATENÇÃO		

• Manter grades e cabeceiras elevadas;	ATENÇÃO		
• Restrição em MMSS;	SN		
• Dar banho de leito diariamente;	N		
• Valorizar queixas de dor/desconforto;	T	N	M
• Sanar dúvidas, quando possível;	T	N	M
• Orientar o cliente sobre os procedimentos a serem realizados;	T	N	M
• Realizar lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento;	T	N	M
• Orientar aos familiares a importância da lavagem das mãos antes e depois da visita.	T	N	M

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Comunicação.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT, ansiedade e a dor. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras e dificuldade para escrever.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.

3. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico (hospitalização).
4. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas e devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Déficit de atividades de recreação*: relacionado a hospitalização. Evidenciada pela impossibilidade de realizar os hobbies usuais durante o período de internação.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Fazer avaliação neurológico;	T	N	M
• Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
• Explicar sobre o TOT como tratamento indispensável e provisório;	T	N	M
• Estar atento à expressão facial e gestos do cliente;	T	N	M
• Oferecer papel e caneta para comunicação;	ATENÇÃO		
• Contactuar com assistente social;	ATENÇÃO		
• Tentar contactar alguém da família.	ATENÇÃO		
• Aumentar o número de contato com o cliente	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio entre os membros da equipe	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Emocional.***Diagnóstico de Enfermagem:**

2. *Ansiedade*: relacionado ao medo de morrer e mudança de ambiente. Evidenciado pelo nervosismo, preocupação e irritabilidade.
3. *Medo*: relacionado à situação saúde-doença, dor e hospitalização. Evidenciado pelo sentimento de temor e apreensão.
4. *Medo relacionado à morte*: relacionado ao medo do desconhecido. Evidenciado pela comunicação não verbal (escrita).
5. *Risco para síndrome pós-trauma*: relacionado ao evento traumático (atropelamento).

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**Necessidade Humana Básica Afetada:***Espiritualidade.***Diagnóstico de Enfermagem:**

1. *Risco para sofrimento espiritual*: relacionado à ansiedade intensa, estresse físico e psicológico.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Orientar sobre a necessidade da hospitalização;	SN		
• Orientar sobre os procedimentos a serem realizados;	T	N	M
• Sanar dúvidas, quando possível;	T	N	M

• Tentar diminuir a ansiedade;	T	N	M
• Valorizar queixas de dor e/ou desconforto;	T	N	M
• Contactuar com psicólogo, se necessário ou agente espiritual.	SN		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

20/11/2001

Glasgow 4+1+1=6, abre os olhos espontaneamente, não obedece a comandos verbais e motores, RFM+, pupilas isocóricas, reflexo córneo palpebral presente e motricidade ausente. Em ventilação mecânica (PC), FR 20 mpm, TOT, PEEP 10 cmH₂O, VC 450 ml, PPI 35 cmH₂O, VM 8,4 l/min, FiO₂ 100 %, saturação O₂ 97 a 98 %, secreção traqueal purulenta em media quantidade, acianotico. Dreno de tórax simples D, com secreção sanguinolenta em grande quantidade, D 900 ml no período de 24 horas. Fraturas de costelas em lado direito. Perfusão periférica mantida, hipocorado, edema +++/4, hematomas em MMII E MMSS, FC 100 a 104 bpm, ritmo regular, PA 120/60 a 130/80 mmHg, T 37,4 a 37, 7 °C. Fentanil a 15 ml/h, Dormonid a 5 ml/h. SVD, DU 180 ml/h no período da manhã, amarelo escuro com depósitos. Em dieta por SNE a 1000 ml nas 24 hs , abdome rígido, incisão cirúrgica abdominal limpa, não evacuou no período, RHA+. Lesões e escoriações em dorso, face, tronco e abdome com secreção serosanguinolenta (curativo com murim + dersani), mucosa oral lesionada. Punção subclávia direita. Feito contato com familiares, recebendo visita da mãe e irmão no período da manhã.

Dados Complementares:

Exames realizados no dia 20/11/2001.

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Hemácias: <u>3,11</u> milhões /mm ³	4.5 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina: <u>9,2</u> g/dl	14 a 18 g/dl
Hematócrito: <u>27,8</u> %	40 a 54 %
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Leucócitos: <u>12.100</u> /mm ³	3.800 a 11.000 /mm ³

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: O hemograma revela uma baixa dos níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias tendo como causa a perda sanguínea (relacionado ao traumatismo), o que indica um estado anêmico, observado também através do exame físico, por apresentar mucosas e pele hipocoradas.

Notou-se um pequeno aumento dos leucócitos que pode estar relacionada à hemorragia aguda e também pode estar apresentando um quadro infeccioso, levando a equipe medica e de enfermagem a ficar mais atenta a outros sinais de infecção.

PARAMETROS DO SANGUE	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Glicose: <u>135</u> mg/dl	70 a 110 mg/dl
Creatinina: <u>1,4</u> mg/dl	0.8 a 1.3 mg/dl

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Os parâmetros de creatinina, glicose encontram-se elevados devido à diminuição função renal, o que causa uma deficiência na eliminação dos metabólitos do

sangue, que permanecem em alta concentração. A creatinina elevada pode ser devido à desidratação e ingestão insuficiente de líquido.

Material: Sangue arterial.

GASOMETRIA ARTERIAL	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
pH – <u>7,264</u> mmHg	7.35 a 7.45 mmHg
Sat O2 – 94,9 %	85 a 100 %
PCO2 – <u>48,8</u> mmHg	35 a 45 mmHg
PO2 – 89 mmHg	85 a 100 mmHg
Bic – <u>21,4</u> mEq/L	22 a 28 mEq/L
BE - <u>-5,7</u> mEq/L	+ ou - 3 mEq/L

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Acidose metabólica e respiratória.

Material: Urina.

PARCIAL DE URINA	VALOR DE REFERENCIA
Cor: <u>amarelo âmbar</u>	Amarelo citrino
Proteínas: <u>positivo (++)</u>	Negativo
Hemoglobina: <u>positivo (++++)</u>	Negativo
Cels. Epiteliais: <u>muitas</u>	Raras
Hemácias: <u>192.000/ml</u>	Até 4.000/ml
Muco: <u>presença</u>	Ausência
Flora bacteriana: <u>discreto</u>	Escassa

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Os parâmetros da urina alterados estão relacionados com a diminuição da função renal e possível infecção urinária, com aumento discreto da flora bacteriana e leucocitose, assim como observação da urina com aspecto turvo e presença de depósitos.

Medicações utilizadas pelo cliente no dia 19/11/2001:

✓ Dieta por SNE – 1000 ml
✓ SG 10 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 80 ml + Midazolam 50 mg (2 ampolas) BI ACM;
✓ SF 0,9 % 210 ml + Fentanil 40 ml BI ACM;
✓ Ranitidina 50 mg EV 12/12 h;
✓ Plasil 2 ml EV 8/8 h;
✓ KCl 19,1 % 5 ml/SG 10 %;
✓ MgSo4 50 % 2 ml no 1° e 3°/SG 10 %;
✓ Dipirona 2 ml EV 6/6 h SN;
✓ Tazocin 45 g;
✓ Vitamina K 1 ampola;
✓ SF 0,9 % 1000 ml ACM.

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

20/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Oxigenação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado ao traumatismo pelo acidente, traumatismo cirúrgico e pelo dreno de tórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
3. *Trocas de gases prejudicada*: relacionado a diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
4. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado fratura de arcos costais e hemotórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
5. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionada ao TOT e aumento das secreções. Evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca, diminuição de PaO₂ e aumento da PaCO₂.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Avaliar nível de consciência;	T	N	M
• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Verificar expansão pulmonar;	ATENÇÃO		
• Manter oximetria de pulso;	T	N	M
• Observar a saturação de O ₂ ;	T	N	M

• Realizar ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar traçados no monitor;	T	N	M
• Manter cabeceira a 30 °;	T	N	M
• Observar e mensurar drenagem torácica;	6		
• • Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Manter cuidados com paciente em VM;	T	N	M
• Aspirar oro/endotraqueal;	SN		
• • Fazer higiene oral;	16	22	8 - 12
• Observar e descrever secreção traqueal;	T	N	M
• Trocar cadarço do TOT;	SN		
• • Trocar traquéia próximo ao TOT;	48/48 h		
• Trocar água do respirador;	6		
• Medir pressão do cuff.	16	22	10

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Risco para diminuição do débito cardíaco:* relacionado ao traumatismo e a perda de sangue.
2. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrointestinal e periférica:* relacionada ao transtorno da hemoglobina, perda sangüínea e diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciada por alterações nos parâmetros gasométricos, infecção urinária, abdome distendido e palidez.
3. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada ao traumatismo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	T	N	M
• Observar traçado do monitor;	T	N	M
• Observar evolução de edema, hipocoloração de pele e perfusão periférica;	T	N	M
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Realizar mudança de decúbito;	T	N	M
• Realizar massagem com creme hidratante;	3/3 h		
• Analisar exames sanguíneos, hemograma, uréia e creatinina;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Realizar controle de diurese.	T	N	M
• Proteger proeminências ósseas;	ATENÇÃO		
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Agasalhar quando houver queda de temperatura;	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Térmica.

Diagnóstico de Enfermagem:

10. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais, principalmente T;	H/H		
• Observar nível de consciência;	T	N	M
• Observar sudorese, pele fria.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Hidratação.***Diagnóstico de Enfermagem:**

11. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade e a perda de fluidos através de vias anormais.
12. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Observar evolução de edema, hipocoloração da pele e mucosas;	T	N	M
• Estar atento ao gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar sinais de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M
• Observar turgor e ressecamento de pele.	T	N	M
• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese, observando e anotando características da urina;	2/2h		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Alimentação.***Diagnóstico de Enfermagem:**

1. *Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita:* relacionado a diminuição do nível de consciência.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Avaliar exames sanguíneos, como hemograma;	T	N	M
• Observar sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia;	ATENÇÃO		
• Observar gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
• Observar evolução e distensão abdominal;	T	N	M
• Colocar a dieta em bomba de infusão;	T	N	M
• Fixar a SNG;	T	N	M
• Lavar a SNG com 20 ml de água destilada após cada dieta;	T	N	M
• Observar sinais de obstrução da SNG.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Eliminação.***Diagnóstico de Enfermagem:**

2. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese e registrar;	2/2 h		
• Observar gotejamento dos soros;	T	N	M
• Observar características da urina como: coloração, aspecto, presença de depósitos e volume urinário;	T	N	M
• Fixar a SVD;	T	N	M
• Evitar acotovelamento e não tracionar a SVD durante mudanças de decúbito;	T	N	M
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar exame de urina.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Integridade Física.

Diagnóstico de Enfermagem:

13. *Integridade da pele prejudicada:* relacionada ao traumatismo e cirurgia. Evidenciado por equimoses, lesões, escoriações e ferida cirúrgica.
14. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade, fricção e contato com secreções.
15. *Integridade tissular prejudicada:* relacionada diminuição da oferta de sangue, imobilidade e trauma mecânico. Evidenciado por fraturas, edema e lesão dos tecidos.
16. *Alteração na mucosa oral:* relacionado ao traumatismo. Evidenciado por mucosa oral lesionada e fratura de dentes.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Usar micropore de preferência, ao invés do esparadrapo;	ATENÇÃO			
• Fazer uso de colchão piramidal;	ATENÇÃO			
• Observar sinais de hiperemia em proeminências ósseas e região dorsal;	T	N	M	
• Realizar massagem com hidratante em locais de pressão;	3/3h			
• Realizar mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Fazer curativo e observar evolução das escoriações e hematomas;	N e SN			
• Fazer curativo em punção de subclávia D;	N e SN			
• Manter pele seca e lençóis esticados;	T	N	M	
• Fazer higiene corporal diariamente;	N			
• Realizar higiene oral;	16	22	8 - 12	
• Fazer higiene íntima;	SN			
• Observar sinais flogísticos em punções, incisão cirúrgica e ferimentos;	ATENÇÃO			
• Fazer rodízio para oxímetro de pulso;	T	N	M	
• Observar sinais de sangramento.	T	N	M	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Atividade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

17. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao traumatismo, dor, fadiga, ansiedade e terapêutica medicamentosa. Evidenciada pela dependência de terceiros.

18. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à diminuição da capacidade pulmonar, cirurgia e problemas músculo-esquelético.
19. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de medicamentos. Evidenciado pela dependência de terceiros.
20. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de medicamentos. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;		T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;		T	N	M
• Massagear região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		
• Realizar higiene e conforto;		M		
• Promover repouso;		T	N	M
• Realizar na mudança de decúbito.	DD	15	21-24	9
	DLE	18	3-6	12

Necessidade Humana Básica Afetada:

Cuidado Corporal.

Diagnóstico de Enfermagem:

21. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao processo saúde-doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M
• Promover repouso;	T	N	M
• Manter grades elevadas;	T	N	M
• Fazer massagem com creme hidratante em região dorsal;	3/3 h		
• Observar alteração no traçado do monitor;	T	N	M
• Manter cliente com bom aspecto físico;	T	N	M
• Manter roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M
• Proporcionar aproximação pessoal para maior interação entre cliente, enfermeiro e familiares;	T	N	M
• Observar atividade músculo-esquelética;	OBSERVAR		
• Incentivar os familiares ao contato físico, através da aproximação e diálogo.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Física e Meio Ambiente.

Diagnóstico de Enfermagem:

22. *Proteção alterada*: relacionado à anemia e déficit motor. Evidenciado por inquietação, fadiga, fraqueza e imobilidade.
23. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
24. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
25. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
26. *Síndrome do estresse por mudança*: relacionado à mudança sem tempo suficiente para preparar-se (acidente) e saúde prejudicada. Evidenciado pela ansiedade e medo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Manter técnicas assépticas com curativos e procedimentos invasivos;	ATENÇÃO		
• Estar atento as datas de trocas de equipamentos e circuitos;	ATENÇÃO		
• Manter lençóis limpos e esticados;	T	N	M
• Manter SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	ATENÇÃO		
• Observar vazamentos no intermediário da SVD;	ATENÇÃO		
• Observar sinais flogísticos em orifícios e punções;	ATENÇÃO		
• Realizar higiene oral;	16	22	8 - 12
• Fazer higiene íntima sempre que necessário;	ATENÇÃO		
• Dar banho de leito diariamente;	N		
• Valorizar queixas de dor/desconforto;	T	N	M
• Sanar dúvidas, quando possível;	T	N	M
• Orientar o cliente sobre os procedimentos a serem realizados;	T	N	M
• Realizar lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento;	T	N	M
• Orientar aos familiares a importância da lavagem das mãos antes e depois da visita.	T	N	M

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Comunicação.

Diagnóstico de Enfermagem:

27. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT e terapêutica medicamentosa. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

28. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
29. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico (hospitalização).
30. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

31. *Déficit de atividades de recreação*: relacionado à hospitalização. Evidenciada impossibilidade de realizar os hobbies usuais durante o período de internação.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Fazer avaliação neurológica;	T	N	M
• Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
• Explicar sobre o TOT como tratamento indispensável e provisório;	T	N	M
• Estar atento à expressão facial e gestos do cliente;	T	N	M
• Orientar aos familiares as normas e rotinas da unidade;	ATENÇÃO		
• Estimular a visita dos familiares ao cliente;	ATENÇÃO		
• Interagir com a família, esclarecendo dúvidas;	T	N	M
• Aumentar o número de contato com o cliente;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio entre os membros da equipe.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Emocional.

Diagnóstico de Enfermagem:

32. *Risco para síndrome pós-trauma:* relacionado ao evento traumático (atropelamento).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21/11/2001

Glasgow: 1+1+1=3, abertura ocular ausente, não obedece a comandos verbais e motores, RFM+, pupilas isocóricas, reflexo córneo palpebral presente e motricidade ausente. Em ventilação mecânica (PC), FR 17 mpm, TOT, PEEP 10 cmH₂O, VC 430 a 450 ml, PPI 30 cmH₂O, VM 7,8 l/min, FiO₂ 100 %, saturação O₂ 97 a 98 %, secreção traqueal piosanguinolenta em média quantidade, acianótico. Dreno de tórax D, com secreção

sanguinolenta em grande quantidade, com débito 800 ml. Fraturas de costelas em lado direito. Perfusão periférica mantida, hipocorado, edema +++/4, hematomas em MMII E MMSS, FC 97 a 102 bpm, ritmo regular, PA 110/60 a 120/60 mmHg, T 36,8 a 37,5 °C. SVD, DU 250 ml/h, amarelo escuro com depósitos. Em dieta por SNE a 42 ml/h, abdome distendido, incisão cirúrgica limpa, não evacuou no período, RHA+. Lesões e escoriações em dorso, face, tronco e abdome com secreção serosanguinolenta (curativo com murim + dersani), Punção subclávia direita.

Dados Complementares:

Exames realizados no dia 21/11/2001.

Material: Sangue venoso.

HEMOGRAMA	
ERITROGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Hemácias: <u>2,78</u> milhões /mm ³	4.5 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina: <u>8,4</u> g/dl	14 a 18 g/dl
Hematócrito: <u>25,3</u> %	40 a 54 %
LEUCOGRAMA	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Leucócitos: <u>13.900</u> /mm ³	3.800 a 11.000 /mm ³

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Observou-se através do hemograma, uma baixa dos níveis de hematócrito, hemoglobina e hemácias podendo ser causada pela perda de sanguínea (relacionado ao traumatismo). Revelando um estado anêmico, observado também através do exame físico, por apresentar mucosas e pele hipocoradas.

O aumento dos leucócitos, revela que o cliente pode estar apresentando um quadro infeccioso, levando a equipe a ficar mais atenta a outros sinais de infecção.

PARAMETROS DO SANGUE	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
Glicose: <u>128</u> mg/dl	70 a 110 mg/dl
Uréia: <u>45</u> mg/dl	10 a 20 mg/dl

FONTE: prontuário do cliente I.M. da UTI do HU.

Análise: o padrão de glicose alterado devido à infecção urinária, e os padrão de uréia encontram-se elevado devido à diminuição do volume urinário, o que causa uma deficiência na eliminação dos metabólitos do sangue, que permanecem em alta concentração.

Material: Sangue arterial.

GASOMETRIA ARTERIAL	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
PH – <u>7,296</u> mmHg	7.35 a 7.45 mmHg
Sat O2 – 98 %	85 a 100 %
PCO2 – <u>30,9</u> mmHg	35 a 45 mmHg
PO2 – <u>148,3</u> mmHg	85 a 100 mmHg
Bic – 24,7 mEq/L	22 a 28 mEq/L
BE - -2,8 mEq/L	+ ou – 3 mEq/L

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Alcalose respiratória (com acidemia para compensar).

Medicações utilizadas pelo cliente no dia 21/11/2001:

✓ Dieta por SNE-1000 ml/h;
✓ SG 10 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 80 ml + Midazolan 50 mg (2 ampolas) BI ACM;
✓ SF 0,9 % 210 ml + Fentanil 40 ml BI ACM;

✓ Ranitidina 50 mg EV 12/12 h;
✓ Plasil 2 ml EV 8/8 h;
✓ KCl 19,1 % 5 ml/SG 10 %;
✓ MgSO4 50 % 2 ml no 1° e 3°/SG 10 %;
✓ Dipirona 2 ml EV 6/6 h SN;
✓ Vitamina K 1 ampola;
✓ Fentanil 3 ml ACM.

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

21/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Oxigenação.

Diagnóstico de Enfermagem:

33. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado ao traumatismo pelo acidente, traumatismo cirúrgico e pelo dreno de tórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
34. *Trocas de gases prejudicada*: relacionado a diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
35. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado fratura de arcos costais e hemotórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
36. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionada ao TOT e aumento das secreções. Evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Verificar expansão pulmonar;	ATENÇÃO		
• Manter oximetria de pulso;	T	N	M
• Observar a saturação de O ₂ ;	T	N	M
• Realizar ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar traçados no monitor;	T	N	M
• Manter cabeceira a 30 °;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Observar e mensurar drenagem torácica;	6		
• Manter cuidados com paciente em VM;	T	N	M
• Aspirar oro/endotraqueal;	SN		
• Observar e descrever secreção traqueal;	T	N	M
• Trocar cadarço do TOT;	SN		
• Trocar traquéia próximo ao TOT;	48/48 h		
• Trocar água do respirador;	6		
• Medir pressão do cuff.	16	22	10

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

37. *Débito cardíaco diminuído*: relacionado à perda sangüínea. Evidenciado pela coloração da pele e mucosas (hipocoradas).
38. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrointestinal e periférica*: relacionada ao transtorno da hemoglobina, perda sangüínea e diminuição

da capacidade pulmonar. Evidenciada por alterações nos parâmetros gasométricos, infecção urinária, abdome distendido e palidez.

39. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada ao traumatismo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		T	N	M
• Observar traçado do monitor;		T	N	M
• • Observar evolução de edema, hipocoloração de pele, perfusão periférica;		T	N	M
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;		T	N	M
• Realizar mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Realizar massagem com creme hidratante;			3/3 h	
• Proteger proeminências ósseas;		ATENÇÃO		
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;		T	N	M
• Agasalhar quando houver queda de temperatura;		ATENÇÃO		
• Analisar exames sanguíneos, hemograma, uréia e creatinina;		T	N	M
• Analisar dados gasométricos;		T	N	M
• Realizar controle de diurese.		2/2 h		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Térmica.

Diagnóstico de Enfermagem:

40. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado aos procedimentos invasivos e perdas hídricas e eletrólitos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais, principalmente T;	H/H		
• Observar nível de consciência;	T	N	M
• Observar sudorese, pele fria.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Hidratação.

Diagnóstico de Enfermagem:

41. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado à retenção de sódio e água, imobilidade. Evidenciado por edema, hemoglobina e hematócrito diminuído e ansiedade.
42. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade e a perda de fluidos através de vias anormais.
43. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese, observando e anotando características da urina;	2/2h		
• Observar evolução de edema, hipcoloração da pele e mucosas;	T	N	M
• Estar atento ao gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar sinais de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M
• Observar turgor e ressecamento de pele.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Alimentação.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita:* relacionado a diminuição do nível de consciência.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Avaliar exames sanguíneos, como hemograma;	T	N	M
• Observar sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia;	ATENÇÃO		
• Observar gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
• Observar evolução e distensão abdominal;	T	N	M
• Colocar a dieta em bomba de infusão;	T	N	M

• Fixar a SNG;	T	N	M
• Lavar a SNG com 20 ml de água destilada após cada dieta;	T	N	M
• Observar sinais de obstrução da SNG.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Eliminação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese e registrar;	2/2h		
• Observar gotejamento dos soros;	T	N	M
• Observar características da urina como: coloração, aspecto, presença de depósitos e volume urinário;	T	N	M
• Fixar a SVD;	T	N	M
• Evitar acotovelamento e não tracionar a SVD durante mudanças de decúbito;	T	N	M
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar exame de urina.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

44. *Integridade da pele prejudicada*: relacionada ao traumatismo e cirurgia. Evidenciado por equimoses, lesões, escoriações e ferida cirúrgica.
45. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade, fricção e contato com secreções.
46. *Integridade tissular prejudicada*: relacionada diminuição da oferta de sangue, imobilidade e trauma mecânico. Evidenciado por fraturas, edema e lesão dos tecidos.
47. *Alteração na mucosa oral*: relacionado ao traumatismo. Evidenciado por mucosa oral lesionada e fratura de dentes.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Usar micropore de preferência, ao invés do esparadrapo;	ATENÇÃO			
• Fazer uso de colchão piramidal;	ATENÇÃO			
• Observar sinais de hiperemia em proeminências ósseas e região dorsal;	T	N	M	
• Realizar massagem com hidratante em locais de pressão;	3/3h			
• Realizar mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Fazer curativo e observar evolução das escoriações e hematomas;	N e SN			
• Fazer curativo em punção de subclávia D;	N e SN			
• Manter pele seca e lençóis esticados;	T	N	M	

• Fazer higiene corporal diariamente;	N		
• Realizar higiene oral;	16	22	8 - 12
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar sinais flogísticos em punções, incisão cirúrgica e ferimentos;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio para oxímetro de pulso;	T	N	M
• Observar sinais de sangramento.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Atividade Física.

Diagnóstico de Enfermagem:

48. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao traumatismo, dor, fadiga e ansiedade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
49. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à diminuição da capacidade pulmonar, cirurgia e problemas músculo-esquelético.
50. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de sedativos. Evidenciado pela dependência de terceiros.
51. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de sedativos. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;	T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;	T	N	M

• Massagear região dorsal com creme hidratante;	3/3 h			
• Realizar higiene e conforto;	M			
• Promover repouso;	T	N	M	
• Realizar na mudança de decúbito.	DD	15	21-24	9
	DLE	18	3-6	12

Necessidade Humana Básica Afetada:

Cuidado Corporal.

Diagnóstico de Enfermagem:

52. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao processo saúde-doença.
Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M
• Promover repouso;	T	N	M
• Manter grades elevadas;	T	N	M
• Fazer massagem com creme hidratante em região dorsal;	3/3 h		
• Observar alteração no traçado do monitor;	T	N	M
• Manter cliente com bom aspecto físico;	T	N	M
• Manter roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M
• Proporcionar aproximação pessoal para maior interação entre cliente, enfermeiro e familiares;	T	N	M
• Observar atividade músculo-esquelética;	OBSERVAR		
• Incentivar os familiares ao contato físico, através da	T	N	M

aproximação e dialogo.			
------------------------	--	--	--

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Física e Meio Ambiente.

Diagnóstico de Enfermagem:

53. *Proteção alterada*: relacionado à anemia e déficit motor. Evidenciado por inquietação, fadiga, fraqueza e imobilidade.
54. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
55. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
56. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
57. *Síndrome do estresse por mudança*: relacionado à mudança sem tempo suficiente para preparar-se (acidente). Evidenciado pela ansiedade e medo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Manter técnicas assépticas com curativos e procedimentos invasivos;	ATENÇÃO		
• Estar atento as datas de trocas de equipos e circuitos;	ATENÇÃO		
• Manter lençóis limpos e esticados;	T	N	M
• Manter SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	ATENÇÃO		
• Observar vazamentos no intermediário da SVD;	ATENÇÃO		
• Observar sinais flogísticos em orifícios e punções;	ATENÇÃO		
• Realizar higiene oral;	16	22	8-12
• Fazer higiene íntima sempre que necessário;	ATENÇÃO		
• Dar banho de leito diariamente;	ATENÇÃO		
• Valorizar queixas de dor e ou desconforto;	T	N	M

• Sanar dúvidas, quando possível;	T	N	M
• Orientar o cliente sobre os procedimentos a serem realizados;	T	N	M
• Realizar lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento;	T	N	M
• Orientar aos familiares a importância da lavagem das mãos antes e depois da visita.	T	N	M

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Comunicação.

Diagnóstico de Enfermagem:

58. *Comunicação prejudicada:* relacionada ao TOT e terapêutica medicamentosa. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

59. *Isolamento social:* relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
60. *Risco para solidão:* relacionado ao isolamento social e físico (hospitalização).
61. *Interação social prejudicada:* relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

Necessidade Humana Básica Afetada:*Recreação e Lazer.***Diagnóstico de Enfermagem:**

62. *Déficit de atividades de recreação*: relacionado à hospitalização. Evidenciada impossibilidade de realizar os hobbies usuais durante o período de internação.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Fazer avaliação neurológica;	T	N	M
• Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
• Explicar sobre o TOT como tratamento indispensável e provisório;	T	N	M
• Estar atento à expressão facial e gestos do cliente;	T	N	M
• Orientar aos familiares as normas e rotinas da unidade;	ATENÇÃO		
• Estimular a visita dos familiares ao cliente;	ATENÇÃO		
• Interagir com a família, esclarecendo dúvidas;	ATENÇÃO		
• Aumentar o número de contato com o cliente;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio entre os membros da equipe.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Emocional.***Diagnóstico de Enfermagem:**

63. *Risco para síndrome pós-trauma*: relacionado ao evento traumático (atropelamento).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

22/11/2001

Glasgow 1+1+1=3, abertura ocular ausente, não obedece a comandos verbais e motores, RFM+, pupilas isocóricas, reflexo córneo palpebral presente e motricidade ausente. Em ventilação mecânica (PC), FR 17 mpm, TOT, PEEP 15 cmH₂O, com SAF (sistema de aspiração fechada), VC 450 ml, PPI 30 cmH₂O, VM 7,2 l/min, FiO₂ 49 %, saturação O₂ 97 a 99 %, secreção traqueal purulenta/espessa em média quantidade, acianótico. Dreno de tórax D, com secreção sanguinolenta em grande quantidade, com débito 1000 ml. Perfusão periférica mantida, hipocorado, edema +++/4, hematomas em MMII E MMSS, FC 82 a 90 bpm, ritmo regular, PA 11/5 a 12/6 mmHg, T 36,9 a 37,2 °C. Drogas: Fentanil a 15 ml/h, Dormonid a 5 ml/h. SVD, DU 350 ml no período da tarde, amarelo escuro com depósitos. Em dieta por SNE a 42 ml/h, abdome distendido, incisão cirúrgica limpa, não evacuou no período, RHA+. Lesões e escoriações em dorso, face, tronco e abdome com secreção serosanguinolenta (curativo com murim + dersani), Punção subclávia direita.

Dados Complementares:

Exames realizados no dia 22/11/2001.

Material: Sangue arterial.

GASOMETRIA ARTERIAL	VALOR DE REFERÊNCIA (homens)
pH - <u>7,31</u> mmHg	7.35 a 7.45 mmHg
Sat O ₂ - 97 %	85 a 100 %
PCO ₂ - <u>28,5</u> mmHg	35 a 45 mmHg
PO ₂ - <u>125,9</u> mmHg	85 a 100 mmHg
Bic - 25,6 mEq/L	22 a 28 mEq/L
BE - <u>-1,8</u> mEq/L	+ ou - 3 mEq/L

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

Análise: Acidose respiratória não compensada.

Medicações utilizadas pelo cliente no dia 22/11/2001:

✓ Dieta por SNE-1000 ml;
✓ SG 10 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 2000 ml EV 28 gts;
✓ SF 0,9 % 80 ml + Midazolan 50 mg (2 ampolas) BI ACM;
✓ SF 0,9 % 210 ml + Fentanil 40 ml BI ACM;
✓ Ranitidina 50 mg EV 12/12 h;
✓ Plasil 2 ml EV 8/8 h;
✓ KCl 19,1 % 5 ml/SG 10 %;
✓ MgSO4 50 % 2 ml no 1° e 3°/SG 10 %;
✓ Dipirona 2 ml EV 6/6 h SN.

FONTE: prontuário do cliente E.M. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

22/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Oxigenação.

Diagnóstico de Enfermagem:

64. *Padrão respiratório ineficaz:* relacionado ao traumatismo pelo acidente, traumatismo cirúrgico e pelo dreno de tórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.

65. *Trocas de gases prejudicada*: relacionado a diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
66. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado fratura de arcos costais e hemotórax. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
67. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionada ao TOT e aumento das secreções. Evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca e ausência do reflexo de tosse.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Verificar expansão pulmonar;	ATENÇÃO		
• Manter oximetria de pulso;	T	N	M
• Observar a saturação de O ₂ ;	T	N	M
• Realizar ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar traçados no monitor;	T	N	M
• Manter cabeceira a 30 °;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Observar e mensurar drenagem torácica;	06		
• Manter cuidados com paciente em VM;	T	N	M
• Aspirar oro/endotraqueal;	SN		
• Observar e descrever secreção traqueal;	T	N	M
• Trocar cadarço do TOT;	SN		
• Trocar traquéia próximo ao TOT;	48/48 h		
• Trocar água do respirador;	06		
• Medir pressão do cuff.	16	22	10

Necessidade Humana Básica Afetada:*Regulação Vascular.***Diagnóstico de Enfermagem:**

68. *Débito cardíaco diminuído*: relacionado à perda sangüínea. Evidenciado pela coloração da pele e mucosas (hipocoradas).
69. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrointestinal e periférica*: relacionada ao transtorno da hemoglobina, perda sangüínea e diminuição da capacidade pulmonar. Evidenciada por alterações nos parâmetros gasométricos, infecção urinária, abdome distendido e palidez.
70. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada ao traumatismo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Observar traçado do monitor;	T	N	M
• Observar evolução de edema, hipocoloração de pele, perfusão periférica;	T	N	M
• Controlar gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Realizar mudança de decúbito;	T	N	M
• Realizar massagem com creme hidratante;	3/3 h		
• Proteger proeminências ósseas;	ATENÇÃO		
• Agasalhar quando houver queda de temperatura;	ATENÇÃO		
• Analisar exames sanguíneos, hemograma, uréia e creatinina;	T	N	M
• Analisar dados gasométricos;	T	N	M
• Realizar controle de diurese.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Regulação Térmica.***Diagnóstico de Enfermagem:**

71. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à procedimentos invasivos, perdas hídricas e eletrolíticas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar Sinais Vitais, principalmente T;	H/H		
• Observar nível de consciência;	T	N	M
• Observar sudorese e pele fria.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Hidratação.***Diagnóstico de Enfermagem:**

72. *Excesso de volume de líquidos:* relacionado à retenção de sódio e água, imobilidade. Evidenciado por edema, hemoglobina e hematócrito diminuído, ansiedade.

73. *Risco para déficit no volume de líquidos:* relacionado à imobilidade e a perda de fluidos através de vias anormais.

74. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais:* relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese, observando e anotando características da urina;	2/2h		
• Observar evolução de edema, hipcoloração da pele e mucosas;	T	N	M
• Estar atento ao gotejamento dos soros e medicações;	T	N	M
• Fazer ausculta pulmonar;	T	N	M
• Observar sinais de sobrecarga cardíaca e edema agudo de pulmão;	T	N	M
• Observar turgor e ressecamento de pele.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Alimentação.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita:* relacionado a diminuição do nível de consciência.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Avaliar exames sanguíneos, como hemograma;	T	N	M
• Observar sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia;	ATENÇÃO		
• Observar gotejamento dos soros e medicações;	ATENÇÃO		
• Observar evolução e distensão abdominal;	T	N	M
• Colocar a dieta em bomba de infusão;	T	N	M

• Fixar a SNG;	T	N	M
• Lavar a SNG com 20 ml de água destilada após cada dieta;	T	N	M
• Observar sinais de obstrução da SNG.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Eliminação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M
• Fazer controle de diurese e registrar;	2/2h		
• Observar gotejamento dos soros;	T	N	M
• Observar características da urina como: coloração, aspecto, presença de depósitos e volume urinário;	T	N	M
• Fixar a SVD;	T	N	M
• Evitar acotovelamento e não tracionar a SVD durante mudanças de decúbito;	T	N	M
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar exame de urina.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

75. *Integridade da pele prejudicada*: relacionada ao traumatismo e cirurgia. Evidenciado por equimoses, lesões, escoriações e ferida cirúrgica.
76. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade, fricção e contato com secreções.
77. *Integridade tissular prejudicada*: relacionada diminuição da oferta de sangue, imobilidade e trauma mecânico. Evidenciado por fraturas, edema e lesão dos tecidos.
78. *Alteração na mucosa oral*: relacionado ao traumatismo. Evidenciado por mucosa oral lesionada e fratura de dentes.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Usar micropore de preferência, ao invés do esparadrapo;	ATENÇÃO			
• Fazer uso de colchão piramidal;	ATENÇÃO			
• Observar sinais de hiperemia em proeminências ósseas e região dorsal;	T	N	M	
• Realizar massagem com hidratante em locais de pressão;	3/3h			
• Realizar mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Fazer curativo e observar evolução das escoriações e hematomas;	N e SN			
• Fazer curativo em punção de subclávia D;	N e SN			
• Manter pele seca e lençóis esticados;	T	N	M	

• Fazer higiene corporal diariamente;	N		
• Realizar higiene oral;	16	22	8 - 12
• Fazer higiene íntima;	SN		
• Observar sinais flogísticos em punções, incisão cirúrgica e ferimentos;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio para oxímetro de pulso;	T	N	M
• Observar sinais de sangramento.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Atividade Física.

Diagnóstico de Enfermagem:

79. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao traumatismo, dor, fadiga e ansiedade.

Evidenciada pela dependência de terceiros.

80. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à diminuição da capacidade pulmonar, cirurgia e problemas músculo-esquelético.

81. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de sedativos. Evidenciado pela dependência de terceiros.

82. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionado a dor, problemas pulmonares e músculo-esquelético, cirurgia e efeito de sedativos. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;	T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;	T	N	M

• Massagear região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		
• Realizar higiene e conforto;		M		
• Promover repouso;		T	N	M
• Realizar na mudança de decúbito.	DD	15	21-24	9
	DLE	18	3-6	12

Necessidade Humana Básica Afetada:

Cuidado Corporal.

Diagnóstico de Enfermagem:

83. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao processo saúde-doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;		T	N	M
• Promover repouso;		T	N	M
• Manter grades elevadas;		T	N	M
• Fazer massagem com creme hidratante em região dorsal;		3/3 h		
• Observar alteração no traçado do monitor;		T	N	M
• Manter cliente com bom aspecto físico;		T	N	M
• Manter roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;		T	N	M
• Proporcionar aproximação pessoal para maior interação entre cliente, enfermeiro e familiares;		T	N	M
• Observar atividade músculo-esquelética;		OBSERVAR		
• Incentivar os familiares ao contato físico, através da aproximação e diálogo.		T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Física e Meio Ambiente.

Diagnóstico de Enfermagem:

84. *Proteção alterada*: relacionado à anemia e déficit motor. Evidenciado por inquietação, fadiga, fraqueza e imobilidade.
85. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
86. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição frequente ao látex.
87. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
88. *Síndrome do estresse por mudança*: relacionado à mudança sem tempo suficiente para preparar-se (acidente). Evidenciado pela ansiedade e medo.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Manter técnicas assépticas com curativos e procedimentos invasivos;	ATENÇÃO		
• Estar atento as datas de trocas de equipos e circuitos;	ATENÇÃO		
• Manter lençóis limpos e esticados;	T	N	M
• Manter SVD sempre abaixo do nível da bexiga;	ATENÇÃO		
• Observar vazamentos no intermediário da SVD;	ATENÇÃO		
• Observar sinais flogísticos em orifícios e punções;	ATENÇÃO		
• Realizar higiene oral;	16	22	8-12
• Fazer higiene íntima sempre que necessário;	ATENÇÃO		
• Dar banho de leito diariamente;	N		
• Valorizar queixas de dor e/ou desconforto;	T	N	M
• Sanar dúvidas, quando possível;	T	N	M
• Orientar o cliente sobre os procedimentos a serem realizados;	T	N	M

• Realizar lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento;	T	N	M
• Orientar aos familiares a importância da lavagem das mãos antes e depois da visita.	T	N	M

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Comunicação.

Diagnóstico de Enfermagem:

89. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT e terapêutica medicamentosa. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

90. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
91. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico (hospitalização).
92. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

93. *Déficit de atividades de recreação*: relacionado à hospitalização. Evidenciada impossibilidade de realizar os hobbies usuais durante o período de internação.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Fazer avaliação neurológica;	T	N	M
• Explicar todos os procedimentos e motivos;	T	N	M
• Explicar sobre o TOT como tratamento indispensável e provisório;	T	N	M
• Estar atento à expressão facial e gestos do cliente;	T	N	M
• Orientar aos familiares as normas e rotinas da unidade;	ATENÇÃO		
• Estimular a visita dos familiares ao cliente;	ATENÇÃO		
• Interagir com a família, esclarecendo dúvidas;	ATENÇÃO		
• Aumentar o número de contato com o cliente;	ATENÇÃO		
• Fazer rodízio entre os membros da equipe.	ATENÇÃO		

Necessidade Humana Básica Afetada:

Segurança Emocional.

Diagnóstico de Enfermagem:

94. *Risco para síndrome pós-trauma*: relacionado ao evento traumático (atropelamento).

2 ° PROCESSO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data: 27/11/2001 **Hora:** 16:45 h

I - Dados de Identificação:

I.W., 57 anos, sexo masculino, negro, aproximadamente 75 Kg, casado, profissão aposentado. Chegou à UTI dia 27/11/2001, horário 16:45 h, proveniente da emergência do H.U. Apresentando-se lúcido, orientado, comunicativo.

Diagnóstico Médico: IAM ântero lateral.

II - Percepções e Expectativas:

O cliente refere que estava em casa quando sentiu dores fortes no peito. Chegou acompanhado do filho à emergência do HU onde em realização do teste ergométrico evoluiu com dor típica sendo encaminhado para UTI para realizar trombolítico E.V. Preocupado com seu estado de saúde, refere que o atendimento do HU é muito bom.

III - Problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas:

Necessidades Psicobiológicas:

Relatou fome, referindo não compreender porque estava sem se alimentar. Lúcido, orientado, comunicativo, mobilizando os quatro membros, sem queixas álgicas. Em catéter de O₂ a 5 l/m, FR entre 20 e 24 mpm, sem tosse, sem expectoração. Saturação entre 95 e 96 %. Perfusão periférica sem alterações, frequência cardíaca em torno de 75 bpm, ritmo irregular, pressão arterial entre 100/70 e 150/80 mmHg e temperatura entre 36 e 37 °C. Hidratado, corado, acianótico, sem edemas. Em dieta zero com apetite aumentado, abdome

plano, ruídos hidroaéreos presentes, não evacuou no período. Diurese espontânea com volume urinário 52 ml/h, de coloração amarelo claro, sem depósito. Em fluidoterapia em veia periférica em MSD. Recebendo streptoquinase em 2 etapas.

Necessidades Psicossociais:

Cliente relatou estar preocupado com seu estado atual de saúde e com o que pode lhe acontecer e que está muito seguro com o atendimento e atenção que todos lhes prestam dentro da UTI. Refere sentir falta de seus familiares principalmente de seu filho.

Necessidades Psicoespirituais:

Cliente não referiu necessidade de auxílio espiritual.

Dados complementares:

Exames realizados dia 27/11/01.

EXAMES	RESULTADOS	VALOR REFERENCIA
Desidrogenase láctica	<u>227</u> U/l	100 a 225U/l
Creatinoquinase (CK)	<u>367</u> U/l	70 a 90 U/l

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

Análise: Os parâmetros de Desidrogenase láctica e Creatinoquinase (CK) encontram-se elevados devido ao fato do IAM. O CK é uma enzima específica e é a primeira a apresentar o nível elevado no IAM.

Medicação utilizada pelo cliente dia 27/11/01:

➤ SF 0,9 % 1000 ml EV ACM;
➤ SG 5 % 1500 ml EV 21 gts/min;

➤ KCl 19,1 % 8 ml em cada SG 5 %;
➤ MgSO4 50 % 2 ml em cada SG 5 %;
➤ Antak 50 mg EV 8/8 h;
➤ Monocordil 2 ampolas no SF 0,9 % 100 ml EV BI em 30 min 8/8 h;
➤ Propranolol 40 mg VO 8/8h;
➤ AAS 200 mg VO no almoço;
➤ Diazepan 10 mg VO 8/8 h;
➤ Streptoquinase 750.000 no SF 0,9 % 100 ml EV BI em 30 min 2X;
➤ Dimorf 5 mg EV ACM;
➤ Plasil 2 ml EV SN;
➤ Dipirona 2 ml EV SN;
➤ Isordil 5 mg SL SN.

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

27/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Risco para diminuição do débito cardíaco:* relacionado ao IAM.
2. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar:* relacionado a IAM. Evidenciado pela elevação da pressão arterial.
3. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada à imobilidade.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H			
• Observar alteração no monitor cardíaco quanto à frequência, ritmo e traçado;	T	N	M	
• Controlar diurese;	2/2 h			
• Estar atento ao gotejamento do soro, efeito da Streptoquinase e medicações;	T	N	M	
• Registrar o volume e as características da urina;	T	N	M	
• Observar queixas, intensidade e irradiação da dor precordial e dispnéia;	T	N	M	
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;	3/3 h			
• Avaliar os exames laboratoriais e eletrocardiograma;	T	N	M	
• Manter cuidados com catéter de O ₂ ;	T	N	M	
• Atentar para a saturação de O ₂ ;	T	N	M	
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Térmica.

Diagnóstico de Enfermagem:

4. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade e facilitação da invasão de microorganismos pela necessidade de procedimentos invasivos, ao contato com agentes patogênicos no ambiente hospitalar e ao uso de drogas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H		
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;	T	N	M
• Fazer controle hídrico e registrar.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Alimentação.

Diagnóstico de Enfermagem:

5. *Alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita:* relacionado à dieta zero, com a mudança de hábitos alimentares secundário à internação. Evidenciado pela restrição alimentar.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Esclarecer ao cliente sobre a restrição alimentar;	T	N	M
• Observar o padrão de eliminação intestinal;	T	N	M
• Registrar características das fezes;	T	N	M
• Observar alterações em abdome.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

6. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele secundário a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, aos efeitos mecânicos, secundários à punções venosas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;		3/3 h		
• Manter a pele do paciente sempre seca e lençóis limpos e secos;		T	N	M
• Trocar curativo em punção periférica;		SN		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;		T	N	M
• Estar atento para o gotejamento do soro e medicações;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Atividade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

7. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade secundário a intercorrência clínica (IAM), e com o uso de equipamentos externos, como monitor cardíaco e fluidoterapia. Evidenciado pela necessidade de manter-se acamado.
8. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à situação saúde-doença.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;		T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;		T	N	M
• Observar alterações no monitor cardíaco, quanto à frequência, o ritmo e o traçado;		T	N	M
• Propiciar movimentação suave do cliente no leito;		T	N	M
• Massagear região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Promover repouso;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Cuidado Corporal.***Diagnóstico de Enfermagem:**

9. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, como: bomba de infusão, monitor cardíaco, fluidoterapia, catéter de O₂. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M
• Manter grades elevadas;	T	N	M
• Auxiliar higiene e conforto;	M		
• Manter cliente com boa aparência física, cabelos limpos e barba feita;	T	N	M
• Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M
• Observar alteração no monitor cardíaco, quanto ritmo, frequência e traçado;	T	N	M
• Fazer massagem na região dorsal com hidratante.	3/3 h		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Física e Meio Ambiente.***Diagnóstico de Enfermagem:**

10. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
11. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição frequente ao látex.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Fazer controle de diurese, observando e anotando as características;		2/2 h		
• Fazer controle hídrico e registrar;		T	N	M
• Estar atento ao gotejamento de soros e medicações;		T	N	M
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;		3/3 h		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Observar alterações no ritmo, frequência cardíaca e traçado no monitor cardíaco;		T	N	M
• Auxiliar na higiene oral;		16	22	8 -12
• Manter cuidados com catéter de O ₂ ;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Fazer o curativo em punção periférica.		SN		
• Observar sinais flogísticos na punção periférica.		T	N	M

NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS**Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

12. *Interação social prejudicada:* relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

13. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;	T	N	M
• Estimular o cliente a se expressar;	T	N	M
• Orientar sobre o ambiente da UTI;	T	N	M
• Orientar sobre a importância de sua internação na UTI;	T	N	M
• Proporcionar a participação da família quando possível;	T	N	M
• Entrar em contato com o serviço social, se necessário, para apoiar os familiares;	T	N	M
• Procurar interagir com a família, orientando-os e esclarecendo suas dúvidas.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

14. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade de realizar atividades de lazer, secundário a internação na UTI.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Conversar e ouvir o cliente com atenção;	T	N	M
• Estimular a família a visitar o cliente, a trazer revista, rádio, TV e etc.	T	N	M

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

28/11/01

Sem queixas álgicas. Orientado, comunicativo, contactuante. Em ventilação espontânea, FR 20 mpm, eupneico, acianótico, saturação O₂ 94 a 96 %, sem tosse, sem expectoração, cateter de O₂ a 2 l/min. Corado, hidratado, sem edema, perfusão periférica mantida, PA 9/6 mmHg, FC 59 e 75 bpm, T 36,4 e 37,8 °C. Sem drogas vasoativas. Dieta VO, boa aceitação, abdome plano, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 100 ml/h, amarelo claro. Punção periférica em MSD.

Dados complementares:

Exames realizados dia 28/11/01.

EX0AMES	RESULTADOS	VALOR REFERENCIA
CK – MB	<u>78</u> U/l	Até 10 U/l
CK	<u>1361</u> U/l	70 a 90 U/l

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

Análise: O CK e CK – MB, encontram-se elevados devido ao fato do IAM. O CK é uma enzima específica e é a primeira a apresentar o nível elevado no IAM.

Medicação utilizada pelo cliente dia 28/11/01:

▪ SF 0,9 % 1000 ml EV 12 gts/min;
▪ SG 5 % 1500 ml EV 21 gts/min;
▪ KCl 19,1 % 8 ml em cada SG 5 %;
▪ MgSO ₄ 50 % 2 ml em cada SG 5 %;
▪ Antak 50 mg EV 12/12 h;
▪ Monocordil 2 ampolas no SF 0,9 % 100 ml EV BI em 1 h de 8/8 h;

▪ Propranolol 20 mg VO 8/8h;
▪ AAS 200 mg VO as 12 h;
▪ Diazepan 5 mg VO 8/8 h;
▪ Dimorf 5 mg EV ACM;
▪ Plasil 2 ml EV SN;
▪ Dipirona 2 ml EV SN;
▪ Isordil 5 mg SL SN.

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

28/11/2001

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

15. Risco para diminuição do débito cardíaco: relacionado ao IAM.
16. Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar: relacionado a IAM. Evidenciado pela elevação da pressão arterial e bradicardia.
17. Risco para disfunção neurovascular periférica: relacionada à imobilidade.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;		H/H		
• Observar alteração no monitor cardíaco quanto à frequência, ritmo e traçado;	T	N	M	
• Controlar diurese;		2/2 h		
• Estar atento ao gotejamento do soro e medicações;	T	N	M	
• Registrar o volume e as características da urina;	T	N	M	
• Observar queixas, intensidade e irradiação de dor precordial e dispnéia;	T	N	M	
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;		3/3 h		
• Avaliar os exames laboratoriais e eletrocardiograma;	T	N	M	
• Manter cuidados com catéter de O ₂ ;	T	N	M	
• Atentar para a saturação de O ₂ ;	T	N	M	
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Térmica.

Diagnóstico de Enfermagem:

18. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade e facilitação da invasão de microorganismos pela necessidade de procedimentos invasivos, ao contato com agentes patogênicos no ambiente hospitalar e ao uso de drogas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H		
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;	T	N	M
• Fazer controle hídrico e registrar.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

19. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele secundário a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, aos efeitos mecânicos, secundários a punções venosas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;	3/3 h			
• Manter a pele do cliente sempre seca e lençóis limpos e secos;	T	N	M	
• Trocar curativo em punção periférica;	SN			
• Auxiliar na higiene e conforto;	M			
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;	T	N	M	
• Estar atento para o gotejamento do soro e medicações;	T	N	M	
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Atividade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

20. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade secundária a intercorrência clínica (IAM), e com o uso de equipamentos externos, como monitor cardíaco e fluidoterapia. Evidenciado pela necessidade de manter-se acamado.

21. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à situação saúde-doença.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;		T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;		T	N	M
• Observar alterações no monitor cardíaco, quanto à frequência, o ritmo e o traçado;		T	N	M
• Propiciar movimentação suave do cliente no leito;		T	N	M
• Massagear região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		
• Auxiliar na higiene e conforto;		T	N	M
• Promover repouso;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Cuidado Corporal.***Diagnóstico de Enfermagem:**

22. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, como: bomba de infusão, monitor cardíaco, fluidoterapia, catéter de O₂. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M
• Manter grades elevadas;	T	N	M
• Realizar higiene e conforto;	M		
• Manter cliente com boa aparência física, cabelos limpos e barba feita;	T	N	M
• Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M
• Observar alteração no monitor cardíaco, quanto a frequência, ao ritmo e ao traçado;	T	N	M
• Fazer massagem na região dorsal com hidratante.	3/3 h		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Física e Meio Ambiente.***Diagnóstico de Enfermagem:**

23. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
24. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H			
• Fazer controle de diurese, observando e anotando as características;	2/2 h			
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;	3/3 h			
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
• Estar atento ao gotejamento de soros e medicações;	T	N	M	
• Fazer o curativo de punção periférica;	SN			
• Auxiliar na higiene e conforto;	M			
• Manter cuidados com catéter de O ₂ ;	T	N	M	
• Auxiliar na higiene oral;	16	22	8 - 12	
• Observar alterações no monitor cardíaco, quanto ao ritmo, a frequência e o traçado;	T	N	M	
• Auxiliar na mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Observar sinais flogísticos no local da fluidoterapia.	T	N	M	

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**Necessidade Humana Básica Afetada:**

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

25. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

26. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;	T	N	M
• Estimular o cliente a se expressar;	T	N	M
• Proporcionar a participação da família quando possível;	T	N	M
• Entrar em contato com o serviço social, se necessário, para apoiar os familiares;	T	N	M
• Procurar interagir com a família, orientando-os e esclarecendo suas dúvidas.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

27. *Déficit de atividade de recreação:* relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade de realizar atividades de lazer, secundário a internação na UTI.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Conversar e ouvir o cliente com atenção;	T	N	M
• Estimular a família a visitar o cliente, a trazer revistas, rádio TV e etc.	T	N	M

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29/11/01

Paciente refere que não evacua há uns quatro dias, sem queixas álgicas. Orientado, comunicativo, contactuante. Em ventilação espontânea, FR 26 mpm, eupneico, acianótico, saturação O₂ 96 %, sem tosse, sem expectoração, cateter de O₂ a 2 l/min. Corado, hidratado, sem edema, perfusão periférica mantida, PA 140/70 mmHg, FC 76 bpm, ao monitor ritmo sinusal, T 37,1 °C. Sem drogas vasoativas. Dieta VO, boa aceitação, abdome plano, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 150 ml/h, amarelo claro. Punção periférica em MSE.

Dados complementares:

Exames realizados dia 29/11/2001.

EXAMES	RESULTADOS	VALOR REFERENCIA
CK – MB	<u>12</u> U/l	Até 10 U/l
CK	<u>422</u> U/l	70 a 90 U/l

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

Análise: O CK e CK – MB, encontram-se elevados devido ao fato do IAM. O CK é uma enzima específica e é a primeira a apresentar o nível elevado no IAM.

Medicação utilizada pelo cliente dia 29/11/2001:

▪ SG 5 % 500 ml EV 7 gts/min;
▪ KCl 19,1 % 8 ml em cada SG 5 %;
▪ MgSO ₄ 50 % 2 ml em cada SG 5 %;
▪ Antak 50 mg EV 12/12 h;

▪ Heparina 5000 U SG 8/8 h;
▪ Monocordil 2 ampolas no SF 0,9 % 100 ml EV BI em 1 h de 8/8 h;
▪ Propranolol 20 mg VO 8/8h;
▪ AAS 200 mg VO as 12 h;
▪ Diazepan 5 mg VO 8/8 h;
▪ Dimorf 5 mg EV ACM;
▪ Plasil 2 ml EV SN;
▪ Dipirona 2 ml EV SN;
▪ Isordil 5 mg SL SN.

FONTE: prontuário do cliente I.W. da UTI do HU.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

29/11/2001

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

28. *Risco para diminuição do débito cardíaco:* relacionado ao IAM.
29. *Alteração na perfusão tissular:* cardiopulmonar: relacionado a IAM. Evidenciado pela elevação da pressão arterial.
30. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada à imobilidade.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H			
• Observar alteração no monitor cardíaco, quanto o ritmo, a frequência e o traçado;	T	N	M	
• Controlar diurese;	2/2 h			
• Estar atento ao gotejamento do soro e medicações;	T	N	M	
• Registrar as características da urina;	T	N	M	
• Observar queixas, intensidade e irradiação da dor precordial e dispnéia;	T	N	M	
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;	3/3 h			
• Avaliar os exames laboratoriais e eletrocardiograma;	T	N	M	
• Manter cuidados com catéter de O ₂ ;	T	N	M	
• Atentar para a saturação de O ₂ ;	T	N	M	
• Fazer controle hídrico e registrar;	T	N	M	
• Observar sinais sangramento;	T	N	M	
• Fazer rodízio de SC	DD 16	DE 24	OSE 8	
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Regulação Térmica.***Diagnóstico de Enfermagem:**

31. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade e facilitação da invasão de microorganismos pela necessidade de procedimentos

invasivos, ao contato com agentes patogênicos no ambiente hospitalar e ao uso de drogas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H		
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;	T	N	M
• Fazer controle hídrico e registrar.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Eliminação.

Diagnóstico de Enfermagem:

1. *Constipação*: relacionada a mudanças de hábitos alimentares e atividade física insuficiente, secundário à internação na UTI. Evidenciado pelo relato da ausência de eliminação intestinal a quatro dias.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Observar alterações em abdome;	T	N	M
• Observar o padrão de eliminação intestinal.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:*Integridade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

32. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele secundário a diminuição de sangue e nutrientes aos tecidos, aos efeitos mecânicos, secundários a punções venosas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;		3/3 h		
• Manter a pele do cliente sempre seca e lençóis limpos e secos;		T	N	M
• Trocar curativo em punção periférica;		SN		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;		T	N	M
• Estar atento para o gotejamento do soro e medicações;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Atividade Física.***Diagnóstico de Enfermagem:**

33. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade secundário a intercorrência clínica (IAM), e com o uso de equipamentos externos, como monitor cardíaco e fluidoterapia. Evidenciado pela necessidade de manter-se acamado.
34. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à situação saúde-doença.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilizador;		T	N	M
• Manter grades e cabeceira elevada;		T	N	M
• Observar alterações no monitor cardíaco, quanto o ritmo, a frequência e o traçado;		T	N	M
• Propiciar movimentação suave do cliente no leito;		T	N	M
• Massagear região dorsal com creme hidratante;		3/3 h		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Promover repouso;		T	N	M
• Auxiliar na mudança de decúbito.	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	

Necessidade Humana Básica Afetada:*Cuidado Corporal.***Diagnóstico de Enfermagem:**

35. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada a internação na UTI, ao uso de equipamentos externos, como: bomba de infusão, monitor cardíaco, fluidoterapia, catéter de O₂. Evidenciado pela dependência de terceiros.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;	H/H		
• Proporcionar ambiente tranquilo;	T	N	M
• Manter grades elevadas;	T	N	M
• Auxiliar na higiene e conforto;	M		
• Manter cliente com boa aparência física, cabelos limpos e barba feita;	T	N	M
• Manter as roupas de cama limpas, secas e bem esticadas;	T	N	M
• Observar alteração no monitor cardíaco, quanto a ritmo, a frequência e o traçado;	T	N	M
• Fazer massagem na região dorsal com hidratante.	3/3 h		

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Física e Meio Ambiente.***Diagnóstico de Enfermagem:**

36. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
37. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição frequente ao látex.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Verificar sinais vitais;		H/H		
• Fazer controle de diurese, observando e anotando as características;		2/2 h		
• Fazer controle hídrico e registrar;		T	N	M
• Estar atento ao gotejamento de soros e medicações;		T	N	M
• Fazer o curativo de punção periférica;		SN		
• Observar alterações no monitor cardíaco, quanto o ritmo, a frequência e o traçado;		T	N	M
• Massagear os locais de maior pressão com hidratante;		3/3 h		
• Auxiliar na higiene e conforto;		M		
• Auxiliar na higiene oral;		16	20	8-12
• Auxiliar na mudança de decúbito;	DLD	15	24	9
	DD	18	3	12
	DLE	21	6	
• Fazer o curativo de punção periférica;		SN		
• Observar sinais flogísticos na fluidoterapia;		T	N	M
• Manter cuidados com catéter de O2.		T	N	M

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Gregária.

Diagnóstico de Enfermagem:

38. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

39. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;	T	N	M
• Estimular o cliente a se expressar;	T	N	M
• Proporcionar a participação da família quando possível;	T	N	M
• Entrar em contato com o serviço social, se necessário, para apoiar os familiares;	T	N	M
• Procurar interagir com a família, orientando-os e esclarecendo suas dúvidas.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Recreação e Lazer.

Diagnóstico de Enfermagem:

40. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade de realizar atividades de lazer, secundário a internação na UTI.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Conversar e ouvir o cliente com atenção;	T	N	M
• Estimular a família a visitar o cliente, a trazer TV, revista, rádio e etc.	T	N	M

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

30/11/01

Cliente refere estar contente por ter recebido alta da UTI, sem queixas álgicas. Orientado, comunicativo, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 22 mpm, eupneico, acianótico, saturação O₂ 95 %, sem tosse, sem expectoração. Corado, hidratado, sem edema, perfusão periférica mantida, PA 120/70 mmHg, FC 78 bpm, , T 37,1 °C. Sem drogas vasoativas. Dieta VO, boa aceitação, abdome plano, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 100 ml/h, amarelo claro. Punção periférica em MSE. Horário de alta 9:00 h.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

30/11/2001

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Vascular.

Diagnóstico de Enfermagem:

41. *Risco para diminuição do débito cardíaco:* relacionado ao IAM.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Estar atento ao gotejamento do soro e medicações;	T	N	M
• Observar queixas, intensidade e irradiação da dor precordial e dispnéia;	T	N	M
• Avaliar os exames laboratoriais e eletrocardiograma;	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Regulação Térmica.

Diagnóstico de Enfermagem:

42. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à facilitação da invasão de microorganismos pela necessidade de procedimentos invasivos, ao contato com agentes patogênicos no ambiente hospitalar e ao uso de drogas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Controlar sinais vitais;	H/H		
• Estar atento ao gotejamento de soros e medicações;	T	N	M
• Observar sinais flogísticos em locais de fluidoterapia;	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Eliminação.

Diagnóstico de Enfermagem:

2. *Constipação*: relacionada a mudanças de hábitos alimentares e atividade física insuficiente, secundário à internação na UTI. Evidenciado pelo relato da ausência de eliminação intestinal a quatro dias.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

• Observar alterações em abdome;	T	N	M
• Observar o padrão de eliminação intestinal.	T	N	M

Necessidade Humana Básica Afetada:

Atividade Física.

Diagnóstico de Enfermagem:

43. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à situação saúde/doença.

Necessidade Humana Básica Afetada:*Segurança Física e Meio Ambiente.***Diagnóstico de Enfermagem:**44. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:**

• Estar atento ao gotejamento de soros e medicações;	T	N	M
• Fazer o curativo de punção periférica;	SN		

NECESSIDADE PSICOSSOCIAL**Necessidade Humana Básica Afetada:***Recreação e Lazer.***Diagnóstico de Enfermagem:**45. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:**

• Conversar e ouvir o cliente com atenção;	T	N	M
• Estimular a família a visitar o cliente, a trazer TV, rádio, revista e etc.	T	N	M

OBJETIVO

Desenvolver o conhecimento técnico-científico na assistência ao cliente em terapia intensiva.

Durante a formação acadêmica e principalmente com a experiência profissional, o enfermeiro adquire conhecimentos científicos e técnicos que devem ser atualizados para que sua prática profissional garanta uma assistência de qualidade e comprometida com o bem-estar dos clientes.

O papel do enfermeiro é promover a saúde e prevenir as enfermidades, atendendo as necessidades básicas do cliente, para restauração da saúde ou proporcionando melhores condições em casos de doenças incuráveis (Du Gás, 1988).

A resolução nº 160 do COFEN, Capítulo III, que dispõe sobre as responsabilidades do enfermeiro, traz no art. 18, "*Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão*". Isso nos mostra que a atualização dos conhecimentos é imprescindível ao enfermeiro para o seu crescimento profissional e da equipe sob sua responsabilidade, já que ele deve ser o exemplo para os demais e assim ressaltará a importância do enfermeiro em uma unidade.

Como proposto no projeto, iniciamos a assistência aos clientes na primeira semana de estágio, no entanto, devido à nossa insegurança na realização dos procedimentos éramos sempre auxiliadas pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro. Após a primeira semana de assistência ao cliente, nos tornamos mais independente para a prestação de assistência e só em caso dúvida recorriamos a equipe de enfermagem que mostrava-se sempre disposta e interessada a repassar a experiência vivida.

A UTI é um dos locais com maior demanda e diversidade de procedimentos técnicos, facilitando o aprimoramento de técnicas gerais e específicas de enfermagem.

Com relação aos procedimentos técnicos de enfermagem, tivemos oportunidade de realizar:

- Coleta de gasometria arterial;
- Instalação de fluidoterapia;
- Administração de medicações (EV, IM, SC, VO);

- Administração de drogas vasoativas por bomba de infusão, bem como cuidados de enfermagem.
- Troca de equípos (comum e de BI) e circuitos;
- Realização de curativos simples e complexos;
- Verificação de SSVV (P/A, FC, FR, T, Sat. O₂);
- Verificação da pressão do cuff;
- Verificação e instalação de PVC;
- Aspiração da cavidade oral, tubo endotraqueal e cânula de traqueostomia;
- Montagem de respiradores;
- Auxílio na troca do circuito do respirador;
- Troca de água do respirador;
- Observação do funcionamento do Ventilador Mecânico;
- Realização de nebulização;
- Instalação e monitorização da macronebulização em TOT e máscara facial;
- Instalação de oxigenoterapia (catéter nasal e tipo óculos);
- Manipulação do sistema fechado de aspiração traqueal;
- Manipulação e troca do sistema fechado de drenagem de tórax;
- Instalação e retirada de sonda nasoenteral, nasogástrica e sonda vesical de demora;
- Punção de veia com abocath;
- Preparação de material para punção venosa profunda e auxílio;
- Promoção de higiene e conforto (banho no leito, auxílio na mudança de decúbito, massagem em região dorsal, lavagem de cabelos, higiene oral e troca de roupa de cama), higiene íntima e auxílio nas eliminações.
- Verificação da PAM;
- Instalação de dieta nasogástrica e nasoenteral;
- Observação da instalação e manutenção da nutrição parenteral;
- Coleta de material para urucultura, cultura de secreção do tubo endotraqueal, cultura de ponta de catéter (punção venosa profunda);
- cuidados na assistência na à Diálise Peritoneal;
- Observação e auxílio na entubação e extubação do cliente;
- Avaliação pupilar;

- Aplicação da escala de coma de Glasgow;
- Preparação do Box para admissão do cliente,
- Instalação de monitorização cardíaca.

Devido à tecnologia e grande quantidade de equipamentos na UTI procuramos aprofundar um pouco mais o conhecimento sobre monitores cardíacos, ventiladores, monitorização invasiva (cateter de Swan Ganz), hemodializador (hemolenta) e outros.

Grande parte do estágio, prestamos assistência integral ao cliente e família, durante todo o turno (7:00 a 13:00 hs), incluindo a passagem do plantão. Tivemos o cuidado de realizar um rodízio entre os pacientes para obtenção de maior conhecimento e técnicas diferenciadas. A falta de destreza, no desempenho de algumas técnicas novas foi dando lugar a um aprimoramento técnico a medida em que nossa segurança e independência eram exercitadas.

Segundo Alcântara e Tamanini (2000, p. 59), *“A agilidade só o tempo vai trazer, porém adquirimos mais confiança, e acima de tudo consciência de que todas as técnicas desde as mais simples até as mais complexas são essenciais, e cada uma tem sua parcela de contribuição para recuperação da saúde do paciente”*.

Durante os procedimentos utilizávamos as precauções universais necessárias, para impedir o contato com líquidos corpóreos, pois procedimentos realizados conforme os princípios de assepsia e com raciocínio científico proporcionam maior segurança para realização da técnica e proporciona menos risco ao cliente.

No final do estágio, buscamos realizar as técnicas específicas do enfermeiro como: sondagens - nasoenteral, nasogástrica, nasoenteral, gasometria, instalação e monitorização da nutrição parenteral entre outras. Assim como as atividades de sua responsabilidade, por nos darmos conta de que falta muito pouco para deixarmos de ser acadêmicas em nos tornarmos profissionais. No final turno, trocávamos experiências e conhecimentos das técnicas e patologias ocorridas durante estágio.

Como consideramos a necessidade do aperfeiçoamento técnico e científico indispensável, tanto na vida acadêmica como na profissional, participamos do Encontro Catarinense de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico (Anexo 12), curso sobre tratamento de feridas, promovido durante o período de estágio.

De acordo com uma das estratégias propostas para o alcance do objetivo referente ao aprofundamento do conhecimento científico relacionado aos diagnósticos de enfermagem,

durante a prática assistencial obtivemos diagnósticos de 18 clientes, sendo que estes eram levantados a partir de suas NHBs afetadas.

A situação saúde/doença de cada cliente com a lista dos diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras encontram-se em (Anexo 13).

A seguir apresentaremos os Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes levantados durante o período de estágio.

Tabela – Diagnóstico de Enfermagem, encontrados nos clientes internados na UTI do HU, no período de setembro a novembro de 2001.

NECESSIDADES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FREQUENCIA
Regulação Neurológica	↘ Memória prejudicada.	01
Percepção dos Órgãos do Sentido	↘ Náusea;	01
	↘ Dor.	02
Oxigenação	↘ Padrão respiratório ineficaz;	10
	↘ Incapacidade para manter a respiração espontânea;	10
	↘ Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	10
	↘ Troca de gases prejudicada.	10
Regulação Vascular	↘ Risco para diminuição do débito cardíaco;	14
	↘ Débito cardíaco diminuído;	02
	↘ Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar;	02
	↘ Alteração na perfusão tissular: cerebral e cardiopulmonar;	02
	↘ Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar e gastrintestinaç;	01
	↘ Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar e periférica;	05

	↘ Risco para disfunção neurovascular periférica.	17
Regulação Térmica	↘ Risco para alteração da temperatura;	17
	↘ Hipotermia.	03
Hidratação	↘ Excesso de volume de líquidos;	10
	↘ Risco para déficit no volume de líquidos;	18
	↘ Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais.	18
Eliminação	↘ Risco para incontinência urinária;	11
	↘ Alteração na eliminação urinária.	01
Alimentação	↘ Alteração na nutrição: risco para menos que o corpo necessita.	05
Integridade Física	↘ Risco para prejuízo da integridade da pele;	18
	↘ Integridade da pele prejudicada;	03
	↘ Integridade tissular prejudicada.	01
Atividade Física	↘ Mobilidade física prejudicada;	18
	↘ Risco para intolerância a atividades;	09
	↘ Capacidade de Transferência prejudicada;	08
	↘ Mobilidade no leito prejudicada;	12
	↘ Intolerância a atividade.	01
Cuidado Corporal	↘ Síndrome do déficit do autocuidado.	18
Segurança Física/Meio Ambiente	↘ Risco para infecção;	18
	↘ Risco para resposta alérgica ap látex;	18
	↘ Risco para aspiração;	09
	↘ Risco para lesão perioperatória de	01

	posicionamento;	
	↘ Risco para lesão;	03
	↘ Proteção alterada.	02
Comunicação	↘ Comunicação prejudicada.	10
Gregária	↘ Comunicação prejudicada.	10
	↘ Risco para solidão	06

FONTE: Instrumento de medida aplicado a clientes na UTI do HU, no período de 11 de setembro à 28 de novembro de 2001.

Os conceitos a seguir estão baseados em Benedet & Bub (2001):

Dentre as Necessidades Psicobiológicas, a Regulação neurológica esteve afetada em 1 cliente. O diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada é definido como um estado em que o indivíduo apresenta uma incapacidade temporária ou permanente para lembrar ou recordar parte das informações ou capacidades e comportamentos. Somente um cliente no período do estudo, apresentou este diagnóstico.

A Percepção dos órgãos dos sentidos esteve afetado em 3 clientes, com os diagnósticos seguintes:

O diagnóstico de enfermagem Náusea é definido como um estado em que o indivíduo experimenta uma sensação vaga e desagradável no epigastro e no abdome, que pode ou não conduzir ao vômito ou ser precedida por vômito. Dentre os 18 clientes somente 1 cliente no período do estudo, apresentou este diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem Dor é definido como um processo subjetivo e multidimensional em que o indivíduo tem uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou não a lesão tecidual. Dentre os 18 clientes, somente 2 clientes apresentaram este diagnóstico no período do estudo.

A Oxigenação esteve afetada em 10 dentre os 18 clientes: Padrão respiratório ineficaz, Incapacidade para manter respiração espontânea, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Troca de gases prejudicada foram os diagnósticos que surgiram. A seguir apresentaremos as definições destes diagnósticos de enfermagem:

Padrão respiratório ineficaz é definido como estado em que o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não proporciona um enchimento ou esvaziamento adequado dos pulmões.

Incapacidade para manter a respiração espontânea é um estado em que a diminuição das reservas energéticas ou lesão dos mecanismos de controle da respiração provocam a incapacidade do indivíduo para manter uma respiração adequada para manutenção da vida.

Desobstrução ineficaz das vias aéreas é definida como um estado em que o indivíduo é capaz de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a permeabilidade das vias aéreas.

Troca de gases prejudicada é o estado em que o indivíduo experimenta uma diminuição na passagem de oxigênio e/ou dióxido de carbono entre os alvéolos pulmonares e o sistema vascular.

A maior incidência destes diagnósticos, relacionados à oxigenação, deve-se ao motivo de que a maioria dos clientes da UTI necessitam de ventilação mecânica devido à gravidade de seu quadro de saúde onde não conseguem manter ventilação espontânea.

A necessidade de Regulação vascular esteve afetada nos 18 clientes relacionada aos seguintes diagnósticos:

Risco para diminuição do débito cardíaco (14 clientes) é definida como um estado em que o indivíduo está em risco para que a quantidade de sangue bombeada pelo seu coração seja inadequada para atender a necessidade de seus tecidos corporais. O motivo deste diagnóstico está mais incidente deve-se ao fato que a maioria dos clientes utilizam medicamentos hipotensores e/ou diuréticos.

Débito cardíaco diminuído (2 clientes), é definido como estado em que a quantidade de sangue bombeado pelo coração de um indivíduo está inadequada para atender as necessidades dos tecidos corporais.

Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar (2 clientes), cerebral e cardiopulmonar (2 clientes), cardiopulmonar e gastrointestinal (1 cliente) e cardiopulmonar e periférica (5 clientes). Este diagnóstico é definido como um estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição na nutrição e oxigenação celular conseqüente ao déficit no suprimento sanguíneo capilar.

Risco para disfunção neurovascular periférica esteve presente em 17 clientes, é definido como um estado em que o indivíduo está em risco para apresentar alterações circulatórias, sensitivas ou motoras de uma ou mais extremidades. O fato deste diagnóstico

está presente na maioria dos clientes está relacionado a imobilidade dos mesmos e o uso de medicação sedativa.

A necessidade de Regulação térmica nos 18 clientes esteve presente nos seguintes diagnósticos:

Risco para alteração da temperatura (17 clientes) definida como um estado em que o indivíduo está em risco de não conseguir manter a temperatura dentro da faixa de normalidade. A grande incidência está relacionada principalmente inatividade, clientes com extremos de idade e PO imediato.

Hipotermia (3 clientes) é definida como um estado em que a temperatura corporal do indivíduo está abaixo da faixa de normalidade.

A necessidade de Hidratação térmica nos 18 clientes esteve afetada:

Excesso de volume de líquidos (10 clientes) definido como um estado em que o indivíduo experimenta uma retenção de líquidos. Geralmente está relacionada aos problemas cardíacos e retenção de sódio e água.

Risco para déficit no volume de líquidos (18 clientes) estado em que o indivíduo está em risco para apresentar diminuição do volume de líquidos nos espaço vascular, celular ou intracelular. A alta incidência está relacionada à perda de fluídos através das vias anormais (drenos), extremos de idade, imobilidade física, uso de medicamentos (diuréticos).

Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais (18 clientes) é definido como o estado no qual o indivíduo está em risco para apresentar aumento, diminuição ou rápida mudança nos fluídos do espaço intravascular ou intersticial. O fato de todos os clientes apresentarem este diagnóstico está relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

A necessidade de Alimentação: risco para menos que o corpo necessita esteve afetada em 5 dos 18 clientes, este diagnóstico de enfermagem é definido como um estado em que o indivíduo está apresentando uma ingestão de nutrientes insuficientes para atender as necessidades metabólicas diárias.

A necessidade de Eliminação esteve afetada em 12 dos 18 clientes. O Risco para incontinência urinária (11 clientes) é o estado que o indivíduo está em risco para experimentar uma perda imprevisível e involuntária da urina. A incidência alta deve-se ao motivo de que a maioria dos clientes estão com sonda vesical de demora. A Alteração na eliminação urinária (1 cliente) é o estado em que o indivíduo experimenta um distúrbio na eliminação urinária.

A necessidade de integridade física esteve afetada nos clientes com os seguintes diagnósticos:

Risco para prejuízo da integridade da pele (18 clientes) é o estado em que a pele do indivíduo apresenta o risco para ser danificada. Sua grande incidência está relacionada principalmente a imobilidade, pressão sobre a pele.

Integridade da pele prejudicada (3 clientes) é o estado em que a pele do indivíduo está danificada.

Integridade tissular prejudicada (1 cliente) é o estado em que o indivíduo dano ou destruição dos tecidos corporais.

A necessidade de Atividade física esteve presente nos seguintes diagnósticos:

Mobilidade física prejudicada (18 clientes) é definida como estado em que o indivíduo experimenta uma restrição ou perda da capacidade para realizar movimentos físicos intencionais. Pode ser temporária ou permanente, reversível ou irreversível, progressiva ou regressiva.

Mobilidade no leito prejudicada (12 clientes) é o estado em que o indivíduo apresenta capacidade diminuída ou incapacidade para mover-se de forma independente no leito.

Risco para intolerância a atividade (9 clientes) é definida como um estado em que o indivíduo está em risco para apresentar força física ou psicológica insuficiente para realizar as atividades básicas da vida, atividades instrumentais da vida diária, ou as atividades necessárias a realização dos desejos.

Capacidade de transferência prejudicada (8 clientes) é o estado em que o indivíduo apresenta capacidade diminuída ou incapacidade para transferir-se de forma independente de uma superfície para outra.

Intolerância a atividade (1 cliente) estado em que o indivíduo não tem força física ou psicológica para realizar as atividades básicas da vida, atividades instrumentais da vida diária, ou as atividades necessárias a realização dos desejos.

A incidência elevada dos 4 primeiros diagnósticos deve-se à restrição do cliente pelo uso de medicamentos sedativos e a condição saúde-doença.

A necessidade de Cuidado corporal esteve afetada em todos os clientes do estudo. O diagnóstico Síndrome do déficit do autocuidado é definido como um estado em que o indivíduo experimenta uma capacidade prejudicada ou incapacidade para realizar ou completar, por si mesmo, atividades básicas e instrumentais da vida diária. A incidência elevada deste diagnóstico está relacionada à restrição no leito, inconsciência e a própria situação saúde-doença.

A necessidade de Segurança física/meio ambiente esteve afetada conforme os diagnósticos abaixo:

Risco para infecção (18 clientes) é o estado em que o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por microorganismos patogênicos. A alta incidência está relacionada ao grande número de dispositivos (cateteres, sondas, VM, drenos) e procedimentos invasivos.

Risco para resposta alérgica ao látex (18 clientes) é o estado em que o indivíduo experimenta alergias conseqüentes ao contato com produtos feitos de borracha de látex natural. A elevada incidência está relacionada a freqüentes procedimentos expondo o cliente ao contato ao látex.

Risco para aspiração (9 clientes) é o estado em que o indivíduo apresenta o risco para entrada de secreções gastrintestinais, orofaríngeas, sólidos ou líquidos na passagem traqueobrônquica.

Risco para lesão perioperatória de posicionamento (1 cliente) é o estado em que o indivíduo está em risco para sofrer lesões como conseqüência do posicionamento no período pré, trans e pós operatório.

Risco para lesão (3 clientes) é o estado em que o indivíduo apresenta risco para ferir-se como resultado a interação das condições ambientais com os recursos de adaptação de defesa desfavoráveis deste indivíduo.

Proteção alterada (2 clientes) é o estado em que o indivíduo apresenta uma diminuição de sua capacidade para defender-se de ameaças externas ou internas tais como: doença, lesão e traumas.

A Necessidade Psicossocial, Comunicação esteve afetada em 10 dos 18 clientes em estudo.

O diagnóstico de enfermagem Comunicação prejudicada é definido como um estado em que o indivíduo experimenta uma diminuição ou uma ausência na capacidade para enviar e receber mensagens. A grande incidência está relacionada principalmente ao uso do TOT e sedação.

A gregária esteve afetada nos seguintes diagnósticos:

Interação social prejudicada (15 clientes) é o estado em que o indivíduo participa de relacionamento social em quantidade suficiente, excessiva ou em qualidade ineficaz. A alta incidência deve-se principalmente a restrição de visita, diminuição do tempo de interação com familiares e amigos.

Risco para solidão (6 clientes) é o estado subjetivo em que o indivíduo está em risco para experimentar uma sensação de profundo mal - estar provocada por ansiedade.

Avaliação

Consideramos o objetivo alcançado, pois durante o estágio realizamos técnicas desde as mais simples até as mais complexas de competência do enfermeiro. Tendo assim a possibilidade de aperfeiçoá-las.

OBJETIVO

Conhecer os componentes administrativos da UTI.

Introdução ao campo de Estágio

A entrada no campo de estágio se deu mediante a apresentação dos objetivos do nosso trabalho à equipe de enfermagem da UTI após passagem do plantão, entre o período matutino/vespertino. Para maior interação da equipe ao nosso projeto, deixamos uma cópia a disposição na unidade com a finalidade de esclarecer dúvidas que pudessem surgir e para sugestões da equipe no enriquecimento do trabalho.

Política Assistencial

É importante que ressaltemos os aspectos relativos à estrutura organizacional da UTI, para que sejam identificados sua posição hierárquica e autonomia dentro da instituição.

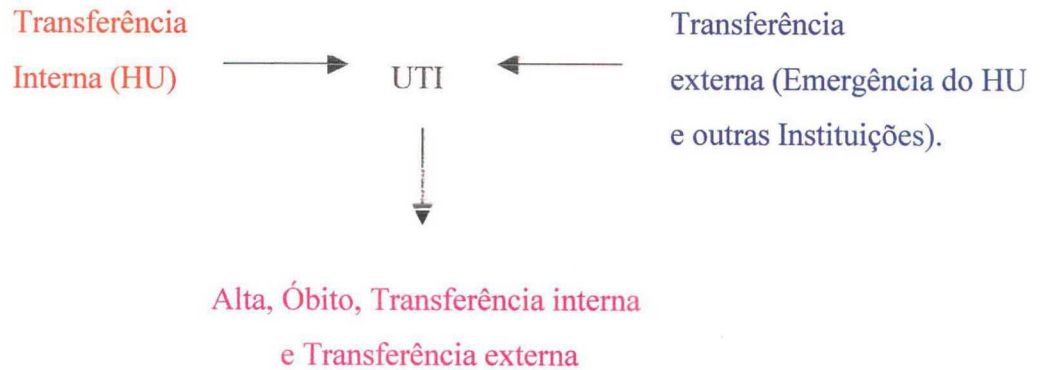
De acordo com o organograma (Anexo 14) aprovado em maio de 2000 a Diretoria de Enfermagem, (DE), está diretamente vinculada à direção geral (DG). A partir da DE, temos a formação de 4 divisões: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, Divisão de Enfermagem Médica, Divisão de Enfermagem Cirúrgica, Divisão de Enfermagem de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. O serviço de Enfermagem Centro de Terapia Intensiva esta subordinado a Divisão de Enfermagem Médica.

Cada unidade possui um enfermeiro-chefe que é responsável pelos aspectos assistenciais e administrativos de sua competência.

As atividades na UTI são conduzidas por um manual de rotinas e procedimentos, este por sua vez norteia toda a assistência prestada no HU.

A UTI do HU recebe clientes com diferentes diagnósticos que necessitem cuidados intensivos. No entanto, para recebê-los é necessário que o ambiente esteja preparado, ou seja, todos os equipamentos, recursos materiais e humanos, necessários para a admissão, incluindo leito arrumado, VM, monitor cardíaco, oxímetro, oxigênio ou ar comprimido e outros, aspirador de acordo com a necessidade de cada cliente. A partir da admissão do cliente, cada profissional presta a assistência acordo com suas funções específicas.

A internação do cliente na UTI pode ocorrer através das transferências internas (dentro do próprio HU) e as transferências externas (outras instituições e da própria emergência do HU). O fluxograma do processo de internação e alta na UTI do HU pode ser assim representado:



As transferências de clientes de outras instituições para a UTI do HU são consideradas transferências externas.

O cliente chega a emergência do HU onde é avaliado pelo médico, se houver necessidade este solicita ao médico intensivista (via Telefone) a transferência do cliente para UTI, esse tipo de transferência também se considera transferência externa.

Para clientes em pós-operatório a internação na UTI é solicitada pelo C.C através do cirurgião, utilizando a agenda de reserva de leito para POI com 2 dias de antecedência. Em casos onde não haja vaga na UTI a cirurgia é adiada, exceto se for de emergência.

As internações solicitadas por outras unidades do hospital são consideradas como transferência interna.

A saída do cliente da UTI do HU, se dá de 3 formas: Alta, Transferência Interna ou Externa e Óbito.

Os serviços existentes incluem a radiologia, cardiologia, endoscopia, hemodinâmica e laboratório. Para realização de exames fora do HU, o médico, enfermeiro ou auxiliar administrativo, entra em contato com a instituição e marca o exame. O transporte é feito pela ambulância do HU, previamente agendada, e o cliente é acompanhado pelo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem.

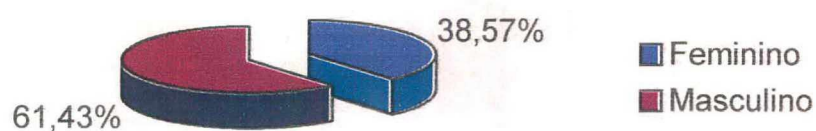
Em relação às normas sobre horário de visitas, boletins médicos e informações através do telefone na UTI do HU, observamos que essas normas são flexíveis, principalmente quanto ao horário de visitas.

Acompanhamos e realizamos a recepção dos familiares dos clientes na UTI, levando em conta a proposta de nosso projeto em realizar uma assistência mais humanizada (cliente/família) que também foi observada na atitude da grande maioria dos profissionais da UTI do HU. Além disso elaboramos um folder para instruir os familiares dos clientes da UTI.

Aspectos Epidemiológicos

Com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico da UTI do HU, consultamos o Livro de Registro do cliente 2001, no período de 11 de setembro a 28 novembro, considerando: sexo, idade, tipo de alta e motivo de internação, do total de 70 clientes admitidos na unidade.

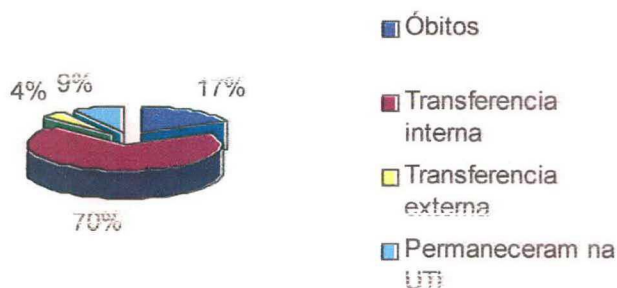
Gráfico 1 - Distribuição por sexo dos clientes internados na UTI do HU, no período de 11 de setembro a 28 novembro de 2001.



Fonte: Livro de Registro do paciente da UTI do HU de 2001.

Analisando o gráfico 1, observamos a prevalência do sexo masculino em relação ao feminino. Isto pode estar relacionado ao motivo da internação na UTI, como as doenças cardíacas e pulmonares (tabela 4) que são as mais incidentes no sexo masculino.

Gráfico 2 - Distribuição dos clientes internados na UTI do HU de acordo com o tipo de alta, no período de 11 setembro à 29 novembro de 2001.



Fonte: Livro de Registro do paciente da UTI do HU de 2001.

De acordo com o gráfico 2 observamos que a maioria dos clientes (70 %) internados na UTI do HU, tiveram transferência interna.

Tabela 3 – Distribuição por faixa etária em anos, dos clientes internados na UTI do HU, no período de 11 de setembro a 28 de novembro de 2001.

IDADE	NÚMERO	%
< 20	1	1,43
20 – 29	1	1,43
30 – 39	7	10,0
40 – 49	13	18,6
50 – 59	11	15,7
60 – 69	22	31,4
70 – 79	12	17,1
≥ 80	3	4,3
TOTAL	70	100.0

Fonte: Livro de Registro do paciente da UTI do HU de 2001.

Conforme a tabela 3, constatamos que o predomínio dos clientes internado na UTI correspondia à faixa etária de 60 a 69 anos (31,4%). Sendo que o mais idoso possuía 84 anos,

enquanto que o mais jovem possuía 19 anos. Esses dados mostram a necessidade dos profissionais, que atuam nesta unidade, estarem preparados para a assistência ao cliente de qualquer faixa etária, inclusive do idoso que requer cuidados específicos, além dos exigidos pela intercorrência clínica.

Tabela 4 - Distribuição por diagnóstico médico dos clientes na UTI do HU, no período de setembro a novembro de 2001.

DIAGNÓSTICO	NÚMEROS	%
Pancreatite aguda	1	1,43
POI	23	32,86
PCR	5	7,14
Insuficiência respiratória aguda	5	7,14
DPOC	4	5,71
Pneumonia	4	5,71
IAM	10	14,28
Angina	5	7,14
FA aguda	1	1,43
AVC	2	2,86
EAP	3	4,28
Insuficiência renal	1	1,43
AVC isquêmico	1	1,43
ICC	1	1,43
Politraumatismo	1	1,43
Sepse	1	1,43
Choque	1	1,43
Intoxicação exógena (carbamazepina)	1	1,43
TOTAL	70	100.00

Fonte: Livro de Registro do paciente da UTI de 2001.

Podemos concluir que esta UTI atende clientes com diversos diagnósticos, porém a prevalência está no atendimento a clientes em pós-operatório imediato (32,86 %).

Esse dado, assim como o da tabela anterior, é importante pois ajuda no planejamento da assistência assim como no melhor treinamento da equipe de uma UTI, para uma assistência qualificada.

Recursos Materiais

Durante o estágio observamos que para realizar uma assistência de qualidade é fundamental o planejamento de todos os recursos materiais necessários para o funcionamento da UTI, sendo o enfermeiro responsável por esta função.

A reposição dos materiais de consumo é realizada pelo auxiliar administrativo ou enfermeiros nas 2ª e 5ª feiras, utilizando computador (Anexo 15), através do pedido de material. Porém, devido à greve o pedido era feito manuscrito através de um impresso. Neste impresso há uma cota semanal que não pode ser ultrapassada, se houver necessidade do aumento de cota para determinado (s) material (ais) o (a) enfermeiro (a) através de uma solicitação, pede o aumento de cota e encaminha a DPI que autoriza ou não. Em caso afirmativo o pedido é encaminhado ao almoxarifado que libera a quantidade requerida.

A medicação de cada cliente é solicitada diariamente a farmácia, através da 2ª via de prescrição médica. As medicações como: plasil, dipirona, heparina, são pedidas através do pedido de medicação chamado de coletiva, possuindo cota semanal. Os psicotrópicos são pedidos através da receita médica, onde cada medicação possui uma cota por receita. O controle destas drogas é realizado em todos os turnos pelo enfermeiro que registra, em um impresso próprio, a quantidade enviada pela farmácia, a quantidade consumida no turno e a quantidade entregue ao próximo turno.

A Central de Diluição fornece álcool glicerinado, detergente e desecrostante que são pedidos de acordo com a necessidade.

No que se refere a materiais de rouparia estes são de responsabilidade da lavanderia, o enfermeiro solicita o aumento ou diminuição da cota diária de roupas dependendo da necessidade da unidade.

O serviço de limpeza é terceirizado, e a empresa responsável é a CALCIC. A enfermeira da CCIH é quem determina o número necessário dos funcionários por área hospitalar.

A UTI possui materiais permanentes em número fixo, alguns vão para a Central de Materiais como: pacote de curativo, pacote de higiene oral, bandeja de punção de subclávia e

dissecção de veia. Alguns materiais permanecem na unidade e são controlados pela equipe de enfermagem.

Os equipamentos disponíveis na UTI são: cateter de Swanz Gans (1 aparelho), ventilador mecânico (5 aparelhos), bomba de infusão (25 aparelhos), hemodializador (1 aparelho), oxímetro portátil (2 aparelhos), desfibrilador (1 aparelho), monitor cardíaco (6 aparelhos), bomba de infusão com seringa (1 aparelho) e PA não invasiva (4 aparelhos).

Os materiais que não necessitam de esterilização como máscara de nebulização, macronebulização, intermediário e traquéias, ficam por 30 minutos em recipiente com água e sabão e depois são imersos em solução de glutaraldeído por mais 30 minutos, em seguida são colocados na secadora. As bacias, cubas, comadres e papagaios são lavados com água e sabão pelo funcionário responsável pela limpeza.

A Divisão de Manutenção de Serviços Gerais – DMSG é responsável pela manutenção dos materiais. Através de um impresso (solicitação de serviço), o auxiliar administrativo ou enfermeiro descrevem o defeito e solicitam o concerto.

Os Ventiladores Mecânicos são de responsabilidade da Engemed, empresa que faz a manutenção e o concerto.

Recursos Humanos

Durante nosso estágio observamos que é imprescindível para a realização e manutenção de uma assistência de qualidade e humanizada a necessidade de que se tenha funcionário suficiente e capaz de suprir as necessidades da unidade.

Cálculo de Pessoal Segundo Alcalla:

Este cálculo foi realizado com base na escala mensal de outubro.

- Horas de assistência de enfermagem intensiva por cliente = 15,4 hs.
- Número de leitos = 6
- Dias da semana = 7 dias.
- Carga horária = 30hs / semanais.

$$\text{Total de Pessoal} = \frac{\text{Assistente de enfermagem} \times \text{n}^\circ \text{ leitos} \times \text{Dias da semana} + 30\%}{\text{Carga Horária Semanal}}$$

$$T. P = \frac{15,4 \times 6 \times 7 + 30\%}{30} = 28$$

Total de Enfermeiros = 11,2 \cong 11 (equivalente a 40%)

Matutino = 4,4 \cong 4 (40%)

Vespertino = 3,3 \cong 3 (30%)

Noturno = 3

Total = 10

Total de Técnicos / auxiliares \cong 16,8 \cong 17 (equivalente a 60%)

Matutino = 6,8 \cong 7 (40%)

Vespertino = 5,1 \cong 5 (30%)

Noturno = 5,1 \cong 5 (30%)

Total = 17

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

<i>ALCALLA</i>	<i>UTI do HU</i>
Enfermeiro	Enfermeiro
Matutino = 4	6 horas = 4
Vespertino = 3	8 horas diárias = 1
Noturno = 3	12 horas noturnas = 3
Total = 11	Total = 8
	N1=1 N2=1 N3=1

ALCALLA	UTI / HU
Técnico/Auxiliar	Técnico/Auxiliar
Matutino = 7	Matutino = 6
Vespertino = 5	Vespertino = 7
Noturno = 5	Noturno = 5
Total = 17	Total= 18
	N1, N2, N3=15

Comparando o que Alcalla (1991) preconiza, com o número de funcionários existentes UTI/HU, podemos constatar que a quantidade de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem para uma assistência de qualidade é inferior ao recomendado, pois o número de funcionários que a UTI dispõe, segundo Alcalla, seria suficiente para cobrir apenas um turno de trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria nº 466/98), uma UTI deveria ter: 1 enfermeiro chefe, exclusivo da unidade e responsável pela equipe de enfermagem, 1 enfermeiro para cada turno de trabalho e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para cada dois leitos de UTI adulto.

Podemos perceber que a UTI/HU, atende o que determina o Ministério da Saúde, quanto ao número de pessoal de enfermagem por turno.

Escala Mensal

Conforme Kurcgant (1991, p.107), 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). E onde são registradas as folgas, férias, licença dos elementos da equipe”*.

A enfermeira chefe nos cedeu as informações sobre a elaboração da escala mensal, que costuma acontecer nas últimas semanas de cada mês. Após o dia quinze é colocada uma folha no mural da sala de lanche, para que os funcionários indiquem o dia de preferência para as folgas e também plantões (que geralmente são respeitados) (Anexo 16).

A seguir será descrita a forma que utilizamos para elaborar a escala mensal do mês de novembro de 2001. A carga horária dos funcionários corresponde a 30 horas semanais, de acordo com as normas da instituição. A carga horária mensal deve corresponder a 120 horas,

considerando 6 horas diárias, o restante serão folgas. Os funcionários são distribuídos por turno, sendo que o mês de novembro possuía cinco finais de semana incluindo mais 3 feriados, tendo em media 3 plantões para cada funcionário. Quando o mês possui feriado trabalharão os funcionários que não deram plantão no feriado anterior. Devido a maior quantidade de finais de semana e feriado, não conseguimos fechar o número de funcionários necessários, neste caso o enfermeiro chefe pode solicitar o pedido de horas extras, que não devem exceder à 60 horas. Neste caso para estabelecer quais funcionários farão estas horas extras é fixado uma folha para que os funcionários interessados registrem o dia que poderão fazer hora extra.

Após construída a escala, os funcionários fazem trocas entre eles e essas são permitidas desde que sejam registradas no livro de troca de plantão, para que o enfermeiro tenha conhecimento.

Acreditamos que a elaboração da escala seja uma das tarefas mais difíceis dentro das atividades administrativas do enfermeiro-chefe, pois requer tempo, paciência, concentração e muito mais que isto, envolve o bem-estar do funcionário, o tempo que poderá estar em casa com sua família, as datas comemorativas que na maioria das vezes são respeitadas, mas quando isto não ocorre há sempre a frustração, o descontentamento que, direta ou indiretamente, influencia também na assistência.

Em relação às férias, entrou em vigor um novo sistema implantado pelo enfermeiro-chefe que assumiu o cargo no início do mês de novembro, ou seja, cada mês possui uma pontuação: janeiro 1, fevereiro 2, março 4, abril 5, maio 5, junho 5, julho 3, agosto 5, setembro 5, outubro 5, novembro 4 e dezembro 3.

Faz-se uma estimativa de 2 anos, dos meses que cada funcionário tirou férias, conta-se os pontos e aqueles que obtiverem maior pontuação terão o direito de escolher o mês que pretendem usufruir de suas férias. Desta forma consegue-se uma maneira justa e mais simples para estabelecer os meses que cada funcionário sairá de férias. É feita uma reunião para esta finalidade onde participam todos os funcionários, geralmente é feita no mês de outubro.

Escala de Serviço

O objetivo é dividir as atividades de enfermagem, diariamente, de maneira equitativa, entre os funcionários, para garantir que a assistência de enfermagem seja prestada (Kurcgant, 1991).

A distribuição dos leitos para cada funcionário, geralmente é feita pela enfermeira (o), respeitando que não deve ser repetido consecutivamente o mesmo leito. Na medida do possível, cada funcionário é responsável pelos cuidados de no máximo 2 clientes, conforme as normas do Ministério da Saúde.

Quando a unidade dispõe de 4 funcionários no turno, a distribuição procede da seguinte maneira: dois funcionários ficam responsáveis pela assistência à dois clientes, um funcionário fica com um cliente e controle do material da unidade e o quarto com o cliente do isolamento. Nos dias em que a unidade dispõe de 3 funcionários, e todos os leitos estejam ocupados, como nos plantões, cada funcionário fica responsável por dois clientes que estão em leitos próximos como: 1º e 2º; 3º e 4º; 5º e isolamento.

Avaliação

O objetivo foi alcançado, pois conseguimos identificar, desenvolver, descrever e analisar os componentes administrativos da UTI, através da prática e da observação.

OBJETIVO

Oportunizar a promoção do alívio do estresse da equipe de enfermagem da UTI.

Durante o período de estágio na UTI pudemos experimentar uma variedade de situações estressantes, tais como: o próprio ambiente da UTI com a sua alta tecnologia que requer dos profissionais uma observação constante e conhecimento, o estado crítico dos clientes, às mudanças repentinas no seu estado geral juntamente com a responsabilidade de estar interpretando-as, o contato constante com a morte, a dificuldade de relacionamento entre a equipe, as reações emocionais da família e o desempenho profissional que devemos ter junto a esta.

Esses e outros fatores estão presentes em Lipp (1987) como fatores desencadeantes de estresse. Para o autor o estresse pode originar-se de fontes internas ou externas. As externas estão relacionadas com o ambiente, pelos acontecimentos da vida, trabalho em excesso, desarmonia com as pessoas com quem convive e com a forma de pensamentos, crenças e valores.

Diante do conhecimento de tais situações, torna-se importante refletir sobre o trabalho na UTI, no intuito de buscar novas soluções para minimizar o estresse, visando melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem contribuindo para a prestação de uma assistência mais humanizada. Acreditamos que uma assistência humanizada aos clientes e seus familiares não pode deixar de lado a preocupação com aqueles que cuidam, afinal para se cuidar de uma pessoa precisa-se estar presente como pessoa inteira, afim de que possamos estar aberto a ouvir de forma efetiva os problemas, as angústias dos clientes e seus familiares de modo a respeitá-los como seres humanos e intervir de modo a amenizar seus sofrimentos.

Segundo Filho e Horbes citado em Grams, Imhof (1996) *“Todos nós sabemos os males que tem advindo da pouca preocupação dos responsáveis pelas nossas instituições de saúde em dar aos membros de suas equipes a noção de que, se eles não tiverem entre si a capacidade de entenderem-se como pessoas, jamais poderão transmitir ao paciente o afeto, o cuidado a segurança que ele espera e necessita”*.

Desse modo tínhamos como uma das metas desenvolver atividades de maneira a proporcionar a equipe de enfermagem momentos de descontração que possibilitassem o

trabalho em grupo e que pudessem minimizar os efeitos estressantes característicos do ambiente de UTI.

Segundo o que foi proposto no projeto para o alcance do objetivo, seria utilizado práticas recreativas diárias de curta duração, anterior à passagem de plantão. De acordo com Guerra (1991), a recreação pode despertar e desenvolver no indivíduo, o equilíbrio psico-físico emocional, possuindo a finalidade de preservar ou restaurar a integridade do organismo.

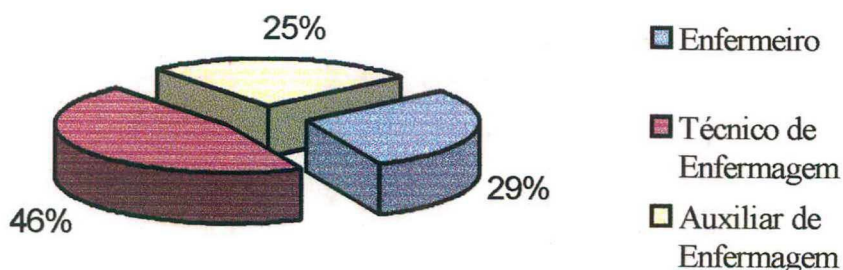
Antes de iniciarmos com as atividades aplicamos um questionário (ANEXO 9) para reconhecer os elementos estressores vivenciados no ambiente da UTI pela equipe de enfermagem. O questionário foi aplicado nos três turnos, distribuídos na passagem de plantão de cada turno e respondidos durante o turno de trabalho dos funcionários o tempo para preenchimento não ultrapassava 20 minutos, do total de 34 questionários foram devolvidos 24. A análise dos dados obtidos com esse questionário serão descritas a seguir:

Para analisar os dados do questionário optamos em agrupá-los em seis categorias: perfil dos integrantes da equipe de enfermagem da UTI/HU; expressão dos sentimentos quanto ao ambiente e a equipe de trabalho; sugestões para melhorar o ambiente de trabalho; prazer e desprazer no ambiente de trabalho; atitudes individuais e coletivas para diminuir a tensão no ambiente de trabalho e causas de maior esforço individual no ambiente de trabalho.

Os dados serão apresentados em tabela e gráficos de acordo com a categorização estabelecida.

I. Perfil dos integrantes da equipe de Enfermagem da UTI do HU.

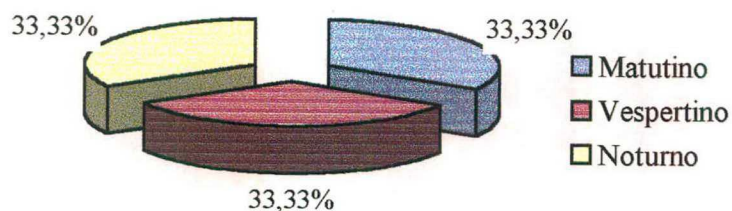
Gráfico 1 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo a categoria profissional.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

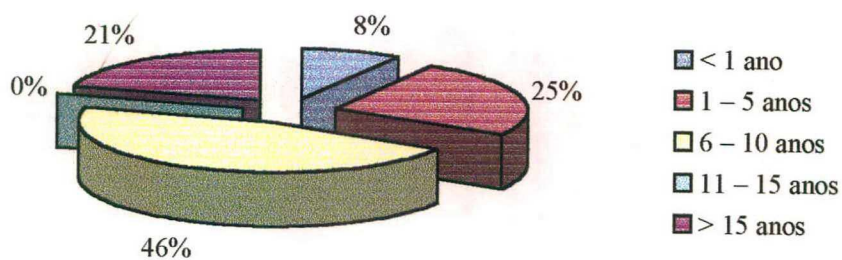
A participação no estudo de um maior número de técnicos de enfermagem deve-se ao fato de que na UTI existe um maior contingente de técnicos em relação a outras categorias.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo o turno de trabalho.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes, segundo o tempo de atuação na UTI.

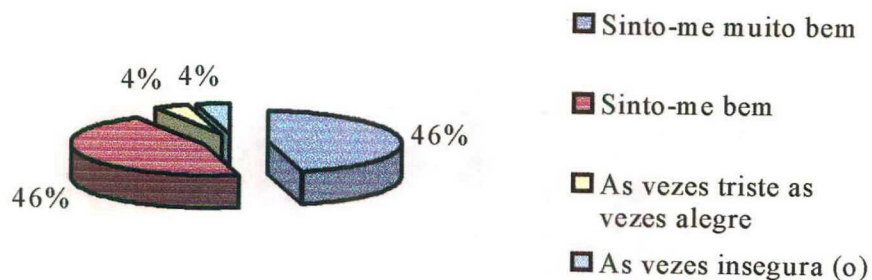


FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Os dados do gráfico 3, mostra uma lacuna dos 11 – 15 anos e um decréscimo acentuado de permanência na UTI após os 10 anos atuação na unidade.

II. Expressão dos sentimentos quanto ao ambiente e equipe de trabalho.

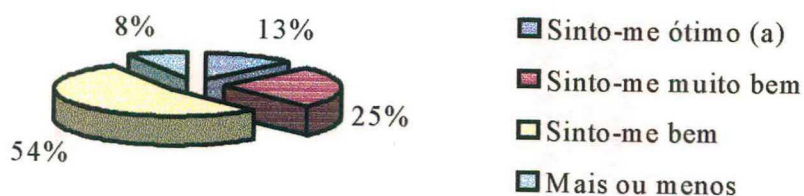
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes, segundo os sentimentos quanto ao local de trabalho: UTI.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Podemos notar pelos dados acima que a maioria dos integrantes da equipe de enfermagem referem estar satisfeitos com seu local de trabalho.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes, segundo os sentimentos em relação aos colegas de trabalho.

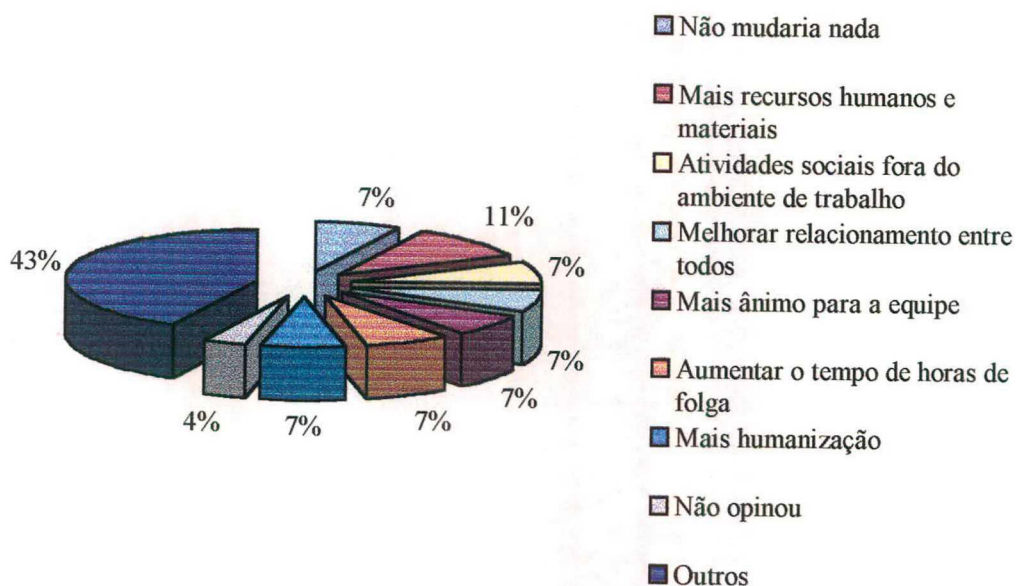


FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Através dos dados acima podemos observar que a maioria 54.16% dos participantes sente-se, bem em relação aos colegas de trabalho da UTI.

III. Sugestões para melhorar o ambiente de trabalho.

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes, segundo sugestões para melhorar o seu ambiente de trabalho.

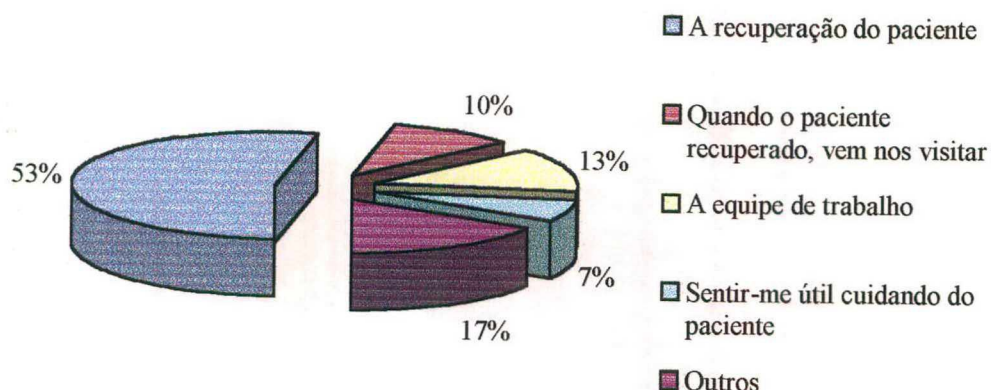


FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Os dados desta tabela e gráfico demonstram que as sugestões para o ambiente de trabalho estão relacionados principalmente ao fator humano e pouco a recursos materiais.

IV- Prazer e desprazer no ambiente de trabalho.

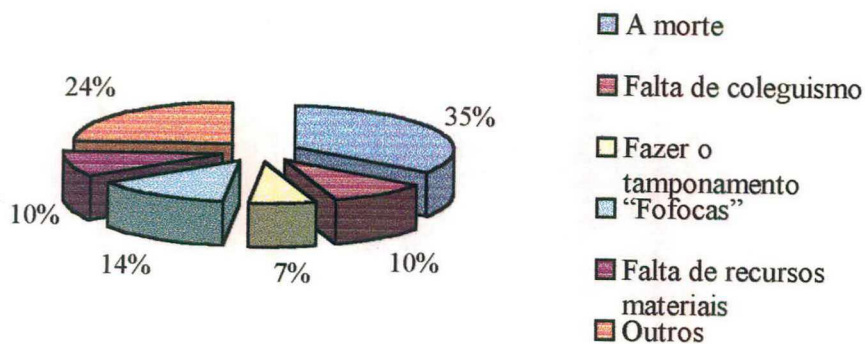
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes, segundo os motivos de prazer no ambiente de trabalho.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

De acordo com os dados acima o que causa mais prazer para equipe de enfermagem (55.17%) é ver a recuperação do cliente, que se constitui no objetivo da UTI.

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes, segundo os motivos de desprazer no ambiente de trabalho.



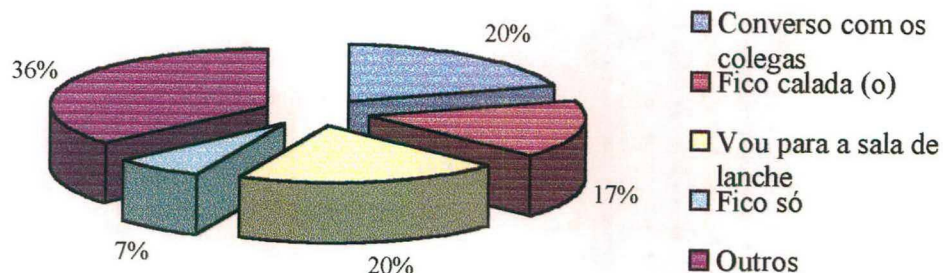
FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Observa-se pelos dados acima que o que causa mais desprazer no ambiente de trabalho para equipe de enfermagem e a morte de um cliente (34.48%). E como consequência pode ser encarado como um fator estressante para os integrantes da equipe, uma vez que é sentida por muitos como fracasso, como impotência.

Os trabalhadores de enfermagem da UTI não são preparados psicologicamente para lidar com situações de morte dos clientes e tentam de alguma forma se proteger (fazendo brincadeiras, se isolando, fazendo lanches), fugindo desta forma deste acontecimento.

V. Atividades individuais e coletivas para diminuir a tensão no ambiente de trabalho.

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo a atividade individuais para diminuir a tensão no ambiente de trabalho.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Através dos dados, podemos observar que para diminuir a tensão no ambiente de trabalho, os integrantes da equipe de enfermagem realizam atividades individuais diferenciadas porém a prevalência recai sobre a comunicação mesmo para aqueles que responderam que vão para a sala de lanche, uma vez que é neste local que ocorrem os encontros entre eles.

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes, segundo as atividades coletivas para diminuir a tensão no ambiente de trabalho.

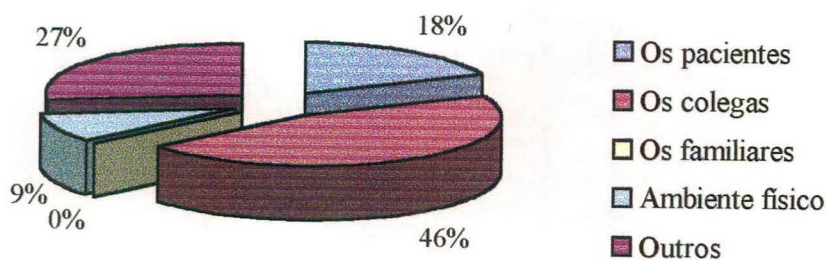


FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Assim como na tabela e gráfico anteriores, os dados acima, revelam que conversar e ir para a sala de lanche são as atividades coletivas mais utilizadas para diminuir a tensão.

VI. Causas de maior esforço individual no ambiente de trabalho.

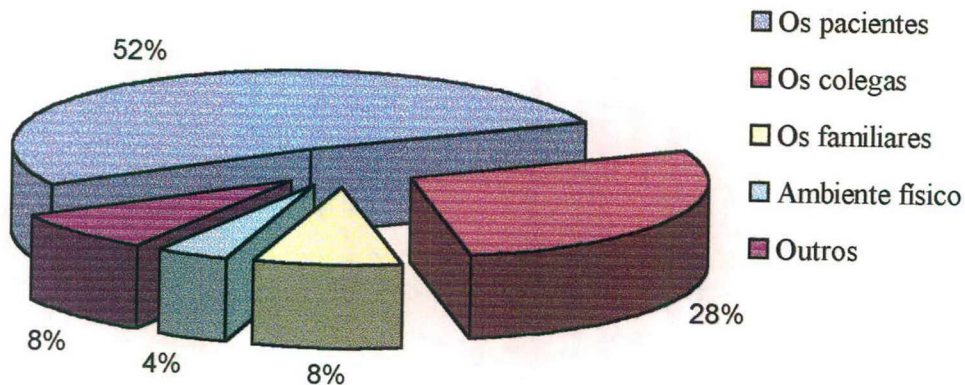
Gráfico 11 – Distribuição dos enfermeiros, segundo a causa de maior esforço individual na UTI.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Podemos observar pelos dados demonstrados que para os enfermeiros o que mais exige esforço individual são os colegas (45.45%). Isso talvez se deva ao fato do enfermeiro tanto na função assistencial quanto na administrativa, sempre é o responsável em mediar as relações interpessoais.

Gráfico 12 – Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo a causa de maior esforço individual na UTI.



FONTE: Instrumento de medida aplicado aos integrantes da equipe de enfermagem da UTI do HU.

Podemos observar pelos dados apresentados que para os Técnicos e Auxiliares de enfermagem o que mais exige esforço individual são os pacientes (72%), uma vez que grande parte das atividades assistências são por eles executados.

Podemos concluir nesta pequena amostragem que a equipe de enfermagem da UTI, onde este estudo se realizou, sofre pouca influência dos fatores estressantes do ambiente uma vez que existe um bom relacionamento interpessoal e satisfação no ambiente de trabalho.

A partir da terceira semana de estágio iniciamos com as atividades recreativas após a elaboração de um planejamento de atividades que fariam parte do trabalho a ser desenvolvido com a equipe de enfermagem. Selecionamos algumas atividades tais como: Alongamentos, relaxamentos e brincadeiras recreativas. Todas não ultrapassavam a 5 minutos exceto as sessões de alongamento e relaxamento, que por características específicas levam um pouco mais de tempo. Em relação aos turnos resolvemos

desenvolver o trabalho somente com o turno da tarde, pois grande parte do nosso estágio ocorreu neste turno.

Quanto ao local foi escolhido um ambiente da UTI a sala de passagem de plantão, visto que a UTI não dispunha de muitos espaços para que pudéssemos utilizar para execução das atividades. Isso também facilitaria de forma que os funcionários não precisassem deslocar-se. Escolhemos o próprio ambiente da UTI, para dar oportunidade a todos os funcionários de participarem.

Logo após a passagem de plantão era solicitada a permanência dos funcionários na sala. Explicávamos a atividade, e só então dávamos seqüência à mesma.

A primeira atividade constou de uma brincadeira recreativa. Estavam presentes todos os funcionários do turno sendo que todos participaram. Houve grande desenvolvimento, percebemos a euforia pela brincadeira, descontração e integração do grupo.

Durante o restante da semana foram aplicados alongamentos e outras brincadeiras, no entanto aos poucos fomos sentindo uma certa desmotivação na execução das atividades. Sentimos que faziam apenas para nos satisfazer e não porque lhes davam prazer, não era o que pretendíamos.

Na tentativa de recuperar a motivação do grupo elaboramos algumas atividades e percebemos que houve maior participação do grupo, atividades do tipo, terapia do abraço, massagem e outras.

Num certo dia preparamos uma atividade em que cada pessoa do grupo pegava um bombom, dos que foram levados pelas acadêmicas, e dava a uma pessoa do grupo dizendo porque estava dando-lhe o mesmo. Houve um grande entrosamento, o momento foi muito especial.

No outro dia uma funcionária nos sugeriu que continuássemos a fazer, brincadeiras, parecidas completou dizendo que essas atividades aproximavam melhor e trabalhavam melhor a questão do relacionamento interpessoal.

Percebemos que a brincadeira pela brincadeira não teria significado algum, teríamos que trabalhar a questão do relacionamento entre os membros do grupo, precisávamos de atividades específicas. No entanto não estávamos preparadas. Nos reunimos algumas vezes para elaborar um novo planejamento, encontramos na literatura algumas atividades que trabalhavam melhor a questão, mas que tinham tempo de execução superior a 30 minutos tornando-se inviável. Não tínhamos muitas bibliografias sobre o assunto, visto em que estávamos no período de greve da UFSC.

A cada dia que passava aumentava nossa frustração, pois acreditávamos até então que não teríamos dificuldade em alcançá-lo, porém não foi possível.

Depois de algum tempo tentamos retornar às atividades, pois concluímos que pelo menos uma semana sem interrupções seria o suficiente para lançar uma avaliação e assim concluir o objetivo. Só que as atividades eram elaboradas para o grupo todo, e nos dias que se seguiam haviam muito poucas pessoas ao final do plantão, o que nos desencorajou.

Fomos nos distanciando, executamos mais algumas atividades na tentativa de dar continuidade ao trabalho, porém não nos encontrávamos mais motivadas tornando-se uma tentativa desastrosa.

Por fim resolvemos dar continuidade aos outros objetivos nos distanciando deste.

Avaliação

Embora não tenhamos conseguido o alcance deste objetivo, talvez por falta de perseverança e ousadia sentimos a necessidade de haver na instituição um trabalho mais voltado à equipe de saúde. É importante para essas pessoas serem valorizadas no seu trabalho no dia-a-dia como seres humanos.

Considerações Finais

Escolhemos a Unidade de Terapia Intensiva para a realização do nosso último estágio curricular por ser este um local de inúmeras técnicas, diversos equipamentos e clientes em estado crítico propiciando um grande aprendizado e também por representar um desafio para nossas vidas. Desafio este vivido a cada dia de estágio, onde encontramos diversas situações inesperadas, muitos momentos requeriam medidas que iam além do conhecimento científico e da experiência profissional, utilizando-se então, o bom senso principalmente quando prestávamos assistência aos familiares onde concluímos que não existe receita, cada momento é único, onde o mais importante é agir com respeito e compreensão. Às vezes batíamos de frente com as normas e rotinas impostas, porque apesar de serem necessárias em muitos casos elas não eram convenientes, deparávamos com situações onde essas normas eram “quebradas”, porém por um bom motivo, pois alguns familiares sentiam uma maior necessidade em permanecer ao lado do cliente e por prezarmos por uma assistência mais humanizada a ambos, sempre que possível tentávamos atender o pedido. Acreditamos que a presença dos familiares é benéfica para ambos, diminuindo o sofrimento do cliente e conseqüentemente dos próprios familiares. O fato de não medir esforços para atender as necessidades dos clientes e familiares, através de uma assistência mais humana, valoriza o trabalho da enfermagem e de toda a equipe da UTI do HU, constatado na entrevista com os familiares onde 50 % dos entrevistados tinham como referência o enfermeiro para obter informações de seu familiar.

A equipe de enfermagem deve estabelecer o compromisso de envolver-se na relação, seja ela com cliente, familiar ou própria equipe, pois deve compartilhar experiências e em conjunto buscar alternativas para cada situação a ser superada. O maior envolvimento e a preocupação em prestar uma assistência responsável e de qualidade foi observada durante o estágio quando houve uma diminuição do quadro de funcionários (atestado, licença, férias), acontecendo um remanejamento do pessoal, trocas de turnos e horas extras, a fim de não interferir na assistência prestada nesta unidade. Sabemos que devido às características da UTI, o tipo de clientes que nela internam e a necessidade de apoio aos familiares considera-se, essa unidade uma fonte de estresse para os trabalhadores. Sendo assim, depreendemos ser de fundamental importância, a atenção especial a estes profissionais, tendo em vista, a necessidade da busca de meios que venham promover a saúde do trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Neste sentido entendemos como Pereira e Bueno (1997) que o lazer tem papel fundamental enquanto meios alternativos para o relaxamento e alívio dos problemas advindos do viver diário do indivíduo tanto a nível pessoal quanto profissional. Voltando estas questões para o pessoal de enfermagem que trabalha na UTI, o desenvolvimento de atividade de lazer é relevante no relacionamento interpessoal, bem como, no alívio das tensões, visando, pois a educação para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e do serviço em geral.

Com relação ao diagnóstico de enfermagem de NANDA estamos cientes da sua importância para a nossa profissão, pois conduz as ações para situações que necessitam de resolutividade da enfermagem, o seu emprego exige do profissional um grande raciocínio científico além do que a utilização de um modelo próprio favorece a autonomia da enfermagem. Reconhecemos, porém a necessidade de se criar estratégias que viabilizem a sua aplicabilidade no cotidiano da assistência hospitalar em especial na assistência em UTI, uma vez que requer da enfermagem muito tempo, inviabilizando a sua aplicação, passando a ser utilizado somente como atividade acadêmica.

Finalizando, a experiência adquirida no transcorrer do estágio que culminou com a realização deste relatório nos proporcionou mais segurança e confiança para nossa futura vida profissional. Acreditamos que os problemas enfrentados durante o estágio foram necessários para que ocorresse este crescimento.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALLA, M.U. et al. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médica hospitalar. SP. Prefeitura Municipal, 1991.

AVERLAN, Simone. Uma busca de aproximação paciente versus familiar e enfermagem na humanização do cuidado em UTI, fundamentada na Teoria de Joyce Travelbee. UFSC, Monografia. Florianópolis, 1999.

AZEVEDO, V.P., CECHINEL, I.I., KUCHLER, F.F. Assistência de enfermagem mais humanizada ao cliente da unidade de terapia intensiva do hospital universitário e a sua família, baseado na Teoria de Wanda de Aguiar Horta. Fpolis. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). UFSC, 1999.

BARRETO, H. S. et al. Rotina em Terapia Intensiva. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993, p. 1-3.

BENEDET, S. A., BUB, M.B.C. Manual de Diagnóstico de Enfermagem. Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica de NANDA. 2^a ed. 2001. Editora Bernúncia.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares e pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). Rev. Esc. Enf. USP, v. 32, n. 2, p. 134 – 139. ago. 1998.

BRUNNER & SUDDART. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Ed. 7^a. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1994.

CAPONI, S.N.C, BUB, M.B.C. Bioética, exercício profissional e dilema éticos: In Horr, Lidvina et al. Fundamento ao exercício profissional e técnico de Enfermagem. Série auxiliar de Enfermagem, n. 6, Florianópolis, 1999. p. 91-94.

CARPENITO, L.J. Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica. 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CLANCY, J. MCVICAR, A. A subjetividade do stress. Revista Nursing. N. 03, a. 7, p. 22-28, dez. 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resoluções – atos normativos – resolução COFEN nº 160. Santa Catarina, 1998.

CORONETTI, A. O estresse da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: o enfermeiro como mediador. Monografia apresentada para obtenção do título de NFR especialista em UTI, UNIVALI. Itajaí, 2000.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do Trabalho. SP, Ed. Atlas, 1994.

DOMINGUES, C. I. et al. Orientação aos pacientes e familiares: dificuldades ou falta de sistematização. Revista Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 33, n. 01, p. 39-48, mar. 1999.

FELISBINO, J. E. Experiência assistencial de enfermagem com clientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares a partir da teoria das necessidades humanas básicas de W.A.H.

Florianópolis, UFSC, 1990. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

FELISBINO, J. E. Processo de enfermagem em UTI: uma proposta metodológica. São Paulo: EPU, 1994.

GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, A. M. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. 2 ed. São Paulo: EPU, 1988.

GUERRA, M. Recreação e Lazer. 3 ed. Porto Alegre, 1991.

HORTA, W. H. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

HUDAK, C. M., GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 05, 1997.

IDE, C. A. C. O paciente de UTI e a percepção dos cuidados de higiene corporal. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 151-157, ago. 1998.

INHOF, G., GRAMS, M.T. Assistência de Enfermagem Enfocando Aspectos de Humanização aos Clientes, a Família e a Equipe de Enfermagem com base na Teoria de Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis, (trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem), UFSC, Dez. 1996.

KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. São Paulo: TENEL, 1994.

KOIZUMI, M. S. et al. Percepções dos pacientes de unidade de terapia intensiva – problemas sentidos e expectativas em relação a assistência de enfermagem. Rev. Enf. USP. V. 13, n. 2, p. 135-145, 1979.

LIPP, M. N. et al. Como enfrentamos o stress. 2 ed. São Paulo. Universidade Estadual de Campinas, 1987.

MAIA, S. C. Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva: proposta para humanização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis, 1999.

MARTINS, L. M. M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de Enfermeiros de pós-graduação. Revista Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 34, n. 01, p. 08-52, mar. 2000.

MARTINS, J.J., NASCIMENTO, E.R.P. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação destes com o indivíduo hospitalizado e sua família. Revista Nursing. N. 29, p. 26-30. out. 2000.

OLSCHOWSKY, A., CHAVES, E.H.B. A realização a filiação e o poder: em qual destes três fatores está calcada à motivação dos Enfermeiros em um hospital de ensino? Revista Gaúcha Enf. V. 18, n. 01, p. 09-16, jan. 1997.

PAULA, W. K. Releitura das Necessidades Humanas Básicas. Florianópolis, 1993, 101 p. Tese (Concurso de professor titular)- Universidade Federal de Santa Catarina.

PEREIRA, L. C. Cuidado Heideggeriano e a Assistência de Enfermagem ao idoso na UTI. Nursing. Revista Técnica de Enfermagem. SP, nº 42, p. 22-25, Nov. 2001

PEREIRA, M. E. R., BUENO, S. M. V. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI; uma concepção da equipe de enfermagem. Revista Latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v. 05, n.04, p. 75-83, out. 1997.

SANTOS, C. R. et al. Terapia Intensiva – Humanização em UTI: Paciente-Equipe de enfermagem-família. Revista Nursing, SL, SV, SN, p. 26-29, out. 1999.

SCHWARTZMAN, U. P. Y., et al. Estabelecendo comunicação interpessoal com clientes em cuidados intensivos. Florianópolis, (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem), UFSC, 1999.

STEFANELLI, M. C. Comunicação com paciente: teoria e ensaio. 2ª ed. São Paulo: Rob, 1993.

TRAVELBEE, J. Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica: el process de la relacion de persona. Caby: Carvajal, 1979.

WALLACE, G. Problemas Psicológicos para Pacientes, Familiares e Profissionais de Saúde. In: Shumake, Wellian C. Tratado de terapia Intensiva. 2º ed. São Paulo: Panamericana, 1992, p. 1394.

10. ANEXO

ANEXO 1

Histórico de Enfermagem			
1. Identificação			
Nome:	Idade:	Escolaridade:	Leito:
Profissão:	Estado civil:	Data int.:	Procedência:
2. Diagnóstico Médico			
3. Percepções e expectativas			
Experiências anteriores em UTI: sim () no. de vezes: Motivos:			
Preocupações e fatores que o incomodam:			
Expectativas em relação ao cuidado:			
4. Problemas relacionados com as NHBs			
4.1 Necessidades psicobiológicas:			
4.1.1 Regulação neurológica:			
Estado mental: () alerta () orientado () confuso () sem reação () outras			
Pupilas: () miose () midríase () isocóricas () aniso Glasgow:			
RFM: Direita () presente () ausente Esquerda () presente () ausente			
MMSS: Força: () bilateral () paresia direita/esquerda () plegia direita/esquerda () outros			
MMII: Força: () bilateral () paresia direita/esquerda () plegia direita/esquerda () outros			
() astenia () miastenia () mov. leito crises convulsivas: () sim () não tipo:			
outros:			
4.1.2 Oxigenação:			
FR: mpm () dispnéia			
() catéter () macro neb. () TOT () traqueostomia () outros: Litros/min:			
Ventilação mecânica: Modalidade: FR: mpm VC: FiO ² : PEEP:			
PPI: outros:			
Gasometria: data/hora: pH: PO ² : PCO ² : BIC:			
BE: SatO ² : TCO ² :			
Gasometria: data/hora: pH: PO ² : PCO ² : BIC:			
BE: SatO ² : TCO ² :			
Secreção () ausente () expectoração espontânea () tosse produtiva () tosse improdutiva			
() aspiração descrição/quantidade:			
Ausculta pulmonar: () ronos () sibilos () estertor () crepitação			
Drenagem torácica () tempo: características:			
4.1.3 Alimentação e eliminação intestinal:			
tipo de dieta:			
via de administração: () oral () SNG/SNE () parenteral () outras			
Apetite: () normal () aumentado () diminuído () diminuição do paladar			
() náuseas () vômitos			
Abdome:			
aspecto: () plano () globoso () distendido () rígido () doloroso a palpação () outros			
RHA: () presente () ausente () diminuído () aumentado			
Drenos: () não () sim Tipo: Lesões: () não () sim Tipo:			
Ostomia: () não () sim			
Eliminações intestinais: () constipação () diarreia () incontinência () outros			
4.1.4 Hidratação e eliminação vesical:			
Eliminações urinárias: () espontânea () retenção () incontinência () SVD () disp. ext.			
Características das eliminações: () disúria () hematúria () outras			
Problemas renais:			
Balanço hídrico: Volume/tempo: Obs.:			
Função renal: Uréia: Creatinina: outros:			
4.1.5 Integridade cutâneo-mucosa:			
Couro cabeludo: () pediculose () seborréia () sujidades () alopecia () outros:			
Olhos/pálpebras: () icterícia () edema de esclerótica () secreções () hiperemia () outros			

ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA PROPOSTA POR BENEDET & BUB

➤ Necessidades Psicobiológicas

Regulação Neurológica

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;
9. Risco para disreflexia;
10. Síndrome da interpretação ambiental prejudicada.

Percepção dos órgãos dos sentidos

11. Alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, cinestésica, olfativa, gustativa, tátil.
12. Dor aguda;
13. Dor Crônica;
14. Náusea.

Oxigenação

15. Padrão respiratório ineficaz;
16. Troca de gases prejudicada;
17. Incapacidade para manter a respiração espontânea;
18. Desobstrução ineficaz das vias aéreas;
19. Resposta disfuncional ao desmame ventilatório.

Regulação Vascular

20. Débito cardíaco diminuído;
21. risco para diminuição do débito cardíaco;
22. Alteração na perfusão tissular: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica;
23. Risco para disfunção neurovascular periférica.

Regulação térmica

24. Risco para a alteração da Temperatura Corporal;
25. Hipotermia;
26. Hipertermia;
27. Termoregulação ineficaz.

Hidratação

28. Excesso no volume de líquidos;
29. Déficit no volume de líquidos;

- 30. Risco para o déficit no volume de líquidos;
- 31. Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais.

Alimentação

- 32. Deglutição prejudicada;
- 33. Alteração da nutrição: mais do que o corpo necessita;
- 34. Alteração da nutrição: risco para mais do que o corpo necessita;
- 35. Alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita;
- 36. Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita;
- 37. Déficit no auto-cuidado: Alimentação;
- 38. Descontinuidade do processo de amamentação;
- 39. Amamentação ineficaz;
- 40. Amamentação eficaz;
- 41. Padrão ineficaz de amamentação infantil.

Eliminação

- 42. Alterações na eliminação urinária;
- 43. Retenção urinária;
- 44. Alteração na eliminação urinária;
- 45. Incontinência por pressão;
- 46. Incontinência reflexa;
- 47. Incontinência impulsiva;
- 48. Incontinência funcional;
- 49. Incontinência total;
- 50. Risco para incontinência urinária;
- 51. Constipação;
- 52. Constipação percebida;
- 53. Constipação colônica;
- 54. Incontinência intestinal;
- 55. Diarréia.

Integridade Física

- 56. Integridade da pele prejudicada;
- 57. Risco para prejuízo da integridade da pele;
- 58. Integridade tissular prejudicada;
- 59. Alteração da mucosa oral.

Sono e Repouso

- 60. Distúrbio no padrão de sono;
- 61. Privação do sono;
- 62. Fadiga.

Atividade Física

- 63. Modalidade física prejudicada;
- 64. Intolerância a atividade;
- 65. Risco para intolerância a atividade;
- 67. Andar prejudicado;

- 68. Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada;
- 69. Capacidade de transferência prejudicada;
- 70. Mobilidade no leito prejudicada;
- 71. Recuperação cirúrgica retardada.

Cuidado Corporal

- 72. Déficit no auto-cuidado: banho e/ou higiene;
- 73. Déficit no auto-cuidado: toalete;
- 74. Déficit no auto-cuidado: vestir-se, arrumar-se;
- 75. Déficit no auto-cuidado: alimentação;
- 76. Déficit no auto-cuidado: instrumental;
- 77. Síndrome do déficit de auto-cuidado.

Segurança Física/Meio Ambiente

- 78. Proteção alterada;
- 79. Risco para infecção;
- 80. Risco para aspiração;
- 81. Risco para sufocação;
- 82. Risco para trauma;
- 83. Risco para envenenamento;
- 84. Risco para automutilação;
- 85. Comportamento infantil desorganizado;
- 86. Risco para o comportamento infantil desorganizado;
- 87. Comportamento infantil: Potencial para melhora da organização;
- 88. Risco para lesão;
- 89. Resposta alérgica ao látex;
- 90. Risco para resposta alérgica ao látex;
- 91. Manutenção do lar prejudicada;
- 92. Risco para lesão perioperatória de posicionamento;
- 93. Risco para violência direcionada a si mesmo;
- 94. Risco para violência direcionada aos outros;
- 95. Síndrome do estresse por mudanças.

Sexualidade

- 96. Disfunção Sexual;
- 97. Alteração nos padrões de sexualidade.

Regulação: Crescimento Celular

- 98. Alteração do crescimento e do desenvolvimento;
- 99. Risco para desenvolvimento alterado;
- 100. Risco para crescimento alterado;
- 101. Dentição alterada.

Terapêutica

- 102. Controle eficaz do regime terapêutico: individual;
- 103. Controle eficaz do regime terapêutico: individual, familiar e comunitário.

➤ **Necessidades Psicossociais**

Comunicação

104. Comunicação verbal prejudicada.

Gregária

105. Interação social prejudicada;

106. Isolamento social;

107. Risco para solidão.

Recreação/Lazer

108. Déficit na atividade de lazer.

Segurança Emocional

109. Risco para síndrome pós-trauma;

110. Medo relacionado a morte;

111. Negação ineficaz;

112. Medo;

113. Ansiedade;

114. Desesperança;

115. Resposta pós-trauma;

116. Síndrome do trauma de estupro;

117. Impotência;

118. Síndrome pós-trauma.

Amor/Aceitação

119. Desgaste do papel de cuidador;

120. Risco para a maternidade ou paternidade alterado;

121. Maternidade ou paternidade alterados;

122. Risco para vínculo pais/filhos alterado;

123. Conflito no desempenho de papel de pai ou mãe;

124. Processos familiares alterados;

125. Processos familiares: drogadição;

126. Sentimento de pesar antecipados;

127. Sentimento de pesar disfuncional;

128. Tristeza crônica.

Auto-estima/Autoconfiança/Auto-respeito

129. Distúrbios na auto-estima;

130. Baixa auto-estima crônica;

131. Baixa auto-estima situacional;

132. Distúrbios de identidade pessoal;

133. Distúrbios na imagem corporal.

Liberdade/Participação

134. Enfrentamento individual ineficaz;

135. Enfrentamento familiar ineficaz: incapacitante;

- 136. Enfrentamento familiar ineficaz: comprometido;
- 137. Enfrentamento familiar: potencial para crescimento;
- 138. Enfrentamento comunitário ineficaz;
- 139. Potencial para enfrentamento comunitário aumentado;
- 140. Enfrentamento defensivo
- 141. Tensão devido ao papel do cuidador;
- 142. Risco para tensão devido ao papel de cuidador.

Educação para a Saúde/Aprendizagem

- 143. Ajustamento a saúde prejudicado
- 144. Comportamento para melhorar o nível de saúde;
- 145. Manutenção da saúde alterada;
- 146. Déficit de conhecimento.

Auto-realização

- 147. Conflito de desempenho de papéis dos pais;
- 148. Alteração no desempenho de papéis.

Espaço

Criatividade

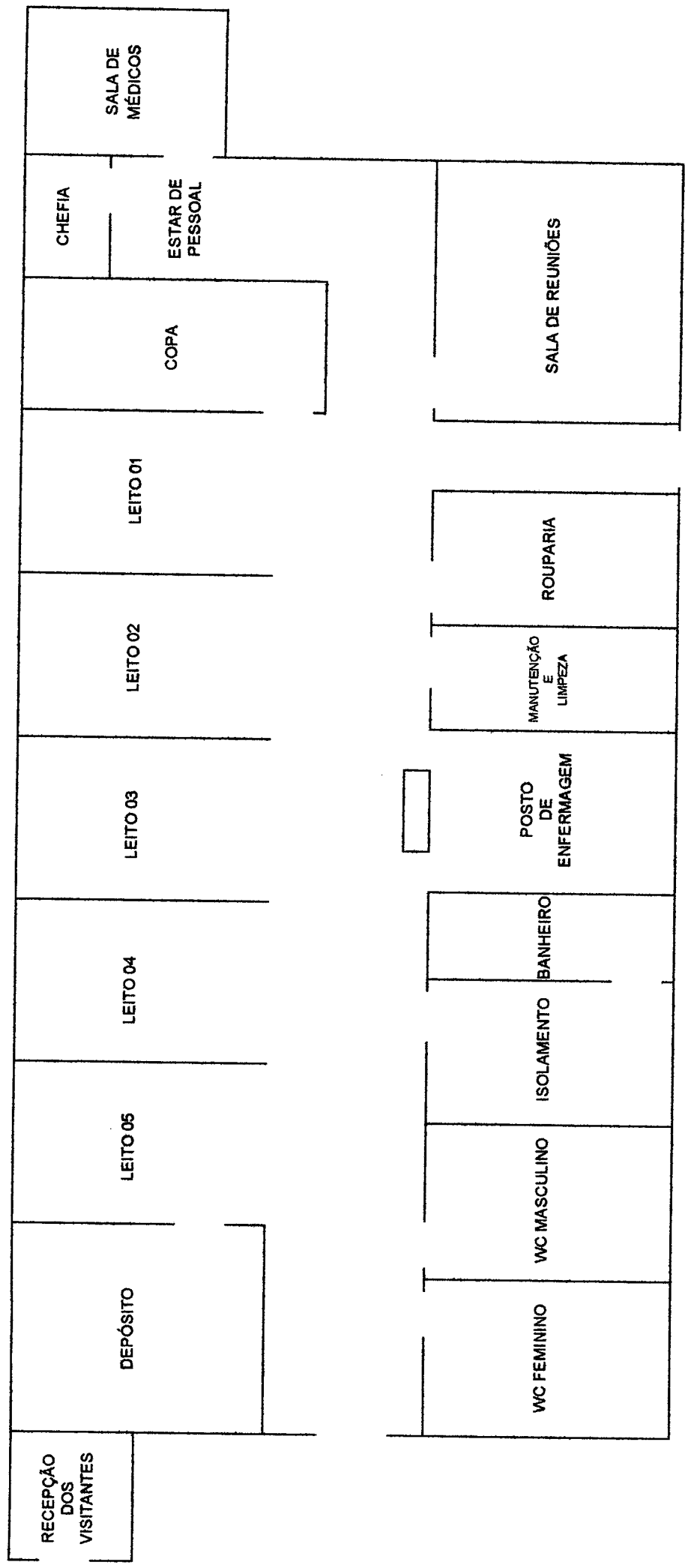
➤ Necessidades Psicoespirituais

Religiosidade, espiritualidade

- 149. Potencial para melhora do bem estar espiritual;
- 150. Distúrbio do campo energético;
- 151. Sofrimento espiritual;
- 152. Risco para sofrimento espiritual.

ANEXO 3

ANEXO 4



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 ÁREA TOTAL - 302,52m²

ANEXO 5

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Já esteve em uma UTI antes? Sabe o que ela significa?
- 2) Como você imagina encontrar seu familiar?
- 3) Você foi orientado(a) de como seu familiar se encontra?
- 4) Quando a senhor(a) quer saber alguma coisa sobre seu familiar, a quem procura?
- 5) Como você vê o atendimento prestado pelo pessoal da UTI à família?
- 6) Existe alguma coisa que lhe preocupa em relação ao seu familiar internado?
- 7) Existe alguma coisa que lhe incomoda com relação ao atendimento ou ao ambiente?
- 8) Gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento?
- 9) Existe alguma dúvida que gostaria de esclarecer?

ANEXO 6

Termo de Consentimento

Vimos, através deste, solicitar o consentimento dos familiares e clientes para participar do nosso Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem. Este trabalho será realizado na UTI do HU, no período de Setembro à Dezembro de 2001.

Garantimos o anonimato e sigilo das informações cedidas, como também a sua desistência em participar deste trabalho a qualquer momento.

Agradecemos por viabilizar o alcance dos objetivos deste trabalho.

Alessandra Gorges
Andressa Cristina Gaya Germani
Andréia Baldino Córdova

Eu _____ aceito participar do devido trabalho, desde que sejam respeitados o sigilo e anonimato.

Fpolis _____.

Assinatura

ANEXO 7

ROTEIRO PARA TRABALHAR COM A FAMÍLIA:

➤ Antes da Visita:

- Levantar junto à família suas dúvidas e expectativas quanto ao ambiente da UTI;
- Orientar os familiares quanto às características do ambiente;
- Orientá-los quanto às normas e rotinas da unidade;
- Informar os familiares quanto ao estado ou alterações do cliente e equipamento utilizados na unidade;
- Estimular o contato entre família e o cliente e orientar quanto à forma adequada de abordagem, 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 seus familiares.

➤ Após a visita:

- Esclarecer aos familiares sobre as suas dúvidas, quando possível.

ANEXO 8

**QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAR OS AGENTES ESTRESSORES E AS
MANIFESTAÇÕES DO ESTRESSE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

1) Qual categoria de enfermagem você pertence:

- Enfermeiro Técnico de enfermagem Auxiliar de enfermagem

2) Qual seu turno de trabalho:

- Matutino Vespertino Noturno

3) Há quanto tempo você trabalha na UTI?

4) Como se sente trabalhando:

- Na UTI:
- Com os colegas de serviço da UTI:

5) Se você pudesse alterar alguma coisa no seu ambiente de trabalho o que faria?

6) O que lhe dá mais prazer no seu local de trabalho?

7) O que lhe dá menor prazer no seu local de trabalho?

8) O que costuma fazer durante o seu horário de serviço quando se encontra com sua tensão aumentada?

9) O que a equipe costuma fazer para recarregar as energias?

10) O que exige seu maior esforço na UTI:

- O paciente
- Os colegas
- O ambiente físico
- outros

ANEXO 9

TERMO DE CONSENTIMENTO

Vimos, através deste, solicitar o seu consentimento para participar do nosso Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem. Este trabalho será realizado na UTI do HU, no período de setembro a dezembro de 2001.

Garantimos o anonimato e sigilo das informações cedidas, como também a sua desistência em participar deste trabalho a qualquer momento.

Agradecemos por viabilizar o alcance dos objetivos deste trabalho.

Alessandra Gorges

Andréia Baldino Córdova

Andressa Cristina Gaya Germani

Eu -----(Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem), aceito participar do devido trabalho, desde que sejam respeitados o sigilo e anonimato.

Fpolis-----

Assinatura

ANEXO 10

esto v com

uma enmã

de disno

esto v ma

Peneira medra

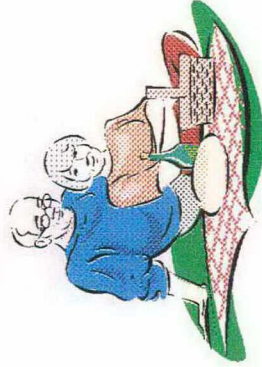
esto com cada

districubla de

de respina

ANEXO 11

UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA – UTI
INFORMAÇÕES AOS
VISITANTES



ATENÇÃO

As informações 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

ELABORADO PELAS
ACADÊMICAS DO
CURSO DE
GRADUAÇÃO DE
ENFERMAGEM:

Alessandra Gorges
Andréia Baldino de Córdova
Andressa C. G. Germani

OBS: A construção deste folder foi baseada no folheto explicativo criado pelas acadêmicas de Enfermagem formadas no segundo semestre de 1999.

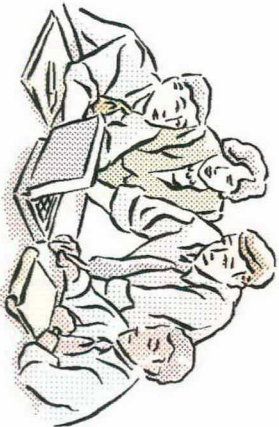
Universidade Federal de Santa
Catarina

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 (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. 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.

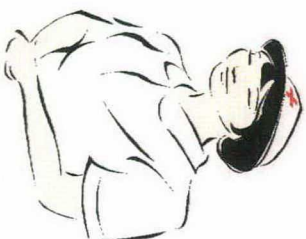
Lembramos que as informações somente serão dadas pessoalmente.

De que forma os familiares poderão contribuir no cuidado ao paciente?

Trazendo alguns objetos pessoais dele, como, escova de dentes, sabonete, pente, etc.. 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.



ANEXO 12



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

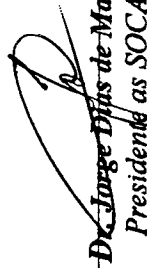
CERTIFICADO

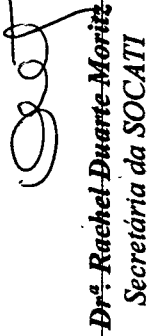
ANDRÉIA BALBINO DE CÓRDOVA

Conferimos

o presente certificado por ter participado *DO IV ENCONTRO CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado em Florianópolis, nos dias 23 e 24/11/01,*

Florianópolis, 23 de novembro de 2001.


Dr. Jorge Dias de Matos
Presidente da SOCATI


Dr.ª Rachel Duarte Moritz
Secretária da SOCATI



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

CERTIFICADO

ANDRESSA CRISTINA GAYA GERMANI


Conferimos

o presente certificado por ter participado

DO IV ENCONTRO CATARINENSE
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado em Florianópolis, nos dias 23 e
24/11/01,

Florianópolis, 23 de novembro de 2001.


Dr. Jorge Dias de Matos
Presidente da SOCATI


Dr. Rachel Duarte Moritz
Secretária da SOCATI



SOCIEDADE CATARINENSE DE TERAPIA INTENSIVA

CERTIFICADO

ALESSANDRA GORGES

Conferimos

o presente certificado por ter participado

DO IV ENCONTRO CATARINENSE

DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO, realizado em Florianópolis, nos dias 23 e 24/11/01,

Florianópolis, 23 de novembro de 2001.

Dr. Jorge Dias de Mattos
Presidente da SOCATI

Dr.ª Rachel Duarte-Meritz
Secretária da SOCATI



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-0000 - TELEFAX: (48) 234-4069.

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE ANDRESSA CRISTINA GAYA
GERMANI PARTICIPOU DO CURSO "CUIDANDO DE FERIDAS", REALIZADO EM
07/11/2001, COM CARGA HORÁRIA DE 03 HORAS.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 2001

Nádia Chiodelli Salum
ENF.^a NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. CEPEN/DE/HU/UFSC
COREN-SC - 24.349

Maria Anice da Silva
PROF.^a MARIA ANICE DA SILVA
DIRETORA DE ENF. HU/UFSC
COREN-SC - 11.787

CEPEN/HU
REG. N.º. 7608
LIVRO N.º. 09
Fls. N.º. 71
Rosa
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE ALESSANDRA GORGES PARTICIPOU DO CURSO "CUIDANDO DE FERIDAS", REALIZADO EM 07/11/2001, COM CARGA HORÁRIA DE 03 HORAS.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 2001

Nádia Chiodelli Salum
ENFª. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. CEPE_m/DE/HU/UFSC
COREN-SC - 24.349

Maria Anice da Silva
PROFª MARIA ANICE DA SILVA
DIRETORA DE ENF. HU/UFSC
COREN-SC - 11.787

CEPE_n/HU
REG. Nº. 7606
LIVRO Nº. 02
Fls. Nº. 79
Rost
Visto



Serviço Público Federal
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

Ac. Enf. UFSC

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE ANDRÉIA BALDINO DE CÓRDOVA
PARTICIPOU DO CURSO “CUIDANDO DE FERIDAS”, REALIZADO EM 07/11/2001, COM
CARGA HORÁRIA DE 03 HORAS.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 2001

Nádia Chiodelli Salum
ENF.^a NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. CEPE_n/DE/HU/UFSC
COREN-SC - 24.349

Maria Anice da Silva
PROF.^a MARIA ANICE DA SILVA
DIRETORA DE ENF. HU/UFSC
COREN-SC - 11.787

CEPE_n/HU
REG. Nº. 1603
LIVRO Nº. 09
Fis. Nº. 77
Rosi
Visto

ANEXO 13

1

Peso: 70Kg. Diagnóstico Médico: AVC hemorrágico, crise hipertensiva (HAS), PCR, DPOC, Disfunção renal.

24/10/2001

Abre os olhos espontaneamente, obedece ordens, resposta verbal ausente (glasgow 11), reflexo córneo palpebral presente e motricidade ausente. FR 15mpm, ventilação mecânica, TOT, PEEP 6 cmH₂O, VC 420 ml, VM 5,5 l/min, FiO₂ 35 %, saturação O₂ 92 a 94 %, PPI 19cmH₂O, secreção traqueal purulenta em média quantidade. Perfusão periférica + de 3 seg., edema +, FC 99 bpm, ritmo regular, PA 18/9 a 19/10 mmHg, T 37 °C. SVD, DU 1100 ml no período da manhã, amarelo citrino. Dieta por SNG, abdome flácido, RHA +. Punção subclávia direita. Medicação: Lasix.

Gasometria: pH – 7.309 mmHg

Sat O₂ – 98.4 %

PCO₂ – 31.6 mmHg

PO₂ – 130.7 mmHg

Bic – 15.4 mEq/L

CO₂ – 16.3 mm/L

Análise: Acidose metabólica compensada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. *Padrão respiratório ineficaz:* relacionado ao DPOC. Evidenciado pelo resultado alterado da gasometria.
2. *Incapacidade para manter a respiração espontânea:* relacionado ao AVC, pela parada cardiorespiratória. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
3. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas:* relacionada a DPOC e a inconsciência. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.

4. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao efeito de medicamentos (diuréticos).
5. *Alteração na perfusão tissular: cerebral, cardiopulmonar*: relacionada ao AVC, DPOC e HAS. Evidenciada por alteração na resposta motora, alterações nos parâmetros gasométricos e pela pressão arterial elevada.
6. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
7. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade e a utilização de roupas inapropriadas.
8. *Excesso no volume de líquidos*: relacionado à disfunção renal. Evidenciado pelo edema.
9. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física e a medicação (diurético).
10. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
11. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
12. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
13. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
14. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada a DPOC e AVC.
15. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado ao AVC. Evidenciado pela dependência de terceiros.
16. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
17. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
18. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
19. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
20. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.

21. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
22. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
23. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

2

Diagnóstico Médico: PO colicistectomia, PNM - sepse, Insuficiência Respiratória, epilepsia.

25/10/2001

Abertura ocular ao estímulo doloroso, flexão inespecífica, (glasgow 2+3+1=6), pupilas isocóricas, RFM +, reflexo córneo palpebral e motricidade ausente. FR 16 mpm, ventilação mecânica, TOT, FiO₂ 49 %, PEEP 10 cmH₂O, VC 420 ml, VM 4,0 l/min, saturação O₂ 93 a 96 %, secreção traqueal piossanguinolenta em grande quantidade, secreção oral sanguinolenta. Hipocorado, sem edema, perfusão periférica + de 3 seg., FC 60 a 97 bpm, PA 9/4 a 12/7 mmHg, T 36,9 a 37,2 °C. Drogas: Nora 7,5 ml/h; Fenta 6 ml/h. SVD, DU 1650 ml no período da manhã, amarelo escuro. Dieta por SNE (21ml/h), SNG em sifonagem (drenou 50 ml no período de líquido escuro com grumos), não evacuou, abdome distendido com incisão secreção serossanguinolenta, RHA +. Punção subclávia direita, sem secreção. Bolha em calcanhar Direito e Esquerdo.

Gasometria: pH – 7.143 mmHg

Sat O₂ – 90.6 %

PCO₂ – 32.3 mmHg

PO₂ – 84.1mmHg

Bic – 10.7 mEq/L

CO₂ – 11.7 mm/L

Análise: Acidose metabólica.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado à insuficiência respiratória. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
2. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado à insuficiência respiratória. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
3. *Troca de gases prejudicada*: relacionada à insuficiência respiratória. Evidenciada pela necessidade de ventilação mecânica.
1. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado à inconsciência e ao TOT. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.
2. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao efeito de medicamentos (hipotensores).
3. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrintestinal*: relacionada à insuficiência respiratória. Evidenciado pelo tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, oligúria, distensão abdominal.
4. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
5. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
6. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado à imobilidade. Evidenciado pelo edema.
7. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
8. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
9. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
10. *Integridade da pele prejudicada*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele, evidenciada escara em calcâneo.
11. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
12. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.

13. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à insuficiência respiratória.
14. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
15. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
16. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
17. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
18. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
19. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
20. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
21. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

3

Diagnóstico Médico: Tuberculose pulmonar, seqüela fibrótica a 2 anos, desnutrição e broncopneumonia. Peso: 40Kg.

15/10/2001

Glasgow 4+4+1=9, responde aos estímulos dolorosos e verbais, abertura ocular espontânea, RFM+, pupilas isocóricas. Em VM (PC), TOT, FR 21mpm, FIO2 80 %, VM 5 l/min., PEEP 10 cmH2O, saturação O2 95 a 98%, secreção pelo tubo purulenta em média quantidade. Corada, perfusão periférica alterada, caquética, sem edema, PA 11/7 a 8/5 mmHg, FC 75 a 90 bpm, T 36,6 °C. Drogas: Dopa 30 ml/h, Dormonid 5 ml/h. MMII apresenta cianose nas extremidades, com bota de algodão. Dieta por SNG (42 ml/h). Em SVD, DU 1600 ml no período, amarelo claro, secreção vaginal em pequena quantidade amarela, abdome flácido, RHA+, não evacuou no período, hidrocoloide em região sacra. Punção periférica em MSD.

Gasometria: pH – 7.318 mmHg

Sat. O₂ – 86.76 %

CO₂t – 25.3 mm/L

PO₂ – 57.9 mmHg

BIC – 23.9 mEq/L

PCO₂ – 48 mmHg

BE – -2.1 mEq/L

Análise: Acidose respiratória.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. *Padrão respiratório ineficaz:* relacionado à broncopneumonia. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
2. *Incapacidade para manter a respiração espontânea:* relacionado à broncopneumonia. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
3. *Troca de gases prejudicada:* relacionada à broncopneumonia. Evidenciada pela necessidade de ventilação mecânica.
4. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas:* relacionado à inconsciência e ao TOT. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.
5. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, periférica:* relacionada à broncopneumonia, Evidenciado pelo tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, cianose em extremidades.
6. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada à imobilidade.
7. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade.
8. *Risco para déficit no volume de líquidos:* relacionado à imobilidade física.
9. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais:* relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
10. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
11. *Integridade da pele prejudicada:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele, evidenciada pelo início de escara em região sacra.

12. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
13. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
14. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
15. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
16. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
17. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
18. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
19. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
20. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
21. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

4

Diagnóstico Médico: POI.

19/11/2001

Glasgow 4+5+1=10, RFM +, pupilas isocóricas. Em VM (TOT) controlada, FR 12 a 20 mpm, FIO2 35 %, PEEP 6 cmH2G, saturação O2 96 a 99 %, secreção média quantidade purulenta. Perfusão periférica mantida, edema +++/4, acianótica, hipocorado, PA 17/8 mmHg, FC 87 a 107 bpm, T 36°C. Drogas: Dormonid 7 ml/h, Fentanil 7 ml/h. Em dieta zero com SNG em sifonagem drenando 100 ml. Com NPT em 2 etapas. Em SVD com DU 320 ml no período, amarelo claro. Abdome flácido, RHA+, não evacuou no período,

incisão cirúrgica abdominal com grande débito de secreção serosa. Drenos de penrose drenando 200 ml (direito) 200 ml (esquerdo) secreção serosa. Glicemia 191mg/dl.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

22. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado à presença de secreções e ausência do reflexo da tosse. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
23. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado à presença de secreções e ausência do reflexo da tosse. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
24. *Troca de gases prejudicada*: relacionado à presença de secreções e ausência do reflexo da tosse. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
25. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado à inconsciência e ao TOT. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.
26. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, periférica*: relacionada ao PO. Evidenciado por palidez.
27. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
28. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
29. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado à imobilidade evidenciado pela presença de edema generalizado.
30. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
31. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
32. *Alteração na nutrição: menos que o corpo necessita*: relacionado à restrição alimentar.
33. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
34. *Integridade da pele prejudicada*: relacionado à cirurgia evidenciado pela incisão cirúrgica.
35. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.

36. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
37. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
38. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
39. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
40. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
41. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
42. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
43. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
44. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

5

Diagnóstico Médico: DM, Nefropatia diabética, histerectomia vaginal há 8 dias, desidratação e insuficiência renal. Peso: 65Kg.

25/10/2001

Comunicativa, orientada, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Glaucoma (olho direito) e acuidade visual (olho esquerdo). Em ventilação espontânea, FR 20 a 24 mpm, saturação O₂ 93 a 98 %, sem tosse, cateter de O₂ tipo óculos a 3 l/min. Perfusão periférica mantida, sem edema, corada, acianótico, PA 7/5 a 11/4 mmHg, FC 77 bpm, ritmo regular, T 37 °C, sem drogas vasoativas, PVC (cabeceira da cama em 30 °) 12, glicemia 168 mg/dl. Dieta VO, média aceitação, abdome flácido, RHA+, evacuou 1x

pastoso no período. Em SVD, DU 50 ml/h no período, sanguinolento. Puncionado jugular direita. Medicação: Lasix.

Gasometria: pH – 7.21mmHg

Sat. O₂ - 86.7 %

BE – - 11.0 mEq/L

PO₂ – 71.8 mmHg

BIC – 16.8 mEq/L

PCO₂ – 42.0 mmHg

Análise: Acidose metabólica.

Uréia 139mg/dl (referencia 15 a 39mg/dl).

Creatinina 8,0 (referencia 0,6 a 1,0).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

45. *Risco para diminuição do débito cardíaco:* relacionado ao efeito de medicamentos (diurético).
46. *Alteração na perfusão tissular: renal:* relacionado à insuficiência renal. Evidenciado pela oligúria, elevação das taxas de uréia e creatinina.
47. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada à imobilidade.
48. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade.
49. *Risco para déficit no volume de líquidos:* relacionado à imobilidade física.
50. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais:* relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
51. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
52. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
53. *Integridade tissular prejudicada:* relacionada ao glaucoma. Evidenciado pela acuidade visual diminuída.
54. *Mobilidade física prejudicada:* relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.

55. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
56. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
57. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
58. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
59. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
60. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

6

Diagnóstico Médico: pneumonia/broncopneumonia. Peso: 70Kg.

15/10/2001

Comunicativo, orientado, contactante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 20 mpm, eupneico, saturação O₂ 98 a 100 %, sem tosse, cateter de O₂ tipo óculos a 2 l/min. Perfusão periférica mantida, sem edema, PA 13/6 mmHg, FC 57 a 70 bpm, ritmo regular, T 35 °C, sem drogas vasoativas. Dieta VO, boa aceitação, abdome flácido, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 700 ml no período. Puncionado subclávia direita.

Gasometria: pH – 7.4 mmHg

Sat. O₂ – 99.1 %

PO₂ – 139.3 mmHg

BIC – 22 mEq/L

PCO₂ – 35.6 mmHg

Análise: gasometria com valores normais.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

61. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
62. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
63. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
64. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
65. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
66. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciada pela restrição no leito.
67. *Risco para intolerância a atividades*: relacionado à pneumonia.
68. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
69. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
70. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
71. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
72. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
73. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

7

Diagnóstico médico: dislipidemia, FA agudo, HAS. Peso: 70 Kg.

24/09/2001

Alerta, orientada, comunicativa, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 14 mpm, eupneico, saturação O₂ 98 %, sem tosse,

cateter de O₂ a 2 l/min. Sem edema, perfusão periférica mantida, PA 12/9 mmHg, FC 110 bpm, ritmo irregular, T 34,9 °C, sem drogas vasoativas. Dieta VO, boa aceitação, abdome plano, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 600 ml no período. Punção periférica em MSE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

74. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado à arritmia.
75. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar*: relacionado à arritmia. Evidenciado pela taquicardia e pulso irregular.
76. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
77. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
78. *Hipotermia*: relacionado à exposição ao frio. Evidenciado pela temperatura corporal abaixo de 35,5 °C.
79. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
80. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
81. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
82. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
83. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à arritmia.
84. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
85. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
86. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição frequente ao látex.
87. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
88. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
89. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

Diagnóstico Médico: suspeita de IAM. Peso: 80Kg.

21/11/2001

Orientada, comunicativa, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 24 mpm, eupneico, saturação O₂ 93 a 96 %, sem tosse, cateter de O₂ a 2 l/min. Sem edema, perfusão periférica mantida, PA 16/9 mmHg, FC 90bpm, ritmo irregular, T 36,5 °C. Drogas: Monocordil 150 ml/h, Heparina 25 ml/h e Amiodarona 21ml/h. Dieta VO, boa aceitação, um episódio de vômito, abdome flácido, RHA+, não evacuou no período. Urina espontaneamente, DU 300 ml no período, amarelo claro. Punção periférica em MSE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

90. *Náusea*: relacionada à irritação do sistema gastrointestinal por medicamentos.
Evidenciado por vômito.
91. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado à arritmia.
92. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, gastrointestinal*: relacionado a IAM. Evidenciado pelo pulso irregular e vômito.
93. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
94. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
95. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física e ao episódio de vômito
96. *Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita*: relacionado ao episódio de vômito.
97. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
98. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.

99. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
100. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada à arritmia.
101. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
102. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
103. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
104. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
105. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
106. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

9

Diagnóstico Médico: P.O de Colectomia, gastrectomia subtotal.

20/09/2001

Orientado, sonolento, queixando-se de dor. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 22 mpm, eupneico, saturação O₂ 98 %, sem tosse, sem expectoração, macronebulização a 5 l/min. Presença de edema palpebral, perfusão periférica mantida, PA 14/6 mmHg, FC 72 bpm, ritmo regular, T 34 °C. Dieta zero, abdome rígido, doloroso à palpação, não evacuou no período. Com SNG em sifonagem, débito não mensurável. Incisão cirúrgica abdominal com grande quantidade de secreção sanguinolenta, dreno de penrose esquerdo com secreção serosanguinolenta em média quantidade. Colostomia direita, sem débito. Diurese por SVD drenando 100 ml, amarelo-claro. Dissecção de veia em MSE. Mantido cateter peridural.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. *Dor*: relacionado à cirurgia evidenciado pela queixa álgica.
2. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado à cirurgia (perda sanguínea)
3. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar, renal, gastrointestinal*: relacionado à cirurgia evidenciado pelo uso da musculatura acessória da respiração secundário à dor, pela oligúria, rigidez e dor abdominal.
4. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
5. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado ao PO imediato.
6. *Hipotermia*: relacionado ao PO imediato Evidenciado pela temperatura corporal abaixo de 35,5 °C.
7. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física e a perda de fluídos por vias anormais.
8. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
9. *Alteração da nutrição: menos que o corpo necessita*: relacionado à cirurgia. Evidenciado pela restrição alimentar.
10. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
11. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao ato cirúrgico e dor. Evidenciada pela dependência de terceiros.
12. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada ao ato cirúrgico. Evidenciada pela dependência de terceiros.
13. *Intolerância a atividade*: relacionada ao ato cirúrgico e dor.
14. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
15. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
16. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
17. *Risco para lesão perioperatória de posicionamento*: relacionado à imobilização.

18. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
19. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
20. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização e situação saúde/doença. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

10

Diagnóstico Médico: DPOC, Cor pulmonale, HAS. Peso: 90Kg.

24/10/2001

Glasgow 4+2+1=7, abertura ocular espontânea, reage ao estímulo doloroso. Em ventilação mecânica (CPAP), FR 13 a 28 mpm, FiO₂ 29 %, PEEP 5 cmH₂O, saturação O₂ 98 a 100 % secreção traqueal purulenta em grande quantidade, perfusão alterada, cianose de extremidades, hipocorado, sem edema, PA 13/7 a 17/10 mmHg, FC 87 a 114 bpm, ritmo regular, T 36,2 a 36,9 °C. Drogas: Dormonid 5 ml/h, Fentanil 8 ml/h. Dieta zero com SNG em sifonagem, abdome globoso, RHA+, não evacuou no período. SVD, DU 150 ml no período, amarelo escuro.

Gasometria: pH – 7.267 mmHg

Sat. O₂ – 89.7 %

PO₂ – 67.4 mmHg

BIC – 27.0 mEq/L

PCO₂ – 61.2 mmHg

Análise: Acidose respiratória.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

107. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado à presença de secreções secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.

108. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado à presença de secreções, secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
109. *Troca de gases prejudicada*: relacionado à presença de secreções, secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
110. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado à inconsciência e ao TOT. Evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.
111. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar e periférica*: relacionado a DPOC. Evidenciado pela cianose e enchimento capilar maior que três segundos.
112. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
113. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
114. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
115. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
116. *Alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita*: relacionada à situação saúde-doença. Evidenciado pela restrição alimentar.
117. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
118. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
119. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
120. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
121. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
122. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
123. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
124. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.

125. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
126. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
127. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

11

Diagnóstico Médico: IAM, HAS, Insuficiência renal. Peso: 75Kg

25/10/2001

Orientado, comunicativo, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 16 a 22 mpm, saturação O₂ 98 % sem tosse, macronebulização a 5 l/m. Sem edema, perfusão periférica mantida, PA 12/8 mmHg, FC 96 bpm, ritmo irregular, T 36,9 °C. Dieta VO, aceitando razoavelmente a dieta, abdome distendido, RHA+, não evacuou no período. Diurese por SVD 1850 ml no período, amarelo claro. Punção subclávia direita. Recebendo heparina.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

128. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao IAM.
129. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar*: relacionado ao IAM
Evidenciado pelo pulso irregular.
130. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
131. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
132. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
133. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.

134. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
135. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
136. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada ao IAM.
137. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
138. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
139. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
140. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.
141. *Risco para solidão*: relacionado ao isolamento social e físico.
142. *Déficit de atividade de recreação*: relacionada à hospitalização. Evidenciado pela impossibilidade realizar atividades de lazer.

12

Diagnóstico Médico: IAM inferior, HAS, DM, ICO. Peso: 65Kg.

15/10/2001

Orientada, comunicativa, contactuante. Reflexo córneo palpebral e motricidade presente. Em ventilação espontânea, FR 20 mpm, saturação O₂ 96 %, eupneica, acianótica, sem tosse. Edema de MMSS e MMII, perfusão periférica mantida, PA 11/5 a 14/4 mmHg, FC 49 a 70 bpm, ritmo irregular, T 35 e 37,5 °C. Dieta VO, aceitando bem a dieta, abdome flácido, RHA+, não evacuou no período. Diurese espontânea 300 ml no período, amarelo claro. Glicemia: 139 a 174 mg/dl, assintomática para hipo ou hiperglicemia. Medicação: AAS, capoten, propanolol.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

143. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao uso de hipotensores.
144. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar*: relacionado ao IAM Evidenciado pelo pulso irregular.
145. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
146. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade.
147. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado ao IAM, evidenciado pelo edema.
148. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
149. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
150. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
151. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
152. *Risco para intolerância a atividades*: relacionada ao IAM.
153. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à situação saúde doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
154. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
155. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
156. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

Diagnóstico Médico: Insuficiência Renal Aguda, choque, DM descompensada. Peso: 75 Kg. Altura: 1,65.

07/11/2001

Glasgow 2+4+1=7 abertura ocular ao estímulo doloroso, flexão inespecífica, não cumpre ordens, pupilas isocóricas, RFM+. Em ventilação mecânica (CPPV), TOT, FR 18 mpm, FiO₂ 99 %, VM 9,8 l/min, PEEP 10 cmH₂O, saturação O₂ 90 %, secreção traqueal purulenta em grande quantidade, extremidades frias, principalmente MMII, acianótico, hipocorado, perfusão periférica mantida, edema +++/4+, PA 9/6 a 15/10 mmHg, drogas: amiodarona 21ml/h, dopamina 40 ml/h. Glicemia: 143 a 247 mg/dl, FC 79 a 106 bpm, ritmo irregular, T 37,3 a 37,7 °C, curativo abdominal, pertuito, com secreção serossanguinolenta, Dieta por SNE a 42 ml/h, SNG em sifonagem, abdome distendido, RHA+, não evacuou no período. SVD, DU 300 ml no período, amarelo claro. Punção subclávia direita com presença de secreção sanguinolenta. Obs: Paciente apresentou PCR no período, sendo reanimado 4X, através de massagem cardíaca, eletrochoque e drogas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

24. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado à presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
25. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado a presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
157. *Troca de gases prejudicada*: relacionado à presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
26. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado a presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.

27. *Débito cardíaco diminuído*: relacionado ao choque e falência da bomba cardíaca, evidenciado pelas extremidades frias.
28. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado à arritmia.
29. *Alteração na perfusão tissular: cerebral, cardiopulmonar, renal*: relacionada ao choque, falência da bomba cardíaca. Evidenciada por alteração na resposta motora, arritmia e pela pressão arterial elevada.
30. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade e a DM.
31. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade e a utilização de roupas inapropriadas.
32. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado à disfunção renal. Evidenciado pelo edema.
33. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
34. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
35. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
36. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada a imobilidade e pressão sobre a pele.
37. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
38. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à falência da bomba cardíaca.
39. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionada a inconsciente. Evidenciado pela dependência de terceiros.
40. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
41. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
42. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
43. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
44. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.

45. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
46. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
47. *Interação social prejudicada*: relacionada a restrição de visitas, devido a internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

14

Diagnostico Médico: convulsão, PCR. Peso: 90Kg.

11/10/2001

Glasgow 3+2+1=6 abertura ocular espontânea, responde ao estímulo doloroso, não cumpre ordens, pupilas isocóricas, RFM+. Em ventilação mecânica (PS), TOT, FR 18 mpm, FiO2 45 %, PEEP 5 cmH2o, saturação O2 95 a 97 %, secreção traqueal purulenta em média quantidade, hipocorado, equimose em MMSS e MMII, perfusão periférica mantida, edema membros superiores, PA 11/6 mmHg, sem drogas, FC 68bpm, ritmo irregular, T 36,8 °C, pertuito, com secreção serossanguinolenta, Dieta por SNE a 21 ml/h, SNG em sifonagem dreando 400 ml, abdome distendido, RHA+, não evacuou no período.

SVD, DU 200 ml no período, amarelo claro. Medicação: Lasix.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

48. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado ao PCR. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
49. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado a presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.

50. *Troca de gases prejudicada*: relacionada à presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
51. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado à presença excessiva de secreção traqueal. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
52. *Débito cardíaco diminuído*: relacionado ao choque e falência da bomba cardíaca, evidenciado pelas extremidades frias.
53. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado à arritmia.
54. *Alteração na perfusão tissular: cerebral, cardiopulmonar, renal*: relacionada ao choque, falência da bomba cardíaca. Evidenciada por alteração na resposta motora, arritmia e pela pressão arterial elevada.
55. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade e a DM.
56. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à inatividade e a utilização de roupas inapropriadas.
57. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado à disfunção renal. Evidenciado pelo edema.
58. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física.
59. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
60. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
61. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada a imobilidade e pressão sobre a pele.
62. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
63. *Risco para intolerância a atividade*: relacionada à falência da bomba cardíaca.
64. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionada a inconsciente. Evidenciado pela dependência de terceiros.
65. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
66. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.

67. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
68. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
69. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
70. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
71. *Isolamento social*: relacionada com a internação na UTI. Evidenciada pela ausência de suporte significativo de familiares e amigos.
72. *Interação social prejudicada*: relacionada a restrição de visitas, devido a internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

15

Diagnóstico Médico: Pneumonia e insuficiência renal.

28/09/2001

Glasgow 1+1+1=3, pupilas isocóricas, reflexo córneo palpebral presente, perfusão periférica diminuída, cianose nas extremidades de MMII. Em VM, PS, traqueostomia, PEEP 15 cmH₂O, FiO₂ 80%, saturação O₂ 94 %, secreção traqueal em pequena quantidade, fluida e purulenta (SAF – Sistema de Aspiração Fechado), hipocorado, edemaciado, drenagem de líquido extracelular pelos MMSS. Dieta por SNE a 42 ml/h, abdome distendido, RHA+. SVD, DU 1050ml no período, amarelo claro, não evacuou. Punção venosa profunda (femoral) Medicação: Lasix, Anfotericina, Fentanil.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

73. *Padrão respiratório ineficaz*: relacionado à pneumonia. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
74. *Incapacidade para manter a respiração espontânea*: relacionado à pneumonia. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.

75. *Troca de gases prejudicada*: relacionada à pneumonia. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
76. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*: relacionado traqueostomia. Evidenciado pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas.
77. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao uso de diurético.
78. *Risco para disfunção neurovascular periférica*: relacionada à imobilidade.
79. *Risco para alteração da temperatura corporal*: relacionado à idade avançada, inatividade, secreções e a pneumonia.
80. *Excesso de volume de líquidos*: relacionado ao longo período em VM. Evidenciado pelo edema, pele distendida e brilhante.
81. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à imobilidade física e uso de diurético.
82. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos, como a drenagem de tórax.
83. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
84. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade no leito.
85. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.
86. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionada a inconsciente. Evidenciado pela dependência de terceiros.
87. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros para a mudança de decúbitos.
88. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao tratamento e situação saúde/doença. Evidenciado pela dependência de terceiros.
89. *Risco para infecção*: relacionado aos grande número de procedimentos invasivos.
90. *Risco para lesão*: relacionado a disfunção sensorial e integrativa.
91. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
92. *Risco para aspiração*: relacionado à diminuição do nível de consciência e traqueostomia.

93. *Comunicação prejudicada*: relacionada aos sedativos e traqueostomia. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.

16

Diagnóstico Médico: Tímectomia, miastenia gravis.

25/09/2001

Referiu dor incisional e secreção nasal sem expectoração. Lúcida, comunicativa, contactuante, permaneceu sonolenta durante todo o período, sem suporte ventilatório, dificuldade na inspiração profunda, FR 20 mpm, dreno de portovac 40 ml/h, incisão com ponto sangrante. Palidez cutânea, ausência de edema, FC 70 bpm, PA 9/6 mmHg, T 35,4 °C. SVD, DU 1250 ml no período da tarde. Dieta zero, abdome plano, doloroso a palpação, RHA +. Abochat em MSE. A PA permaneceu entre 8/5 a 9/6 mmHg no período, administrado 3000 ml de SF.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

94. *Dor*: relacionado à incisão cirúrgica. Evidenciado pela comunicação verbal.
95. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado ao efeito de medicamentos (diurético e hipotensores).
96. *Hipotermia*: relacionado ao PO imediato e anestésicos. Evidenciado pela pele fria, palidez e temperatura abaixo de 35,5 °C.
97. *Risco para déficit no volume de líquidos*: relacionado à poliúria.
98. *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
99. *Alteração da nutrição: risco para menos que o corpo necessita*: relacionado à restrição alimentar.

100. *Risco para incontinência urinária*: relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
101. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade no leito e hipotermia.
102. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada ao POI e dor. Evidenciada pela dependência de terceiros para mudança de decúbito.
103. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada ao pós-operatório e dor. Evidenciado pela dependência de terceiros para a mudança de decúbitos.
104. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada ao tratamento e situação saúde/doença. Evidenciado pela dependência de terceiros para os cuidados.
105. *Risco para infecção*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
106. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição frequente ao látex.

17

Diagnóstico Médico: DM e HAS.

02/10/2001

procedente de Tijucas, casada, católica. Chegou a UTI, após amputação MID, nível perna e já havia amputado MIE, nível da coxa. Glasgow 15. não lembrava onde morava, MMII amputados, FR 16 mpm, ventilação espontânea, cateter de O2 tipo óculos a 3 l/min, saturação de O2 98 %, perfusão periférica normal, FC 93 bpm, ritmo regular, T 35,9 °C. urina espontaneamente, DU 350 ml em 2 h. região perineal com hiperemia, abdome flácido, RHA +. Dieta VO. Glicemia 90 mg/dl. Punção periférica.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

107. *Memória prejudicada*: relacionada ao anestésico. Evidenciado pelas informações pessoais incompletas.
108. *Risco para diminuição do débito cardíaco*: relacionado a DM.
109. *Risco para prejuízo da integridade da pele*: relacionada à imobilidade.
110. *Mobilidade física prejudicada*: relacionada à amputação dos MMII. Evidenciada pela dependência de terceiros.
111. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à amputação dos membros. Evidenciado pela dependência de terceiros para os cuidados.
112. *Risco para infecção*: relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
113. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
114. *Comunicação prejudicada*: relacionada à anestesia. Evidenciada pela incapacidade para comunicar-se.

18

Diagnóstico Médico: IAM.

26/10/2001

Glasgow 4+2+1=7 abertura ocular espontânea, reage ao estímulo doloroso. Em ventilação mecânica (CPAP), FR 12 a 15mpm, FiO₂ 37%, saturação O₂ 95 a 98%, secreção traqueal purulenta em pouca quantidade, perfusão alterada, cianose de extremidades, hipocorado, edema +++/4+, PA 15/8 a 17/9mmHg, FC 80 a 95bpm, ritmo irregular, T 36 a 36,8°C. Drogas: Precedex: 7,2ml/h. Dieta por SNE a 28ml/h, SNG em sifonagem, abdome distendido, RHA+, não evacuou no período. SVD, DU 250ml no período, amarelo claro.

Gasometria: pH – 7.439 mmHg

Sat. O₂ – 98.4 %

PO₂ – 108.5 mmHg

BIC – 28.0 mEq/L

PCO₂ – 42.7 mmHg

Análise: Alcalose metabólica.

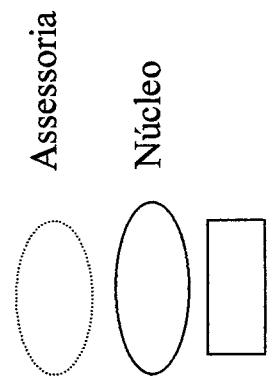
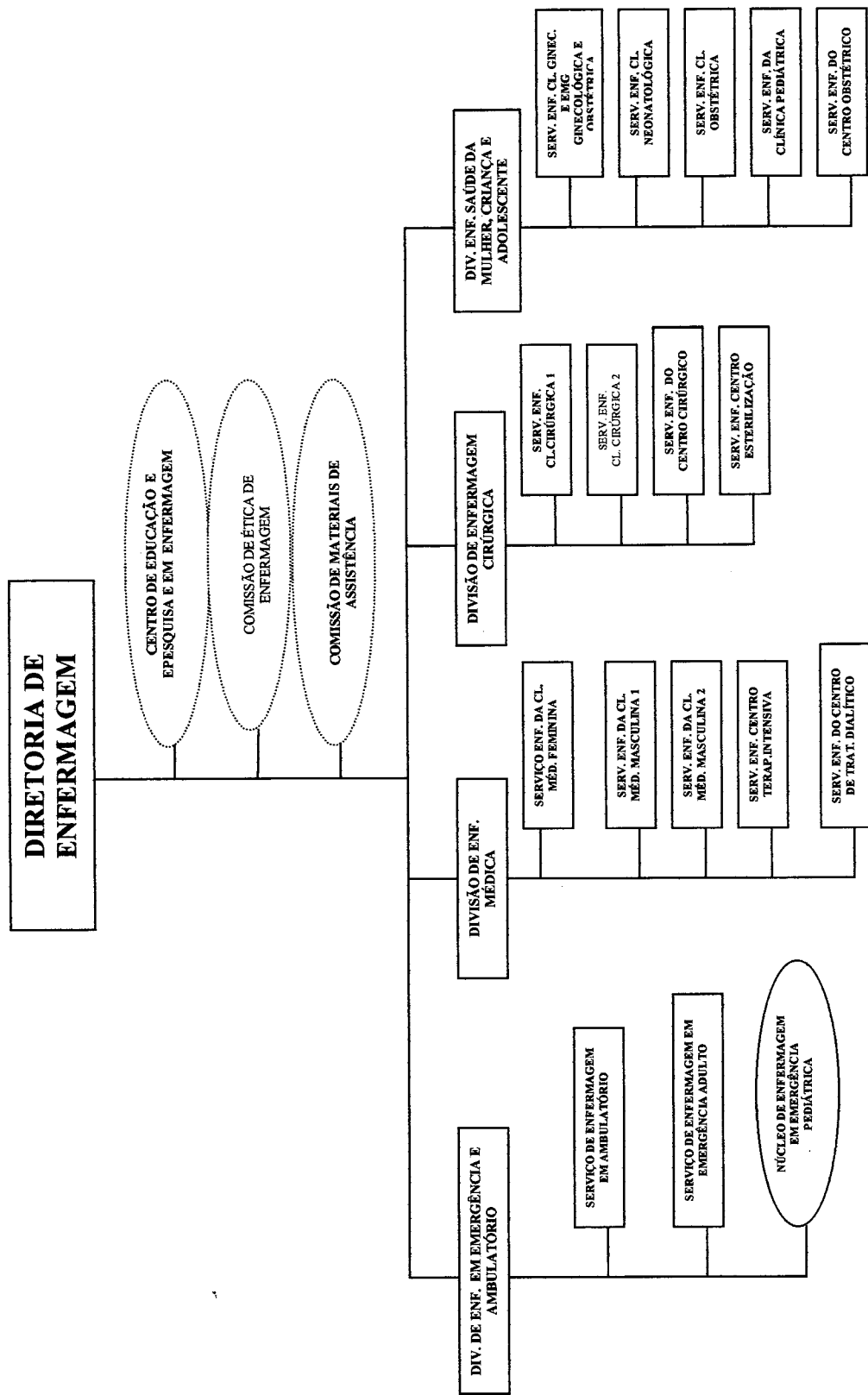
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

158. *Padrão respiratório ineficaz:* relacionado à presença de secreções secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
159. *Incapacidade para manter a respiração espontânea:* relacionado à presença de secreções, secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
160. *Troca de gases prejudicada:* relacionado à presença de secreções, secundário a DPOC. Evidenciado pela necessidade de ventilação mecânica.
161. *Desobstrução ineficaz das vias aéreas:* relacionado à inconsciência e ao TOT, evidenciado pela incapacidade para remover as secreções das vias aéreas.
162. *Alteração na perfusão tissular: cardiopulmonar e periférica:* relacionado a DPOC, evidenciado pela cianose e enchimento capilar maior que três segundos.
163. *Risco para disfunção neurovascular periférica:* relacionada à imobilidade.
164. *Risco para alteração da temperatura corporal:* relacionado à inatividade.
165. *Excesso de volume de líquidos:* relacionado à imobilidade evidenciado pela presença de edema generalizado.
166. *Risco para déficit no volume de líquidos:* relacionado à imobilidade física.
167. *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais:* relacionado ao grande número de procedimentos invasivos.
168. *Risco para incontinência urinária:* relacionada ao período prolongado com sonda vesical de demora.
169. *Risco para prejuízo da integridade da pele:* relacionada à imobilidade e pressão sobre a pele.
170. *Mobilidade física prejudicada:* relacionada à imobilidade. Evidenciada pela dependência de terceiros.

171. *Capacidade de transferência prejudicada*: relacionado à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
172. *Mobilidade no leito prejudicada*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
173. *Síndrome do déficit do autocuidado*: relacionada à inconsciência. Evidenciado pela dependência de terceiros.
174. *Risco para infecção*: relacionado aos procedimentos invasivos.
175. *Risco para resposta alérgica ao látex*: relacionado à exposição freqüente ao látex.
176. *Risco para aspiração*: relacionado à inconsciência e a presença do TOT.
177. *Comunicação prejudicada*: relacionada ao TOT. Evidenciada pela incapacidade para pronunciar palavras ou escrever.
178. *Interação social prejudicada*: relacionada à restrição de visitas, devido à internação na UTI. Evidenciado pelo pouco tempo de interação com os familiares e amigos.

ANEXO 14

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE MAIO/2.000



ANEXO 15

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL					REQUISIÇÃO DE MATERIAL	NUMERO		
CODIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI			PREENCHIDO POR	RAMAL 9192/9193		DATA
ITEM	C. MAT.	D.V	UN	Q.F.	NOME DO MATERIAL		COTA	Q.P.
41	01807	4	PE		EQUIPO ARTERIAL P/ HD		02	
42	01341	2	PE		MICROFIX SEM FILTRO		10	
43	15748	6	PE		EQ. B. INF. C/ BUR BB BRANCO		03	
44	15748	5	PE		EQ. BOMBA INFUSAO BB BRANCO		40	
45	15748	4	UN		EQ. BOMBA INF B.B. C/ RES. NPP		10	
46	01308	0	PE		EQUIPO SORO SIMPLES		50	
47	01766	3	PE		EQUIPO P/ DIALISE PERITONIAL		02	
48	13579	8	PE		PERFUSOR SET 60 cm		06	
49	15946	1	PE		PERFUSOR SET 120 cm		05	
50	01390	0	PE		EQUIPO PVC		04	
51	01808	2	PE		EQUIPO VENOSO P/ HD		02	
52	01316	1	PT		ESPATULA MADEIRA		02	
53	01315	3	RL		ESPARADRAPO		03	
54	01470	2	FR		ETER SULFURICO		01	
55	01391	9	PE		FITA ADESIVA CIRURGICA 2,5 X 9		04	
56	01343	9	PE		FITA ADESIVA CIRURGICA 5 X 9		04	
57	01447	8	PE		FITA ADESIVA P/ AUTOCLAVE		01	
58	15688	7	FT		FITA P/ GLICEMIA		100	
59	12106	1	PE		FRASCO DRENAGEM TORAX 500 ml		03	
60	01326	9	PE		FRASCO VIDRO GRADUADO ROSCA		02	
61	01663	2	LT		GLICERINA LIQUIDA		01	
62	01761	2	LT		ANTI-SEPTICO DEGER -CLOROEX 2%		04	
63	14553	0	LT		IODO-POVIDONA(PVP-I) TÓPICA 10%		10	
64	01650	0	PR		LUVA ESTERIL, n° 7,0		10	
65	01651	9	PR		LUVA ESTÉRIL, n° 7,5		20	
66	01437	0	PR		LUVA ESTERIL, n° 8,0		20	
67	01438	9	PR		LUVA ESTERIL, n° 8,5		10	
68	15883	0	CX		LUVA P/ PROCEDIMENTOS M		08	
69	01767	1	PE		MASCARA DESCARTAVEL		100	
70	01479	6	RL		PAPEL ECG TERMO SENS 50mmX30m		02	
71	02678	6	TB		GELATINA PECTINA CARBOXIVEL		01	
72	01480	0	TB		PASTA P/ ECG		01	
73	14165	8	PE		PELICULA GRANDE 10 X 14 cm		08	
74	14266	6	PE		PELICULA PEQUENA 7 X 7 cm		03	
75	01330	7	PE		PRESERVATIVO		06	
76	15865	1	PE		RECIPIENTE COLETOR, TAMANHO G		02	
77	15834	3	PE		RECIPIENTE COLETOR, TAMANHO P		04	
78	01301	3	PE		SERINGA DESC. INSULINA		100	
79	01347	1	PE		SERINGA DESC. 3 ml		100	
80	01348	0	PE		SERINGA DESC. 5 ml		150	
81	01345	5	PE		SERINGA DESC. 10 ml		150	

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) item(s) ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____.

Justificativa: _____.

Ass. Enfª Unidade

Autorização Chefia: Coord. ou DPI

ANEXO 16

ESCALA DE SERVIÇO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

SERVIÇO : UTI

MÊS: NOVENBRO 2001

NOME	FUNÇÃO	MÊS: NOVENBRO 2001																														HORÁRIO					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
LUÍZ SCARDUELLI	Enf.º	M	F	F	F	M	T	M	M	M	F	F	L	C	L	C	L	C	M	F	F	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	L	L	
SANDRA RABELLO	A Adm.	F	F	F	F						F	F					F	F	F	F																F	F
ELISETE MONTEMEZZO	Enf.ª	F	P	P	P	F	M	M	M	F	F	F	M	M	M	F	F	F	F	F	F	F	M	M	M	M	F	F	F	M	M	M	M	M	F		
LÚCIA N. SOUZA	Enf.ª	M	F	F	F	M	M	F	M	M	F	F	M	M	M	P	F	P	P	P	P	F	F	M	M	M	F	F	M	M	F	F	M	M	F	M	M
JOSIANE DE J. MARTINS	Enf.ª	T	F	F	F	T	F	T	T	T	P	P	F	T	T	F	P	F	F	F	F	T	T	T	T	T	F	F	F	T	F	T	T	T	F		
CLEUSA MÁRCIA VIEIRA	Enf.ª	F	F	F	F	F	T	T	T	T	F	F	T	T	T	F	F	F	F	F	T	T	P	P	P	F	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
ZURITA MARTINS	Aux. Enf.	M	F	P	F	M	F	M	F	M	F	P	F	F	M	F	P	F	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	F	M	M	F	M	
ELOISA H. DA SILVA	Téc. Enf.	M	F	F	F	M	M	M	F	M	F	F	F	M	F	P	F	F	F	F	M	M	M	M	M	F	P	P	F	M	M	M	M	M	M	M	
FLÁVIA BOSSI SAVI	Téc. Enf.	M	F	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	F	P	F	F	F	F	M	M	F	M	F	F	M	P	P	F	F	M	M	F	M	M	
ILICHARMES SOSSELA	Aux. Enf.	F	P	F	P	F	M	M	M	F	P	F	M	M	M	F	F	P	F	P	F	M	M	F	M	M	F	F	M	M	F	M	M	F	M	M	
SALETE BRASIL	Aux. Enf.	M	F	P	F	M	M	F	M	M	F	F	M	M	M	F	F	P	P	P	F	F	M	F	M	M	F	F	M	M	F	M	M	F	F	F	
REGINA G CURCIO	Aux. Enf.	M	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	F	F	F	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	F	M	M	M	M	M	M	

LUIZ CANEVER	Enf. °		N																									
ADELINO DA SILVA	Aux. Enf.		N																									
DEONÍZIO G. BENTO	Téc. Enf.		N																									
ELIZABETE SANTANA	Aux. Enf.		N																									
JAMES KNAUL	Téc. Enf.		N																									
VIVIANA L. J. FREIRE	Enf. °		N																									
ELIANE CACHOEIRA	Téc. Enf.		N																									
FRANCISCO PINHEIRO	Téc. Enf.		FÉ	RI	AS																							
JOÃO CARLOS DA SILVA	Téc. Enf.		N																									
MARILENE DUTRA	Téc. Enf.		N																									
OBSERVAÇÕES																												

LOCAL E DATA: FLORIANÓPOLIS, NOVENBRO 2001

ASSINATURA:



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

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Este relatório atendeu as sugestões feitas pelos membros da banca.

Considero este trabalho como uma excelente fonte de consulta para alunos e profissionais interessados na área de terapia intensiva e com o tema de humanização. Demora empenho das autaras na sua realização.

Itens dos membros da banca que constam neste relatório referentes a Enf. Cleusa M. Vieira.

Claudio R. P. do Nascimento

11.03.2002.