

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

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE
HIV/AIDS COM BASE NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

**FLORIANÓPOLIS
1996**

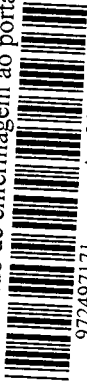
**DANIELA ROSA VARELA
MARIA APARECIDA GIRARDI**

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE
HIV/AIDS COM BASE NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

N.º Cham. TCC UFSC ENF 0309

Autor: Varela, Daniela Ro

Título: Cuidado de enfermagem ao portado



972497171

Ac. 241508

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0309
Ex.1

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDA-
DE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**

ORIENTADORA: PROFESSORA MARIA HELENA B. WESTRUPP

SUPERVISORAS: IVÂNIA TEREZINHA PIROLA CARDOSO

MÔNICA FERREIRA GRUNER

SIMONE KARMANN SOUZA

FLORIANÓPOLIS

1996

AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar nossa trajetória de vida, e fortalecer nosso espírito de compreensão, dedicação e amor ao próximo.

Aos nossos pais, irmãos e familiares que mesmo distantes sempre nos apoiaram e mantiveram-se ao nosso lado transmitindo-nos dedicação e amor, encorajando-nos nos momentos difíceis a fim de que pudessemos vencer mais esta etapa de nossas vidas.

Aos amigos e colegas por prestigiar nosso trabalho. E em especial à Giovana Imhof por simplesmente ouvir e nos amparar nos momentos de dificuldade e compartilhando os momentos alegres.

À Maria Helena o nosso muito obrigado, pela dedicação, compreensão e principalmente por incentivar-nos e depositar-nos confiança. Pela postura profissional e humanizada que buscamos e que tanto contribuiu para o nosso crescimento emocional e profissional.

À Maria de Lourdes Cardoso por haver aberto caminho na busca do conhecimento, enriquecimento e satisfação em nosso trabalho. Nos conduzindo na busca do aprender, aceitar e entender os mistérios da vida. E a atender o porquê e para que viemos a este mundo.

Às enfermeiras supervisoras Ivania T. P. Cardoso, Simone K. Souza, e Mônica F. Grüner pela atenção e paciência que dispensaram durante nosso estágio.

Ao Hospital Nereu Ramos e funcionários em especial aos da Ala V pela receptividade e companheirismo que dispensaram durante o período em que estivemos juntos.

Às enfermeiras Luciane Zappellini Daufenbach e Rochele da Silva que nos encorajaram e auxiliaram na realização deste trabalho.

Aos voluntários Hamilton e Odete Leite o nosso abraço especial, pelo carinho e atenção dedicados a nós.

À equipe multiprofissional que favoreceu a compreensão na busca do aprendizado nos mostrando a integralidade da assistência.

À Fundação Açoriana para o Controle da AIDS (FAÇA) por estimular ao estudo e atualização profissional. E por encorajar na luta e combate da AIDS, respeitando o portador HIV/AIDS, colaborando para o exercício da cidadania.

Oração do Amor

Ainda que eu falasse a língua dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa, ou como o sino que tine.

Ainda que eu tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que eu tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para o sustento dos pobres e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.

O amor é paciente, é benigno. O amor não inveja, não se vangloria, não se ensoberbece. Não se porta inconvenientemente, não busca os seus próprios interesses, não se irrita não suspeita mal.

Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor nunca falha. Mas havendo profecias cessarão. Pois em parte conhecemos, e em parte será aniquilado.

Agora permanecem estes três: a fé, a esperança e o amor, mas o maior destes é o amor.

SUMÁRIO

	Pg.
1 - Introdução.....	1
1.1. Justificativa do projeto assistencial.....	4
2 - Referencial Teórico.....	6
2.1. Classificação das Necessidades Humanas Básicas.....	12
2.2. Processo de Enfermagem segundo Wanda de Aguiar Horta e adapta- ções.....	13
3 - Objetivos.....	16
3.1. Objetivo Geral.....	16
3.2. Objetivos Específicos.....	16
4 - Metodologia.....	18
4.1. Descrição do Campo de Estágio.....	18
4.2. População Alvo.....	20
4.3. Etapas de Implementação.....	20
4.4. Descrição das Atividades Referentes aos Objetivos.....	22
5 - Cronograma.....	24
6 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	25
6.1. Objetivo nº 1.....	25
6.2. Objetivo nº 2.....	32
6.3. Objetivo nº 3.....	40
6.4. Objetivo nº 4.....	51
7 - Conclusão.....	55
8 - Referência Bibliográfica.....	57
9 - Anexos	

1 - INTRODUÇÃO

"A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), foi descrita pela primeira vez, em 1981, a partir do aparecimento dos vários casos de doenças menos comuns, a Pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi, em adultos jovens" (Gottlieb et al, apud Westrupp, 1981).

"Estas duas patologias, mais comuns em pessoas debilitadas com neoplasias malignas, a Pneumonia por *Pneumociste carinii* e em pessoas idosas de origem mediterrânea, o Sarcoma de Kaposi, chamaram atenção do Centers for Disease Control(CDC) nos Estados Unidos, por estarem ocorrendo entre homossexuais masculinos, de Nova York e Califórnia" (CDC, 1981, apud Westrupp, 1995).

“ Em 1982 foi observado entre usuários de drogas injetáveis e indivíduos provenientes do Haiti (CDC, 1982, a,b) receptores de sangue e hemoderivados (CDC, 1982, c, d) e crianças nascidas de mulheres contaminadas (CDC, 1982 e), parceiros(as) sexuais heterossexuais, de pessoas

com AIDS (CDC, 1983), além de adultos da África Central (Chumbeck et al, 1983, apud Westrupp, 1995).

Somente em 1983, o vírus foi isolado na França, por um grupo de pesquisadores do Institut Pasteur, em células ganglionares de um doente, recebendo o nome de "LAV"(Lymphoadenopathy-Associated vírus). Simultaneamente, o vírus foi isolado no Instituto Nacional do Câncer, em Bethesda, Maryland-EUA, sendo identificado com HTLV-III (Human Thymatrophic Retrivirus), passando, a partir de 1986, a receber depois de apreciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a denominação internacional, HIV (Human Immunodeficiency Vírus)". (CDC, 1986, apud Westrupp, 1995).

“O HIV infecta seletivamente a célula T4 (ou CD4+). De fato, alguns estudos mostram que o receptor celular para o vírus é realmente a própria molécula CD4. O HIV é citopático para as células infectadas, levando eventualmente a sua destruição. O resultado da infecção das células T4 é um defeito quantitativo nas mesmas. Indivíduos imunologicamente normais possuem cerca de 600-1200 células T4/mm³. Pacientes com AIDS possuem geralmente 0 - 500 células T4, e mesmo indivíduos assintomáticos infectados por HIV possuem, com frequência, um número inferior ao normal de linfócitos T4.

O número de células T4 parece estar relacionado à evolução clínica. Indivíduos com contagens muito baixas de células T4 tendem a apresentar mais problemas clínicos, especialmente infecção, do que aqueles com um número maior de células T4. Devido ao número reduzido de células T4, o paciente apresenta-se geralmente linfopênico (contagem linfocítica total baixa) e sua proporção células T4: células T8 (normalmente 2:1) é baixa. O

número de células T8 em casos de AIDS mostra-se geralmente normal, podendo apresentar-se levemente aumentado ou diminuído”. (Flaskerud, 1990).

"Reconhecidamente existem três formas básicas de transmissão do HIV: contato sexual com pessoa infectada; exposição ao sangue ou derivados contaminados e a transmissão vertical ou perinatal.

A transmissão por contato sexual pode ocorrer nas relações homossexuais (passivas ou ativas) e heterossexuais (do homem para a mulher e vice-versa). A possibilidade de transmissão pode ocorrer não só nas relações com penetração vaginal e/ou anal, mas também, prática orogenital (felação e cunnilingus). Segundo alguns autores, há fatores que facilitam a transmissão do HIV, dentre eles estão as doenças sexualmente transmissíveis e traumatismo de mucosa.

A exposição ao sangue ou a seus derivados, quer seja por uso comum de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis, quer seja por transfusão de sangue e seus derivados, sem a devida triagem dos doadores em bancos de sangue, tem sido uma das formas apontadas para a contaminação.

A transmissão vertical perinatal é a que ocorre de mãe infectada para o filho antes, durante e depois do parto”. (Westrupp, 1995).

De acordo com o Ministério da Saúde (1995), os primeiros casos de AIDS no Brasil foram diagnosticados em 1982, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. A mesma fonte informa que já foram notificados em torno de 71.111 casos de AIDS no Brasil, e em Santa Catarina 2.492, até abril de 1996.

1.1. JUSTIFICATIVA DO PROJETO ASSISTENCIAL

Mann e Col., (1993) "... demonstrou que a prevenção do HIV é totalmente possível, mas apenas se houver três elementos importantes: informação, educação, serviços em saúde e sociais e um ambiente social apropriado". Por isto nós enquanto acadêmicas temos como propósito alertar portador/família/conviventes para que construam um adequado ambiente social que propicie a redução das necessidades humanas básicas afetadas.

Observamos em nossa sociedade, seja na família, local de trabalho, colegas de curso, que há muitas vezes medo e informação equivocada perante o contato com o portador HIV/AIDS, e sentimos a necessidade de esclarecer melhor esta concepção em relação ao mesmo.

"Nenhuma comunidade ou país do mundo que já tenha sido afetada pela AIDS pode argumentar ter conseguido deter a disseminação do HIV..."(Mann et al, 1993). Enquanto estudantes da área da saúde e principalmente do cuidado, como alunas da VIII U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pretendemos com este trabalho colaborar na prevenção da disseminação HIV/AIDS e ajudar a melhorar a qualidade de vida do portador juntamente com a família, atendendo assim os requisitos da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada.

Para alcance de nossos objetivos usamos para cada portador/família, como suporte, a teoria de Wanda de Aguiar Horta que é norteada pelas Necessidades Humanas Básicas..

Na busca da vivência, aprendizagem e conhecimento sobre comportamentos e modo como o portador/família encara esta condição,

participaremos do grupo de auto-ajuda na Fundação Açoriana para o Controle da AIDS - FAÇA*

* FAÇA - Organização não governamental, sem fins lucrativos que tem como objetivo a prevenção, assistência, pesquisa em assuntos relacionados a HIV/AIDS. Situada a Rua Ferreira Lima nº 83, Centro, Florianópolis - Cx. Postal 5001.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Atendendo o objetivo da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que preconiza a utilização de um referencial teórico na assistência, optou-se pelo referencial de Wanda de Aguiar Horta.

Modelo teórico ou marco teórico, refere-se a uma teoria ou grupo de teorias que fornece fundamentos para as hipóteses, políticas e currículo de uma ciência. O marco teórico contém conceitos que são limitados, específicos e explicitamente interrelacionados.

“Teoria é um conjunto de conceitos, definições e proposições que apresentam uma visão sistemática de fenômenos através da especificação das relações entre os conceitos...” (Kerlinger apud Trentini, 1987).

“Há, na literatura, confusão em relação aos termos marco conceitual e teoria, pois são usados, na maioria das vezes, como sinônimos. Embora sejam similares em alguns aspectos, em outros diferem acentuadamente. Ambos são abstrações da realidade, ou seja, um conjunto de representações simbólicas que constituem uma referência para a focalização do

pensamento de uma maneira particular”. (Neves, 1984 apud Trentini, 1991). “... Tanto o marco conceitual como a teoria são estruturas conceituais. Esta palavra “conceitos” parece de fácil compreensão, mas há também certa confusão em relação à sua compreensão. Há quem confunda “conceitos” como “definições”, sendo assim, seria uma redundância quando os cientistas falam em definição de conceitos. Definição explica o significado do conceito, indica seu verdadeiro sentido. Mas o que são conceitos? Conceitos são abstrações da realidade, ou seja, imagens mentais de objetos, propriedades, eventos, idéias e outras realidades que percebemos e pensamos (Trentini, 1987). Por exemplo, alguns conceitos-chaves utilizados na enfermagem são saúde, ser humano, enfermagem, finalidade da enfermagem, ações de enfermagem e assim por diante. Vejamos, quando nós escrevemos ou pronunciamos a palavra “saúde”, ela não é o fenômeno (o que acontece). Ela representa a realidade. Por isso, se diz que os conceitos não são a realidade, são representações dela.

Existe também diferentes níveis de abstrações dos conceitos. Os conceitos de maior abstração, popularmente são chamados conceitos-chaves, ou constructos quando estes conceitos são definidos, inevitavelmente surgem novos conceitos com nível de abstração menor, que necessitam também de definição.

Marco conceitual e teoria são diferentes em dois aspectos fundamentais. Primeiro, diferem em relação à estrutura, isto é, na definição e interligação dos conceitos. Num marco conceitual os conceitos são definidos e interligados de uma maneira abrangente, enquanto que na teoria, as definições são mais precisas e operacionais. Na teoria as relações entre os conceitos são feitas através de descrições denominadas proposições, as quais podem ser

desdobradas em hipóteses e submetidas a testes na prática. A segunda diferença fundamental é em relação ao propósito de cada estrutura. Um marco conceitual objetiva descrever, classificar e relacionar fenômenos de uma forma organizada e coerente, enquanto que uma teoria, além disso, tem a propriedade de descobrir o “como e por que” o fenômeno existe. Em outras palavras, ela explica o fenômeno. A teoria também prediz o fenômeno, isto é, prevê sob quais condições ocorrerá o fenômeno. Estas diferenças entre marco conceitual e teoria não atribuem maior ou menor valor a nenhum em relação ao outro. Toda teoria é derivada de um marco conceitual, pois para construí-la, inevitavelmente inicia-se com um marco conceitual, descrevendo crenças e valores, definindo os conceitos chaves (os mais abstratos) para, a partir daí, desenvolver a teoria. Desta maneira, cada teoria incorpora seu marco conceitual”. (Trentini e Silva, 1991).

Durante o estágio foi utilizado o referencial de Wanda de Aguiar Horta baseado nas Necessidades Humanas Básicas - NHB com algumas adaptações, uma vez que este atende o indivíduo nas suas necessidades bio-psico-sociais priorizando o atendimento individual conforme a necessidade de cada paciente. Para desenvolvimento do processo de Enfermagem utilizamos alguns passos descritos por Wanda.

Wanda de Aguiar Horta, foi uma idealista, uma pioneira e uma cientista. Lecionou durante 20 anos na Escola de Enfermagem da USP, e criou a revista "Enfermagem em Novas Dimensões". Sua última publicação foi o livro "Processo de Enfermagem", que contém a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua operacionalização. Morreu em 1982, após vários anos de sofrimento com doenças.

Em 1968, desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos dos problemas de enfermagem com o intuito de introduzir a técnica da observação sistematizada na prática. Após isto, desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Foi a primeira enfermeira no Brasil a incentivar a utilização de uma teoria que servisse de guia para o planejamento, direcionamento, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem. Baseando-se por sua vez na motivação humana segundo Maslow, adotando a classificação das Necessidades Humanas Básicas, segundo João Mohana. (Souza et al, 1995).

Para melhor entendimento necessário se faz o esclarecimento de alguns conceitos. Com base em Wanda Aguiar Horta (1979), define-se:

Ser humano/indivíduo

É um todo, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram, no ser humano necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

Ser cliente/paciente

Pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade, em última análise, são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade.

Saúde/doença

Saúde "estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço".

Doença "estado de desequilíbrio".

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.

Interação

É a forma através da qual se processa a troca de energia entre o ser humano e o universo dinâmico.

Enfermeiro

É um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou a receber conhecimentos, habilidades e formação do enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras o ser enfermeiro é gente que cuida de gente.

Enfermagem

É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Assistir em Enfermagem

É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Assistência de Enfermagem

É a aplicação pelo(a) enfermeiro(a) do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades humanas básicas do ser humano.

Cuidado de Enfermagem

É a ação planejada, deliberada ou automática do(a) enfermeiro(a) resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

Problema de Enfermagem

São situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exige do(a) enfermeiro(a) sua assistência profissional.

Necessidades Humanas Básicas

São consideradas como entes da enfermagem, que fazem parte do ser humano. São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades humanas básicas são universais.

2.1. CLASSIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercícios e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa. Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.

2.2. PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA DE AGUIAR HORTA E ADAPTAÇÕES

O processo de Enfermagem segundo Horta (1979, p. 35), “ é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistência ao ser humano. “Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismos de suas fases ou passos, que são:

a) Histórico de Enfermagem

É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados, significativos para o(a) enfermeiro(a), do ser humano, que tornam possível a identificação de seus problemas.

Foi utilizado pelas acadêmicas o roteiro de histórico, aplicado na 5ª Unidade Curricular (Anexo 01).

b) Diagnóstico de Enfermagem

É a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento, e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Durante o curso de graduação, não foi realizado pelas acadêmicas o diagnóstico de Horta, pelo fato deste ser complexo. Por isso optamos por não utilizar este passo.

c) Plano Assistencial

É a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo deve receber diante do diagnóstico estabelecido. Este passo não foi utilizado pelas acadêmicas, porque este é a continuidade do diagnóstico.

d) Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem

É a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. Este passo foi utilizado pelas acadêmicas

e) Evolução de enfermagem

É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução foi realizada através do método orientado para o problema (sistema Weed) que está fundamentado no método científico, sendo que esta evolução foi aplicada na visita domiciliar e no estudo de caso dos pacientes selecionados segundo objetivo proposto pelas acadêmicas.

As notas de evolução são divididas em quatro partes, designadas pela sigla SOAP que correspondem respectivamente a:

S = dados subjetivos - são informações e observações ao paciente (família, amigos, ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja, o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

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

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

P = plano - o plano representa a decisão para tomar uma conduta específica, baseada em novos problemas e na análise.

Prognóstico de enfermagem

É a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (Horta, 1979, p. 68). Indica as condições que o paciente atingiu na alta hospitalar. Se este encontra-se independente para o auto cuidado, seu prognóstico é considerado bom; se considerado dependente o prognóstico é ruim. Este passo também foi utilizado pelas acadêmicas.

3 - OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver o cuidado de enfermagem ao portador de HIV/AIDS relacionado as suas necessidades humanas básicas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os recursos humanos e materiais e os indicadores hospitalares da Ala de internação do paciente com HIV/AIDS.
- Prestar cuidados de enfermagem ao portador HIV/AIDS durante sua internação e no domicílio.
- Assistir o portador HIV/AIDS nas suas Necessidades Humanas Básicas.

- Participar das atividades de educação ao portador HIV/AIDS e seus familiares junto ao Hospital e FAÇA.

4 - METODOLOGIA

4.1. DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Hospital Nereu Ramos (HNR) localizado no bairro Agrônômica - Florianópolis, estabelecimento da rede de hospitais da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina, foi inaugurado em 06 de janeiro de 1943. A idéia da criação de um local de isolamento , entretanto surgia em 1940, visando separar os doentes infecto contagiosos e tuberculosos em lugar onde pudessem receber tratamento sanatorial para adultos e crianças. A instituição ficou conhecida na época como “Hospital de Isolamento Nereu Ramos”.

Em 1971 o HNR foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) assumindo a condição de Hospital de Referência Estadual em doenças infecto-contagiosas. Em 1979 deixou de atender a pediatria com a inauguração do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Em 1985, com o surgimento da epidemia da AIDS no país, o serviço de infectologia passou a dedicar especial atenção a estes pacientes. O que começou com 4 leitos, hoje já chega a 36 específicos para pacientes com AIDS.

Atualmente o hospital está dividido na especialidade Pneumologia, Tisiologia e Infectologia na área de clínica médica. Atua como centro de referência para o estado de Santa Catarina nas áreas de tratamento em pneumologia e tratamento e treinamento em AIDS referendado pelo Ministério da Saúde.

O serviço de Tisio/Pneumologia conta com setor de internação - 38 leitos para pneumologia e 15 para tisiologia, além do setor de ambulatório que dispõem de exames de broncoscopia e pequenas cirurgias.

O serviço de doenças infecto parasitárias passou em sua estrutura 36 leitos para AIDS e 10 leitos para as demais doenças infecciosas e ambulatório que atende o hospital-dia com 10 leitos.

O HNR tem como missão: promover a saúde, prestando assistência de qualidade para atingir a excelência do atendimento aos portadores de doenças infecto contagiosas e pulmonares, atuando como centro de referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem estar do indivíduo família e comunidade.

Tem como visão: atendimento de qualidade com resolutividade nas áreas de Pneumologia e Infectologia, com reconhecimento como centro de referência nas áreas de tratamento e treinamento para o estado de Santa Catarina até 1998.

4.2. POPULAÇÃO ALVO

Foi composta por portadores HIV/AIDS de ambos os sexos, adultos que residem na grande Florianópolis, internados na Ala 5 do Hospital Nereu Ramos.

Para melhor desenvolvermos este projeto assistencial optamos em trabalhar com o mínimo de 2 pacientes por acadêmica, pois o tempo de estágio foi reduzido e para que pudessemos prestar melhor assistência individualizada e integral ao portador HIV/AIDS.

4.3. ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO

As acadêmicas prestaram assistência integral ao paciente sob sua responsabilidade com supervisão das enfermeiras da unidade, duas diretamente, e uma terceira que foi assumir a gerencia técnica, saindo da unidade, entretanto mantemos contato com esta durante todo estágio, pois foi ela quem iniciou a supervisão do estágio diretamente na prática. Além da assistência integral aos pacientes realizamos visita domiciliar com seleção conforme critérios estabelecidos.

O estágio foi desenvolvido no período matutino no horário das 08:00 as 13:30 e as visitas domiciliares no período vespertino.

Segundo Kawamoto (1995, p. 11), cuidados integrais de enfermagem variam de paciente para paciente. Os procedimentos de enfermagem serão baseados nos atendimentos às necessidades básicas do

indivíduo e nas reações psíquicas e físicas do paciente à essa situação. E “a visita domiciliar consiste em ações de saúde coletadas tanto para a assistência como para educação”. Sua importância está no fato de se realizar no ambiente físico do paciente, oportunizando uma avaliação das condições ambientais e físicas em que vivem pacientes, e suas famílias. A enfermagem leva ao domicílio do paciente assistência e orientação sobre saúde através da supervisão dos cuidados desenvolvidos pela família ou próprio paciente. Bem como orientação e/ou execução dos cuidados de enfermagem, levantamento das condições de saneamento e orientações gerais sobre assuntos de higiene, etc.

A visita domiciliar pode ser da responsabilidade do enfermeiro(a), visitador domiciliar ou auxiliar técnico de enfermagem desde que tenham conhecimento adequado do assunto, pois as necessidades e problemas são muito diversos, exigindo do profissional medidas próprias a cada caso.

4.4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REFERENTES AOS

4.4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REFERENTES AOS OBJETIVOS

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
* Conhecer os recursos humanos e materiais e os indicadores hospitalares da ala de internação de pacientes com HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar à equipe de enfermagem da unidade os objetivos do estágio. - Observar a distribuição de pessoal por turno de trabalho. - Reconhecer as normas e rotinas técnicas administrativas supervisionando e avaliando as execuções na prática. - Consultar material disponível na unidade. - Conversar com escriturário sobre material de expediente. - Investigar como é feito o controle de material. - Observar como é feito o processo de desinfecção na unidade (ambiente e material). - Elaborar cálculo de pessoal de acordo com a realidade da unidade. - Acompanhar a enfermeira na elaboração da escala de serviço. - Observar a cooperação da equipe com a chefia de enfermagem. - Auxiliar a equipe na prestação de cuidado ao paciente. - Averiguar a evolução diária de todos os pacientes. 	O objetivo será alcançado se as alunas no final do estágio conseguirem descrever e analisar os componentes da administração e recursos humanos e indicadores hospitalares da ala 5 do HNR.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
* Prestar cuidados de enfermagem ao portador HIV/AIDS durante sua internação e no domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> - Executar procedimentos gerais de enfermagem como: passagem de plantão, visitas diárias à pacientes, histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e técnicas de enfermagem, visita domiciliar se possível. - Proporcionar interação portador/ambiente/família. 	O objetivo será alcançado se as alunas conseguirem realizar o número maior de técnicas e procedimentos gerais adquirindo conhecimento científico e habilidades técnicas.
* Assistir o portador HIV/AIDS nas suas necessidades humanas básicas .	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades humanas básicas - Reconhecer quais Necessidades Humanas Básicas estão afetadas. - Elaborar um plano de ação 	O objetivo será alcançado se as alunas conseguirem identificar, reconhecer as Necessidades Humanas Básicas onde o plano de ação minimize as Necessidades Humanas Básicas afetadas.
* Participar das atividades de educação ao portador HIV/AIDS e seus familiares junto ao Hospital e FAÇA.	<ul style="list-style-type: none"> - Participar das atividades vinculadas à ala 5 do HNR. - Participar do grupo de auto-ajuda aos conviventes do HIV/AIDS no FAÇA. 	O objetivo será alcançado se até o final do estágio as alunas tiverem participado das reuniões do FAÇA e HNR.

5 - CRONOGRAMA

ATIVIDADE	PERÍODO	LOCAL
Elaboração e apresentação do projeto	04/03 - 21/03/96	CCS - UFSC
Visita ao HNR	19/03/96	Ala 5 - HNR
Reconhecimento dos recursos humanos e materiais e os indicadores hospitalares da ala 5.	22/03 - 27/03/96	Ala 5 - HNR
Participação no grupo FAÇA e atividades de ensino HNR	1 vez semana ou quando houver	FAÇA-HNR
Aula Contexto Social	28/03,01/04, 18/06,19/06	CCS - UFSC
Escolha pacientes, cuidados integrais e visita domiciliar, utilizando marco teórico.	28/03 - 18/06/96	Ala 5 - HNR
Reunião com supervisão/orientação	1 vez semana - 19/06/96	HNR - UFSC
Confraternização equipe/supervisão/orientação	20/06/96	HNR
Preparação Relatório	maio/junho/julho	
Entrega do Relatório	04 de julho	CCS - UFSC
Entrevista com a Banca	08 de julho	CCS - UFSC
Apresentação do Relatório	11 de julho	CCS - UFSC

6 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. OBJETIVO Nº 1

Conhecer os recursos humanos e materiais e os indicadores hospitalares da ala de internação de pacientes com HIV/AIDS.

Na enfermagem, como em outras profissões, o enfermeiro incorpora, em sua formação profissional o saber de várias ciências. Dentre elas, a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza principalmente na administração do pessoal de enfermagem". (Kurcgant, 1991, apud Souza et al, 1995).

É importante ter conhecimento de todos os componentes estruturais, recursos disponíveis, indicadores hospitalares à fim de implementar

e direcionar uma assistência qualificada e garantir a satisfação da equipe na sua atuação.

Este objetivo foi trabalhado, principalmente na primeira semana, e no decorrer do estágio. Iniciando-se com o conhecimento de toda unidade e apresentação das acadêmicas aos funcionários da Ala V.

As acadêmicas não apresentaram a equipe de enfermagem da unidade os objetivos do estágio, somente para supervisora.

A distribuição de pessoal por turno de trabalho no início do estágio era: no período matutino seis funcionários entre eles técnicos e auxiliares e duas enfermeiras, no período vespertino quatro funcionários e uma enfermeira. No final do estágio foram contratados mais funcionários devido a greve entre eles técnicos, auxiliares e enfermeiros, aumentando assim o número de funcionários passando a ter três enfermeiras e sete a oito funcionários de manhã, e duas enfermeiras e cinco a seis funcionários à tarde.

Conceito de Normas e Rotinas:

“Normas são conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos, métodos, organização que são utilizadas no desenvolvimento das atividades”(Ministério da Saúde, 1982). “São leis, gerais que definem as ações de enfermagem quanto o que e como fazê-las. São princípios de ação” (Castro, 1975).

“Rotinas é o conjunto de elementos que especifica a maneira exata pela qual uma ou mais atividades devem ser realizadas. É a descrição sistematizada dos passos a serem dados para a realização das ações

componentes de uma atividade, na sequência de execução” (Ministério da Saúde, 1982).

Iniciamos a tarefa de reconhecimento das normas e rotinas da unidade pela internação de um paciente. O paciente para ser internado na Ala V, vem do próprio ambulatório encaminhado pelo médico, transferido de outro hospital da grande Florianópolis, ou de outra cidade do estado, por ser este hospital de Referência Estadual para doenças Infecto-contagiosas. Então é feita uma comunicação por telefone com a enfermeira, que diz se há vaga ou não, pois há leitos bloqueados em função do número reduzido de funcionários. Se há vaga a enfermeira já faz a escolha do quarto e do leito, e arruma o prontuário com todos os impressos necessários em ordem segundo rotina da unidade que são (Anexo 02):

- Prescrição médica - 2 vias com carbono: 1 fica no prontuário e a outra vai para farmácia.
- Evolução de Enfermagem
- Ficha clínica preenchida pelo médico
- Folha de controle de sinais vitais
- Exames complementares colados identificados e datados.
- Ficha de evolução - equipe multidisciplinar
- Identificação do paciente internado com diagnóstico

Ao chegar na unidade o paciente é recebido pela enfermeira que o leva até o seu quarto e realiza um breve histórico, que é feito na folha de evolução de enfermagem.

As acadêmicas realizaram duas internações cada uma, fazendo o histórico segundo rotina da unidade.

Os pedidos de exames do paciente são entregues pelo médico para a enfermeira que providencia a execução deste, se for algum exame que possa ser realizado no próprio hospital como Raio X, broncoscopia, baciloscopia, exame de sangue entre outros. No caso de exame que precisa ser realizado em outro local (hospital ou clínica) a enfermeira faz o pedido do carro via comunicação interna e determina um funcionário para acompanhar o paciente.

Há um manual de orientações para pacientes e acompanhantes e direitos dos pacientes (Anexo 03). Fica na unidade, porém não é lido nem dado ao paciente e acompanhante.

O material disponível na Unidade no início do estágio nunca faltava, havendo reposição diária pelo escriturário. Há uma requisição específica para pedido do material, porém com a greve havia falta de alguns materiais.

O pedido de medicação o escriturário leva para a farmácia que é a segunda via de prescrição médica, e trás os medicamentos para unidade, havendo sempre falta de alguns. Os medicamentos controlados são pedidos pelo médico em um impresso próprio e da mesma maneira entregue na farmácia pelo escriturário. Os psicotrópicos e os de emergência, são guardados em um armário no posto de enfermagem, e ao serem retirados são anotados para um maior controle, revisados, respectivamente. Neste mesmo armário há uma bandeja de emergência (Anexo 04) que foi revisada por uma das acadêmicas durante o período de estágio.

O material de rouparia é repostado toda manhã havendo falta principalmente de toalha de banho, e as roupas sujas são colocadas em hampers no expurgo, que no período da tarde é levado pelo pessoal da lavanderia.

O processo de desinfecção da unidade é feito segundo as normas contidas no Anexo 05:

- Material - após o uso o material será limpo em água corrente para retirada de sujidades enxaguado, no expurgo no final do período é mandado para central de esterilização e a desinfecção final é feita neste.

- Ambiente: a limpeza do chão e ambiente é feita por uma empresa terceirizada com hipoclorito à 1%.

Durante o estágio percebemos que entre a equipe de enfermagem e chefia de enfermagem, há cooperação mútua pois, no período da greve dos servidores da saúde, a chefia, solicitou que enfermeiros e demais funcionários ficassem de sobre-aviso (cobrir falta de pessoal), este se dispuseram sem problemas.

A chefia esta sempre que possível presente na unidade, faz comunicações, coordena equipe, intervem e esta serve de respaldo à equipe de enfermagem.

Sempre disposta a nos ajudar no que fosse possível, introduzindo-nos na unidade e demais dependências do hospital e sanando dúvidas e questionamentos que tivemos no decorrer do estágio.

É de suma importância para a enfermagem que haja cooperação e união entre equipe de enfermagem e chefia pois é ela, dentro da instituição que tem o maior número de pessoas que trabalham na saúde, sendo que possui uma

parcela bastante importante na qualidade do serviço que presta a comunidade que ali procura atendimento hospitalar.

Aos poucos sentimos e realmente integramo-nos na equipe auxiliando e fazendo junto com os funcionários as atividades de enfermagem, de encaminhamentos entre outras.

Percebemos que ao pedir ajuda quando não dominamos uma técnica e valorizar e reconhecer, saber do outro houve uma disposição natural em ajudar e cooperar com o andamento das tarefas.

As evoluções dos pacientes eram averiguadas diariamente através de consultas em prontuários, conversa com paciente e/ou enfermeiro e funcionários que presava cuidados integrais e também no momento da passagem de plantão.

Foi esta atividade que garantiu a nos uma visão ampla da unidade e individualizada o cuidado a cada paciente. Não deixando de olhar o todo e intervindo conforme a necessidade de cada um.

A escala de serviço é feita pela chefia de enfermagem a enfermeira chefe da unidade verifica o número de funcionários para trabalhar no turno então, divide-se em duplas (técnico + auxiliar) quando pacientes requerem cuidados semi-intensivos, e 1 funcionário para pacientes dependentes para o auto-cuidado. Quando falta funcionário a enfermeira solicita verbalmente a chefia o deslocamento de funcionário de outra unidade para cobrir o número de pessoal suficiente para o turno. Sendo que as enfermeiras também auxiliam na prestação de cuidados e técnicas de enfermagem. Além de realizarem evolução, prescrição de enfermagem e serviços administrativos na unidade .

Tentamos fazer uma análise do número de pessoal mas, encontramos dificuldades, pois percebemos que alguns dados utilizados para o cálculo de pessoal pela Secretaria de Estado da Saúde, apenas adotam itens dos autores, sem no entanto considerar a sua realidade.

Dentre eles, percebemos que S.E.S. adotou percentual de distribuição de leitos por cuidados apresentados por Alcalá (1992). Para a realidade da autora - Hospital Municipal de São Paulo, de todos os leitos de uma unidade, 10% são ocupados para pacientes com cuidados semi-intensivos, 60% para cuidados intermediários e 30% para cuidados mínimos. Desta forma questionamos se são estes percentuais encontrados em todos os hospitais do Estado? Pois na nossa prática observamos que esta porcentagem não corresponde a realidade. Entendo que a fórmula deve ser adotada apenas como uma base, onde os itens: percentual de leitos ocupados por graus de cuidados, percentual de enfermeiros e pessoal nível médio, jornada de trabalho devem ser estabelecidos de acordo com cada realidade assistencial.

A infectologia possui uma taxa de ocupação de 80,5% de leitos com média de permanência de 18,0 dias.

Observamos durante o estágio que alguns pacientes ficam 1 a 2 meses ou mais internados devido ao agravamento da doença, por não terem moradia e/ou abandono da família.

Este objetivo foi considerado totalmente alcançado.

6.2. OBJETIVO Nº 2

Prestar cuidados de enfermagem ao portador HIV/AIDS durante sua internação e domicílio.

As atividades realizadas pelas acadêmicas durante o período de estágio na unidade de internação foram as seguintes:

. Passagem de Plantão

A passagem de plantão era realizada diariamente pelas enfermeiras do turno da manhã para as enfermeiras do turno da tarde com a participação dos funcionários da unidade, nutricionista e acadêmicas. Sendo que estas, tinham 3 ou mais pacientes para relatar as condições gerais, cuidados prestados e intercorrências no período, sob suas responsabilidades.

A passagem de plantão servia também de espaço para ensino/aprendizagem entre a equipe e os turnos de serviço através de relato de técnicas, manejo com equipamentos como exemplo bomba de Staedmann, uso de terminologias de enfermagem e esclarecimento do significado da mesma, alteração de rotina da unidade, encaminhamento de exames a serem realizados fora da instituição.

Selecionamos este horário, uma vez que, aí teríamos a oportunidade de participar, transmitir e receber conhecimentos técnicos-científicos.

Esta atividade foi de suma importância pois possibilitou a interação entre equipe de enfermagem e acadêmicas, conhecimento sobre o estado clínico dos pacientes internados e funcionamento da unidade, uso de conhecimento técnico científico, favoreceu exercício da comunicação escrita e verbal e facilitou a organização do trabalho refletindo em melhor assistência ao paciente.

. Visitas diárias aos pacientes

As visitas eram feitas pelas duas enfermeiras da unidade, no início do estágio, após contratação de uma enfermeira para Ala V período manhã, realizadas por três enfermeiras mais acadêmicas. No início da manhã dividia-se os números de pacientes pelo número de enfermeiros sendo feito rodízio para que conhecessem e prestassem assistência a todos os pacientes, uma vez que são denominados pacientes de longa permanência.

Cada acadêmica então acompanhava a cada dois dias uma enfermeira, tanto como participante e/ou atuante da visita. No momento da visita perguntávamos ao paciente quais suas queixas, observação do estado geral do paciente, condições de limpeza do quarto, higiene e conforto do paciente, dávamos orientações sobre doença, cuidados, alimentação, intervenção de enfermagem, e encaminhamentos.

Esta atividade foi muito importante pois é o momento em que o enfermeiro tem condições de interagir e intervir nos cuidados a serem prestados tanto para a equipe de enfermagem como para a equipe médica. Dá condições para que possamos fazer a evolução de enfermagem.

É um momento rico para a enfermeira, pois ela tem subsídios para avaliar a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, possibilita o ensino/aprendizagem entre enfermeiro-funcionário e vice-versa e fornece a interação equipe multiprofissional X paciente X família

. Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem foi feito pelas acadêmicas na maioria das vezes no final da manhã e período da tarde pois as técnicas e procedimentos de enfermagem tomavam tempo e devido ao número de pacientes que necessitavam de cuidados imediatos.

Tínhamos como escolha pacientes que podiam comunicar-se, morassem em Florianópolis e Grande Florianópolis.

. Prescrição de Enfermagem

A prescrição de enfermagem era muitas vezes realizadas no momento da visita (executada pela enfermeira, acadêmicas e/ou funcionário que presta cuidados integrais ao paciente), passagem de plantão do noturno para o matutino e durante os cuidados de enfermagem prestados logo após.

Esta atividade foi de grande importância pois tivemos a oportunidade de observar que na rotina de uma unidade, a enfermeira muitas vezes precisa atuar no momento em que o fato está ocorrendo, precisando ter raciocínio lógico e científico para executar prescrição imediatamente sem ter tempo de escrever ou pesquisar sobre o que deverá ser implementado.

. Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem era feita diariamente pelas acadêmicas onde utilizava-se a folha de relatório de enfermagem. Relatando sobre o estado geral do paciente suas queixas, intercorrências, cuidados prestados e prescrição realizada pela enfermagem durante o período. Após transcrever a evolução passávamos o plantão para a equipe de enfermagem do próximo turno.

Exemplo:

" Nome: Dália (18/06/96 - 10:30 horas)

Paciente alerta, sonolento e gemente. Emagrecido, pele seca e descamante. Hidratado e normocorado. Ingesta alimentar satisfatória com auxílio. Não evacuou.

Apresenta hiperemia ocular bilateral, tosse com expectoração não esteriorizada, abdome levemente distendido e endurecido, doloroso à palpação, glande com presença de secreção serosa e edema escrotal unilateral à esquerda. Realizado curativo no local e feita suspensão escrotal, curativo em dissecação venosa em MSE sem presença de sinais flogísticos e região coccígea com presença de placas purulentas e bordos levemente necrosados e sangrante ao manuseio.

Sob fluidoterapia em MSE por abocatb. Edema em MFD + /4.

Diurese sob sondagem vesical de coloração âmbar com depósito micro-piobemático.

Prestados cuidados de higiene e conforto no leito.

Sinais vitais mantidos.

T: 36,8°, R: 26mpm, P: 80bpm, PA: 130 X 80 mmHg"

Esta atividade foi muito importante pois possibilitou um maior contato entre as acadêmicas com os funcionários e equipe multiprofissional, integração efetiva com pacientes e a unidade em geral. Favorecendo o exercício do papel da enfermeira.

. Técnicas de Enfermagem

O campo de estágio contribuiu favoravelmente para o desenvolvimento da aplicação prática de técnicas de enfermagem. Pois os pacientes precisam de várias intervenções de enfermagem como: punção venosa para medicamentos endovenosos, curativos de dissecação, escara etc, sondagem vesical de alívio e demora, sondagem nasogástrica para alimentação, sifonagem e gavagem, banho de leito, higiene oral, aspiração orotraqueal, catéter de oxigênio, nebulização, gasometria arterial, troca de frascos de drenagem contínua por bomba de Staedmann, preparo para medicação quimioterápica, medicação por via oral, endovenosa, intramuscular e subcutânea e verificação de sinais vitais.

Esta atividade permitiu que ao longo do período de estágio adquiríssemos habilidades técnicas e segurança com o manuseio de material e cuidado com o cliente durante a execução da atividade. Favoreceu maior interação entre paciente e acadêmicas e intercâmbio técnico científico entre a equipe de enfermagem (Anexo 07).

. Visita Domiciliar

As visitas domiciliares em número de três, foram realizadas com a presença da professora-orientadora. Após manter contato efetivo durante a

internação, pedimos a permissão para a família e combinamos visita para o período da tarde após contato telefônico.

Plano de Visita Domiciliar

1 - Dados de Identificação

Nome: E.P.O. da S.

Nº Prontuário: 20320

Sexo: M.

Nº Visita: 1ª

Idade: 34 anos

Profissão: 3º grau incompleto (estudante)

Endereço: Rua P.J.J.C. nº 328, E.

2 - Objetivos da Visita

Geral:

- Observar estado geral e condições do cliente e da família.

Específicos:

- Fazer interação equipe/família cliente (apresentação)
- Observar condições de saúde cliente (medicação alimentação, eliminações, atividade física).

- Observar condições de moradia cliente família
- Observar interação cliente/família.
- Perguntar quais medicamentos ue estão sendo usados pelo cliente.
- Questionar ao cliente/família se há dúvidas sobre doença/tratamento

Atividades Previstas:

- Fazer exame físico geral
- Verificar sinais vitais
- Anotar medicação e verificar se está fazendo uso correto

Material Previsto

Termomêtro, estetoscópio, esfignomamômetro, papel, caneta.

Relato da Visita Domiciliar

" Nome: Tulipa (23/06/96 - 16:00 horas)

S - Cliente refere estar em bom estado geral e que não tem apresentado nenhuma intercorrência após alta hospitalar. Referiu apenas edema em MMFF (pés), mas que agora está bem. Relata ter engordado 10 quilos pois está cumprindo dieta segundo nutricionista do HNR e médico nefrologista do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) onde faz acompanhamento para insuficiência renal crônica. Faz uso de Zoltec oral em dias alternados: 1 comprimido de 150mg, e Pentacarinat no hospital-dia 1 vez ao mês, além disso faz homeopatia e acompanhamento na unidade de rim do H.G.C.R.

Refere dormir bem, porém às vezes tem pesadelos, sono agitado. Segundo a mãe do paciente, este gosta de caminhar e fica ansioso e depressivo quando permanece muito tempo em casa sem fazer nada. Tentou entrar na aula de ioga, porém não foi possível pois o

médico não recomenda devido à diálise peritoneal. Mãe relata que o filho está com anemia hematócrito 22 e que o médico está ciente e já prescreveu um medicamento que segundo ela é muito caro, e está tentando conseguir na Policlínica de Referência Regional.

O - Casa de alvenaria com uma sala ampla, onde fomos recebidas pelo cliente e sua mãe. Cliente em bom estado geral, lúcido, orientado, comunicativo, deambulante, sorridente, hidratado e eupneico.

Faz troca de bolsa para diálise peritoneal com ajuda da mãe.

A - Mãe e cliente receptivos à visita, dispostos a nos informar e alegres com nossa presença. Boas condições de higiene das pessoas, limpeza e conforto da moradia. Realizando os cuidados conforme orientação médica e de enfermagem.

P - orientado para:

- Elevar os pés da cama com tijolo em baixo do colchão ou em baixo do pé da cama, no caso de edema em MMFF.

- Reduzir ingestão de alimentos industrializados como enlatados, margarinas etc, que contenham sal na sua composição.

- Voltar ao ambulatório do HNR para fazer medicação pentacarinaf, pois como foi feita no dia 7 de abril deveria ser feita 7 de maio.

- Tomar chá antes de dormir para um sono mais tranquilo.

- Orientado para reingresso na universidade para ocupar seu tempo, tentar readaptação na comunidade universitária”

Esta atividade não foi possível ser realizada em maior número de visitas pois um grande número de pacientes não tem moradia, são de outros locais, alguns foram a óbito e permaneceram internados até o final do estágio.

Tivemos a possibilidade de conhecer as condições de saúde e conforto do paciente, verificar a importância do cuidado de enfermagem hospitalar e alta para que a família tenha subsídios para o auto-cuidado.

Podemos observar que quando há interação, afetividade e cooperação entre família-cliente-profissional há uma diminuição das necessidades humanas básicas afetadas e melhor qualidade de vida, para o portador e família. (Anexo 07).

As acadêmicas na medida do possível proporcionaram interação portador/ambiente/família, não apenas com os pacientes das visitas domiciliares, como também aos internos em que as famílias permaneciam no hospital. Esta interação era feita através de conversa tanto com a família como com o paciente, tentando atuar não só como profissionais mas como pessoas que sabem ouvir angústias e dasabafos do portador/família.

Este objetivo foi considerado totalmente alcançado.

6.3. OBJETIVO Nº 3

Assistir o portador HIV/AIDS nas suas Necessidades Humanas Básicas

Para alcance desse objetivo foi utilizado o Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta e adaptações. Cada uma assistiu dois pacientes, com base no referido processo. A seleção destes pacientes foram

feitas com ajuda da supervisora, Enfermeira Mônica, tendo em vista a necessidade de assistirmos ao paciente em todas as fases contidas no referencial.

Optamos em realizar o processo de enfermagem no período da tarde, pois neste período a unidade é menos tumultuada. No entanto, no período da manhã dávamos continuidade ao mesmo.

Apresentamos um exemplo do desenvolvimento do processo realizado, a seguir:

O paciente foi escolhido por uma das acadêmicas pelo fato de estar um longo período no hospital, ser de outra cidade e não receber visitas diárias da família.

Data - 15 de abril de 1996. Hora - 14:00 horas

1 - Identificação do Paciente

DM, 33 anos, solteiro, evangélico, profissão soldador, 1º grau completo, natural de Criciúma SC, residente na Rua Visconde de Mauá nº 226, bairro São Cristovão - Criciúma - SC. Chegou na Ala V no dia 12.03.96 às 08:00 horas, encaminhado pelo seu médico com diagnóstico de TB recidiva. É sua primeira internação neste hospital. Internado para tratamento especializado em tuberculose pulmonar, pois abandonou este a mais ou menos 4 anos. É portador de HIV sabidamente há mais ou menos cinco meses, usuário de droga injetável desde quatorze anos, porém, em “abstinência” há um mês, refere prática bissexual.

2 - Percepções e Expectativas

Paciente espera melhora logo, para poder ficar perto da família. “Tem medo de ficar no fundo de uma cama”. Sabe que é portador do HIV, porém não sabe como o adquiriu, e que possui tuberculose mas, até esta internação não queria fazer o tratamento. Espera que a equipe de saúde tenha paciência e o trate bem.

3 - Problemas Relacionados as NHB:

- Necessidades Psicobiológicas

- a - Oxigenação

Eupneico, acianótico, dor ventilatório dependente, tosse com expectoração piohemática em pequena quantidade. Respiração 28mpm.

- b - Hidratação

Ingere cerca de 2 a 3 copos de água por dia, 1 copo de leite no café da manhã e 1 no lanche da tarde, tem preferência por refrigerante ingere cerca de 1 litro por dia, gosta de suco de laranja, porém em casa dificilmente toma, mas no hospital quando é fornecido toma 1 copo, não gosta de café.

- c - Alimentação

Faz 4 refeições por dia, café da manhã, almoço, lanche e janta, porém ultimamente encontra-se inapetente por apresentar intolerância gástrica (náusea e êmise pirose) devido a medicação com aceitação alimentar reduzida. No café da manhã: toma um copo de leite e come uma fatia de pão com

margarina; no almoço: macarrão, arroz em pouca quantidade e meio bife; lanche: 1 copo de leite e uma fatia de pão; janta: só aceitou a sopa. Refere ter bom apetite quando está em casa e costuma comer pirão, feijão, arroz, macarrão, carne, peixe, verdura em pouca quantidade, gosta de frutas como maçã, banana e laranja. Não tem problemas na mastigação e deglutição.

d - Eliminações

Intestinal: 1 vez ao dia no período da manhã depois do café, apresenta fezes marrom semi pastosas, em média quantidade.

Urinária: urina de 8 a 10 vezes nas 24 horas de cor amarelo citrino, cerca de 2.000ml/24 horas.

Vômitos: apresentou durante a intolerância dos medicamentos cerca de 3 dias consecutivos, apresentando principalmente êmese pós prandial com restos alimentares.

e - Sono e Repouso

Dorme habitualmente das 23:00 horas até as 08:00 horas, durante o dia gosta de dormir uns 30 minutos após o almoço, tem sono tranquilo, não gosta de dormir de luz acesa.

f - Atividades Físicas

Jogava futebol desde os 12 anos até 33 anos, depois que adquiriu a tuberculose refere não ter mais resistência, costumava jogar de 2 a 3 vezes por semana.

g - Integridade Física

Sem problemas

h - Integridade Cutâneo Mucosa

Pele: descamativa, com dermatite seborreica na face.

Couro cabeludo sem sujidades, cabelos bem distribuídos.

Olhos e ouvidos sem problemas

Boca: cavidade oral com presença de monilíase, língua saburrosa, mucosas úmidas e normocoradas. Dentes sépticos. Garganta, ânus e órgãos genitais sem problemas.

Abdome: flácido indolor a palpação.

i - Cuidado Corporal

Realiza banho de aspersão todos os dias no período da manhã, escova os dentes 3 vezes ao dia, faz tricotomia na face 1 vez por semana.

j - Regulações

Térmica - temperatura 36,2°C

Hormonal neurológico e hidroeletrolítica sem problemas.

Vascular: Pulso - 80 bpm; Pressão Arterial - 130X80 mmHg;
Crescimento celular sem problemas

k - Percepção dos Órgãos do Sentido

Sente muita epigastralgia náusea e pirose.

l - Terapêutica

Músculos pouco desenvolvidos apresentando dificuldade para terapia intra-muscular. Dificuldade para venopunção periférica (vias pouco visíveis).

m - Sexualidade

Paciente prefere não falar sobre o assunto, só alega prática bissexual e que não tomava nenhum cuidado preventivo para disseminação do HIV durante o ato sexual.

n - Segurança Física

Necessita de quarto e isolamento por ter tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva +++, e uso de máscara fora do quarto.

o - Meio Ambiente

Sem problemas.

●Necessidades Psicossociais e Espirituais

a - Segurança Emocional

Paciente refere ter medo de ficar no fundo de uma cama, e quer voltar logo para casa junto da família.

b - Amor, Afeto, Atenção

Refere ser agressivo às vezes pela “vida sofrida que teve”, pois perdeu os pais quando era criança e foi criado pela avó e pelos irmãos. Não se relaciona com o irmão mais velho por motivo de briga familiar. Diz gostar muito da avó e ser o neto preferido.

c - Auto Imagem, Aceitação, Auto Estima

Refere que antes desta internação não se importava com que fosse acontecer se iria morrer ou não, não aceita a doença, pois fazem apenas cinco

meses que descobriu, porém agora vai cuidar de si, vai tentar não cair na droga e álcool de novo, e vai fazer o tratamento correto para tuberculose.

d - Auto Realização

Não sente-se realizado pois não gostaria de estar nesta situação de doença, sem poder trabalhar.

e - Liberdade, Participação

Sua participação familiar é apenas nos finais de semana, quando passa na casa da avó. Frequenta esporadicamente a igreja evangélica perto de sua casa. No hospital tem facilidade em fazer amizades, gosta de assistir televisão e fazer trabalhos manuais com os demais pacientes.

Participação no plano terapêutico - procura sempre colaborar.

f - Comunidade

Não participa de nenhuma atividade na comunidade.

g - Criatividade

Demonstrou sua criatividade na terapia ocupacional de grupo com trabalhos de argila, realizou belos trabalhos que foram expostos em uma exposição no hospital.

h - Gregária

Esporadicamente gosta de ficar sozinho no hospital, adora receber visitas principalmente da família (irmão mais novo e avó).

i - Recreação

Gosta de assistir televisão, ler revistas, fazer trabalhos artesanais.

j - Espaço

Refere gostar do ambiente hospitalar, mas que prefere sua “casinha” onde mora sozinho. Sua casa é de madeira com 3 cômodos sendo 1 quarto, sala, cozinha e 1 banheiro com água encanada e instalação elétrica, possui uma geladeira, um fogareiro, 1 sofá-cama. Refere ser simples mais é minha isto que interessa.

k - Educação para saúde - Aprendizagem

Não sabia da importância dos tuberculostáticos para tuberculose. Porém agora está ciente e diz que vai fazer acompanhamento com seu médico na sua cidade. Refere não ter dúvidas sobre HIV/AIDS, está ciente que não tem cura, mais que pode viver por muito tempo.

l - Religiosidade - Ética

As vezes lê a Bíblia, tem muita fé em Deus, vai aos cultos de sua igreja quando pode.

As Necessidades Humanas Básicas afetadas foram sublinhadas no histórico de enfermagem. A partir destas realizamos o plano de ação e prognóstico do paciente.

Plano de Cuidados

Problema	Data	Cuidados Prescritos	Horário	Avaliação
- Tuberculose pulmonar recidiva resistente com baciloscopia de escarro +++	16/04/96	1 - Orientar sobre a resistência do bacilo; 2 - Orientar sobre importância do isolamento respiratório, bem como uso de máscara; 3 - Orientar para coleta de escarro no período da manhã; 4 - Fornecer pote de escarro.	09:30 h	Mostrou-se interessado, seguiu sempre a orientação
- Abandonou o tratamento há mais ou menos 4 anos	15/04/96	1 - Orientado quanto a importância do tratamento 2 - Supervisionar a ingestão de medicamentos no período da manhã, durante 2 semanas	15:00 h 08:00 h	A partir daí fez uso correto da medicação prescrita.
- Portador de HIV sabidamente há 5 meses	15/04/96	1 - Perguntar e esclarecer dúvidas sobre HIV, na medida do possível.	15:30 horas	Não mostrou-se interessado.
- Usuário de droga injetável, etilista e tabagista	15/04/96	1 - Orientar quais os malefícios que a droga, o cigarro e o álcool causam à saúde	15:45 h	Mostrou-se interessado no assunto.
- Tem medo de ficar no fundo da cama	15/04/96	1 - Fornecer na medida do possível suporte emocional ao paciente	sempre que possível	Mostrou-se receptivo.
- Dor ventilatório dependente, tosse com expectoração pio-hemática	16/04/96	1 - Estimular a ingestão hídrica; 2 - Observar quantidade e coloração da secreção; 3 - Proporcionar conforto ao paciente; 4 - Realizar nebulização segundo prescrição médica. Administrar analgésico segundo prescrição médica.	08:00 horas	Teve melhora da dor e tosse.

Problema	Data	Cuidados Prescritos	Horário	Avaliação
- Inapetente por apresentar intolerância gástrica (náusea, êmese e pirose. Com aceitação alimentar reduzida)	15/04/96	1 - Observar aspecto e quantidade de êmese; 2 - Administrar medicação segundo prescrição médica; 3 - Orientar sobre a intolerância gástrica p/diminuir ansiedade do paciente.	qdo for necessário 08:00 e 10:00 h 09:00 h	Apresentou melhora do quadro.
- Pele descamativa com dermatite seborreica em face	16/04/96	1 - Orientar quanto ao uso de pomada homeopática conforme rotina da unidade. 2 - Administrar medicamento segundo prescrição médica.	08:00 h	Fez uso correto da pomada
- Cavidade oral com presença de monilíase língua saburrosa	16/04/96	1 - Fornecer e orientar qto ao uso de solução de água oxigenada (conforme rotina da unidade); 2 - Administrar medicação conforme prescrição médica	08:00 h	Fez uso correto da solução e medicação
- Dentes sépticos	17/04/96	1 - Encaminhar ao dentista.	09:30 h	Não foi ao dentista por este não se encontrar.
- Epigastralgia	17/04/96	1 - Administrar medicamento segundo prescrição médica; 2 - Proporcionar conforto ao paciente para diminuir ansiedade	08:00 h	Não aceitou medicação
- Músculos pouco desenvolvidos. Dificuldade de venopunção periférica	16/04/96	1 - Fazer rodízio para injeção intramuscular. 2 - Solicitar ao médico possibilidade de uma dissecação venosa se for o caso.	09:40 h	Paciente só aceitou injeção em glúteo direito e esquerdo.
- Não tomava nenhum cuidado preventivo para disseminação do HIV durante o ato sexual	15/04/96	1 - Orientar qto a importância do uso de preservativo; 2 - Orientar em relação as formas de contaminação do HIV.	16:00 h	Foi orientado
- Refere ser agressivo. Não se relaciona com o irmão mais velho	15/04/96	1 - Dar oportunidade ao paciente de falar o que sente	16:35 h	Mostrou-se triste ao falar do problema, porém com necessidade de expor.
- Não sente-se realizado, pois não gostaria de estar nesta situação de doença	15/04/96	1 - Incentivar e orientar o paciente que apesar de sua doença pode ter suas atividades normais; 2 - Ouvir o paciente.	16:45 h	Mostrou-se ansioso

4 - Evolução

A evolução deste paciente foi realizada após 5 dias de acompanhamento com o mesmo, através da coleta de dados durante a prestação da assistência direta.

S = Paciente relata melhora de seu estado de saúde, diz não apresentar mais sangue na expectoração e alívio na dor ventilatório dependente. Refere muita dor durante aplicação da medicação intra-muscular. Diz estar com saudades da família, e ansioso para que venham visitá-lo pois não aguenta mais ficar no hospital.

O = Paciente lúcido, comunicativo independente para autocuidado, eupneico, acianótico, apresentando tosse em pequena quantidade com expectoração purulenta. Normocorado, hidratado, cavidade oral com involução da monilíase oral. Dermatite seborreica de face em melhora. Sem condições de venopunção periférica e terapia intra muscular. Aceitando melhor a dieta. Não apresenta náusea e êmese há dois dias. Eliminações fisiológicas sem problemas. Sinais vitais mantidos. PA = 130 x 80 mmHg, T = 36,2°C, R = 20 mmpm, P = 86 bpm. Paciente fazendo uso de tuberculostáticos, antibióticoterapia, fisioterapia respiratória + nebulização.

A = Paciente em melhora do estado geral, impaciente e ansioso. Sinais vitais estáveis. Em melhora da monilíase oral.

P = Fazer rodízio para injeção intra muscular. Viabilizar com assistente social a possibilidade de visita da família. Observar monilíase e dermatite seborreica. Estimular ingesta hídrica. Administrar medicação segundo prescrição médica. Ouvir paciente sempre que necessário.

5 - Prognóstico de Enfermagem

Alta dia 27/06/96 às 13:30 horas. Paciente independente para auto-cuidado. Prognóstico bom.

Consideramos este objetivo alcançado. Realizamos dois processos cada uma, em função da greve, da diminuição do número de funcionários, e consequentemente do número de pacientes internados.

6.4. OBJETIVO Nº 4

Participar das atividades de educação ao portador HIV/AIDS e seus familiares junto ao hospital e FAÇA

Participamos durante cinco segundas-feiras de terapia de grupo com internos, elaborados pela assistente social e por uma acadêmica de 8ª fase do Curso de Psicologia.

Antes de iniciar a reunião era passado nos quartos convidando os pacientes a participarem, a maioria (pacientes independentes) aceitavam o convite. Esta reunião era realizada na sala de recreação ou no solário com o objetivo de conhecer os pacientes, promover uma maior integração entre eles, dar oportunidade de colocar seus problemas, tentando assim serem agrupados pela assistente social na medida do possível.

Na primeira reunião dirigida pela acadêmica de psicologia foi feito um relaxamento com um fundo musical. Foi solicitado que fechassem os olhos e ficassem em uma posição confortável. Na segunda parte foi pedido para que eles se imaginassem como um pássaro que voa bem alto no céu azul, e entra em uma porta... Então ela pede para abrirem os olhos e cada um por sua vez diz o que viu.

Depoimentos dos pacientes:

Para identificação dos pacientes as acadêmicas utilizaram nome de flores para preservar o anonimato.

Orquídea - "Me imaginei dentro de uma sala, senti um vazio, não consegui concentrar em um pensamento".

Margarida - "Eu imaginei um coqueiro e o sol, depois da porta havia outro mundo, senti bastante sol em mim, é onde eu gostaria de estar".

Cravo - "Só consegui ver uma luz, um clarão, uma nova vida quem sabe?"

Jasmim - "Eu vi uma biblioteca cheia de livros e os meus filhos estudando em uma mesa, eu me senti preocupado, angustiado, com medo de morrer e deixá-los sozinhos no mundo, a mãe deles também morreu aqui..."

Amor Perfeito - "Me senti sozinha, não tinha nada, senti medo de não ter ninguém ao meu lado".

Violeta - "Não consegui ver nada no quarto, mas não me senti desamparada, não senti solidão. Tenho muita esperança que vou ficar boa."

Ao final de cada reunião pudemos notar que os pacientes portadores HIV/AIDS, são especiais, pois são pessoas muito carentes, alguns abandonados pela família, discriminados pela sociedade, e que precisam de uma atenção e assistência mais individualizada, sabendo principalmente ouvi-lo, pois sentem muita necessidade de falarem o que sentem.

Outro trabalho que as acadêmicas participaram foi o de praxiterapia feitos com argila, sob orientação de ceramistas, 2 voluntários, nas quartas e sextas-feiras das 10:00 às 12:00 horas. Ficávamos observando e conversando com os pacientes enquanto eles faziam os trabalhos. Fizeram trabalhos muito bonitos durante 3 meses. Foi feita uma exposição dos trabalhos na entrada da unidade onde foram colocados à venda sendo que a renda foi assim destinada: 50% para o paciente e 50% para compra de material. (Anexo 08).

Na FAÇA as acadêmicas participaram, do Grupo de Estudos na ocasião tivemos oportunidade de assistir uma mesa redonda, em que faziam parte 03 médicos e que discorreram sobre “Novas Terapias (combinação de medicamentos) para o portador de HIV”.

Não foi possível a participação das acadêmicas no Grupo de Auto-Ajuda da FAÇA porque esta atividade não foi desenvolvida nos meses de abril e maio, optamos então por não participar no mês de junho quando reiniciou, pois encerramos nossas atividades no estágio.

Participamos de uma reunião realizada pela diretoria da FAÇA para discutir atividades a serem executadas por esta.

Apesar de não estar previsto, participamos da Ação Global* (Anexo 09), pela FAÇA, onde foram feitas distribuição de preservativos e

fornecidas informações sobre HIV/AIDS, bem como distribuição de folhetos e apresentação de vídeos educativos sobre HIV/AIDS (Anexo 10).

Nas quintas-feiras no HNR, a partir das 11:00 horas participamos de estudos de casos de alguns pacientes com os médicos e residentes, que apresentavam e discutiam sobre o assunto.

A convite da gerente técnica do HNR, participamos de um Curso de Tuberculose/HIV, no Hospital Universitário, onde nos possibilitou um melhor entendimento entre a relação da Tuberculose/AIDS.

Todas as atividades de educação ao Portador HIV/AIDS foram válidas e muito importante para nosso aprendizado. Enquanto acadêmicas, nos proporcionou um crescimento técnico científico e humano, pois o trabalho direto com os pacientes nos mostrou que eles são pessoas como nós e precisam muito de atenção e carinho.

Este objetivo foi parcialmente alcançado, pois as acadêmicas não participaram do grupo de auto-ajuda da FAÇA, pelo motivo anteriormente descrito.

7 - CONCLUSÃO

No decorrer do estágio realizado no Hospital Nereu Ramos com portadores HIV/AIDS podemos considerar que:

- Qualquer pessoa pode vir a ser portadora do HIV/AIDS. Devemos procurar não discriminar as pessoas portadoras do vírus ou da doença, sejam elas providas ou desprovidas de informação; não importando a cor, a religião ou a condição social. O conhecimento, o não julgamento e o olhar o próximo como a si mesmo, seriam formas de minimizar a discriminação;

- A prestação de assistência requer cuidados universais por parte dos profissionais de saúde, uma vez que todas pessoas podem estar contaminadas pelo HIV;

- Quando o portador recebe além do tratamento físico, atenção psicológica, carinho e afeto daqueles que o rodeiam, a sua auto-imagem fica positiva. Isto contribui, sem dúvida, para uma recuperação mais rápida. Sua satisfação em ajudar-se na busca de equilíbrio favorece, com certeza, na melhoria da qualidade de vida e do aumento do tempo de sobrevida;

- O profissional da saúde tem papel importante na prestação de assistência orientando e promovendo meios de fazer a prevenção de forma simples e objetiva todas as pessoas para garantir os direitos e deveres de cidadão;

- A assistência de enfermagem prestada com base na teoria de Wanda de Aguiar Horta, atinge o paciente como um todo e no caso dos pacientes com AIDS, foi verificada a importância da aplicação da teoria das Necessidades Humanas Básicas uma vez que a mesma contribui para o bom desenvolvimento do tratamento, favorecendo para que o paciente chegasse mais rapidamente a alta hospitalar;

Este trabalho contribuiu de forma efetiva para a nossa formação como enfermeiras seja nas técnicas de enfermagem, evolução, prescrição. Permitiu que vissemos o todo e suas particularidades do que é prestar assistência, administrar recursos materiais e humanos. Interagir com a equipe multiprofissional e demais setores do hospital visando sempre eficiência e qualidade de assistência prestada.

8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - ALCALA, M.U. e Col. *Cálculo de pessoal*. Prefeitura do Município de São Paulo: São Paulo, 1992.
- 2 - ALMEIDA, J.F. de. *Bíblia Sagrada - Antigo e Novo Testamento*. Flórida: Ed. Vida, 1994
- 3 - BRUNNER & SUDDART. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
- 4 - BUSCHINELLI, J.T.P. et al. *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993.
- 5 - CASTRO, H.M.R. de; LAURENTE, M.C.S.; CHANDE, W.G. *Normas padronizadas para o serviço de enfermagem*. Rev. Paul. Hosp., São Paulo, jan. 1975.
- 6 - FLASKERUD, J.H. *AIDS/infecção pelo HIV*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992.
- 7 - GOMES, A.M. da G. et al. *Identificação do perfil e dimensionamento do quadro rotacional dos recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde - SC*. Florianópolis: SESI/DARH, 1995.
- 8 - GOMES, Cid et al. *Planejamento - Hospital Nereu Ramos - 1996*. Florianópolis: SES/HNR, 1996.

- 9 - HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- 10 - KAWAMOTO, E.E. et al. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU, 1995. p. 35 - 39.
- 11 - KURCGANT, P. e Col. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.
- 12 - LACAZ, C. S. et al. *AIDS/SIDA*. São Paulo: Sarvier, 1990.
- 13 - LIBMAN, H. et al. *AIDS/infecção pelo HIV - Um Manual Clínico*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995.
- 14 - LIMA, Lisandra Matos et al. *Cuidado de Enfermagem aos portadores do HIV/AIDS no Hospital e domicílio - Uma nova proposta assistencial*. Florianópolis, 1994. Trabalho acadêmico (Graduação em Enfermagem) - UFSC.
- 15 - MANN, Jonathan et al. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. ABIA, 1993.
- 16 - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Boletim Epidemiológico, 1995.
- 17 - RIO de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde. Divisão de Controle de DST/AIDS. *Manual clínico sobre AIDS*. Rio de Janeiro, 1995.
- 18 - SOUZA, Aldanéa Norma et al. *Assistência de Enfermagem ao paciente de Unidade de Terapia Intensiva e familiares com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta*. Florianópolis, 1995. Trabalho acadêmico. (Graduação em Enfermagem). UFSC.
- 19 - TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. *Rev. Esc. USP*. São Paulo 21(2): 135 - 13. 1987.

- 20 - TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.da. *Marcos conceituais e diagnóstico de enfermagem*. In: Anais do Simpósio Nacional sobre diagnóstico de enfermagem. São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem, 1991.
- 21 - WESTRUPP, M.H.B. et al. *A AIDS - doença infecciosa. Impacto sobre assistência*. In: GHELLERE, T. et al. Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.
- 22 - WESTRUPP, M.H.B. *Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV*. (Projeto apresentado a Banca Examinadora, no Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina), 1995.

No acalantar da minha voz

**No acalantar da minha voz
Eu me acalento,
Observo tudo,
Tudo passa e se transforma,
Se transforma num círculo
vicioso, aonde as pessoas
não tem consciência do que
é ficar doente**

9 - ANEXOS

ANEXO 01

Histórico de Enfermagem

I- Identificação do Paciente

- Nome completo ou sem nome (a colocação do nome é opcional, pois o impresso deve estar identificado com mesmo)
 - Idade
 - Religião
 - Procedência
 - Data e hora da chegada no Setor de internação através do ambulatório, emergência, transferência interna ou encaminhamento externo.
 - Nível de consciência e/ou condição de comunicação verbal
- Para Pediatria acrescentar:
- Apelido (se considerado importante)
 - Batizado ou não
 - Posição na constelação familiar

II - Percepção e/ou Expectativa

- Queixas, medos, preocupações, hábitos, vícios, etc...
- Conhecimento sobre a sua doença atual:
- Experiência(s) anterior(es) com entidade(s) de Saúde, número de internações
- Abertura para o paciente fazer perguntas
- Para Pediatria acrescentar:
 - Mudança de hábitos decorrentes de internações anteriores (indicar as mudanças)
 - Disponibilidade de permanência ou visita de um familiar

III - Problemas relacionados com as Necessidades Humanas Básicas Necessidades Psicobiológicas

01. Oxigenação

- Respiração
- Tosse
- Expectoração
- Coriza (para Pediatria)
- Oxigenioterapia

02. Hidratação

- Volume
- Frequência

- Preferência
- Hábitos relacionados a ingestão (para Pediatría)

03. Alimentação

- Apetite
- Intolerância
- Mastigação
- Hábitos alimentares
- Dependência na alimentação
- Deglutição e digestão
- Tipo de alimentos ingeridos (para Pediatría)

04. Eliminação

- Intestinal
- Urinária
- Menstrual
- Drenagens
- Vômitos

05. Sono e Repouso

- Características
- Hábitos relacionados
- Problemas que dificultam
- Outros problemas relacionados

06. Atividades Físicas

- Exercícios e atividades físicas praticadas
- Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações providenciadas pelas mesmas
- Mecânica corporal (postura, atividade motora).
Para pediatria: Desenvolvimento neuro-psico-motor
- Locomoção (marcha, musculatura, outros problemas relacionados com a locomoção)
- Motilidade (total de vários segmentos do corpo, parcial, mínima ou incapacidade de movimentar qualquer segmento)

07. Integridade Física

- Amputação
- Deformidade
- Prótese
- Problemas relacionados ao uso de prótese

08. Integridade Cutâneo-Mucosa

- Pele
- Couro cabeludo
- Olhos e pálpebras

- Ouvidos
- Boca
- Nariz
- Língua
- Dentes
- Garganta
- Ânus
- Órgãos genitais
- Abdômem

09. Cuidado Corporal

- Necessidade higiênica
- Necessidade de tricotomia

10. Regulações

- Térmica
- Alterações
- Fatores que interferem na regulação
- Outros problemas relacionados

Hormonal

- Alterações
- Problemas terapêuticos relacionados
- Outros problemas relacionados

Neurológico

- Níveis de consciência
- Convulsões
- Crises conversivas
- Vertigens

Hidroeletrolítica

- Sede
- Outras manifestações de perda de líquido
- Retenção de líquido

Vascular

- Pulso
- Pressão arterial
- Pressão venosa central

Crescimento celular

- Problemas gerais
- Problemas relacionados com a quimioterapia
- Problemas relacionados com a radioterapia

11. Percepção dos órgãos dos sentidos

- Visual

- Auditiva
- Olfativa
- Tátil
- Gustativa
- Dolorosa

12. Terapêutica

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

13. Sexualidade

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

14. Segurança Física

- Necessidade de prevenção de quedas
- Necessidade de isolamento
- Necessidade de prevenção de fugas

15. Meio Ambiente

- Necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente hospitalar e/ou residencial

Necessidades Psicossociais e Espirituais

16. Segurança Emocional

17. Amor, afeto, atenção

18. Auto-imagem, aceitação, auto-estima

19. Auto-realização

20. Liberdade, participação

21. Comunidade

22. Criatividade

23. Gregária

24. Recreação

25. Espaço

26. Educação para a saúde - aprendizagem

27. Religiosa, ética.

ANEXO 02



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE PSICOTRÓPICO		Nº
PACIENTE		
DISCRIMINAÇÃO		
LOCAL E DATA		
ASSINATURA MÉDICO — CRM		
SERVIÇO DE FARMÁCIA		
SETOR DE REGISTRO DE RECEITUÁRIO		
Registrada no Livro de Receituário sob Nº		
em / / e no Livro de Reg. de		
..... Nº às fis.		
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL — CRF		

M - 002

O. S. 70463



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RECEITUÁRIO HOSPITALAR — ENTORPECENTES

		Nº
UNIDADE		
DIRETOR RESPONSÁVEL		
NOME DO DOENTE		
ENFERMARIA	LEITO	APART.
AMBULATÓRIO		
USO		
MEDICAMENTO		
ASSINATURA		
MÉDICO	CRM	DATA
PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA		

M-003

loesc 63448



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

EXAMES COMPLEMENTARES

UNIDADE

NOME	REGISTRO	
UNIDADE	QUARTO/LEITO	CATEGORIA

1 — RESULTADO

--

HOSPITAL NEREU RAMOS

DIREITOS DOS PACIENTES

Boletim ICAP8 - Ano XIII - Novembro 1996

01. O Paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um lugar digno e adequado para seu atendimento.
02. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
03. O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.
04. O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.
05. O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e de higiene e prevenção.
06. O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.
07. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.
08. O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.
09. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisa. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por familiares ou responsáveis.
10. O paciente tem direito de consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticas a serem neles realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significativas no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.
11. O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que isso acarretará nenhuma sanção moral ou legal.
12. O paciente tem direito a ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.
13. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.
14. O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.
15. O paciente tem direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação de validade.
16. O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico), e não em código, datilografadas ou em letras de forma, ou com caligrafia perfeitamente legível, e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.
17. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestado as sorologias efetuadas e sua validade.
18. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicamento, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.
19. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc) antes de lhe serem administrados.
20. O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
21. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1286 de 26/10/93 - art. 8º e nº 74 de 04/05/94).
22. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doença infecto-contagiosa.
23. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através de manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.
24. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênica, quer quando atendido no leito ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
25. O paciente tem direito a acompanhar, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser

- disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico-sanitárias.
26. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivada por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.
27. O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
28. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
29. O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar pelo próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extratoratórios para prolongar a vida.
30. O paciente tem direito a dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.
31. O paciente tem direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem uma prévia aprovação.
32. O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

20. O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
21. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1286 de 26/10/93 - art. 8º e nº 74 de 04/05/94).
22. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doença infecto-contagiosa.
23. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através de manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.
24. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênica, quer quando atendido no leito ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
25. O paciente tem direito a acompanhar, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser

HOSPITAL NEREU RAMOS

ORIENTAÇÕES A PACIENTES E ACOMPANHANTES

I - GERAIS:

- Por ocasião da internação traga um documento de identificação e a carteira do convênio de que é usuário: IPESC, UNIMED ou outros.
- Por ocasião da internação procure o Serviço Social para orientações quanto a rotina de serviço e outros assuntos do seu interesse.
- Os responsáveis pelo paciente deverão providenciar materiais de uso pessoal, tais como de higiene e outros.
- O Hospital não se responsabiliza por objetos ou valores deixados em seu quarto. Jóias e dinheiro podem ser guardados no cofre do setor de finanças, situado no corredor central, no período de 08:00 às 17:00 h. de 2ª. a 6ª. feira.
- Se trouxer aparelho de som ou TV use-o em baixo volume e somente até as 22:00 h. a fim de não prejudicar o repouso dos demais pacientes.
- Os utensílios, equipamentos e roupas de cama e banho que estão a sua disposição no quarto pertencem ao Hospital; cuide-os como se fossem seus e notifique ao enfermeiro supervisor da Unidade de Internação qualquer extravio ou avaria, que o mesmo providenciará a substituição ou haverá conferência do material.
- A declaração de internação hospitalar será fornecida pelo setor de registro, mediante documento de identificação.

- Se houver necessidade de atestado médico, solicite com antecedência.
 - Com relação ao tratamento, siga corretamente as orientações médicas e de enfermagem.
 - Somente se ausente da Unidade de Internação ou do Hospital com autorização do médico ou enfermeiro da unidade.
 - A utilização de drogas nas dependências do Hospital trará como consequência registro policial e alta hospitalar por indisciplina.
 - Solicitações ao serviço de nutrição deverão ser feitas à cozinheira ou à nutricionista por ocasião de sua visita diária.
 - Não jogue objetos pela janela ou no chão.
 - Após a alta hospitalar o paciente deverá liberar o leito o mais rápido possível.
- #### II - VISITAS E ACOMPANHANTES:
- As visitas aos internos nos quartos individuais e enfermarias podem ser feitas todos os dias, observando-se os horários estabelecidos pelo Hospital:
 - das 15:00 às 17:00h. para os quartos e enfermarias - dois visitantes por paciente;
 - das 08:00 às 22:00h. para apartamentos - três visitantes por paciente.
 - Os visitantes receberão identificação na portaria, que poderá solicitar um documento de identificação, que será devolvido ao

- O paciente, o visitante e o acompanhante, não deverão dirigir-se a outros quartos ou dependências do Hospital.
 - Informações ou esclarecimentos sobre o paciente, de acordo com a natureza da dúvida, serão fornecidas pelo médico, enfermeiro ou assistente social da unidade onde estiver internado.
 - Retire-se ao término do horário de visitas, ou quando solicitado pelos médicos ou enfermeiros.
 - Por ocasião da alta procure o posto de enfermagem para orientações finais.
- #### III - RECOMENDAÇÕES A USUÁRIOS DE APARTAMENTOS:
- Em acomodações especiais (apartamentos e suítes) são permitidas celebrações de honrarias pessoais e diárias sempre que o convênio não cobrir globalmente em seus termos as despesas médico-hospitalares com acomodações especiais.
 - No caso de paciente particular ou de cobrança de honorários médicos, esses devem ser ajustados previamente entre paciente e médico.
 - Em caso de internação com uso de convênios, a guia de autorização de internação hospitalar deverá ser entregue no setor de internação até, no máximo, os dois dias úteis subsequentes.
 - Em caso de internação com depósito caução, findo o período de sete dias, este deverá ser renovado por igual período.

- Após a alta do paciente será feita a conta final. Caso haja crédito em favor do paciente o hospital efetuará a devolução e se o crédito for em favor do hospital o paciente deverá complementar o valor devido.
 - No dia em que o paciente receber alta ele poderá permanecer até às 20:00h sem que seja cobrada nova diária.
 - Outras despesas realizadas por acompanhantes serão cobradas à parte, segundo a tabela afixada nos apartamentos.
 - Quando a alta estiver programada para sábado, domingo ou feriado, solicitamos que o setor de finanças seja procurado até às 17:00h. do dia útil imediatamente anterior.
 - No momento da alta, dirija-se ao posto de enfermagem para orientações.
- #### IV - TELEFONES:
- Utilize o telefone público localizado na entrada principal do Hospital e entrada do Serviço de Ambulatório para chamadas locais e interurbanas, comunique esta saída no posto de enfermagem.
 - Nos apartamentos, disque o nº 9 e peça a telefonista ligação com o nº desejado.
 - As ligações realizadas via telefonia serão cobradas em sua conta hospitalar.
 - Telefônicas interurbanas que não são possíveis de serem efetuadas de acordo com o item acima, deverão ser analisadas pelo Serviço Social.
 - Utilize o telefone para ligações curtas e muito necessárias,

evitando o congestionamento da central telefônica do hospital.

V - INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES:

- Evite solicitar informações, por telefone, sobre qualquer estado clínico de pacientes. Durante o horário de visitas, ou outro horário acordado especialmente, você poderá ver o paciente e/ou falar com o médico assistente para obter mais detalhes sobre o quadro clínico, programa de tratamento, previsão de alta e outras dúvidas que desejar esclarecer.
 - Caso necessite informações sobre se o paciente está ou não internado, solicite à telefonista.
 - Não serão dadas informações por telefone sobre valores de contas hospitalares de pacientes ou de honorários médicos.
- #### VII - RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES:
- As reclamações sobre a assistência clínica do paciente deverão ser feitas ao enfermeiro da unidade de internação, ao médico assistente, que providenciará a solução do problema, utilizando-se de todos os meios necessários para sua satisfação.
 - Em situações em que necessários de orientações sobre procedimentos não ligados à assistência clínica do paciente, dirija-se ao serviço social para esclarecimentos e encaminhamentos devidos.
 - Responda ao questionário de pacientes, que é um instrumento destinado a avaliar os serviços prestados pelo hospital, na busca constante de excelência no atendimento à sua clientela.

ANEXO 04

ESTADO DE SANTA CATARINA
HOSPITAL NEREU RAMOS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

MATERIAL DO CARRO DE EMERGÊNCIA

- 01 Ambú com máscara
- 01 Laringoscópio com 02 cabos
- 01 Extensão de látex para O₂
- 01 Extensão de látex para aspiração
- 01 tubo de xylocaína spray
- 01 Cadorço para TOT (5 palmos)
- 01 rolo de Esparadrapo
- 01 Lanterna com pilha
- 01 Aspirador montado + oxigenioterapia
- 03 pacotes de gaze
- 01 Tesoura mayo
- 02 Cânulas de Guedel
- 03 TOT com adaptador nº 7.5, 8.0, 8.5 e 9.0
- 01 Seringa de 10ml para encher TOT
- 02 pares de luva 7,5
- 02 pares de luva 8,0
- 03 Equipos de soro
- 02 Catéteres de O₂ nº 8
- 05 Sondas de aspiração nº 16
- 01 Polifix com 02 vias
- 01 Seringa de vidro para gasometria
- 05 Agulhas para aspiração (40x12)
- 05 Agulhas 27/7
- 03 Seringas de 5ml
- 02 Seringas de 10ml
- 02 Scalps nº 21
- 02 Scalps nº 19
- 02 Abocath nº 18
- 02 Abocath nº 20
- 01 Garrote para veno punção
- 02 Seringas p/ Insulina
- 02 Agulhas p/ Insulina
- 01 Guia de Entubação

ESTADO DE SANTA CATARINA
HOSPITAL NEREU RAMOS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

MEDICAMENTOS DO CARRO DE EMERGÊNCIA

- 10 Ampolas de dopamina (revivam)
- 05 Ampolas de bryconil
- 10 Ampolas de atropina
- 10 Ampolas de adrenalina
- 03 Ampolas de dilacoron (verapamil)
- 10 Ampolas de gluconato de cálcio
- 01 Ampola de liquemine
- 05 Ampolas de aminofilina
- 03 Ampolas de cedilanide
- 01 Frasco de S.F.
- 01 Frasco de S.G. 5%
- 02 Frascos de Bicarbonato de Sódio
- 01 Frasco de manitol
- 01 Frasco de Ringer
- 01 Frasco de Xiloxina 2%

ORIENTAÇÃO PARA REVISÃO

- Deixar máscara insuflada
- Testar: - Aspirador
 - Balão TOT
 - Laringoscópio
 - Lanterna (deixar pilhas ao lado)
 - Conferir prazo de validade dos Scalps, medicação e todo material esterilizado.

"O CARRO DE EMERGÊNCIA BEM REVISADO SALVA VIDAS!

VOCÊ É RESPONSÁVEL!"

ANEXO 05

DESINFECÇÃO / DESCONTAMINAÇÃO

SUPERFÍCIES	PRODUTOS	MÉTODOS	FREQUÊNCIA	E.P.
Alcoves	1º Hipoclorito 1% 30' 2º Fenol sintético 5% 10'	Fricção p/ lavar	Diário	luva
Expurgo, despejo, lixo, depósito de roupa suja	1º Hipoclorito 1% 30' 2º Fenol sintético 5% 10'	Fricção p/ lavar	Diário	luva
Maneiras	1º Hipoclorito 1%	Fricção	Diário e após contaminação	luva
Maneiras	1º Hipoclorito 1%	Fricção	Diário	luva
Alcoves do Posto de enfermagem	1º Álcool 70% 2º Álcool Iodado	Fricção	Diário	
Assento, criado mudo	1º Fenol sintético 5%	Fricção	Diário e após contaminação	luva
Polichão	1º Álcool 70% 2º Hipoclorito 1% 3º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso e/ou após contaminação	luva
Resíduos (colocar hipoclorito apenas no local que caiu secreção excreta, exudato humano)	1º Hipoclorito 1% 30'	Recolher o produto com papel ou pano após o tempo de ação	Após contaminação	luva
Sanfona e máquinas	1º Álcool 70% 2º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso	luva
Adaptador de Rodas	1º Álcool 70% 2º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso	luva
Abedouros	1º Álcool 70% 2º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Semanal	luva
Almofeteiras de vidro	1º Álcool 70% 2º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Quando reabastecer o frasco	luva
Alfândegas	1º Álcool 70% 2º Hipoclorito 1%	Fricção	Aptº: Após Uso Enfermaria: desinfecção terminal	luva
Alfândegas/copa: Piso, alfândegas e máquinas	1º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Diário	

DESINFECÇÃO	QUANDO	COM O QUÊ	COMO
Lavagem simples das mãos	Ao entrar e sair da Unidade, antes e após contato com o paciente.	Sabão líquido	Água, sabão, papel toalha
Anti-sepsia das mãos e pele	Antes da troca de curativos, aspiração de secreções, cuidados com catéteres venosos ou vesicais e após o contato com paciente infectado ou material contaminado.	Clorhexidina ou PVPI degermanate e/ou solução alcólica. Tempo: 30 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar as mãos com solução, enxaguar, secar com papel toalha, friccionar as mãos com a solução, deixar secar não adicionar água.
Anti-sepsia da pele do paciente	Antes de punções e incisões.	Solução alcólica 70% ou álcool iodado. Tempo: 30 segundos.	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar o local várias vezes com algodão ou gaze, sempre no mesmo sentido, o contato simples da solução não é suficiente.
Belhos	Quando o paciente recebe alta.	usar fenol sintético 5%, hipoclorito de sódio direto no local.	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar o desinfetante sobre a matéria orgânica por 30", lavar, lavar, lavar e secar. Trocar os lençóis a cada paciente e conforme o estado
Alcôos e áreas de troca e superfícies.	Diariamente	Álcool 70% Fenol sintético 5%	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar álcool 70% por 30", deixar secar.
Hamper	Diariamente e sempre que houver contaminação com matéria orgânica.	Hipoclorito de sódio a 1% ou Álcool 70%	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar por 30", deixar secar.
Capas (plumas, lençóis, etc)	Quando molhadas com fezes, urina, sangue, vômitos, etc. deverão ser colocadas em sacos plásticos. Quando secas e sujas desprezar diretamente no hamper.	Sacos de plástico no Hamper. HAMPER	<ul style="list-style-type: none"> Acondicionar as plumas e sacos com matéria orgânica em sacos de lixo. Deixar direto no hamper

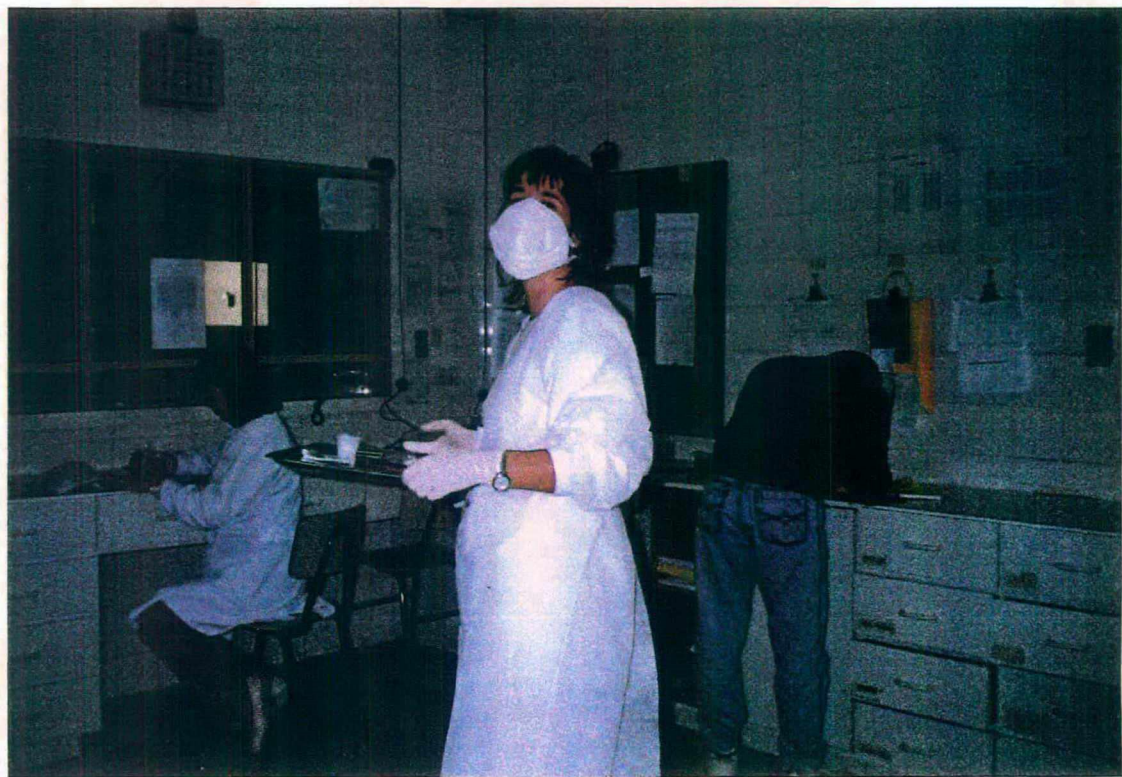
DESINFECÇÃO/DECONTAMINAÇÃO

SUPERFÍCIES	PRODUTO	MÉTODO	FREQUÊNCIA	E. P.
Lavanderia: Área - paredes, pi- - maquinas:	1º Hipoclorito 0,02%	Fricção	diário	Luvas e
Lavanderia: Área limpa/Calandra/ passadeira/Cen- trífuga/Secadora	1º Hipoclorito 0,02% 1º Hipoclorito 0,02% Fenol Sintético	Fricção Fricção Fricção	Diário Semanal Semanal	luvas e luvas luvas
Refrigerador	1º Álcool 70% 2º Bicabornato Sódico	Fricção	Semanal/ Quinzenal	luvas
Chuveiro	Hipoclorito 1%	Fricção	semanal	luvas e
Câmara frigorífi- ca (parede, prate- leira, balcão de carnes e alimentos)	1º Álcool 70% 2º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Quinzenal	luvas
Laboratório: Piso de e mesa	Hipoclorito 1%	Fricção	Após uso	luvas
Câmara fria do Ne- croterio: parede piso	1º Fenol sintético 2º Hipoclorito 1%	Fricção	Após uso	luvas

Observações:

1. Todo material, equipamento, piso, parede etc. que apresentar material orgânico (sangue, secreção, etc) deve ser colocado hipoclorito 1% 30 minutos e após, recolher com papel e/ou pano, para depois realizar a limpeza (processamento);
2. Todo material, piso, equipamento, que for usado fenol sintético, deve ser enxaguado e limpo com água após o tempo de ação.
Fenol Sintético: 10 minutos para superfícies / 30 minutos para artigos;
3. Fricção mecânica com esponja, escova, vassoura, etc;

RAIOS	1º Hipoclorito 1% 30' 2º Fenol sintético 5% 10'	Fricção p' lavar	Diário	luvas
Expurgo, despeço, lixo, depósito de roupa suja	1º Hipoclorito 1% 30' 2º Fenol sintético 5% 10'	Fricção p' lavar	Diário	luvas
Banheiros	1º Hipoclorito 1%	Fricção	Diário e após contaminação	luvas
Banheiras	1º Hipoclorito 1%	Fricção	Diário	luvas
Alcôves do Posto de Farmagem	1º Alcool 70% 2º Alcool Iodado	Fricção	Diário	
Besa, criado mudo	1º Fenol sintético 5%	Fricção	Diário e após contaminação	luvas
Colchão	1º Alcool 70% 2º Hipoclorito 1% 3º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso e/ou após contaminação	luvas
Isos (colocar hipoclorito apenas no local que caiu secreção excreta, exudato (mano))	1º Hipoclorito 1% 30'	Recolher o produto com papel ou pano após o tempo de ação	Após contaminação	luvas
Camas e macas	1º Alcool 70% 2º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso	luvas
Carrão de Rodas	1º Alcool 70% 2º Fenol sintético 5%	Fricção	Após uso	luvas
Cebedouros	1º Alcool 70% 2º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Semanal	luvas
Coneteiras de vidro	1º Alcool 70% 2º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Quando reabastecer o frasco	luvas
Uredes	1º Alcool 70% 2º Hipoclorito 1%	Fricção	Após uso em Enfermaria de infeção terminal	luvas
Zinha/ccpa: Piso, Jedis e máquinas	1º Hipoclorito 0,02%	Fricção	Diário	



ANEXO 07

PLANO DE VISITA DOMICILIAR

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Nome:
- N. prontuário SUS: N. visita:
- Sexo: Idade: Profissão:
- Endereço completo:

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CLIENTE/FAMÍLIA:

.....
.....
.....

3. OBJETIVOS DA VISITA:

- Geral:
- Específicos:
 -
 -
 -

4. ATIVIDADES PREVISTAS (sequência):

.....
.....
.....

5. MATERIAL PREVISTO:

.....
.....

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR:

- S:

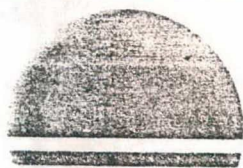
- O:

- A:

- P:

ANEXO 08





AÇÃO GLOBAL



**PASSARELA DO SAMBA NEGRO QUERIDO (ATERRO DA BAÍA SUL)
15 DE JUNHO DE 1996 - SÁBADO - 8 ÀS 17H
PROMOVENDO A CIDADANIA ATRAVÉS DA SOLIDARIEDADE
OS SERVIÇOS QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR:**

LAZER

- ♦ Rua de lazer com recreação.
- ♦ Atividades esportivas.
- ♦ Atividades artísticas e culturais.
- ♦ Oficina de artes.

DOCUMENTAÇÃO

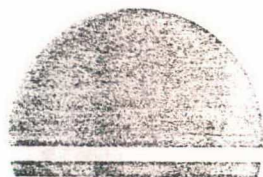
- ♦ **Emissão de 1ª e 2ª via de CPF**(250 atendimentos)
 - Trazer (para 1ª via): Carteira de Identidade e Título de Eleitor.
 - Trazer (para 2ª via): número do CPF, Carteira de Identidade e Título de Eleitor.
- ♦ **Registro de nascimento**(70 atendimentos)
 - Trazer: declaração de nascido vivo, Carteira de Saúde e Certidão de Casamento ou Carteira de Identidade dos pais.
- ♦ **Emissão de 1ª via de Carteira de Identidade**(450 atendimentos)
 - Para maiores de 14 anos.
 - Trazer: 2 fotos 3 X 4 e Certidão original de Nascimento ou Casamento, ou cópia autenticada.
- ♦ **Emissão de Carteira de Trabalho**(600 atendimentos)
 - Trazer: 2 fotos 3 X 4, Certidão de Nascimento ou Casamento, Carteira de Identidade e cartão do PIS.
- ♦ **Cadastramento da contribuição do INSS**.....(250 atendimentos)
 - Trazer: CPF, Carteira de Identidade, Título de Eleitor, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento e carnê de contribuições do INSS.
- ♦ **Orientações sobre urna eletrônica/Entrega de Títulos de Eleitor.**
- ♦ **Pedidos de aposentadoria, pensões e demais benefícios.**
 - Trazer: CPF, Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho, relação dos 36 últimos salários e/ou carnê de contribuição para autônomos.
- ♦ **Inscrição de contribuinte individual no INSS.**
 - Trazer: CPF, Carteira de Identidade, comprovação de endereço e comprovação da atividade exercida.
- ♦ **Emissão de extratos de FGTS/PIS.**
 - Trazer: Carteira de Trabalho e cartão do PIS ou extrato de conta antiga.
- ♦ **Solicitação de saque do FGTS.**
 - Trazer: termo de rescisão de contrato de trabalho.
- ♦ **Solicitação de Seguro-Desemprego.**
 - Trazer: termo de rescisão de contrato de trabalho, Carteira de Trabalho, cartão do PIS e APA (Autorização de Pagamento Conta Ativa/FGTS) autenticada.

UTILIDADE PÚBLICA

- ♦ **Corte de cabelo**(1.100 atendimentos)
- ♦ **Distribuição de mudas de árvores**(2.500 unidades)
- ♦ **Vacinação anti-rábica**(3.000 atendimentos)
- ♦ **Orientações sobre:**
 - Consciência ambiental;
 - Contas, tarifas e uso do telefone;
 - Hortas e pomares;
 - Trânsito;
 - Faturas e consumo de energia elétrica;
 - Tratamento de água;
 - Limpeza de caixa d'água;
 - Assistência jurídica: Direito Penal/Direito da Família;
 - Cursos profissionalizantes;
 - Direitos da mulher/criança/adolescente.

SAÚDE

- ♦ **Atendimento médico**(150 consultas)
- ♦ **Atendimento odontológico**(600 atendimentos)
- ♦ **Aplicação tópica de flúor**(1.000 aplicações)
- ♦ **Teste do pezinho**(100 atendimentos)
- ♦ **Exames preventivos de câncer ginecológico/mama** ..(120 atendimentos)
- ♦ **Teste de glicemia**(400 atendimentos)
- ♦ **Tipagem sanguínea com fator RH**(400 atendimentos)
- ♦ **Teste de glaucoma**(500 atendimentos)
- ♦ **Vacinação Anti-Pólio.**
- ♦ **Verificação de pressão arterial.**
- ♦ **Cadastramento de doadores de córnea.**
- ♦ **Avaliação motora em crianças/Avaliação postural.**
- ♦ **Programa de prevenção de reabilitação cardiovascular.**
- ♦ **Orientações sobre:**
 - Amamentação e cuidados pré e pós-parto;
 - Busca e salvamento;
 - Doação de sangue;
 - DST/AIDS;
 - Hanseníase, tuberculose, osteoporose e diabetes;
 - Higiene e alvará sanitário;
 - Planejamento familiar e primeiros socorros;
 - Plantas tóxicas/Agrotóxicos/Animais peçonhentos;
 - Prevenção de câncer;
 - Prevenção de deficiência mental;
 - Prevenção e combate a incêndios;
 - Primeiros socorros em intoxicação;
 - Saúde na terceira idade;
 - Saúde para crianças e adolescentes.

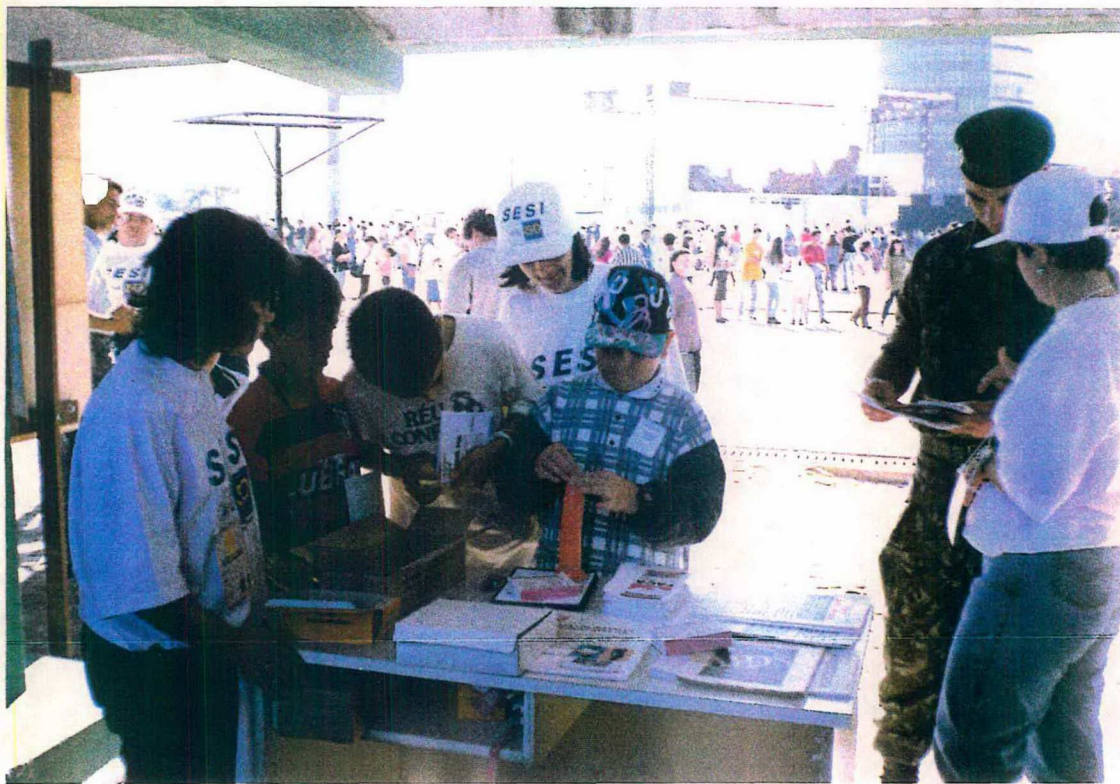


AÇÃO GLOBAL



ENTIDADES PARTICIPANTES

- Prefeitura Municipal de Florianópolis
- Secretaria Municipal da Saúde - PMF
- Secretaria de Turismo - PMF
- Núcleo de Transportes - PMF
- ACAP - Associação Catarinense de Artistas Plásticos
- AEMFLO - Assoc. Empresarial Metropolitana de Florianópolis
- APAE de Florianópolis
- Câmara Municipal de Florianópolis
- Cartório de Registro Civil do Estreito
- Cartório do 4º Sub-distrito - Trindade
- CASAN - Cia. Catarinense de Águas e Saneamento
- CEDCA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
- CEF - Caixa Econômica Federal
- CELESC - Centrais Elétricas de Santa Catarina
- CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas
- CIDASC - Cia. Integrada de Desenvolvimento Agrícola de SC
- CIT/SC - Centro de Informações Toxicológicas
- COMCAP - Cia. de Melhoramentos da Capital
- Corpo de Bombeiros de Santa Catarina
- Cruz Vermelha Brasileira - SC
- DETRAN - Escola de Trânsito
- DRT - Delegacia Regional do Trabalho - SC
- ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
- ELETROSUL - Centrais Elétricas do Sul do Brasil
- EPAGRI - Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural
- ETF - Escola Técnica Federal de SC
- FAÇA - Fundação Açoriana para o Controle da AIDS
- FATMA - Fundação do Meio Ambiente
- Federação das Bandeirantes do Brasil
- FIESC - Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina
- Fundação Viva a Vida
- GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
- HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de SC
- Hospital da Guarnição de Florianópolis
- Hospital Infantil Joana de Gusmão
- Hospital Regional de São José
- HU - Hospital Universitário
- INSS - Superintendência de SC
- Instituto de Identificação da Secretaria de Segurança Pública
- Juizado Formal de Pequenas Causas
- Laboratório Scaff Ltda.
- Polícia Militar de Santa Catarina
- PRR - Policlínica Referência Regional
- RBS TV
- Rede Feminina de Combate ao Câncer
- Salão Escola Elegance
- SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
- SESC - Serviço Social do Comércio
- SESI - Serviço Social da Indústria
- SETUF - Sind. Emp. Transp. Urbano de Passageiros da Grande Florianópolis
- 63º Batalhão de Infantaria - Exército
- 6ª Delegacia de Polícia da Capital
- SINE - Sistema Nacional de Emprego/SC
- Sociedade Catarinense de Pediatria
- TELESC - Telecomunicações de Santa Catarina
- TRE - Tribunal Regional Eleitoral
- UDESC - Centro de Educação Física e Desportos
- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Sanitária



ANEXO 10

Use seringa individual descartável, ou esterilizada

EVITE AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS



PROTEJA A VIDA

USE Camisinha

EVITE AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS



BULA

COMO USAR CORRETAMENTE A CAMISINHA

- 
 - Coloque sempre a camisinha antes do início da relação sexual.
 - Coloque a camisinha quando o pênis estiver duro.
- 
 - Não deixe a camisinha apertada na ponta do pênis. Deixe um espaço vazio (2 cm) na ponta da camisinha; ele vai servir de depósito para o esperma.
- 
 - Aperte o bico da camisinha até sair todo o ar. Cuidado para não apertar com muita força, para não estragar a camisinha.
 - Encaixe a camisinha na ponta do pênis, sem deixar o ar entrar. Vá desenrolando até que ele fique todo coberto. Se ela não ficar bem
- 
 - encaixada na ponta ou se ficar ar dentro, a camisinha pode rasgar.
 - Se a camisinha romper durante a relação, retire o pênis imediatamente e coloque uma nova.
- 
 - Depois de gozar, retire o pênis quando ainda estiver duro. Quando o pênis começa a amolecer, a camisinha fica frouxa, permitindo que o esperma escape pela parte de cima.
- 
 - Retire a camisinha com cuidado: não deixe que ela escorregue, nem que o líquido seja derramado.
 - Depois de retirada a camisinha, embrulhe em papel higiênico e jogue no lixo.

Atenção:

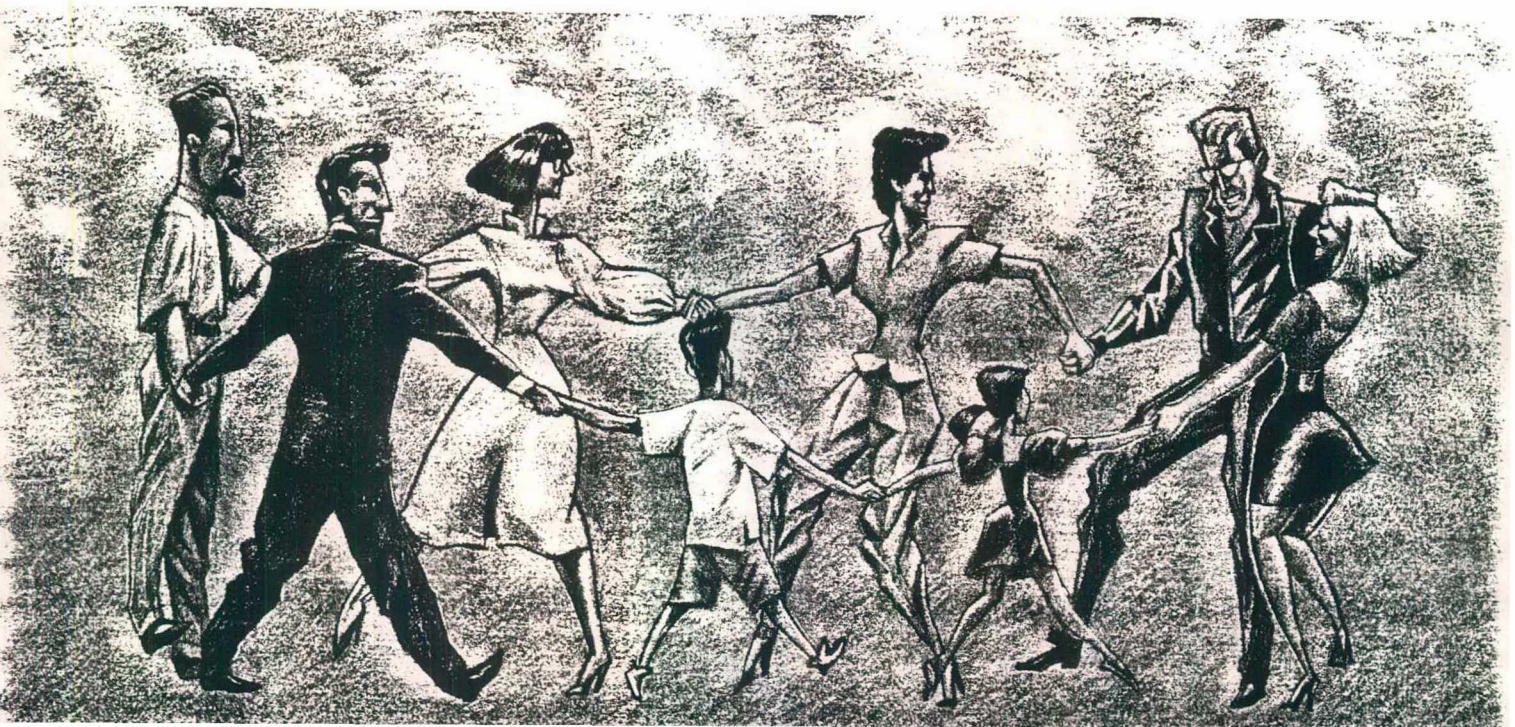
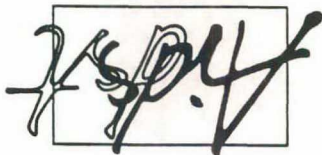
- Não se deve passar nada na camisinha. Se quiser que ela fique mais lisa na penetração, use as já lubrificadas. Em último caso, use apenas lubrificantes feitos à base de água.
- Use camisinha nova cada vez que tiver relação.
- Guarde as camisinhas novas em lugar fresco e seco.
- As camisinhas que estiverem pegajosas, ressecadas ou estragadas não devem ser usadas.
- Lave os órgãos genitais com água e sabão após cada relação sexual.

Ministério da Saúde
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

FALTA DE SOLIDARIEDADE.
PRECISAMOS ACABAR COM ESSE
SINTOMA DA AIDS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS



Sobre AIDS, todo mundo já ouviu falar. É uma doença que foi descoberta recentemente (o HIV, vírus da AIDS, foi isolado pela primeira vez em 1983) e que já se espalhou pelo mundo inteiro, atingindo milhões de pessoas, entre homens, mulheres e crianças. A AIDS ainda não tem cura, mas pode ser prevenida. Para as pessoas que se contaminaram pelo HIV ou estão doentes, o tratamento precoce e adequado e a solidariedade podem melhorar em muito a sua qualidade de vida. A AIDS se transmite da mãe infectada para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação, pelo sangue contaminado, ou nas relações sexuais sem camisinha. Portanto, como a AIDS também se transmite através do sexo, ela é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST).

E O QUE É DST?

DST é o que você talvez conheça como "doença venérea" ou "doença da vida". As mais conhecidas, além da AIDS, são: gonorréia (esquentamento ou corrimento com pus), sífilis, cancro mole, condiloma acuminado (crista de galo), herpes genital e os corrimentos genitais. O que provavelmente você não sabe é que a presença de uma DST pode aumentar em até 18 vezes as chances de se pegar o HIV. As formas de se evitar as DST são as mesmas usadas para se prevenir da infecção pelo HIV por via sexual. Se você quiser ter relações sexuais, não deixe de usar camisinha. A camisinha só pode ser dispensada se a parceria for única e nem você nem seu(sua) parceiro(a) tiver se exposto a situações de risco.

QUANDO DESCONFIAR QUE SE ESTÁ COM UMA DST?

A presença de corrimento pela uretra, nos homens; de corrimento pela vagina, nas mulheres; ou a existência de pequenas feridas, verrugas, ou pontos

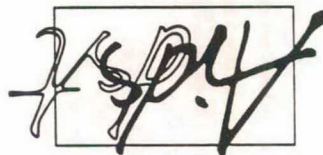
pele nos dois sexos, na maioria das vezes é o sinal de que se pode estar com uma DST. Se você está com algum (ou alguns) desses sintomas, a primeira coisa a fazer é procurar um serviço de saúde. Só um médico saberá dizer se você está realmente com uma DST e que tratamento seria o mais adequado ao seu caso. As DST, exceto a AIDS, quando tratadas corretamente, têm cura. Nunca tome remédios por conta própria e não procure diretamente a farmácia. Uma DST não tratada, ou tratada de forma errada, pode trazer sérias complicações. A mulher grávida com sífilis pode perder o bebê ou ele pode nascer com problemas graves. Da mesma forma, a gonorréia nas mulheres grávidas, se não tratada corretamente, pode ser transmitida ao bebê no momento do nascimento, tendo como consequência a cegueira do bebê.

CONTAR PARA ALGUÉM?

Mesmo que você seja tratado(a) corretamente, só isso não basta. Os parceiros sexuais também devem receber tratamento, uma vez que eles podem estar contaminados. É claro que contar para o parceiro ou parceira nem sempre é fácil. A gente pode sentir insegurança, vergonha ou medo da reação do outro. Mas é importante que toda pessoa com quem você transa ou transou seja tratada. Além de evitar se reinfectar, você estará quebrando a cadeia de transmissão da doença, ou seja, interrompendo aquele processo em que um passa para outros, que passam para outros mais, numa rede sem fim, onde todos saem prejudicados. Prevenir-se das DST ou buscar tratamento, quando necessário, são atos de amor a si próprio. Comunicar aos parceiros sexuais sobre a doença é uma ato de coragem e responsabilidade. Em outras palavras, "quebrar a cadeia de transmissão de doença" quer dizer deixar de ligar as pessoas pela

1º DE DEZEMBRO. DIA MUNDIAL
DE LUTA CONTRA A AIDS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS



NO ANO 2000 O MUNDO TERÁ 24 MILHÕES DE PESSOAS COM AIDS.
VAI SER DIFÍCIL IGNORAR TANTA GENTE.

Primeiro de dezembro é o Dia Mundial de Luta contra a AIDS. No mundo todo, ele tem como objetivo conscientizar as pessoas sobre a AIDS e mobilizá-las para as ações de combate à infecção pelo HIV (o vírus da AIDS).

Desde 1988, a cada ano é escolhido um tema para o qual são direcionados os esforços de reflexão e ação em favor da solidariedade, da dignidade e do respeito aos infectados e doentes com AIDS, do estímulo à adoção de formas mais humanas de acompanhamento, tratamento, e de práticas de sexo mais seguro. Este ano o tema é "AIDS e família".

E O QUE A AIDS TEM A VER COM A FAMÍLIA ?

Por família entende-se não apenas relacionamentos de sangue, parceria sexual ou adoção. Família é um grupo muito mais amplo, cujos laços são baseados em sentimentos de confiança, apoio mútuo e destino compartilhado.

Com o crescimento e o avanço da epidemia no Brasil e no mundo, num futuro próximo, todo e qualquer agrupamento familiar poderá ter entre os seus uma pessoa com HIV ou AIDS. Saber como se proteger do vírus e como cuidar, dar carinho e apoio àqueles que estão doentes com AIDS é o nosso grande desafio.

COMO SE TRANSMITE A AIDS ?

A AIDS tem três formas de transmissão. A principal delas é através da relação sexual com pessoa infectada pelo HIV. Uma outra forma de transmissão se dá pelo sangue, através do uso compartilhado de seringas e agulhas ou através da transfusão de sangue. Como o HIV não escolhe esta ou aquela pessoa, nem este ou aquele grupo de pessoas, nem mesmo as crianças estão livres da infecção.

As mães infectadas podem transmitir o vírus da AIDS aos seus filhos, durante a gravidez, no parto ou através do aleitamento materno.

COMO SE PREVINE A AIDS ?

Existem várias formas de você se prevenir da infecção por via sexual. Você pode dizer não às relações sexuais

se você ainda não se sentir psicologicamente preparado ou optar por simplesmente não tê-las. Você pode também manter relações sexuais com parceiro único, contanto que nenhum dos dois tenha se exposto a situações de risco. Caso você não se sinta seguro(a) quanto a isso, use camisinha. Se você ou alguém da sua família precisar receber transfusão de sangue, exija que este tenha sido testado. Só utilize seringas individuais descartáveis ou esterilizadas. Essas mesmas recomendações servem para o uso de instrumentos perfuro-cortantes (que entram em contato com o sangue) como o alicate de unha, a gilete, a navalha, agulhas de acupuntura, aparelhos de tatuagem etc. A mulher infectada ou doente com AIDS deve evitar a gravidez e a amamentação.

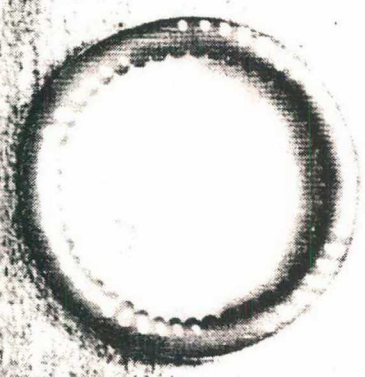
É SÓ DO VÍRUS QUE DEVEMOS NOS PREVENIR ?

Até agora falamos da prevenção do HIV. No entanto, sabe-se que o apoio familiar contribui, e muito, para a garantia de boas condições psicológicas das pessoas infectadas pelo vírus. A família também desempenha um papel decisivo na sobrevivência e na qualidade de vida dos doentes com AIDS. Portanto, é no grupo familiar, quando estamos entre as pessoas de quem gostamos e com as quais mantemos laços afetivos fortes, que temos a oportunidade de praticar o diálogo, o respeito, a compreensão e a solidariedade. Cada pessoa deve prevenir-se e ajudar a proteger seus familiares da infecção pelo HIV. Essa é uma responsabilidade que deve ser compartilhada por todos.

O DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS

é o momento para a reflexão e mobilização para a ação. Prevenir a indiferença, a discriminação e a solidão é o que nós devemos fazer dentro de nossas famílias, para nos tornar uma grande família de pessoas envolvidas na luta contra a AIDS.

Quilombo para
seguro contra
seguros?



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O que é Aids?

A Aids é uma doença infecciosa muito grave. O seu nome é uma sigla que vem do inglês e quer dizer: síndrome de imunodeficiência adquirida. A doença destrói os mecanismos de defesa natural do corpo contra muitas infecções causadas por bactérias, fungos e vírus. A doença é causada por um vírus chamado de imunodeficiência humana (ou HIV) que é encontrado basicamente no sangue, no esperma e na secreção vaginal.

Como se pega Aids?

Pode-se pegar Aids através de relações sexuais, se um dos parceiros estiver contaminado. Também se pode pegar a doença através do sangue. Por exemplo, se você usa a mesma agulha ou seringa usada por outra pessoa contaminada pelo vírus. Ou ainda se você recebe uma transfusão de sangue que não tenha sido testado para saber se está contaminado pelo vírus.

Quem pode pegar Aids?

Qualquer pessoa pode pegar Aids. Até hoje, em muitos países da Europa e das Américas, a doença é mais comum em homens que transam com outros homens, ou em homens que transam tanto com outros homens quanto com mulheres. Outros pegaram a doença partilhando seringas para uso de drogas injetáveis. Muitos pegaram a doença recebendo sangue transfundido. Cresce em todo o mundo o número de casos de homens que só transam com mulheres e o número de casos de mulheres que receberam a doença de parceiros contaminados. Muitos bebês, filhos de mães infectadas, estão nascendo com a doença. Em muitos países, como na África ou no Caribe, a Aids já atinge o mesmo número de mulheres do que de homens. Em muitos portos as prostitutas e as garotas de programa já estão infectadas com o vírus.

Como não se pega Aids?

A Aids é menos contagiosa do que a gripe ou o resfriado. O vírus só entra no corpo através de um contato sexual íntimo ou através da mistura de sangue.

Uma pessoa contaminada pelo vírus pode não ter nenhum sintoma durante anos. Mas, mesmo assim, pode transmitir o vírus para outra pessoa. Uma parte das pessoas que estão contaminadas pelo vírus ficam doentes.

O vírus da Aids não se transmite através de contatos diários, na convivência do dia-a-dia com o portador do vírus ou com o doente. Você não precisa ter medo. Você deve saber que:

- você não pega a doença vivendo junto de um infectado ou de um doente;
- você não pega Aids usando piscinas, saunas, indo a bares ou restaurantes, salas de ginásticas, ou qualquer lugar público;
- você não pega Aids usando a mesma pia, o mesmo banheiro, a mesma privada, a mesma cama de um infectado ou de um doente;
- você não pega Aids comendo a comida preparada por alguém doente, nem se partilhar copos, talheres e pratos com essa pessoa;
- a Aids não se transmite por picadas de insetos;
- a Aids não se transmite através de espirros ou de tosse;
- você não pega Aids se apertar as mãos de um doente; a Aids não se transmite através de abraços, carinhos ou beijos;
- você não pega Aids se ajudar uma pessoa com Aids.

Como você pode evitar a Aids?

É possível continuar fazendo amor, sem perigo de pegar Aids. Em primeiro lugar, em todas as suas relações sexuais tenha bastante precaução. Isto quer dizer:

- Use corretamente a camisinha toda vez que transar, e durante todo o tempo da relação. Evite sempre o contato com esperma.

Não se esqueça: em qualquer transa, que não seja com a pessoa com quem você transa regularmente, use sempre a camisinha. Leve sempre consigo algumas, para qualquer eventualidade. E use-as!

- Procure evitar todo tipo de transa que possa provocar algum arranhado, qualquer machucado ou sangramento.
- Evite sempre que possível receber transfusão de sangue, ou injeções ou tratamentos em serviços de saúde em países que não tenham um bom controle

sanitário.

- Evite ser tatuado se não tiver certeza da higiene do tatuador.
- Nunca partilhe agulhas ou seringas.

A Aids tem cura?

Até o momento não há cura para a Aids. Ainda não existe nenhuma vacina contra a doença. Vai demorar ainda algum tempo para aparecer uma vacina ou uma cura definitiva.

Há, entretanto, tratamentos para as doenças que atingem as pessoas com Aids. Como se trata de uma doença muito grave, que muitas vezes é mortal, os doentes necessitam de grande apoio e solidariedade. É preciso saber evitar o medo, o pânico e os preconceitos. Amizade, carinho e solidariedade são grandes armas que temos para combater a Aids.

Estar bem informado é essencial. Informe-se e informe seus amigos e familiares. Combata a ignorância. Auxilie na luta contra o pânico e os preconceitos. Valorize sempre a vida.

Vamos juntos aprender que o porto seguro contra a Aids é a solidariedade.

■ Assessoria: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids — ABIA — Tel.: (021) 286-4241

■ Fica autorizada a reprodução deste folheto, desde que citadas as fontes e que a iniciativa não tenha fins lucrativos.

SANTA CATARINA



FAÇA
FUNDAÇÃO AÇORIANA
PARA O CONTROLE DA AIDS

Conheça a AIDS
antes que ela
conheça você.

UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL
LEI Nº 8.842 - 06/11/92

Colaboração:



SINDICATO DAS ESCOLAS PARTICULARES
Por novos tempos livres da AIDS.



FAÇA
FUNDAÇÃO AÇORIANA
PARA O CONTROLE DA AIDS

Fundação Açoriana para o Controle da AIDS - FAÇA
R. Ferreira Lima, 82 - Cx. Postal 5001 CEP 88015-420
Fpolis. - SC - Fone: (048)224.0134 - Fax: (048)223.6075

■ A AIDS HOJE

A AIDS se constitui num dos maiores desafios da saúde pública neste final de século. Milhares de pessoas no mundo já foram atingidas pela doença e reflete um sério problema social, cultural, ético, ideológico e econômico.

Em Santa Catarina, o contingente de portadores do vírus HIV e doentes de AIDS têm aumentado assustadoramente. As mulheres e crianças são vítimas cada vez mais frequentes.

É urgente uma reunião de esforços para tentar diminuir a epidemia.

■ O OBJETIVO DA FAÇA

A FAÇA tem por objetivo promover o desenvolvimento de atividades científicas e sociais, visando a prevenção e o combate à SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - SIDA/AIDS.

■ FAÇAMOS JUNTOS

- ESTUDOS
- PESQUISAS
- PROJETOS SÓCIO-POLÍTICOS
- PROJETOS SÓCIO-ECONÔMICOS
- PROMOÇÃO DE CURSOS, ENCONTROS
- TRABALHOS EDUCATIVOS PARA A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CONVIVÊNCIA.

■ AIDS - EVITE

ASSIM PEGA

- NAS RELAÇÕES SEXUAIS (VAGINAL, ORAL E ANAL) SEM CAMISINHA;
- NO USO COMUM DE SERINGAS E AGULHAS;
- NAS TRANSFUÇÕES DE SANGUE E SEUS COMPLEMENTOS CONTAMINADOS;
- DE MÃE CONTAMINADA PELO HIV, PARA FILHOS, ANTES, DURANTE E APÓS O PARTO.

ASSIM NÃO PEGA

- NUM APERTO DE MÃO OU ABRAÇO;
- USANDO OS MESMOS UTENSÍLIOS (PRATOS, COPOS E TALHERES).
- SENTANDO NA MESMA CADEIRA;
- MORANDO NA MESMA CASA;
- TRABALHANDO.

Conviver com pessoas portadoras do HIV/AIDS não oferece nenhum risco à sua saúde.

◆ Respeitar essas pessoas é uma atitude inteligente. O contrário demonstra insensibilidade e ignorância.

◆ Trate as pessoas soropositivas com carinho, compreensão e respeito.

◆ Diga não à discriminação e ao preconceito.

◆ Procure obter informações sobre AIDS. Com isso você estará protegendo a si próprio e aos que estão a sua volta.

Este programa é uma iniciativa da **FAÇA - Fundação Açoriana Para o Controle da AIDS**, Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos.

A FAÇA oferece os seguintes serviços:

- Assessoria Jurídica
- Grupo de Psicoterapia de Apoio e Esclarecimento
- Grupo FAÇA ESTUDOS
- Grupo de Auto-Ajuda
- Videoteca
- Biblioteca

Este Folder foi financiado pelo PN DST / AIDS / MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fontes: ABIA - Pela Vida/RJ- Nelson Solano
Tiragem: 10.000 exemplares

AIDS

e

QUALIDADE

de

VIDA

no

trabalho

número de pessoas portadoras de HIV/AIDS tem crescido assustadoramente, e a maioria dos atingidos estão justamente na faixa etária em que o ser humano mais produz: entre os 18 a 45 anos. Por esse e outros motivos é que, além de ser um problema de toda a sociedade, a AIDS é também um desafio para as empresas. Pensando nisso a FAÇA desenvolveu o programa

um projeto que visa desenvolver junto às empresas políticas de prevenção à AIDS, minimizar os custos sócio-econômicos acarretados pela epidemia, bem como desenvolver mecanismos para a não discriminação das pessoas portadoras do HIV/AIDS.

MUNDO:

Atualmente estima-se que existem 25 milhões de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS

São cerca de 1 milhão de novos casos por ano.

Quase 90% dos casos notificados/acumulados foram via relação sexual, sendo que 15% estão entre homossexuais. Esta realidade vem se modificando, no ano 2000, 90% das infecções estarão entre os heterossexuais.

Na África existem regiões onde a AIDS já está comprometendo 30% da força de trabalho.

BRASIL:

Até junho de 95 existiam aproximadamente 98 mil casos de AIDS no Brasil. São cerca de 1500 novos casos por mes.

Estima-se que há em torno de 4 a 5 milhões de pessoas portadoras do HIV; seremos cerca de 10 milhões até o ano 2000.

O custo direto paciente de AIDS/ano é da ordem de US\$ 15.670.

O número de crianças portadoras do HIV/AIDS tem crescido bastante em função do número de mulheres infectadas pelo vírus.

Em consequência da AIDS a incidência de casos de tuberculose tem aumentado consideravelmente, provocando, frequentes afastamentos do trabalho

Objetos de escritório

- ◆ Ferramentas e máquinas
- ◆ Telefone
- ◆ Assentos, bancos, cadeiras.
- ◆ Vasos sanitários e chuveiros.
- ◆ Piscinas
- ◆ Saunas
- ◆ Comidas
- ◆ Copos, pratos e talheres
- ◆ Roupas
- ◆ Beijos, carícias e abraços.
- ◆ Tosse, espirro, suor, lágrima e saliva
- ◆ Tocando em alguém com HIV/AIDS
- ◆ Doação de sangue
- ◆ Picadas de inseto