

PATRÍCIA BRILL LOPES
PATRÍCIA CONSUELO MÜLLER
SILVIA LETÍCIA DE LIMA PEREIRA
ULISES PRIETO Y SCHWARTZMAN

**ESTABELECENDO
COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL
COM CLIENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0319

Título: Estabelecendo comunicação
interpessoal com clientes em cuidados



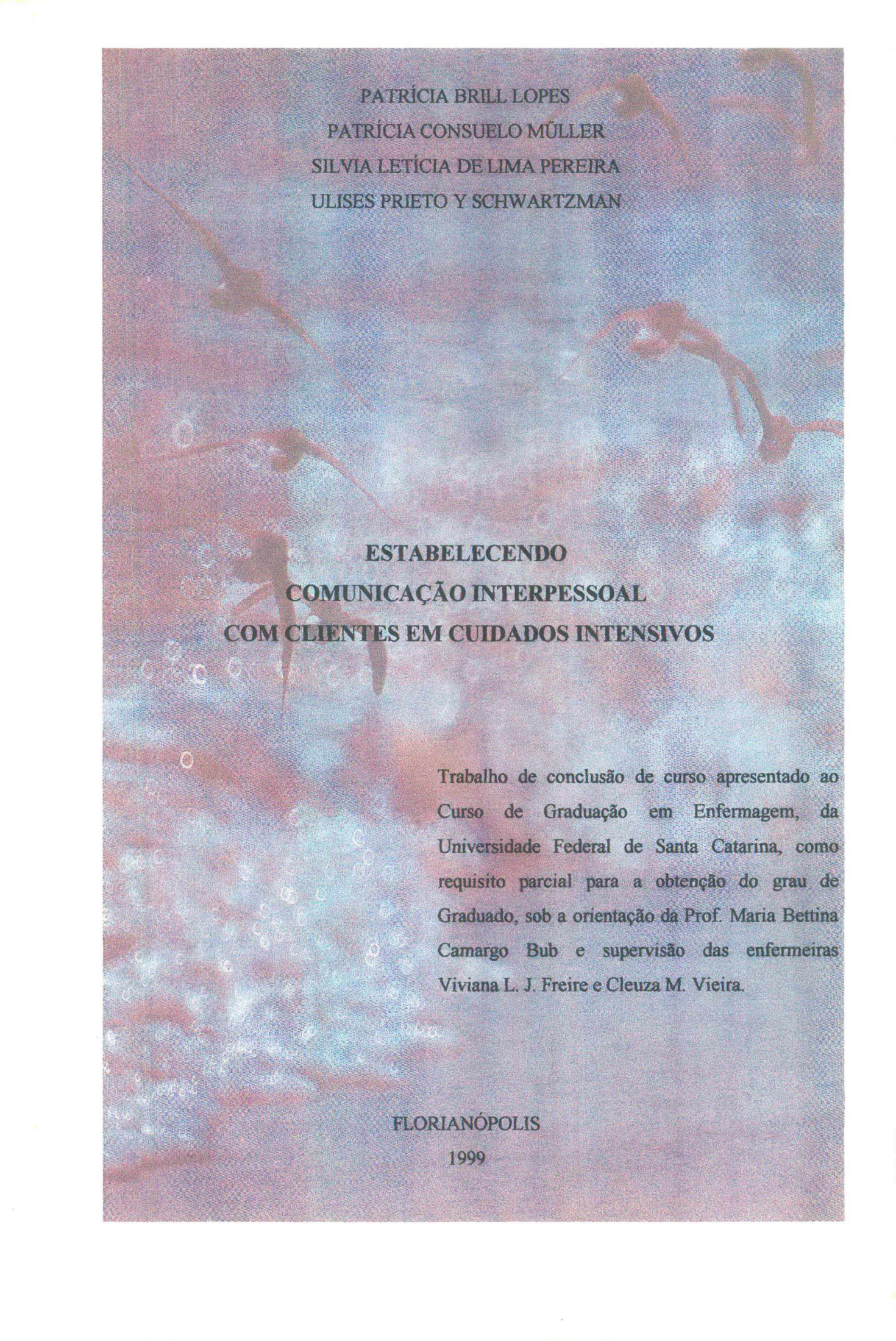
972491596 Ac. 241529

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0319
Ex.1

FLORIANÓPOLIS

1999




PATRÍCIA BRILL LOPES
PATRÍCIA CONSUELO MÜLLER
SILVIA LETÍCIA DE LIMA PEREIRA
ULISES PRIETO Y SCHWARTZMAN

**ESTABELECENDO
COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL
COM CLIENTES EM CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Graduado, sob a orientação da Prof. Maria Bettina Camargo Bub e supervisão das enfermeiras Viviana L. J. Freire e Cleuza M. Vieira.

FLORIANÓPOLIS

1999



Ao tio Zé, nosso agradecimento, por ter sido a inspiração inicial deste trabalho.

AGRADECEMOS

Ao senhor Deus, pela porção de nossa herança e do nosso cálice, tu és o arrimo da nossa sorte (Salmo 16:5).

Aos nossos pais e irmãos, pelo apoio, ajuda e proteção a nós dedicados.

Aos namorados, Geraldo, Igor, Daniel e Andrea, pelo amor, compreensão e disponibilidade.

À nossa orientadora, professora Maria Bettina Camargo Bub, pelo incentivo, ensino e amizade.

Ao professor Tony, pela contribuição e conhecimento a nós dispensados.

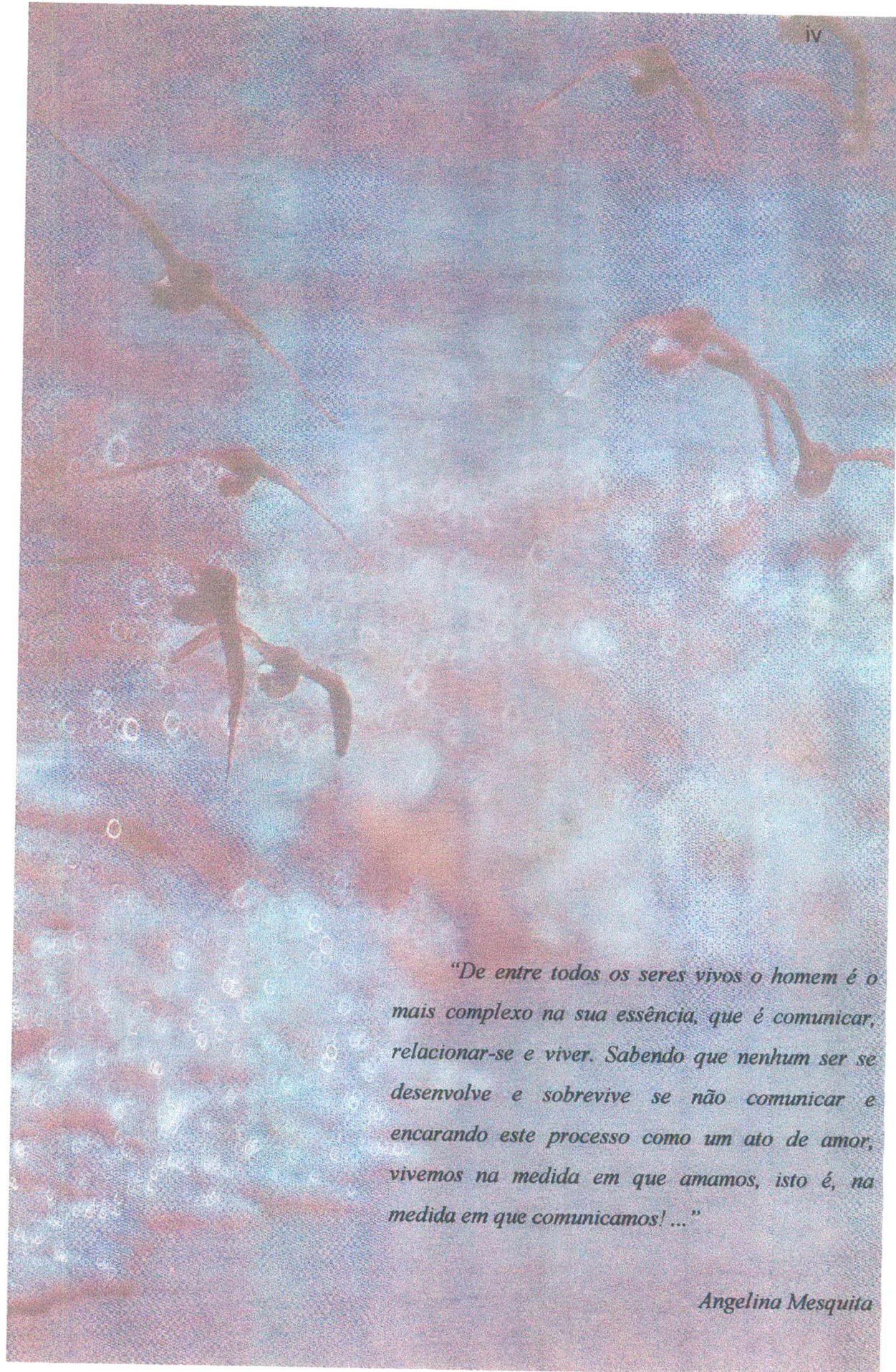
Às nossas supervisoras, enfermeiras Viviana L. J. Freire e Cleuza M. Vieira, pelo auxílio e companheirismo.

Aos clientes e seus familiares, que apesar de sua dor e sofrimento, aceitaram compartilhar conosco desta experiência.

À equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário - UFSC, pelo convívio.

Aos amigos que compartilharam desta experiência conosco.

À todas as pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a nossa formação.



“De entre todos os seres vivos o homem é o mais complexo na sua essência, que é comunicar, relacionar-se e viver. Sabendo que nenhum ser se desenvolve e sobrevive se não comunicar e encarando este processo como um ato de amor, vivemos na medida em que amamos, isto é, na medida em que comunicamos! ...”

Angelina Mesquita

RESUMO

Os autores relatam e analisam, a elaboração e implementação de um projeto assistencial, visando estabelecer comunicação interpessoal com clientes em terapia intensiva, baseado nos princípios da ética biomédica. Este projeto foi aplicado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 03 de maio à 07 de julho de 1999. Adaptaram para a Unidade de Terapia Intensiva, os conceitos de ser humano (indivíduo, familiares, equipe de enfermagem), necessidades humanas básicas, saúde, enfermagem, enfermeiro, problema de enfermagem e cuidado de enfermagem da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta e acresceram os conceitos de ambiente de Nordenfelt (1993) e comunicação de Taylor (1992). Os objetivos propostos foram: estabelecer comunicação interpessoal com o cliente em terapia intensiva e seus familiares, baseada nos princípios da ética biomédica; conhecer os componentes administrativos da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário; prestar assistência de enfermagem ao cliente grave em terapia intensiva utilizando o processo de enfermagem; e, desenvolver e aprimorar habilidades técnicas de enfermagem no cuidado ao cliente em terapia intensiva. O modelo do processo de enfermagem constava das etapas: histórico, diagnósticos, intervenções e avaliação de enfermagem, adaptado do modelo proposto por Benedet & Bub (1998). Na etapa de diagnóstico foi utilizada a classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Envolveram no estudo, quinze clientes, dos quais descrevem o processo assistencial realizado com cinco deles, destacando os aspectos vinculados com a comunicação.

ABSTRACT

The authors relate and analyse the development of an assisting process based on the concepts of biomedical ethics and aimed to establish communication between the staff, clients and clients' relatives from the intensive care unit at the University Hospital in Florianópolis. This process took place from May 3rd to July 7th, 1999. The concepts of Human being (individual, family, nursing and staff), basic human needs, health, nursing, nurse, nursing problems and nursing care were adapted from the Human Basic Needs (NHB) from Wanda de Aguiar Horta, and two other concepts were added: the environment concept from Nordenfelt (1993) and communication from Taylor (1992). The objectives suggested were: to establish communication between the staff, clients and clients' relatives based on the concepts of biomedical ethics; to know the administrative components of the University Hospital (HU); to give nursing assistance to the critical care client using nursing procedures; to develop and deepen nursing techniques on taking care of critical care clients. The nursing process model consisted of four stages: historic, diagnosis, interventions and nursing evaluation. It was adapted from the model suggested by Benedet & Bub (1998). At the diagnosis stage it was used a diagnosis classification from North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Fifteen clients were involved but just five of them were described and analyzed in this process, emphasizing communication aspects.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo final	9
2.2 Objetivos operacionais e estratégias	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Conceitos.....	15
3.2 Processo de enfermagem.....	19
4 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL.....	25
4.1. O hospital	25
4.2 A unidade de terapia intensiva	25
4.2.1 Componentes administrativos.....	26
4.2.1.1 Política assistencial.....	26
4.2.1.2 Recursos materiais	29
4.2.1.3 Recursos humanos	31
4.2.2 Aspectos epidemiológicos	33
5 A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR	36
6 PROCESSO ASSISTENCIAL	44
6.1 Período de adaptação.....	44
6.2 Operacionalização do processo de enfermagem.....	44
7 AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL.....	70
7.1 Realidade versus proposta.....	70
7.2 Clientes e familiares	71
7.3 Equipe de saúde.....	73
7.4 Processadores da experiência	74
8 BIBLIOGRAFIAS CITADAS E REFERENCIADAS	76
9 ANEXOS.....	79
10 PARECER DA ORIENTADORA.....	218

1 INTRODUÇÃO

Implementamos nosso projeto assistencial na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU - UFSC), por termos ouvido a experiência que um dos membros do grupo vivenciou, junto com seus familiares, durante a internação de um parente próximo, que permaneceu onze dias numa UTI. Com esta internação, além de problemas enfrentados, como medo, angústia e ansiedade, a família destacou como alguns dos principais, a falta de informação sobre o familiar internado e o pouco contato que tiveram com ele, onde, a comunicação não era efetiva devido a impossibilidade do cliente expressar-se verbalmente e da dificuldade que tiveram para interpretar suas expressões corporais. Isto foi confirmado quando a família descobriu que os gestos que o seu familiar fazia com as mãos, durante a sua internação, não significava que ele queria que desligassem os aparelhos a ele conectados, mas sim a vontade que ele tinha de que permanecessem mais tempo com ele.

Outros motivos que nos levaram a esta escolha, foi porque desenvolvemos uma afinidade por esta área durante o curso e porque pensávamos aprimorar nossas habilidades técnicas e adquirirmos novos conhecimentos relacionados a ela.

Surgiu, assim, a idéia de realizarmos um trabalho que pudesse contribuir na melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao cliente internado na UTI e seus familiares. Imaginamos que isso ocorreria quando compreendêssemos, identificássemos e procurássemos satisfazer as necessidades reais e particulares de cada cliente, as quais são expressas através da comunicação, maneira pela qual o (a) cliente demonstra o que pensa, sente e quer da assistência que está recebendo.

Para descobrirmos quais as Necessidades Humanas Básicas (NHBs) que estão afetadas no (a) cliente, precisamos daquilo que consideramos ser essencial: a comunicação, que também é uma NHB e o caminho que leva o (a) enfermeiro (a), junto com os demais membros da equipe, a diagnosticar, planejar e implementar uma assistência adequada a cada cliente, ou seja, uma assistência que atenda aos problemas sentidos pelo (a) cliente, com base no seu ponto de vista, e não no nosso próprio esquema de valores.

Mas o que fazer quando o (a) cliente estiver com a necessidade de comunicação afetada?

Comunicação prejudicada pode ser definida como o estado no qual o indivíduo apresenta, ou está em alto risco de apresentar, uma diminuição da capacidade de enviar ou receber mensagens, isto é, tem dificuldades em trocar pensamentos, idéias e desejos.

Na UTI, a dificuldade de comunicação com o (a) cliente pode estar aumentada, devido aos equipamentos complexos utilizados nos (as) clientes e do estado em que estes se encontram, como por exemplo: traqueostomizados (as), entubados (as), sedados (as), sonolentos (as), deprimidos (as), apáticos (as), confusos (as), inconscientes, entre outros.

A seguir, abordaremos alguns aspectos da comunicação interpessoal na tentativa de clarificarmos e de ressaltarmos a sua importância nas relações entre os profissionais da área da saúde e no atendimento aos clientes.

O que é comunicação?

A comunicação pode ser definida como o processo de transmitir e receber mensagens. É um processo dinâmico que torna possível o relacionamento entre o enfermeiro (a) e o (a) cliente, exigindo adaptações contínuas por aqueles envolvidos no processo, tornando-se efetiva quando transmite mensagens pretendidas de uma forma clara e acurada (Taylor, 1992).

A comunicação interpessoal é o intercâmbio recíproco de informações, idéias, crenças, sentimentos, emoções, atitudes e expressões de necessidades entre duas pessoas ou grupo. A comunicação entre o (a) cliente e enfermeiro (a) é chamada de terapêutica, isto é, a comunicação planejada e deliberada que a enfermagem utiliza a fim de ajudar a identificar e atender as necessidades de assistência à saúde do (a) cliente.

De maneira geral, as funções da comunicação podem ser consideradas como de investigação, informação, persuasão e entretenimento. A investigação é a procura de dados sobre o (a) cliente, assistência e serviços para a prestação desta. A informação consiste no envio de mensagens ao receptor de acordo com a necessidade deste ou do emissor. A persuasão, motiva o receptor a adotar comportamento sobre o qual ele ou ela não havia pensado anteriormente. Finalmente, a função do entretenimento, é um misto de persuasão e informação, em geral para aliviar a ansiedade, divertir e criar clima favorável à interação entre o emissor e o receptor da mensagem (Ceccio, 1982).

Cinco elementos constituem o processo de comunicação, que são: a realidade ou situação, os interlocutores, a mensagem, os signos e os meios.

A **realidade ou situação** é o contexto no qual está ocorrendo a interação. A comunicação só pode ser examinada no contexto em que ocorre porque a sua significação está diretamente vinculada a este.

Para Dal Sasso (1994, p.4), “*o ambiente da UTI é assustador para os clientes, os quais sofrem uma ruptura de sua independência e autonomia, bem como do seu ritmo biológico, produzindo distúrbios tais como perceptual, comportamento confuso e experiências negativas*”.

Confirmamos isto, no relato do familiar de um dos membros do grupo, que ficou internado na UTI, e disse: “*Nesse momento nada faz falta, a gente não sente vontade de nada. A pessoa nessa hora nem pensa em ficar bom, só quer morrer, descansar. O cansaço é tanto, o estresse é tanto que a gente prefere morrer do que passar mais um pouco de trabalho para se recuperar*”(J. S. C., 1999).

Os **interlocutores** são os receptores e emissores que recebem, processam e transmitem informações. Para que a comunicação ocorra, a unidade ou sistema que produz e recebe deve ser funcional, ou seja, “estar em bom funcionamento”. Devemos considerar aspectos fisiológicos, psicológicos e de contexto (ambientais), pois o ser humano percebe a mensagem comunicada inicialmente através de três sentidos: visão, audição e tato (Silva, 1996).

As **mensagens** são informações ou emoções que queremos transmitir, e que sofrem influência do estado físico e emocional dos interlocutores no momento de sua emissão.

Os **signos** são estímulos que transmitem uma mensagem por meio de sinais ou símbolos utilizados na emissão desta e devem ter o mesmo significado para as pessoas que os utilizam.

Os **meios** são as formas que utilizamos para transmitir a informação como: gestos, expressões faciais, objetos, adornos, palavras escritas e faladas, entre outros.

Existem várias classificações para a comunicação, dentre elas, escolhemos a mais clássica, que divide a comunicação em verbal e não-verbal.

A comunicação verbal é aquela associada a linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar.

É impossível o envio de mensagens de forma verbal sem a utilização da não-verbal. Portanto, não existe comunicação verbal sozinha, as mensagens transmitidas nas relações interpessoais são sempre uma interação entre a comunicação verbal e não-verbal.

A comunicação não-verbal inclui todas as formas de comunicação que não envolvem as palavras faladas e escritas, apesar de não termos controle consciente sobre ela, esta se manifesta continuamente.

O fato é que possuímos um mecanismo batizado com o nome de Sistema Nervoso Central e outros, denominados de periférico e autônomo, responsáveis diretamente pela linguagem corporal que possuímos, e que refletem, independente da nossa vontade, os nossos estados de prazer e desprazer (Morgan, 1989).

“Todo o comportamento, numa situação interacional é comunicação. E a comunicação é também necessidade, pois por mais que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível não comunicar” (Watzlawick, 1987, p.45).

O estudo do não-verbal auxilia o profissional de saúde a perceber com maior precisão os sentimentos do (a) cliente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização (Silva, 1996).

Estudando sobre comunicação não-verbal encontramos que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidas por sinais paralingüísticos e 55% pelos sinais do corpo (Silva, 1996).

Muitas vezes, é por meio da comunicação não-verbal que podemos identificar se o (a) cliente está com dor, medo, irritado (a), ansioso (a) ou preocupado (a). Estas informações podem ser obtidas através de gestos, posturas, expressões faciais, orientação do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

A comunicação não-verbal pode ser classificada em:

a) **Paralinguagem ou paraverbal**: que é expressa, por exemplo, pelo tom de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, entre outros.

b) **Fisiológica**: refere-se a manifestação externa das diferentes partes do nosso corpo, como palidez, sudorese, alteração na temperatura corporal, rubor, tremores e lacrimejamento.

c) **Cinésica**: é a linguagem do corpo, seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios da cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais.

Estes gestos humanos podem ser classificados em cinco categorias, propostas por Ekman, Friesen, apud Silva (1996): 1) emblemáticos, são gestos culturais aprendidos e admitem transposição oral direta; 2) reguladores, sugerem ao emissor que continue, repita,

elabore, dando oportunidade para o outro de falar; 3) ilustradores, aprendidos por imitações, acompanham a fala; 4) adaptadores, são partes do nosso corpo que usamos para compensar sentimentos como ansiedade, tensão e insegurança; e, 5) manifestações afetivas, configurações faciais que assinalam estados afetivos, conscientes ou não.

d) **Proxêmica**: é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação.

e) **Características físicas**: são a própria forma e a aparência de um corpo, transmitem informações sobre faixa etária, sexo, origem étnica e social.

f) **Fatores do meio ambiente**: são a disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho.

g) **Tacêsica**: é tudo que envolve a comunicação tátil, pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores, espaço pessoal, a cultura dos comunicadores e as expectativas de relacionamento.

Existem três tipos de toques na área da saúde; o toque instrumental, que constitui o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica; o toque expressivo ou afetivo, contato relativamente espontâneo e afetivo; e o toque terapêutico, este termo passou a ser usado para designar a imposição de mãos.

O verbal e o visível, o que o homem diz e como ele mexe o seu corpo, são apenas duas das formas mais óbvias de comunicação. O ser humano também se comunica pelo tato, olfato e, em algumas ocasiões, até pelo paladar. Estes sentidos podem ser parte importante na mensagem global, embora muito pouco se saiba a respeito deles. De fato, somos relutantes em cheirar uns aos outros, e praticamente suprimimos o olfato como sentido. Uma pessoa pode fechar os olhos, pode se recusar a tocar as coisas ou a comer, mas será difícil deixar de ouvir um barulho e impossível bloquear o olfato. Explica-se isto pelo fato de que os centros olfativos são antigos e mais primitivos do que os centros visuais (Davis, 1973).

Temos então, uma grande oportunidade de prestar mais atenção e desenvolver nossas habilidades também em relação ao olfato, sendo a UTI um local rico em cheiros característicos, identificáveis ou não, responsáveis muitas vezes pelo diagnóstico de doenças e pela prestação de determinados cuidados com o (a) cliente, como: banho, higiene oral, entre outros.

Quando um cliente é internado na UTI, seu convívio familiar é abalado, causando mudanças na sua estrutura social, financeira e emocional. Estas mudanças afetam as

NHBs, tanto do (a) cliente quanto de seus familiares. Portanto, para que a assistência seja de forma globalizada, é preciso uma comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares. A comunicação, verbal e/ou não verbal, entre a equipe de enfermagem e os familiares tem função humanística social, transmite segurança e confiança no atendimento.

Santos (1979) reforça este aspecto afirmando que a participação da equipe junto aos familiares é, entre outras, de favorecer que os membros da família mantenham contato com a realidade em que o (a) cliente se encontra.

Millar, apud Curry (1989), estudou o apoio prestado aos familiares de doentes na Unidade de Cuidados Intensivos no Serviço Nacional de Saúde, a análise dos resultados lhe permitiu fazer uma lista das necessidades da família por ordem de importância. Nesta lista a necessidade de reduzir a ansiedade foi a mais citada e a necessidade de informação ficou em segundo lugar.

Estes fatos confirmam a importância de trabalharmos com a comunicação interpessoal, não apenas com o (a) cliente, mais também com a família e equipe de saúde.

Constatamos, também, que a utilização dos gestos emblemáticos (que tem significados técnicos), restritos aos profissionais da área da saúde, dificultam a compreensão dos familiares.

Acreditamos ser fundamental o conhecimento dos mecanismos de comunicação pelos profissionais de saúde, pois desta forma é possível melhorar a qualidade da comunicação e conseqüentemente da assistência ao cliente, além de contribuírem para melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe (Stefanelli, 1996).

Estar atento e interagir com outras pessoas pode melhorar nossa comunicação, promovendo assim, um salto qualitativo nas relações pessoais (Dobbro, 1998).

Consideramos também primordial, o desenvolvimento de uma percepção acurada para os profissionais de saúde, através do uso efetivo dos sentidos, pois isto melhora a interação com o (a) cliente, facilitando a avaliação das NHBs afetadas, uma vez que a comunicação interpessoal permeia toda e qualquer atividade humana.

A subjetividade é uma das características que determinam o conteúdo da consciência para a qual devemos ter nossa atenção constantemente voltada nas relações interpessoais. Uma vez que ninguém tem como aprender a realidade do outro totalmente, a percepção consciente nos processos de comunicação se apresenta como facilitador da relação interpessoal aumentando a possibilidade de resoluções dos problemas.

Pensamos que somente melhorando nossa comunicação interpessoal terapêutica é que teremos qualidade na assistência de enfermagem, qualidade que para nós, não é apenas termos responsabilidade de cuidar e resgatar o saudável do indivíduo, mas também de fazê-lo mais autônomo e feliz.

A perda da autonomia, conquistada desde a infância, faz com que o (a) cliente de UTI regrida e volte toda sua atenção para coisas que, até então, passavam despercebidas no seu dia-a-dia.

Evidenciamos isto no relato de J. S. C. (1999):

“Eles pensam que o doente não ouve. É enganoso achar que o paciente da UTI não ouve nada, tá morrendo, pois é ali a hora que ele grava e nunca mais esquece. Porque é a hora que ele tá fechado, não tem rádio, TV, barulho de carro, nada. Ele não participa da coisa em si, mas participa. Eu não esqueci de nada!”

Para garantir e viabilizar que a autonomia do (a) cliente seja respeitada, bem como os seus direitos de cidadão (direito à privacidade, à informação e à reclamação), desenvolvemos nosso trabalho baseado nos princípios da ética biomédica, sendo que estes podem orientar as nossas decisões e ações de enfermagem, já que o objetivo da ética é examinar responsabilidades e obrigações proporcionando ponderação nas tomadas de decisão dos profissionais.

A “tétrade dos princípios” é considerada, por muitos autores, como uma contribuição ética adequada para trabalhar os nossos conflitos morais. Descreveremos estes princípios numa seqüência que indique uma ordem de prioridade e importância.

Beneficência: entende-se como a obrigação de ajudar os outros, sempre a favor de seus interesses. No caso do profissional de saúde refere-se ao empenho com que ele deve tratar o (a) cliente, restaurar sua saúde e devolvê-lo em ótimo estado, sempre que isso for possível. Este princípio deve ser diferenciado do paternalismo ou da caridade, que não são deveres em sentido restrito, pois não implicam uma obrigação como profissionais nem geram direitos correlativos ao cliente (Caponi & Bub, 1996).

Não-maleficência: rege a ética hipocrática (“*primo nom nocere*”) e implica o dever de se abster de fazer qualquer mal para os (as) clientes. Este princípio não só se refere à obrigação que os profissionais da saúde têm de não prejudicar intencionalmente aos cli-

entes, mas também ao fato de que eles devem evitar qualquer situação que possa significar um risco desnecessário para os mesmos (Caponi & Bub, 1996).

Autonomia: implica o respeito à autodeterminação da pessoa, isto é, ao sujeito considerado com ser racional e livre, implica um dever de não interferência e de não limitar decisões autônomas. É um princípio que se opõe a uma longa tradição paternalista que não atende para o direito que o cliente tem de participar nas decisões sobre sua saúde. Todo o indivíduo tem o direito básico de ser tratado como pessoa autônoma capaz de tomar decisões baseadas em motivos próprios (Caponi & Bub, 1996).

Justiça: refere-se a distribuição adequada de deveres e de benefícios sociais. No âmbito da saúde implica o direito de todos a receber cuidados de saúde quando for necessário, tendo sempre as mesmas oportunidades para gozar desses benefícios como qualquer outra pessoa (Caponi & Bub, 1996).

O código de ética do profissional de enfermagem reúne normas, princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta do profissional, levando em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem a população. Os interesses do profissional e de sua organização está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível a toda população.

O (a) enfermeiro (a) precisa seguir alguns deveres que subsidiem as resoluções de seus conflitos como descreve o COFEN, citado em Noronha (1985, p. 350):

“cap. II, são deveres do enfermeiro: art. 8^o - IV – respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato que voluntariamente se atente contra ela ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano. V – respeitar os valores culturais e as crenças religiosas do cliente. VII – respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente. VIII – respeitar o direito do cliente de decidir sobre a sua pessoa e seu cuidado”.

Conforme o exposto acima, nos questionávamos: Que técnicas poderiam ser implementadas para melhorarmos a assistência ao cliente com comunicação verbal prejudicada? Como poderíamos prestar assistência de enfermagem respeitando a autonomia do (a) cliente? Como estabeleceríamos um processo de enfermagem que suprisse as necessidades de comunicação do (a) cliente?

2 OBJETIVOS

Para fins didáticos, iremos relatar os objetivos junto as estratégias e avaliação.

2.1 Objetivo final

Prestar assistência de enfermagem ao cliente em terapia intensiva, estabelecendo comunicação interpessoal baseada nos princípios da ética biomédica.

2.2 Objetivos operacionais e estratégias

1 Estabelecer comunicação interpessoal com o cliente em terapia intensiva e seus familiares com base nos princípios da ética biomédica.

• Estratégias

- 1.1 Manter uma relação dialógica¹ com o cliente e família, durante todo o processo de assistência;
- 1.2 Identificar os possíveis fatores predisponentes aos déficits de comunicação e a forma como eles se manifestam;²
- 1.3 Falar claro, com tom de voz normal, utilizando frases curtas, e olhando diretamente para o (a) cliente;
- 1.4 Repetir, depois reformular o pensamento se a pessoa não parece compreender o significado completo;

¹ Relação ou racionalidade dialógica, baseada no diálogo e na argumentação. Parte do pressuposto que todos são iguais enquanto seres humanos, portanto seres racionais com capacidade de entendimento. Não admite manipulações.

² Referimo-nos aos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de “Comunicação alterada” previstas na Classificação Diagnóstica da NANDA

- 1.5 Ter paciência com os (as) clientes que tem dificuldade para comunicarem-se.
- 1.6 Fornecer tempo suficiente para o (a) cliente se expressar, principalmente quando ele ou ela falar lentamente, sem interrompê-lo;
- 1.7 Incentivar o (a) cliente a verbalizar suas necessidades;
- 1.8 Estimular o (a) cliente a verbalizar sentimentos sobre a situação saúde (doença, traumatismo) e/ou ambiente;
- 1.9 Reformular a mensagem do (a) cliente em tom claro para assegurar o sentido desejado por ele ou ela;
- 1.10 Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação;
- 1.11 Procurar tocar o (a) cliente durante a comunicação;
- 1.12 Observar expressão facial e os movimentos corporais, respostas visíveis a qualquer tentativa de estabelecer comunicação;
- 1.13 Encorajar a pessoa a apontar, usar gestos e pantomina;
- 1.14 Observar alterações do comportamento, agitação, ansiedade, alterações da frequência cardíaca e outras durante o estabelecimento da comunicação;
- 1.15 Avaliar o estado mental, observando manifestações de privação sensorial;
- 1.16 Abordar a pessoa pelo lado em que a audição é melhor;
- 1.17 Adiar a conversa quando o (a) cliente estiver cansado;
- 1.18 Visitar o leito do (a) cliente frequentemente, com o objetivo de manter a comunicação;
- 1.19 Fornecer “*feedback*” positivo verbal e não verbal frequente sobre sua evolução;
- 1.20 Quando necessário, utilizar métodos alternativos de comunicação como:
 - 1.20.1 Oferecer papel e caneta solicitando que o cliente escreva a mensagem ou desenhe uma figura;
 - 1.20.2 Utilizar figuras e palavras significando as frases usadas com maior frequência;
- 1.21 Evitar comentários impróprios frente ao cliente independente do nível de consciência;
- 1.22 Propiciar um ambiente agradável e calmo que facilite a comunicação;
- 1.23 Planejar os cuidados de enfermagem de forma a não interferir com as visitas;
- 1.24 Ajudar a planejar a visitação pela família, permitindo flexibilidade dos horários e rotinas;
- 1.25 Permanecer com o (a) cliente durante os procedimentos, oferecendo apoio e tranquilização;
- 1.26 Dar autonomia ao cliente para tomar decisões sobre os cuidados;

- 1.27 Realizar cuidados de enfermagem respeitando autonomia do (a) cliente (principalmente ações de auto-cuidado, como consultá-lo sempre sobre a melhor maneira de higienizá-lo, forma de pentear o cabelo, de alimentá-lo);
- 1.28 Respeitar a privacidade do (a) cliente;
- 1.29 Realizar ações que somente beneficiarão o (a) cliente;
- 1.30 Manter o cliente e a família informada sobre o estado do mesmo e sanar suas dúvidas sempre que possível;
- 1.31 Escutar a família em momentos difíceis e de ansiedade;
- 1.32 Elaborar um *folder* contendo orientações sobre normas e rotinas, horários de visitas etc.
- 1.33 Estimular a família ou pessoas próximas a conversarem com o (a) cliente sobre assuntos leves e agradáveis, tocando-o sempre que tiverem vontade;
- 1.34 Auxiliar o (a) cliente a orientar-se no tempo e no espaço;
- 1.35 Empreender esforços para manter relógio e calendário a vista do (a) cliente, caso contrário orientá-lo sempre que necessário sobre tempo e espaço.

- **Avaliação**

O objetivo será alcançado quando os acadêmicos conseguirem estabelecer comunicação interpessoal efetiva com o (a) cliente, respeitando os princípios da ética biomédica.

2 Conhecer os componentes administrativos da unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário.

- **Estratégias**

- 2.1 Apresentar os objetivos do estágio para a equipe de enfermagem da unidade;
- 2.2 Observar a distribuição da equipe por turno de trabalho;
- 2.3 Realizar um estudo exploratório acerca do número de clientes internados, as causas da internação, tempo de internação e as condições de saída, seja por alta, transferência ou óbito, utilizando como fonte de dados o “Registro de pacientes de 1999”, segundo variáveis sexo e idade.
- 2.4 Verificar os equipamentos e materiais disponíveis na unidade;

- 2.5 Observar como é realizado o processo de desinfecção dos materiais na unidade;
- 2.6 Conhecer os procedimentos de admissão e alta;
- 2.7 Conhecer a posição da enfermagem no organograma da instituição e unidade;
- 2.8 Conhecer as características dos recursos humanos (número, formação, distribuição das funções);
- 2.9 Conhecer as normas e rotinas da unidade;
- 2.10 Acompanhar o (a) enfermeiro (a) na elaboração da escala mensal de serviço;
- 2.11 Participar, se possível, de reuniões com a equipe de enfermagem;
- 2.12 Supervisionar a equipe na prestação de cuidados aos clientes;
- 2.13 Trabalhar em conjunto com a equipe na prestação dos cuidados de enfermagem aos clientes.

- **Avaliação**

O objetivo será considerado alcançado se os acadêmicos, ao finalizarem o estágio, descreverem e analisarem os componentes administrativos da UTI do HU - UFSC.

3 Prestar assistência de enfermagem ao cliente grave em terapia intensiva, utilizando o processo de enfermagem baseado na teoria das NHB e classificação diagnóstica da NANDA.

- **Estratégias**

- 3.1 Elaborar um roteiro para coleta de dados para realização do histórico de enfermagem;
- 3.2 Realizar o histórico de enfermagem;
- 3.3 Observar e realizar exame físico diariamente;
- 3.4 Realizar diagnósticos de enfermagem, observando as necessidades humanas básicas afetadas;
- 3.5 Registrar os diagnósticos de enfermagem (DE) vinculando, cada um deles, aos “fatores relacionados” e “características definidoras”;
- 3.6 Elaborar e implementar intervenções de enfermagem;
- 3.7 Avaliar os resultados da assistência e avaliação do (a) cliente.

- **Avaliação**

O objetivo será alcançado se o grupo de acadêmicos conseguirem identificar as necessidades humanas básicas afetadas no (a) cliente, planejarem e prestarem assistência de enfermagem de acordo com a metodologia proposta.

4 Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas específicas e gerais de enfermagem no cuidado ao cliente em terapia intensiva.

- **Estratégias**

4.1 Executar técnicas gerais de enfermagem pertinentes ao cuidado do (a) cliente em terapia intensiva;

4.2 Executar técnicas específicas do (a) enfermeiro (a) de UTI, como: histórico, diagnósticos, intervenções e avaliação do (a) cliente, avaliar condição neurológica e nível de sedação dos (as) clientes utilizando a escala de coma de Glasgow e de Ramsay respectivamente (ANEXO 1), realizar avaliação respiratória, cuidados com prótese respiratória, determinar valores hemodinâmicos, instalar e controlar pressão venosa central (PVC) e pressão arterial média (PAM), controlar a monitorização cardíaca, entre outras.

- **Avaliação**

O objetivo será alcançado se os acadêmicos conseguirem desenvolver e aprimorar habilidades técnicas específicas e gerais de enfermagem no cuidado ao cliente em terapia intensiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As teorias de enfermagem e os marcos conceituais são importantes guias para a prática. As teorias são mais específicas e concretas, e os marcos conceituais, por sua vez, são altamente abstratos, constituem uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação (Felisbino, 1990; Neves Arruda e Gonçalves, 1984).

Na prática assistencial, os marcos conceituais atuam como balizas teóricas que orientam o que é importante observar, relacionar e planejar.

Nas situações de interação com o (a) cliente, as teorias funcionam como guias específicos para levantar dados, diagnosticar, executar as ações de assistência e avaliá-las (Souza, 1984). Assim, teorias constituem uma forma sistematizada de olhar para o mundo, para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. As teorias são baseadas em suposições e formadas por conceitos, definições, modelos e proposições (George, 1993).

Os conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades, acontecimentos, significados e constituem os elementos básicos de uma teoria. Eles traduzem, em idéias e definições, as impressões que recebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente (George, 1993).

Nosso marco conceitual foi inspirado na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta. Entretanto, algumas inclusões se fizeram necessárias como ocorreu com o conceito de ambiente e comunicação, os quais foram adaptados de Nordenfelt e Taylor, respectivamente. Optamos pela teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta por dois motivos. Primeiro, porque tem sido a mais utilizada durante a graduação no HU - USFC e, em segundo, porque esta nos fornece uma visão mais holística do (a) cliente, visualizando-o (a) como um ser bio-psico-sócio-espiritual.

Wanda de Aguiar Horta, idealista, cientista e pioneira na enfermagem brasileira, foi professora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) durante 20 anos. Em 1963 introduziu na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, o plano de cuidados. Em 1970, publicou na Revista Brasileira de Enfermagem o artigo "Contribuições para a teoria sobre a enfermagem". Criou a revista "Enfermagem em Novas Dimensões". Em 1979 teve sua última publicação, o livro "Processo de Enfermagem", que contém a teoria

das “Necessidades Humanas Básicas” e sua operacionalização (processo de enfermagem). Em 1982, faleceu após vários anos de sofrimento, com uma doença que a impediu de aperfeiçoar seu trabalho nos últimos anos de vida. Sua obra é considerada um marco na enfermagem brasileira, e vem sendo utilizada até os dias de hoje.

Em 1968, desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos dos problemas de enfermagem com intuito de introduzir a técnica de observação sistematizada na prática. Após isto a mesma desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Foi pioneira 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.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) se apóia em leis gerais que regem os fenômenos universais, como a lei do equilíbrio, a lei da adaptação e a lei do holismo. Foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, e adotou a classificação das necessidades humanas básicas de João Mohana.

3.1 Conceitos

O quadro abaixo, visa facilitar o entendimento e a comparação dos conceitos apresentados pela teorista e os adaptados pelos acadêmicos, para serem utilizados no trabalho na UTI. Salientamos que todos os conceitos são importantes, independente da ordem de apresentação.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE WANDA A HORTA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL PARA UTI
<p align="center">1 SER HUMANO / INDIVÍDUO</p> <p>“É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia; esta dinâmica provoca mudanças que o levam a estado de equilíbrio e desequilíbrio. 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 o seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p.28).</p>	<p align="center">1 SER HUMANO / INDIVÍDUO</p> <p>O indivíduo (cliente) em terapia intensiva, é um ser único, indivisível, com características, crenças e valores próprios, tem capacidade de reflexão e possui direitos e deveres adquiridos na qualidade de cidadão.</p> <p>Como parte integrante do meio ambiente está sujeito à estados de equilíbrios e desequilíbrios. Estes últimos geram necessidades, que quando afetam os sistemas vitais, podem levar o (a) cliente a ser internado (a) na unidade de terapia intensiva. Nestas unidades encontram recursos materiais e humanos necessários para a satisfação de suas necessidades humanas básicas afetadas.</p>
<p align="center">2 SER HUMANO / FAMILIARES</p> <p>“É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que os levam a estados de equilíbrio e desequilíbrios. Por suas características são também agentes de mudanças no universo dinâmico, os desequilíbrios geram necessidades que precisam ser atendidas para manterem seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p.28).</p>	<p align="center">2 SER HUMANO / FAMILIARES</p> <p>Os familiares do (a) cliente em estado grave, em terapia intensiva, estão unidos por laços consanguíneos, afetivos, de interesse e/ ou afinidade, formando uma unidade biológica, cultural, social e espiritual influenciados por uma cultura e nível sócio-econômico.</p> <p>Quando um de seus membros é internado em UTI, este fato interfere na sua vivência, abalando sua estrutura. Nestas circunstâncias, seu familiar torna-se dependente de fatores fora de seu alcance. Este fato, faz com que a família sintam-se impotente frente à situação crítica apresentada.</p> <p>Os fatores que mais contribuem para este tipo de sentimento, são a restrição do contato com o familiar internado e a dificuldade de obterem informações adequadas sobre o mesmo.</p> <p>Tudo isto nos leva a crer que as famílias de indivíduos gravemente doentes têm necessidades e experimentam dificuldades relacionadas diretamente com a UTI.</p> <p>Por pretendermos seguir o conceito de assistência globalizada ao cliente é que não podemos separar as necessidades do (a) cliente das de sua família.</p>
<p align="center">3 SER HUMANO / EQUIPE DE ENFERMAGEM</p> <p>“É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia, esta dinâmica provoca mudanças que os levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Por suas características são também agentes de mudanças no universo dinâmico, os desequilíbrios geram necessidades que precisam ser atendidas para manterem seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p.28).</p>	<p align="center">3 SER HUMANO / EQUIPE DE ENFERMAGEM</p> <p>São seres humanos capacitados para promover a recuperação das necessidades humanas básicas afetadas nos (as) clientes em terapia intensiva. Estão em constante interação com o ambiente estressor da unidade, o que pode afetar as necessidades psicobiológicas (sono e repouso, fadiga, alteração na nutrição, eliminação, etc), psicossociais (ansiedade, desgaste emocional, etc.) e psicoespirituais (angústia espiritual), que precisam de atendimento para restaurarem o equilíbrio.</p>

DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE WANDA A HORTA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL PARA UTI
<p>4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p> <p>“São estados de tensão conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (Horta, 1979, p.39).</p>	<p>4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p> <p>As necessidades humanas básicas são universais, podem estar latentes, ser consciente ou inconsciente, verbalizada ou não (ANEXO 2).</p> <p>São estados de tensão que o (a) cliente em terapia intensiva e seus familiares enfrentam em decorrência dos desequilíbrios dos fenômenos ou sistemas vitais.</p> <p>A família manifesta maior número de necessidades afetadas no nível psicossocial seguido do psicoespiritual e psicobiológico. Entretanto, com o (a) cliente de UTI, ocorre um processo inverso, onde as necessidades psicobiológicas geralmente estão gravemente comprometidas, colocando em risco sua vida.</p> <p>Isto não significa que as demais necessidades não possam estar em desequilíbrio. Neste caso, suas manifestações e o tipo de atendimento requerido podem variar de indivíduo para indivíduo, ou em um mesmo indivíduo.</p>
<p>5 SAÚDE</p> <p>Saúde é o estado de equilíbrio no tempo e no espaço e doença é o estado de desequilíbrio no tempo e no espaço, devido ao desconforto prolongado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das necessidades humanas básicas (Horta, 1979).</p>	<p>5 SAÚDE</p> <p>Saúde é uma dimensão da natureza humana, que inclui estados de saúde comprometida em maior ou menor gravidade.</p> <p>Para melhor operacionalizar este conceito, podemos adotar a definição de Nordenfelt (1987), segundo o qual, a saúde é a habilidade para atingir as metas vitais, dentro de determinadas circunstâncias. Dentro desta concepção, é possível que uma pessoa possa sentir-se saudável mesmo tendo alguma doença ou defeito.</p> <p>A saúde do (a) cliente pode estar comprometida quando ele ou ela não tem capacidade para fazer o que precisa, quer ou deseja, o que frequentemente geram necessidades afetadas. Em terapia intensiva, os fatores que mais comprometem a saúde são as doenças e os traumas graves.</p>
<p>6 ENFERMAGEM</p> <p>É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do alto cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta, 1979).</p>	<p>6 ENFERMAGEM</p> <p>É a profissão que reconhece o (a) cliente internado na unidade de terapia intensiva como um ser humano único e indivisível; que respeita a sua individualidade, características, crenças e valores próprios e que lhe assiste no atendimento de suas necessidades humanas básicas afetadas, procurando sempre, em conjunto com a equipe de saúde e familiares, reconduzir o (a) cliente ao equilíbrio, recuperando sua saúde.</p>

DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE WANDA A HORTA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL PARA UTI
7 ENFERMEIRO	7 ENFERMEIRO
<p>“É um ser humano com todas 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-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionado pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, outros seres humanos” (Horta, 1979, p.29).</p>	<p>É um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações. É aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso de prestar assistência às necessidades bio-psico-sócio-espirituais do (a) cliente em terapia intensiva, tornando-o (a) independente desta assistência sempre que possível. Nesta assistência de enfermagem são requeridos conhecimentos e habilidades apreendidos durante sua formação profissional.</p>
8 PROBLEMA DE ENFERMAGEM	8 PROBLEMA DE ENFERMAGEM
<p>“São situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem do enfermeiro sua assistência profissional” (Horta, 1979, p.39).</p>	<p>São situações ou condições diagnosticáveis, apresentadas pelo (a) cliente em terapia intensiva, decorrentes dos desequilíbrios de suas necessidades humanas básicas, e que exigem do (a) enfermeiro (a) sua ação profissional.</p>
9 CUIDADO DE ENFERMAGEM	9 CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p>“É a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano” (Horta, 1979, p.36).</p>	<p>São todas as ações executadas pelo enfermeiro (a) e por sua equipe, para ou com o (a) cliente internado (a) na unidade de terapia intensiva, sistematizada pelo processo de enfermagem.</p> <p>O (a) enfermeiro (a) cuida fazendo aquilo que o (a) cliente não pode fazer, quando totalmente dependente. Ajudando ou auxiliando, orientando ou ensinando quando parcialmente dependente, ou solicitando avaliação de outros profissionais (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) quando a resolução dos problemas independe da sua competência profissional.</p>
10 AMBIENTE	10 AMBIENTE
<p>Os seres humanos sempre vivem em algum tipo de meio ambiente, e este pode ser dividido em ambiente físico (local de moradia, clima, etc.), ambiente cultural (sociedade com suas leis e regulamentos, crenças e valores, etc.) e o ambiente psicológico (constituído por parentes, amigos e colegas de trabalho). Este multifacetado ambiente nos influencia fisicamente e mentalmente, ambos em curto ou longo prazo, afetando particularmente o nosso estado de bem-estar, ou seja, afeta o nosso grau de bem ou de mal-estar.</p> <p>O ambiente é considerado como uma plataforma para as nossas ações e a base para o estabelecimento de nossos objetivos na vida (Nordenfelt, 1993).</p>	<p>Os (as) clientes internados (as) na unidade de terapia intensiva geralmente consideram o ambiente frio (insensível) e hostil (agressivo), enfim, estressante. Isto deve-se à separação da família, à falta de informações a respeito da unidade e da situação de saúde, à ausência de privacidade física e intimidade fisiológica, à iluminação artificial, ao ruído dos aparelhos, à linguagem desconhecida usada pela equipe de saúde e à agressividade da terapia (punções, sondagens, entubação, aspiração de secreções, fisioterapia, etc.) (Gomes, 1988; Ciosak e Sena, 1983).</p> <p>Sabemos que, os cuidados intensivos têm como prioridade a estabilização dos sistemas vitais (psicobiológico), os quais podem contribuir para o desequilíbrio das necessidades psicossociais e psicoespirituais do (a) cliente.</p> <p>Os desequilíbrios decorrentes do ambiente da UTI não atingem somente os (as) clientes, mas também, a equipe de saúde que cria um clima de evasão (fuga) e brincadeiras como uma forma</p>

DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE WANDA A HORTA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL PARA UTI
	<p align="center">10 AMBIENTE</p> <p>encontrada para defenderem-se da angústia sofrida pelo temor de vivenciar situações difíceis durante o plantão.</p> <p>A unidade de terapia intensiva pode então, ser considerada como uma plataforma planejada, organizada e equipada com aparelhagens específicas e recursos humanos que visam a centralização e coordenação de esforços com o objetivo de assistir de forma eficaz os (as) clientes internados (as) que estão sob influência recíproca do ambiente físico, cultural e psicológico da unidade.</p>
<p align="center">11 COMUNICAÇÃO</p> <p>“Comunicação refere-se ao intercâmbio recíproco de informações, idéias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas ou entre um grupo. É um processo dinâmico que exige adaptações contínuas por aqueles envolvidos no processo. A comunicação é efetiva quando transmite mensagens pretendidas de um forma clara e acurada” (Taylor, 1992, p.56).</p>	<p align="center">11 COMUNICAÇÃO</p> <p>Concretiza-se pela transmissão recíproca verbal ou não verbal de informações, idéias, crenças, sentimentos, emoções e atitudes entre o (a) cliente de UTI, familiares e equipe de enfermagem.</p> <p>É um importante instrumento de diagnóstico, possibilitando a formulação de intervenções adequadas e eficazes para o suprimento das necessidades humanas básicas afetadas no (a) cliente, viabilizando uma relação dialógica, mediada pelos princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.</p>

3.2 Processo de enfermagem

Em nosso trabalho utilizamos um processo constituído de quatro etapas, baseado no modelo da teoria das Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.) e na classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), proposto por Benedit e Bub (1998). Nesta publicação as autoras afirmam que “o processo de enfermagem tem como objetivo principal guiar as ações de enfermagem a fim de que possa atender as necessidades individuais do cliente”(opus cit., p.20).

- **Histórico de Enfermagem**

É um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas (Horta, 1979).

O histórico tem por finalidade coletar informações subjetivas e objetivas sobre o (a)cliente, utilizando como instrumentos a entrevista, a observação e o exame físico. As informações subjetivas descrevem a visão do indivíduo em relação a uma situação ou a uma série de acontecimentos. Inclui as sensações (dor, calor, frio, coceira, etc.), sentimentos (raiva, medo, etc.), humor (calmo, agitado, ansioso, nervoso, etc.) e idéias do (a) cliente sobre si e sobre seu estado de saúde, bem como, suas expectativas quanto à hospitalização.

A entrevista é a forma de coletar as informações subjetivas e deve ser realizada, prioritariamente, junto ao cliente e a família.

A observação, como método de coleta de dados, envolve o uso dos sentidos (visão, audição, olfato e tato), e tem como finalidade obter informações sobre o (a) cliente, ambiente e pessoas próximas.

Outro método importante de coleta de informações é o exame físico, que em UTL, deve ser voltado prioritariamente para as necessidades neurológicas, de oxigenação e de circulação. No exame físico o (a) enfermeiro (a) procura conhecer as respostas do (a) cliente às alterações no seu estado de saúde conseqüentes à doença ou outros fatores que comprometem a sua saúde, como traumas, defeitos, etc. Através do exame físico também é possível obter as informações iniciais para a comparação e avaliação das ações de enfermagem e comprovar informações subjetivas obtidas durante a entrevista. As técnicas utilizadas no exame físico são a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação. Estas técnicas possibilitam avaliar as necessidades psicobiológicas afetadas em termos do sujeito da necessidade (condição de saúde do (a) cliente), objetivos da necessidade (cuidados necessários para atingir o estado desejado) e fornecem a base de informações que possibilita o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

• **Diagnósticos de Enfermagem**

Aparece em três contextos: raciocínio diagnóstico, sistemas de classificação e processo de enfermagem.

O raciocínio diagnóstico envolve três tipos de atividades: coleta de informações, interpretação e denominação ou rotulação (Kelly apud Faria, 1990).

A coleta e a interpretação das informações implicam na classificação e confirmação das informações. Esta etapa é muito importante para o raciocínio diagnóstico, pois fornece as informações para o estabelecimento do diagnóstico e do plano de cuidados de enfermagem.

A interpretação dos resultados envolve a identificação das informações relevantes e a comparação com o conhecimento e a experiência do (a) profissional, a fim de buscar similaridades e dissimilaridades. A partir dessa identificação o (a) enfermeiro (a) faz um julgamento, ou seja, confere um significado a um conjunto de informações, fazendo uso do corpo de conhecimentos teóricos de diversas disciplinas, de suas experiências e dos conhecimentos advindos da prática.

A última etapa do processo diagnóstico, denominação ou rotulação, confere um nome ao diagnóstico. Conforme NANDA, cada rótulo ou denominação diagnóstica inclui uma definição, características definidoras e fatores relacionados. A definição oferece a descrição clara e precisa dos diagnósticos, delinea seu significado e distingue-os dos demais. As características definidoras constituem critérios clínicos que se agrupam como manifestações do diagnóstico. Os fatores relacionados são as condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o surgimento do diagnóstico.

O título de cada diagnóstico, conforme a classificação de NANDA (1998), pode vir acompanhado por alguns qualificadores, como por exemplo: Agudo (severo, mas de curta duração); Alterado (uma mudança do limite esperado); Crônico (de longa duração, recorrente, habitual, constante); Diminuído (em tamanho, qualidade, ou em grau); Deficiente (inadequado em quantidade, qualidade ou em grau, defeituoso, insuficiente, incompleto); Depletado (incompleto no todo ou em parte, exaurido); Distúrbio (agitado, interrompido, interferindo com); Disfuncional (anormal, funcionando incompleto); Excesso (caracterizado por uma quantidade maior do que o necessário, desejável ou útil); Aumentado (maior em tamanho, quantidade ou em grau); Inefetivo (não produz o efeito desejado); e Intermitente (periódico, cíclico).

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

Um rótulo diagnóstico deve ser escrito de forma a relacionar o estado de saúde (ou uma necessidade) de um indivíduo ou grupo aos fatores que contribuíram para aquele

estado. Entretanto, os diagnósticos de saúde são constituídos de uma só parte (o rótulo) porque o diagnóstico e o fator relacionado tendem a ser os mesmos (Carpenito, 1997).

Os enunciados dos diagnósticos de risco devem ter duas partes. Na primeira, o rótulo, e na segunda, os fatores de risco. Assim, podemos exemplificar como a seguir: risco para infecção, relacionado com o local de invasão do organismo secundário a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local.

Os diagnósticos reais podem ser escritos com três partes. Na primeira, o rótulo, na segunda, os fatores relacionados; e, na terceira, as características definidoras maiores presentes. Como exemplo, citamos: comunicação verbal prejudicada, relacionada com tubo orotraqueal (T.O.T.) e evidenciada por incapacidade de falar.

• **Intervenções de Enfermagem**

Compreende o planejamento, prescrição e implementação das ações de enfermagem.

O planejamento envolve o desenvolvimento de estratégias a fim de prevenir, minimizar ou corrigir as respostas do (a) cliente identificadas no diagnóstico de enfermagem. Durante o planejamento são definidos quais os resultados esperados diante das ações de enfermagem. Deve atender as respostas humanas ou NHB identificadas no enunciado do diagnóstico de enfermagem, antecede a prescrição, e constitui-se numa atividade intelectual. Envolve alguns estágios, cujo primeiro é o estabelecimento dos resultados esperados, ou seja, a definição da maneira pela qual o (a) enfermeiro (a) e o (a) cliente sabem que a resposta humana ou N.H.B. identificada no enunciado do diagnóstico foi prevenida, modificada ou corrigida. Esta atividade irá servir de guia para avaliar as ações de enfermagem.

Após serem planejadas, as ações de enfermagem serão documentadas através da prescrição de enfermagem, que consiste num método de comunicação entre os componentes da equipe de saúde, além de promover o cuidado individualizado e promover sua continuidade. Serve como guia das atividades de enfermagem a fim de atender as NHB do (a) cliente.

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

A seqüência das prescrições deve obedecer à seguinte ordem: a primeira é elaborada logo após o histórico, e as demais sempre após cada evolução diária, e são válidas por 24 horas.

Existem vários tipos de prescrição de enfermagem. As mais comuns são as manuscritas, documentadas em formulários específicos dirigidos a cada cliente individualmente. Um outro tipo, é a prescrição padronizada, direcionada às características da clientela específica, reforçando a qualidade do planejamento e implementação do cuidado. Nestas últimas, além dos cuidados de rotina, são deixados campos livres para a prescrição de cuidados específicos à condição de saúde de cada cliente em particular.

Após as ações de enfermagem serem planejadas e prescritas, serão implementadas. A fase de implementação das ações de enfermagem consiste na realização de atividades necessárias à promoção, manutenção ou restauração da saúde do (a) cliente. Estas atividades podem ser classificadas em dependentes, interdependentes e independentes.

As atividades dependentes são aquelas ligadas à execução da prescrição médica. As interdependentes compreendem as atividades que o (a) enfermeiro (a) realiza em colaboração com outros profissionais da equipe de saúde. E as atividades independentes são aquelas que são planejadas pelo (a) enfermeiro (a) através dos diagnósticos de enfermagem.

• **Avaliação de Enfermagem**

Pode ser definida como a verificação das mudanças na condição de saúde do (a) cliente frente às ações de enfermagem e a evolução da própria doença e/ou fator que modificou o seu estado de saúde.

Embora seja considerada como etapa final do processo, ela não o conclui, e é parte integrante em todas as suas etapas. Como consequência da avaliação, o (a) enfermeiro (a) determina a adequação do plano de cuidados e/ou identifica aspectos que precisam ser modificados.

Para obter as informações constantes da avaliação de enfermagem, o (a) enfermeiro (a) faz uso dos mesmos métodos de coleta utilizados durante o histórico, ou seja, entrevista, exame físico e revisão do prontuário, exames complementares e/ou outros documentos.

O registro da etapa de avaliação do processo que propomos está baseado no Prontuário Orientado para o Problema (POP), segundo Weed (Philip e Leslie, 1967).

A avaliação proposta pelo POP está organizada em quatro etapas designadas sob a sigla SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano). Os dados subjetivos referem-se às informações fornecidas pelo (a) cliente, familiares e/ou amigos (sentimentos, percepções, reações e observações). Os dados objetivos apresentam observações clínicas, resultados dos exames complementares e tratamentos significativos (terapia medicamentosa, cirurgias, etc.). A análise explica o significado dos dados subjetivos e objetivos. O plano é abordado do mesmo modo como são feitos os planos iniciais. Um plano representa a decisão para se ter uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

Para ajudar na compreensão da elaboração desta etapa do processo de enfermagem, propomos uma descrição de cada uma das etapas deste método, adaptado à teoria das Necessidades Humanas Básicas e classificação diagnóstica da NANDA. Onde:

S - contempla os dados subjetivos do (a) cliente, ou seja, as informações fornecidas pelo (a) cliente sobre o atendimento de suas necessidades, sua percepção sobre si mesmo, o que observa, o que acredita ser. Deve ser registrada com as palavras do (a) cliente, colocadas entre “aspas” quando caracterizarem seu jeito próprio de falar. Quando o (a) cliente estiver impossibilitado de estabelecer comunicação com o meio, a família e/ou amigos poderão contribuir fornecendo informações importantes.

O - inclui os dados objetivos (observáveis ou mensuráveis) obtidos pelo (a) enfermeiro (a) e/ou membros da equipe de saúde.

A - nesta etapa o (a) enfermeiro (a) procura avaliar se houve regressão, em número e/ou em gravidade, dos diagnósticos de enfermagem, dos fatores relacionados e das características definidoras estabelecidos anteriormente, avaliando as condutas de enfermagem, para saber se elas estão atendendo as necessidades, e a evolução dos problemas de saúde apresentados pelo (a) cliente. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta, e a identificação de novos problemas.

P - refere-se ao registro das condutas a serem adotadas, decorrentes de novos problemas e/ou da análise. As ações de enfermagem apresentadas nesta etapa são mais abrangentes, enquanto que na prescrição de enfermagem são mais detalhadas.

4 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL

4.1 O hospital

O HU é um hospital de ensino, que presta assistência a uma clientela adulta e infantil, em diversas áreas, como cirurgia geral, clínica médica, traumato-ortopedia, materno-infantil, dentre outras. Atende a todo o Estado de Santa Catarina, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)*, fazendo parte das organizações das políticas públicas de saúde no Brasil. Conta com 245 leitos ativados e, em 1998, prestou 126.000 atendimentos ambulatoriais, 110.000 atendimentos emergenciais e 8.400 internações.

O HU é mantido pelo Ministério da Educação (MEC), que é responsável pela parte referente ao ensino e pesquisa, e pelo Ministério da Saúde (MS), que responde (custeia) pela assistência.

O hospital conta com programa de residência médica em cirurgia geral, medicina interna, terapia intensiva, dentre outras. É campo de estágio para os alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição e Farmácia e Bioquímica da UFSC.

4.2 A unidade de terapia intensiva

A UTI localiza-se no quarto andar, próximo ao centro cirúrgico e as unidades de internações cirúrgicas. Foi inaugurada em março de 1983 e reformada em 1997, conforme as regulamentações do Ministério da Saúde (MS), tendo a enfermagem participado ativamente no planejamento da obra.

No organograma da Diretoria de Enfermagem estão previstos os seguintes desdobramentos: Divisões de Pacientes Internos (DPI) e de Pacientes Externos (DPX); a DPI compreende quatro Coordenadorias (Enfermagem Pediátrica, Tocoginecológica, Médica e Cirúrgica); a DPX conta com dois Serviços (Enfermagem Ambulatorial e Emergência). Os Serviços das Divisões se desdobravam em Coordenadorias. E estas, na sua maioria, em Ser-

* Princípios do SUS: Universalidade, equidade e integridade. Suas diretrizes são a regionalização, hierarquização, resolutismo, descentralização e participação dos cidadãos.

viços, sendo que o serviço de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva (CTI) encontra-se subordinado a Coordenadoria de Enfermagem Médica (CEM) (ANEXO 3).

Sua estrutura física é constituída por: posto de enfermagem; seis leitos, incluindo uma sala para isolamento; área de estocagem de material e equipamentos; depósito para material de limpeza e expurgo; rouparia; sanitários; vestiários; copa e sala de lanche; sala de reuniões e quarto de repouso médico (ANEXO 4).

4.2.1 Componentes administrativos

A administração, parte fundamental do funcionamento de toda e qualquer instituição, tem como meta interpretar os objetivos propostos pela mesma, transformando-os em ação organizacional através do planejamento, da organização, da direção e do controle de todos os esforços realizados, em todas as áreas e em todos os níveis, com a finalidade de alcançar seus objetivos da maneira mais adequada à situação (CHIAVENATO, 1983).

Durante o período de estágio, procuramos conhecer os três aspectos da administração: política assistencial, recursos materiais e humanos.

4.2.1.1 Política assistencial

O (a) cliente pode internar na UTI, por três vias: emergência, transferências interna e/ou externa.

Quando o (a) cliente chega na emergência, ele ou ela é avaliado (a) pelo (a) médico (a) que, quando verifica a necessidade de cuidados intensivos, solicita a sua transferência para o (a) médico (a) intensivista.

No caso da internação ocorrer através do centro cirúrgico, o (a) cirurgião (a) solicita a vaga (marca na agenda de reservas de leitos para pós-operatório imediato) com dois dias de antecedência. O (a) enfermeiro (a) entra em contato com o centro cirúrgico para informar-se sobre o horário provável do término da cirurgia. É importante salientar que a cirurgia só é efetuada se houver um leito disponível, caso aconteça algum imprevisto, a cirurgia é suspensa.

Nas transferências internas, o trâmite é o mesmo da emergência. Porém, nas externas, o médico intensivista da outra instituição solicita a vaga para o médico de plantão na UTI-HU. No caso da vaga ser concedida, o (a) cliente entra pela emergência e é encaminhado diretamente para a UTI.

As roupas e outros pertences dos (as) clientes, ficam guardados na unidade de sua procedência; caso estes (as) internem com algum objeto pessoal, os mesmos são recolhidos e devolvidos para seus familiares.

Tanto a admissão quanto a alta do (a) cliente da UTI, são registrados nos livros “Censo de Pacientes da UTP” e “Registro de Pacientes de 1999” dados como: data da internação, nome, idade, procedência, número de registro, leito, modalidade de admissão (nova ou transferência interna), modalidade de alta, óbito (se antes ou depois de 48 horas), destino e diagnóstico médico.

Quando é necessário exame radiológico ou laboratorial, o centro de radiologia ou o laboratório é contatado pela equipe de enfermagem, que encaminha um funcionário até a unidade para realizar o exame. O (a) escriturário (a) da UTI é o responsável em busca-los quando prontos.

As coleta de sangue arterial (gasometria) e culturas são feitas pelos enfermeiros (as) da unidade, e solicitam ao pessoal do laboratório para que as recolham. Quando os resultados ficam prontos, o escriturário vai buscá-los.

Quando os exames são realizados fora do HU, o (a) médico (a) entra em contato com a instituição e marca o exame, a ambulância do HU leva o (a) cliente acompanhado por um (a) funcionário (a) da enfermagem e um (a) médico (a) residente. Quando o (a) cliente está muito grave, é acompanhado, além destes, por mais um membro da equipe de enfermagem.

Os familiares e amigos dos (as) clientes internados na UTI podem visitá-los nos horários: das 11:00 às 11:30, das 14:00 às 15:00 e das 20:30 às 21:00 horas, sendo que é somente permitida a entrada de um visitante de cada vez. Porém, dependendo das necessidades de cada família, o horário pode ser flexibilizado. Diariamente, às 11:30 e às 15:00 horas é fornecido o boletim médico.

A saída do (a) cliente da UTI pode ocorrer por uma das três maneiras: alta para a clínica, transferência externa ou óbito.

Quando o (a) cliente está de alta, o(a) enfermeiro (a) da UTI comunica-se com o (a) enfermeiro (a) da clínica, solicitando vaga, se este ainda não tem uma a sua espera. Havendo vaga, ele ou ela passa as condições de saúde do (a) cliente por telefone. A equipe prepara o (a) cliente, prontuário e medicação, preenche a alta no “Censo de Pacientes da UTP” e no “Registro de Pacientes de 1999”, e o (a) leva até a unidade destinada.

A transferência externa pode ocorrer quando o (a) cliente precisa de tratamento específico em outra instituição, ou quando há necessidade do leito do (a) cliente que está com alta da UTI, mas não há vaga em outra clínica do próprio hospital. Este (a) é encaminhado (a) com o relatório de transferência (ANEXO 8), preenchido pelo (a) médico (a) intensivista. O (a) cliente é acompanhado (a) durante o transporte por um membro da equipe de enfermagem e pelo (a) médico (a) residente. Caso o (a) cliente necessite de assistência ventilatória, deve ser acompanhado (a) por mais uma pessoa da equipe de enfermagem.

Em caso de óbito, o (a) médico (a) intensivista preenche os impressos próprios para cada tipo de morte (morte natural, morte violenta e morte por causa desconhecida). É também, responsável em comunicar o óbito a família e encaminhar os impressos: atestado de óbito para o Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

O corpo é preparado, identificado e levado à conservadora por um membro da equipe de enfermagem.

4.2.1.2 Recursos materiais

A reposição dos materiais de consumo da unidade é feita pelo (a) escriturário (a) através do pedido de materiais (ANEXO 9) para o almoxarifado. Nas segundas-feiras é feito o pedido parcial, nas quintas-feiras o pedido total e nas terças-feiras os pedidos de soros. A medicação é solicitada diariamente à farmácia, conforme a segunda via da prescrição de cada cliente. Caso o (a) médico (a) prescreva alguma medicação complementar, o pedido é feito em outra receita.

Os psicotrópicos são prescritos em receita especial que são enviadas à farmácia. Na UTI, são guardados cautelosamente em gaveta fechada a chave.

Materiais como enxaguante bucal, loção Lanete com óleo de amêndoas, sabonete líquido pediátrico, óleo mineral, mercúrio cromo, tintura de benjoim, álcool glicerinado 2%, ácido acético, hipoclorito de sódio 0,025%, desencrostante diluído, água oxigenada 10V, enema de glicerina 12% e álcool 70%, são preparados pela farmácia do HU e trocados por frascos vazios do produto que são guardados na unidade.

A UTI possui um número fixo de materiais permanentes, que são:

Bacia 09; balde 02 (dois); cateterismo vesical 02 (dois); comadre 05; cuba rim 03 (três); cuba redonda 02 (duas); curativo 07; dissecação 01(um); diálise 01(uma); drenagem de tórax 01(um); escarradeira 01(uma); higiene oral 09; irrigador com pinça 01(um); jarro 03 (três); papagaio 05; punção lombar 01(um); porta algodão 06; pequena cirurgia

01(um); pinça magill 01(uma); pinça criler 01 (uma); pinça servente 01(uma); pinça anatômica 01(uma); pinça kocher 02 (duas); pinça pean 02 (duas); subclávia 02 (dois); trocater 02 (dois); tesoura 01 (uma); estetoscópio 06 (seis).

Quando há falta de material permanente de pequeno porte (ambú, estetoscópio, termômetro, etc.) é solicitado, por escrito, diretamente ao setor de material. Os de grande porte e de maior custo são solicitados diretamente à direção. Em qualquer um dos casos, são solicitados pelo (a) enfermeiro (a) chefe.

Formulários e impressos são pedidos às segundas-feiras para o almoxarifado, pelo (a) escriturário(a).

As roupas e outros materiais da rouparia são de responsabilidade da lavanderia, e não são submetidos ao controle por parte da UTI.

Os equipamentos que estão em uso, são: dois (02) respiradores EVITA, um (01) BENETT MA1, um (01) SERVO e um (01) BENETT 7200. Há também dois (02) aparelhos BIPAP, dois (02) oxímetros portáteis, 23 bombas de infusão, dois (02) monitores DIGIMAX 5000, dois (02) aparelhos de pressão não-invasiva, dois (02) monitores FUNBEC, dois (02) monitores DIXTAL, um (01) aparelho de HEMOLENTA portátil, um (01) cardioversor/desfibrilador (HELLIGE CARDIOSERV), um (01) aparelho para monitorização hemodinâmica invasiva (impressora, monitor e banco de memória) e duas (02) bombas digitais de seringa. Há, ainda, um (01) respirador BIRD e dois (02) oxímetros no conserto.

Quando há necessidade de reparos e consertos de algum material, é feita solicitação para a Divisão de Materiais e Serviços Gerais (DMSG). No caso de consertos de respiradores é solicitado à ENGEMED, empresa terceirizada, localizada no quarto andar do HU O conserto de monitores é solicitado à BIOMED. As bombas de infusão são enviadas à Divisão de Pacientes Internos (DPI) que entra em contato com a B/BRAUN para realizar o reparo.

A limpeza e desinfecção dos materiais ocorrem da seguinte maneira:

Material de higiene oral e pacote de curativo são lavados com água e sabão, secados, e colocados na cestinha para trocar no centro de material e esterilização. As trocas acontecem nos seguintes horários: pela manhã das 10:30 às 11:00, à tarde das 17:00 às 17:30, e à noite não há horário fixo para a troca.

Traquéias, traquéinhas, máscaras de nebulização, macronebulização e intermediários de O₂ são colocados por 30 minutos num recipiente com água e sabão, lavados em

água corrente e colocados na solução de CIDEX por 30 minutos. Após retirados, são lavados em água corrente e colocados na secadora em ar frio.

As bacias, cubas-rim, comadres e papagaios são lavados com água e sabão, e após secados são guardados no armário.

O jarro de plástico coletor das diurese e da diálise peritoneal são colocados por 30 minutos no desencrostante.

Para a limpeza e desinfecção dos materiais os (as) funcionário (as) utilizam somente luva de procedimento. E para a troca da solução de CIDEX (balde com 25 litros), feita a cada 15 dias, é usado gorro, óculos, máscara, avental e luva.

4.2.1.3 Recursos humanos

O corpo clínico da UTI é formado por quatorze médicos intensivistas (ANEXO 10), uma nutricionista, uma assistente social e uma fisioterapeuta, não há psicólogos.

A equipe de enfermagem é formada por uma escriturária, três (03) atendentes, sete auxiliares, dezessete técnicos (as) e oito enfermeiros (as), uma chefe e sete assistenciais, num total de trinta e seis funcionários (ANEXO 11).

A assistência de enfermagem é de forma integral e a proporção de funcionário/cliente é de 1.5/1.

Todos são responsáveis pela passagem de plantão, independente de ser enfermeiro(a), técnico (a) ou auxiliar. É realizada sempre no início de cada turno, na sala de reuniões, pela pessoa que prestou a assistência ao cliente. Este momento é de extrema importância, pois todos têm a oportunidade de trocar informações e de discutir sobre o estado de saúde, as possíveis intercorrências e terapêuticas utilizadas com o (a) cliente.

As atribuições do (a) enfermeiro (a) chefe e dos (as) assistenciais, dos (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, dos (as) atendentes de enfermagem, do (a) escriturário (a) e dos (as) auxiliares de serviços gerais encontram-se no (ANEXO 12).

A distribuição do pessoal de enfermagem deve ser feita de forma racional para assegurar que a assistência seja prestada à clientela da melhor forma possível (Kurcgant, 1991).

O COFEN (1996, p. 3), considera que “compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantiqualitativo de profissionais necessário para prestação da assistência de enfermagem”.

Utilizamos o método de Alcalla para avaliarmos a distribuição dos funcionários da UTI.

Cálculo de Pessoal segundo Alcalla:

- Horas de assistência de enfermagem intensiva por cliente = 15.4
- Número de leitos = 5 (correspondente à 80% do total de leitos)
- Dias da semana = 7
- Carga horária = 36

Total de pessoal = $\frac{\text{Assistência de Enfermagem} \times \text{n}^\circ \text{ leitos} \times \text{Dias da semana}}{\text{Carga horária semanal}} + 30\%$

Total de pessoal = $\frac{15.4 \times 5 \times 7}{36} + 30\% = 21.4 \cong 21$

Total de Enfermeiros (as) = 8 (equivalente à 40%)

Matutino = 3.2 \cong 3 (40%)

Vespertino = 2.4 \cong 2 (30%)

Noturno = $\frac{2.4}{3} \cong 3$ (30%) \Rightarrow N1 = 1 (10%), N2 = 1 (10%), N3 = 1 (10%)

Total = 8

Total de Técnicos/Auxiliares = 12.6 \cong 13 (equivalente à 60%)

Matutino = 5.2 \cong 5 (40%)

Vespertino = 3.9 \cong 4 (30%)

Noturno = $\frac{3.9}{4} \cong 4$ (30%) \Rightarrow N1 = 1 (10%), N2 = 1 (10%), N3 = 2 (10%)

Total = 13

Comparamos o preconizado por Alcalla com o número de funcionários (as) existentes na unidade e constatamos que, o número de enfermeiros (as) é satisfatório e o de técnicos (as)/auxiliares é maior do que o recomendado, existindo um total de 24 representantes desta categoria.

A distribuição dos membros desta equipe, bem como, o registrado das folgas, férias e licenças são realizados através da elaboração da escala mensal, para todos os dias do mês, segundo os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) (KURCGANT, 1991).

No HU, o regime de serviço é de trinta e seis horas semanais, sendo que cada funcionário trabalha em turno de seis horas.

4.2.2 Aspectos epidemiológicos

Com a finalidade de conhecermos o perfil epidemiológico da unidade, realizamos um estudo exploratório-descritivo, relativo ao período de abril a junho de 1999, tendo como fonte o livro “Registros de pacientes da UTI de 1999”. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tempo de permanência, condição de saída e diagnósticos médicos.

Durante os três meses foram admitidos 83 clientes. Analisando esta população, observamos que há um discreta prevalência do sexo masculino (56,6%) sobre o sexo feminino (43,4%) (ver tabela 1).

Tabela 1- Distribuição por sexo dos (as) clientes internados (as) na UTI do HU, no período de abril a junho de 1999.

SEXO	f	%
M	47	56.6
F	36	43.4
Total	83	100.0

Fonte: Registro de pacientes da UTI de 1999.

A distribuição por idade apresentou um predomínio das faixas etárias de 46-55 anos e de 56-65 anos com (19.3%) cada. O cliente mais jovem tinha 15 anos e o mais idoso tinha 88 anos (ver tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição por faixa etária em anos, dos (as) clientes internados na UTI do HU, no período de abril a junho de 1999.

IDADE	f	%	fa%
15 – 25	08	9.6	9.6
26 – 35	07	8.4	18.0
36 – 45	08	9.6	27.6
46 – 55	16	19.3	46.9
56 – 65	16	19.3	66.2
66 – 75	11	13.3	79.5
76 – 85	13	15.7	95.2
> 85	04	4.8	100.0
Total	83	100.0	100.0

Fonte: Registro de pacientes da UTI de 1999.

Constatamos que 37 (44,6%) dos (as) clientes permaneceram internados por um período de um dia ou menos (ver tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição por tempo de permanência em dias, dos (as) clientes internados na UTI do HU, no período de abril a junho de 1999.

DIAS	f	%	fa %
<01	37	44.6	44.6
02	11	13.2	57.8
03	09	10.8	68.6
04	06	7.2	75.8
05	05	6.0	81.8
6 – 10	08	9.6	91.4
11 – 15	04	4.8	96.2
16 – 20	02	2.4	98.6
>20	01	1.2	100.0
Total	83	100.0	100.0

Fonte: Registro de pacientes da UTI de 1999.

A taxa de mortalidade foi de 26.5%. Há algum tempo atrás, a taxa de mortalidade aceitável para unidades de terapia intensiva variava de 20 a 25%. Se utilizarmos esta faixa para referência de mortalidade, pode-se dizer que 26% pode ser considerada ligeiramente elevada. Entretanto, atualmente, é mais confiável estabelecer critérios para avaliar mortalidade em UTI baseado nos índices prognósticos como Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – APACHE (ver tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos (as) clientes internados (as) na UTI do HU por tipos de alta, no período de abril a junho de 1999.

TIPOS DE ALTA	f	%	fa %
Óbitos	22	26.5	26.5
Transferência interna	60	72.3	98.8
Transferência externa	1	1.2	100.0
Total	83	100.0	100.0

Fonte: Registro de pacientes da UTI de 1999.

O motivo de internação mais freqüente na UTI foi pós-operatório imediato correspondendo a 35% do total de casos. O segundo motivo foi a parada cardiorrespiratória com 15.7%. E, em terceiro lugar, foi o infarto agudo do miocárdio com 12.0%. Cabe ressaltar que sepse e angina instável apareceram em quarto e quinto lugar com 6.0% e 4.9%, respectivamente.(ver tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos motivos de internação dos (as) clientes na UTI do HU, no período de abril a junho de 1999.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	f	%
Pós-operatório imediato	29	35.0
Parada cardiorrespiratória	13	15.7
Infarto agudo do miocárdio	10	12.0
Sepse	05	6.0
Angina instável	04	4.9
Asma severa	02	2.4
Edema agudo de pulmão	02	2.4
Hemorragia digestiva alta	02	2.4
Arritmia	02	2.4
Insuf. respiratória aguda	01	1.2
Apendicite	01	1.2
Acidente vascular cerebral	01	1.2
Coma alcóolico	01	1.2
Choque séptico	01	1.2
Eclâmpsia	01	1.2
Fibrilação atrial	01	1.2
Grande queimado	01	1.2
Hiperplasia prostática benigna	01	1.2
Insufic. cardíaca congestiva	01	1.2
Leptospirose	01	1.2
Traumatismo cranioencefálico	01	1.2
Trombo embolismo pulmonar	01	1.2
Tumor de pâncreas	01	1.2
Total	83	100.0

Fonte: Registro de pacientes da UTI de 1999

Este estudo nos proporcionou conhecer sobre o tipo de cliente que interna na UTI. A partir disso evidenciamos que o processo de enfermagem deve ser voltado para clientes que ficam internados poucos dias (geralmente menos de 24hs à três dias).

Como o motivo mais freqüente de internação foi de clientes em pós-operatório imediato (35.0%), identificamos a necessidade de revisar a literatura sobre este tópico, além de listar os diagnósticos de enfermagem comuns a clientes nesta condição. Também verificamos que parada cardiorrespiratória ocupou o segundo lugar em motivo de internação, fato este que nos remete a pensar na possibilidade de organizar cursos de treinamento da equipe para o atendimento a esta condição de morte iminente. Entretanto, se somarmos as internações por parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio e angina instável, veremos que as doenças do aparelho circulatório contribuem com 32.5% dos motivos de internação, passando a ocupar o segundo lugar. Este fato, nos leva a pensar que o estudo destas condições patológicas requerem também, alguma atenção em termos de educação continuada.

5 COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR

Todo o nosso processo de cuidar foi permeado pelo objetivo primordial do projeto, ou seja, estabelecer comunicação interpessoal com o (a) cliente mantendo-se uma relação dialógica.

Identificamos como fatores predisponentes do diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada, a utilização de ventilação mecânica (entubação, traqueostomia, máscara e respirador) e o estado em que os (as) clientes se encontravam: sedados (as), sonolentos (as), deprimidos (as), apáticos (as), confusos (as), inconscientes, entre outros.

Para trabalharmos com os (as) clientes que tiveram este diagnóstico, utilizamos alguns métodos alternativos de comunicação que providenciamos, dentre eles, cartões com gravuras simbolizando NHBs afetadas como sede, frio, calor, coceira, sono, dor, comunicação, etc. (ANEXO 13). Entretanto, consideramos este método pouco eficaz porque a equipe da UTI já consegue prever as necessidades, principalmente as psicobiológicas, do (a) cliente criticamente enfermo. Antes mesmo do (a) cliente manifestar algum desejo ou necessidade, o (a) profissional responsável pelo cuidado já utiliza a comunicação verbal (fala) para perguntar se o (a) cliente sente dor, sede, ou qualquer outro tipo de desconforto.

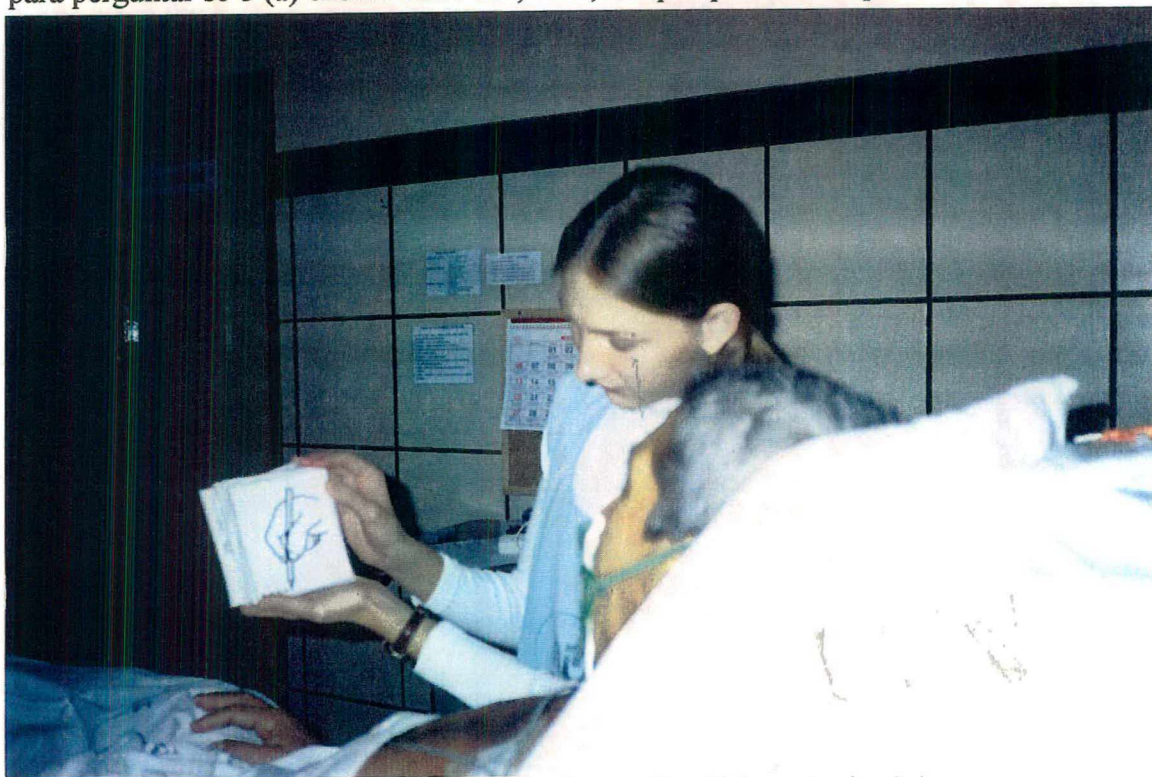


Figura 1 - Utilização de cartões (foto autorizada)

As mensagens do nível psicossocial ou mais complexas, como por exemplo, vontade de obter informações sobre a sua família e quem está prestando o seu cuidado, na maioria das vezes, não eram efetivamente comunicadas pelo uso dos cartões. Além disso, percebemos que, quando alguns clientes não conseguiam se fazer entender através da utilização dos cartões, ficavam ansiosos e irritados em virtude da demora em encontrar aquele que identificasse a mensagem pretendida.

Outro método alternativo utilizado para diminuir o prejuízo da comunicação verbal, foi o oferecimento de papel, caneta e prancheta. Em clientes alfabetizados, este método foi o mais eficaz e completo para suprir a necessidade de comunicação (ANEXO 14). Porém, este método esbarrou em algumas dificuldades, como o efeito de algumas medicações, que causavam tremores e sonolência; alterações no estado emocional, que desencadeavam crises de choro e ansiedade, fazendo com que a escrita apressada e trêmula dificultassem sua leitura; e, a utilização de papel com pauta e caneta, porque a maioria dos (as) clientes não conseguiam escrever em linha reta e a caneta em posição horizontal falhava.



Figura 2- Utilização de prancheta, papel e caneta (foto autorizada)

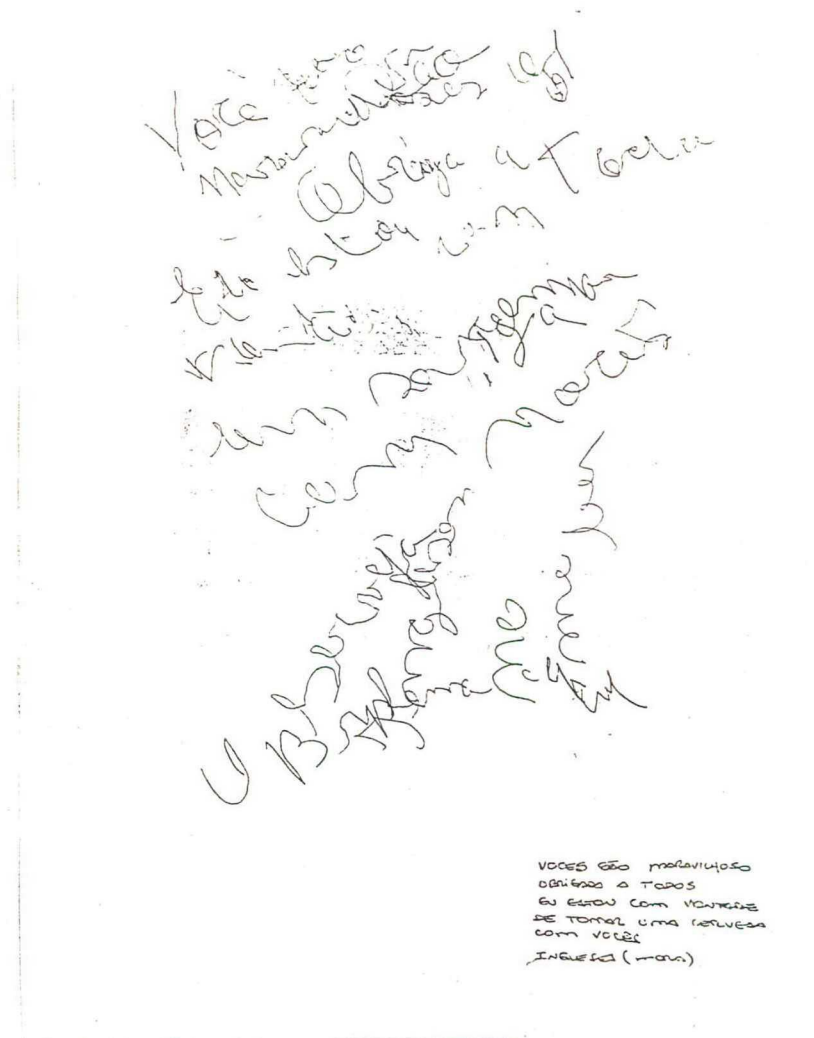


Figura 3 - Exemplo de comunicação verbal escrita

A partir destes fatos, passamos a utilizar papéis sem pauta e lápis, garantindo maior eficiência na comunicação verbal escrita.

Outra forma que facilitou o processo de comunicação, foi o uso dos sentidos. Porém, neste caso tínhamos de investigar, previamente, se o (a) cliente tinha seus sentidos preservados. O que nos chamou a atenção para este cuidado, foi o fato ocorrido com dois clientes. Num dos casos, o cliente escreveu que era cego do olho esquerdo e pediu para que o atendêssemos sempre pelo lado direito. No outro, o cliente comunicou que era surdo do ouvido direito e pediu que falássemos com ele pelo lado esquerdo.

O contato visual nos proporcionava informações mais evidentes, bastava olhar para perceber algum tipo de desconforto, dificuldade ou mesmo uma tentativa do (a) cliente em comunicar algo.

O olfato, também denominado sentido químico, nos comunicava, frequentemente, a necessidade de higienizar alguém ou sinais de problemas clínicos como melena e secreções purulentas. Por outro lado, os (as) clientes também eram comunicados através do olfato. Eles conseguiam perceber, através do cheiro, se alguém estava comendo (tanto da

equipe como outros (as) clientes). Identificamos também a importância do sentido olfativo no relato de clientes que sentiram-se “sufocados” com o cheiro de fumaça de cigarro, mesmo em ventilação mecânica.

A audição, último sentido que o indivíduo perde, encontra-se bem mais aguçada nos (as) clientes em UTI. Nestas unidades, devido a freqüente super utilização de espaços, alta concentração de equipamentos de tecnologia avançada (mais barulhentos) e de alarmes precisos e da presença de grande número de profissionais atuantes, os níveis de ruído situam-se freqüentemente acima daqueles considerados de conforto acústico, causando sobrecarga sensorial, dificultando o sono e o repouso, que é considerado uma das principais queixas dos (as) cliente internados (as). É importante assinalar que a equipe ainda é a maior responsável pelo excesso de ruídos.

Finalmente, o ato de tocar os (as) clientes lhes proporcionou maior conforto e segurança, possibilitou a interação entre o (a) cliente e o (a) cuidador (a) e auxilia na identificação das condições da pele (umidade, temperatura).

A comunicação através da linguagem corporal (cinésica), expressa a linguagem própria do corpo e é explícita inconscientemente ou não. Talvez por esta última característica, ela tenha sido bastante utilizada pelos (as) clientes. Comprovamos isto através das expressões faciais, principalmente de dor, onde o indivíduo fechava os olhos, enrugava a testa e comprimia os lábios; de ansiedade, onde o indivíduo suava na região frontal, ficava pálido, com rugas na fronte e mordida os lábios; e ainda de tristeza, apresentando lábios voltados para baixo, sobrancelhas oblíquas, “olhar cabisbaixo” e choro.

Observamos ainda a utilização dos movimentos dos membros, como a batida das mãos nas grades do leito para chamar a atenção da equipe e meneios de cabeça, como forma de responder as perguntas, substituindo o sim e o não.

Contudo, de nada vale a utilização destes métodos se não houver uma disponibilidade da equipe em compreender a mensagem do (a) cliente, para isto procuramos sempre ter muita paciência, estimulando o (a) cliente a se expressar, fornecendo-lhe o tempo necessário, falando calmamente, com o tom de voz normal e olhando diretamente para ele ou ela.

A importância e a satisfação em valorizar a comunicação com o (a) cliente é poder identificar os seus problemas e ajudar a resolvê-los; e, além disso, comprovar posteriormente, suas expressões, verbais e não-verbais, de estar bem.

As principais funções da comunicação observadas na UTI foram: a) investigação, que possibilitou o diagnóstico das NHBs afetadas; b) persuasão, usada para motivar o (a) cliente a mudar de atitude ou aceitar algum cuidado que resultasse em benefício para ele ou ela; c) entretenimento, usado mais freqüentemente como forma de aliviar ansiedade e criar um clima favorável à interação e à recuperação; e, d) informação, que é um dos elementos que compõe a base da relação dialógica entre equipe e cliente e do respeito a autonomia. Foi também pensando na informação que elaboramos um “*folder*” de orientações para os familiares e pessoas significativas dos (as) clientes internados (as) (ANEXO 15).



Figura 4 - Entrega de “*folder*” (foto autorizada)

Para proporcionarmos uma melhor orientação aos clientes e harmonização do ambiente, colocamos um painel personalizado ao lado de cada leito, onde foram colocados calendário e relógio, além de um espaço disponível para serem fixados objetos de significado pessoal, como fotos, cartões, dizeres, orações, etc. (ANEXO 16).



Figura 5 - Painel personalizado (foto autorizada).

Na UTI, o direito que o (a) cliente tem de obter informações sobre o seu estado de saúde e terapêuticas que vem sendo utilizadas nem sempre é respeitado, assim como o seu acesso ao prontuário “médico”, direito assegurado por lei. Acreditamos que isto acontece devido a desinformação dos prestadores e dos receptores de cuidados quanto aos seus deveres e direitos, aliado a uma postura de poder e paternalismo que ocorre dentro do sistema de saúde. Ainda é freqüente acreditar que ao esconder determinadas informações, “protege-se” o (a) cliente, causando benefício a ele ou ela. Porém, a única certeza, é que este fato restringe a autonomia da pessoa.

Podemos citar alguns exemplos que ocorreram. Um deles foi o caso de um cliente que estava internado há mais de um mês e ainda não sabia que era HIV positivo. Outro exemplo, é que as informações sobre os (as) clientes, passadas através dos boletins médicos ao familiares, são de difícil compreensão, porque utilizam muitos termos técnicos (jargão médico). Em ambos os exemplos, fica claro a falta de informação, seja por compaixão ou paternalismo ou por linguagem de difícil compreensão (termos técnicos). E sem informação não há decisão e, portanto, restrição da autonomia.

Observamos que a equipe de enfermagem se esforça para cuidar do (a) cliente de uma maneira mais integral e humana, porém constatamos que precisamos modificar algumas de nossas atitudes, principalmente aquelas vinculadas ao respeito da autonomia do (a) cliente. No caso dos (as) clientes internados (as) em UTI, a autonomia já está limitada pela própria condição de saúde. Porém, é fundamental que ela seja mantida dentro do que é possível. Assim decisões como o lado que gostaria de dormir, o horário em que prefere tomar banho, receber visitas, dentre outras, deveriam ser tomadas pelo (a) cliente, a menos que ele ou ela delegue para a equipe.

Nós pensamos estar proporcionando o bem em quase todos os nossos atos, porém esquecemos que cada indivíduo é único e tem sua vontade própria. Observamos isto ao colocarmos relógios nos painéis personalizados pensando agradar a todos, porém constatamos que para alguns clientes, este ato causou ansiedade. Eles relataram que ao ficarem olhando para o relógio o “tempo custava a passar”. Percebido isto passamos a respeitar a vontade de cada cliente em ter ou não relógio disponível.

Os princípios da ética biomédica nos forneceram a base para assistir ao cliente de forma mais justa, assim como para percebermos os prejuízos que a falta destes podem causar.

Elaboramos questionários para o (a) cliente e família (ANEXO 17) com a intenção de avaliarmos o processo de comunicação estabelecidos com ambos.

Realizamos as entrevistas com os (as) clientes com os quais desenvolvemos o processo de enfermagem e seus respectivos familiares, resultando num total de oito entrevistas, já que um dos clientes foi a óbito.

Analisando as entrevistas dos (as) clientes constatamos que a escrita e os gestos foram as melhores formas que encontraram para se comunicarem com a família e a equipe de saúde. Relataram que a forma mais utilizada pela equipe para a comunicação era a linguagem verbal (fala) e que, geralmente, os membros da equipe entendiam o que eles ou elas queriam comunicar. Porém, não deixaram de sugerir alguns métodos alternativos de comunicação como: quadro com giz, prancheta com papel e lápis, campainha no leito e/ou luz para chamar alguém quando necessário.

Quando perguntamos se eles ou elas consideravam que tinham sido respeitados quanto a sua autonomia, um deles respondeu afirmativamente. Um outro disse que não tinha sido respeitado e os demais não exprimiram sua opinião e afirmaram que acreditavam que a equipe de saúde estava fazendo o melhor por eles ou elas.

Nas entrevistas com os familiares, vimos que a maioria deles consideraram que obtiveram informações sobre o estado de saúde do seu familiar. Dois deles reclamaram que esperavam muito tempo pelas informações e que, freqüentemente não entendiam tudo que era dito, permanecendo com dúvidas. Outros ainda, questionaram os horários de visita, principalmente o noturno, e sugeriram que o horário da tarde fosse mais prolongado e o da noite fosse num horário mais cedo. A melhor forma encontrada pelos familiares para comunicarem-se com os (as) clientes foi a comunicação verbal (fala e escrita). No entanto, sugeriram que deveria haver junto ao leito uma prancheta com lápis ou giz.

Utilizar as técnicas da comunicação interpessoal na relação com o (a) cliente também é uma forma de consciência da responsabilidade do trabalho de enfermagem. Mas não precisamos dominar todas estas técnicas para desempenharmos com dignidade o nosso papel. Basta termos em mente que aquele (a) cliente, hoje dependente dos nossos cuidados, e antes de tudo é um ser humano, e seu relacionamento com ele ou ela, embora estritamente profissional, envolve o encontro entre duas pessoas. Para tornarmos esta convivência saudável, precisamos nos expor mais e prestarmos maior atenção aos gestos, às palavras, aos silêncios...

6 PROCESSO ASSISTENCIAL

6.1 Período de adaptação

Inicialmente, pensamos que a maneira mais adequada de apresentarmos o nosso projeto para a equipe da UTI, fosse após a passagem de plantão. Entretanto, logo percebemos que este não era o momento mais adequado. Foi então que decidimos elaborar um resumo do nosso projeto e distribuir para toda equipe de enfermagem da unidade.

Durante as primeiras semanas de estágio procuramos conhecer os membros da equipe de saúde e o funcionamento da unidade. Ainda, neste período, providenciamos cartões com gravuras, um dos métodos alternativos para comunicação com os (as) clientes, um “*folder*”, um roteiro para coleta de dados (ANEXO 18), e dois questionários, um para os familiares e outro para os (as) clientes.

Também consideramos importante, antes de iniciarmos a assistência integral ao cliente, revisarmos algumas técnicas de enfermagem mais freqüentes (punção arterial, aspiração de secreções traqueais em sistema fechado e aberto, cateterismo vesical, sondagem nasogástrica, instalação e leitura de PVC, entre outras) assim como, a utilização de equipamentos específicos da unidade (respiradores, monitores, bombas de infusão, etc.).

Neste mesmo período, fizemos leituras sobre o processo de comunicação com o objetivo de aprofundar nossos conhecimentos sobre este assunto. Assim, buscamos, mais informações sobre a classificação, as funções, os elementos, e os tipos de comunicação, principalmente, sobre a comunicação não-verbal (uso dos sentidos, gestos, expressões faciais, etc.).

Feito isto, partimos para a etapa assistencial propriamente dita.

6.2 Operacionalização do processo de enfermagem

Para melhor aproveitamento do estágio, dividimos o grupo em dois acadêmicos no turno da manhã e dois no turno da tarde. Participamos ainda, de três plantões noturnos,

cumprindo 47 dias de estágio, no período de 03 de maio à 07 de julho de 1999, com carga horária total de 300 horas.

Antes de começarmos a assistir utilizando o processo de enfermagem, prestamos assistência integral ao cliente e realizamos técnicas específicas e gerais, pois a UTI é um local onde são executadas técnicas com bastante frequência e especificidade. Procuramos realizar as técnicas e cuidados em geral, sempre com o objetivo de beneficiar o (a) cliente, evitando causar mal e respeitando os seus direitos, sua autonomia, privacidade e fornecendo informação.

Inicialmente pretendíamos assistir, preferencialmente, aqueles (as) clientes que estivessem no primeiro dia de internação e que tivessem o diagnóstico de enfermagem de Comunicação Verbal Prejudicada. Porém, devido ao reduzido número de clientes internados, agravado pelo bloqueio de um leito, por falta de respirador, e do grande número de alunos em estágio na unidade, tivemos de desistir destes critérios e passar a cuidar dos (as) clientes independentemente da condição de saúde por eles ou elas apresentada.

Durante este período executamos as seguintes técnicas: verificação da pressão do cuff; aspiração do tubo oro endotraqueal; curativos; administração de medicação; trocas de equipo; verificação e instalação da PVC; instalação e retirada da sonda nasogástrica (SNG) e sonda vesical de demora (SVD); troca do circuito do respirador; punção venosa; instalação de fluidoterapia; promoção de higiene e conforto; nebulização; instalação e observação do funcionamento da macronebulização; verificação da PAM; controle de sinais vitais; troca de ambú, umidificador de oxigênio, vidro de aspiração e intermediário; punção arterial; instalação de dieta por SNG, nasoenteral e jejunostomia e coleta de material para cultura (secreção traqueal e urina).

De início encontramos algumas dificuldades como falta de destreza, agilidade e falta de conhecimentos, não só sobre as rotinas da unidade, como também sobre o manuseio de equipamentos. Mas, na medida que íamos realizando os cuidados, adquiríamos os conhecimentos necessários e nos sentíamos mais seguros.

Assistimos aproximadamente quinze clientes de forma integral, nos quais cinco foram aplicados o processo de enfermagem construído (ANEXO 19), os quais tiveram uma duração média de dois dias. Atribuímos esta curta duração ao fato de que a moda de permanência do (a) cliente internado (a) na UTI-HU é de um dia ou menos.

Para realizar a assistência tínhamos como proposta o modelo de processo de enfermagem de Benedet & Bub (1998), porém não tínhamos definido os instrumentos e formulários que seriam utilizados para o registro das etapas do processo. Assim, aproveitamos a realização dos cuidados dos (as) primeiros (as) clientes para irmos revisando cada etapa do processo de enfermagem e a melhor forma de registrá-las.

Na etapa de histórico de enfermagem, modificamos a ordem de prioridade do roteiro para coleta de dados utilizado, pois logo percebemos que existia uma estreita relação entre a necessidade de regulação neurológica (a primeira em nosso roteiro) e a de comunicação. É muito difícil estabelecer uma comunicação adequada se o (a) cliente não consegue falar, escutar, ver, mover-se, ou ainda, se está confuso ou mesmo em coma. Por este motivo, colocamos os aspectos destinados a levantar dados sobre as condições do (a) cliente para comunicar-se logo abaixo da necessidade de regulação neurológica.

Outras modificações realizadas na seqüência das NHBs do roteiro do histórico foram necessárias à medida que percebíamos que a ordem apresentada não correspondia as da UTI. Assim sendo, colocamos a necessidade de alimentação antes da de eliminação; percepção dos órgãos do sentido antes da integridade cutâneo-mucosa e terapêutica; e, atividade física antes de segurança física e meio ambiente. No grupo das necessidades psicossociais e psicoespirituais as mudanças foram maiores, pois sendo a UTI uma unidade destinada a manter a vida, torna-se mais prioritário o atendimento às necessidades biológicas. Para tanto, reformulamos a seguinte seqüência: segurança emocional; auto-imagem, auto-estima e aceitação; liberdade e participação; amor, afeto e atenção; recreação e lazer; religiosidade; educação para a saúde e aprendizagem; sexualidade e auto-realização.

Suprimimos do nosso roteiro a necessidade de espaço e criatividade porque não há diagnósticos da NANDA relacionado a esta necessidade.

No processo de enfermagem da UTI-HU, não é realizado um histórico de enfermagem propriamente dito, pois geralmente os (as) clientes já internam com o histórico de enfermagem feito em outra unidade. Contudo, é realizada uma nota de admissão, registrando a situação do (a) mesmo (a) no momento da internação na UTI. Assim, escolhido o (a) cliente, realizávamos a nota de admissão, utilizando como modelo o nosso roteiro de coleta de dados.

Para o registro dos diagnósticos de enfermagem, elaboramos uma lista, semelhante, na forma, à lista de problemas médicos, na qual os diagnósticos de enfermagem existentes em 100% dos (as) clientes internados (as) na UTI-HU, já estavam impressos no

formulário (ANEXO 20). Os diagnósticos elaborados eram registrados neste formulário sempre associados à NHB correspondente. Ainda, foram deixados campos para o registro da data em que os diagnósticos foram identificados e da data em que foram resolvidos. Esta lista permanecia no prontuário do (a) cliente durante todo o período de internação e era retirada no momento de sua alta da UTI, pois o prontuário do cliente no HU-UFSC não pode ser alterado sem ser aprovado pela comissão de prontuário do hospital.

As intervenções de enfermagem foram realizadas em três etapas. Primeiramente realizávamos um planejamento sucinto com base nas principais NHBs afetadas. Quando a intervenção de enfermagem era seguida de um SOAP, não era necessário repetirmos o planejamento, pois o mesmo já estava no P (plano). Em seguida, era feita a prescrição de enfermagem, utilizando o modelo padronizado na UTI-HU. Contudo, foram necessárias algumas modificações com o objetivo de atender as prioridades das necessidades afetadas.

Além disso, foram acrescentadas algumas prescrições que não constavam na prescrição padrão e que ao revisá-la, utilizando o nosso roteiro, consideramos essenciais para a assistência do (a) cliente internado (a) na UTI. E finalmente, na etapa de implementação das ações executávamos a prescrição elaborada e aqueles cuidados que se faziam necessários, por solicitação do (a) cliente, ou requeridos em consequência de mudanças em sua condição de saúde.

Na avaliação de enfermagem que propomos, baseada no Prontuário Orientado para o Problema (POP), realizávamos as quatro etapas designadas sob a sigla SOAP. Nos dados subjetivos eram registradas informações fornecidas pelo (a) cliente. Esta etapa era pouco registrada, pois a maioria dos (as) clientes internados (as) tinham diagnóstico de Comunicação Verbal Prejudicada.

Nos dados objetivos contemplávamos dados do exame físico e outros dados observáveis e/ou mensuráveis obtidos durante a assistência. Na análise, retomávamos a lista de diagnósticos de enfermagem e os analisávamos em termos de aumento ou diminuição do número e da importância dos fatores relacionados e das características definidoras vinculadas a cada diagnóstico, bem como, da identificação de novos diagnósticos. E no plano, registrávamos condutas a serem adotadas com base nas principais NHBs afetadas.

Os processos de enfermagem realizados seguem o modelo apresentado a seguir:

1º PROCESSO DE ENFERMAGEM

1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 18/05/99 HORA: 16:30

1.1 Nota de admissão

W. M., 65 anos, sexo masculino, casado, católico, aposentado, natural e procedente de Ituporanga, internou na UTI em 18/05/99 às 16 horas por pós operatório imediato de cirurgia “esofagectomia transhiatal + tubo gástrico” devido ao diagnóstico de “Carcinoma esôfago distal”.

Chegou acordado, tranqüilo e cooperativo (Ramsay 2). Orientado, com abertura ocular espontânea e obedecendo ordens (Glasgow 15). Reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se por expressões faciais.

Veio entubado, com tubo orotraqueal (TOT) número 8,5 em 22 cm e cuff com 35 mmHg, foi colocado em ventilação mecânica (VM) - modalidade controlada, fração inspirada de oxigênio (FiO_2) a 50%, volume corrente (VC) de 500 ml, pressão expiratória positiva (PEEP) de 5 ml, saturação (Sat.) de O_2 de 99% e frequência respiratória (FR) de 16 mpm. Apresentando respiração rítmica e simétrica. Aspirado o TOT contendo pouca quantidade de secreção espumosa.

Colocado em monitorização cardíaca, ao escópio ritmo sinusal com frequência cardíaca (FC) de 96 bpm. Pressão arterial (PA) de 130/90 mmHg e pressão arterial média (PAM) em membro superior direito (MSD) em 90 mmHg, porém logo foi retirada. Acesso venoso em subclávia direita. Chegou hipotérmico, com temperatura axilar (T. ax.) de 35°C, apresentando extremidades frias e cianóticas.

Encontra-se hidratado. Até o momento em dieta zero.

Eliminação urinária por sonda vesical de demora (SVD), drenando 30ml de urina amarelo claro em meia hora e não evacuou.

Apresenta incisão cirúrgica cervical á esquerda de aproximadamente 7 cm, com dreno de Penrose e incisão abdominal mediana de aproximadamente 20 cm, sem secreções

até o momento. Está com jejunostomia superior (descompressiva) e inferior (alimentar) à esquerda, ambas drenando quantidade não mensurável de secreção sanguinolenta e de secreção esverdeada, respectivamente. Com drenos torácico direito e esquerdo, com 350ml de sangue no lado esquerdo e drenos de Penrose em flancos direito e esquerdo, drenando pequena quantidade de secreção sanguinolenta em ambos os lados.

Iniciando movimentos espontâneos em membros superiores (MMSS).

• **Exames Complementares**

Gasometria

pH 7,17

pCO₂ 54,1 mmHg

CO₂ total 21 mm/L

pO₂ 97,4 mmHg

Saturação de O₂ 94,6%

Excesso de base (BE) -9,6 mEq/L

Bicarbonato "actual" 19.4 mEq/L

Hemograma

Material: sangue

Eritrograma:

Hemácias 3,84 milhões/mm³

Hemoglobina 12

Hematócrito 35%

VGM 91,1

HGM 31,2

CHGM 34,2

Leucograma:

Leucócitos 11100 p/mm³

	Nº em 100	Nº p/mm ³
Bastões	10	1110
Segmentados	77	8547
Eosinófilos	1	111
Linfócitos	11	1221

Monócitos	1	111
Alterações Leucocitárias:		
Contagem de plaquetas 133.000 mm ³		
Material: sangue		Valor de referência
Uréia 36 mg/dl		de 10 até 50 mg/dl
Creatinina 1,0 mg/dl		de 0,7 até 1,1 mg/dl
Glicose 173 mg/dl		de 70 a 110 mg/dl
Sódio 142 mEq/L		de 135 até 148 mEq/L
Potássio 5,5 mEq/L		de 3,5 até 5,0 mEq/L
Magnésio 1,1 mg/dl		de 1,8 até 2,4 mg/dl

1.2 Diagnósticos médico

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Infecção Pulmonar e pós operatório de “esofagectomia transhiatal mais tubo gástrico” devido ao diagnóstico de “Carcinoma esôfago distal”.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Nome: W. M.

Registro: *****

Data: 18 de maio de 1999

	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA	Data		NHBS Afetadas
		Início	Fim	
01	Confusão Aguda	20/05	24/05	Regulação Neuro- lógica
02	Comunicação Verbal Prejudicada	18/05	24/05	Comunicação
03	Incapacidade para Manter Respiração Espontânea	18/05	20/05	Oxigenação
	Troca de Gases Prejudicada	18/05		
	Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas	18/05	24/05	
	Padrão Respiratório Ineficaz	20/05		
04	Perfusão Tissular Periférica Alterada	18/05	20/05	Regulação Vascular
05				Hidratação
06	Deglutição Prejudicada	18/05		Alimentação
	Alteração na Nutrição*	18/05		
07	Alteração na Eliminação Urinária*	18/05		Eliminação
08	Dor Aguda	21/05	24/05	Percepção dos Ór- gãos do Sentido
09	Risco para Prejuízo da Integridade da Pele*	18/08		Integridade Cutâ- neo-Mucosa
	Integridade Tissular Prejudicada	18/05		
10	Hipotermia	18/05	20/05	Regulação Térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade Física Prejudicada*	18/05		Atividade Física
13	Risco para Infecção*	18/05		Segurança Física/ Meio Ambiente
	Risco para Aspiração	20/05	24/05	
	Risco para Ferimentos	20/05	24/05	
14				Sono e Repouso
15	Síndrome do Déficit no Autocuidado*	18/05		Cuidado Corporal
16				Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) clientes internados (as) na UTI-HU

Ass. Enfermeiro (a)/ COREN

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 18/05/99 HORA: 16:30

2.1 Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com as conseqüências do tubo orotraqueal (TOT). Evidenciada pela incapacidade de falar e escrever.

2.2 Troca de Gases Prejudicada relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e incapacidade para manter a respiração espontânea. Evidenciada por acidose respiratória (pH de 7.17, pCO₂ de 54.1mmHg e Bicarbonato de 19.4mEq/l).

2.3 Incapacidade para Manter Respiração Espontânea relacionada à cirurgia, à anestesia geral e a dor do pós-operatório. Evidenciada pela ventilação mecânica e acidose respiratória (pH de 7.17, pCO₂ de 54.1mmHg e Bicarbonato de 19.4mEq/l).

2.4 Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas relacionada à ausência do mecanismo de tosse secundário a presença do TOT. Evidenciada por tosse ineficiente para remover as secreções das vias aéreas.

2.5 Perfusão Tissular Periférica Alterada relacionada à hipotermia. Evidenciada por pulsos arteriais diminuídos, modificações na cor da pele (palidez) e modificações na temperatura da pele (mais fria).

2.6 Risco para Déficit de Volume Líquido relacionado com a perda sangüínea no trans e pós operatório.

2.7 Alteração na Nutrição relacionada com a mudança da via de acesso e de hábitos alimentares secundária à cirurgia. Evidenciada pela jejunostomia e pela dieta zero.

2.8 Deglutição Prejudicada relacionada à reconstrução cirúrgica do esôfago e pela presença do tubo orotraqueal. Evidenciada pela incapacidade de deglutir.

2.9 Padrão de Eliminação Urinária Alterado relacionado à terapêutica (controle do débito urinário). Evidenciado pela presença de sonda vesical de demora (SVD).

2.10 Risco para Prejuízo da Integridade da Pele relacionado com a imobilidade física.

2.11 Integridade Tissular Prejudicada relacionada com as conseqüências da cirurgia e de outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.12 Hipotermia relacionada à exposição ao frio do centro cirúrgico e à diminuição da circulação secundária a perda sangüínea no trans e pós-operatório. Evidenciada por redução da temperatura do corpo abaixo de 35.5°C, pele fria e palidez.

2.13 Mobilidade Física Prejudicada relacionada com conseqüências do pós-operatório e aos equipamentos externos como respirador, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.14 Risco para Infecção relacionado à cirurgia, presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (Hospital - U.T.I.).

2.15 Síndrome do Déficit no Autocuidado relacionada a internação na U.T.I. e uso de equipamentos externos como respirador, monitor e bomba de infusão. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 18/05/99 HORA: 16:30

3.1 Planejamento de enfermagem

01. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;
02. Manter vias aéreas permeáveis;
03. Manter cuidados com cliente em ventilação mecânica;
04. Tomar medidas para manter a segurança física e o controle de infecção;
05. Propiciar movimentação do cliente no leito;
06. Realizar higiene e conforto;
07. Proporcionar ambiente tranquilizador;
08. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural.

3.2 Prescrição de enfermagem

- | | |
|----------------------------------------------------------|----------|
| 01. Lavar as mãos; | T N M |
| 02. Verificar sinais vitais; | H/H |
| 03. Observar nível de consciência; | T N M |
| 04. Observar sinais de insuficiência respiratória; | T N M |
| 05. Verificar pressão do “cuff” | T N M |
| 06. Aspirar oro endotraqueal; | SN |
| 07. Trocar traquéia próximo ao TOT | 24 06 12 |
| 08. Trocar água do respirador | 06 |
| 09. Trocar todas as traquéias | 20/05 N |
| 10. Observar alteração no traçado do monitor; | T N M |
| 11. Controlar drenagens de tórax D e E e Penroses D e E; | T N M |
| 12. Controlar drenagem de jejunostomia superior. | T N M |
| 13. Controlar diurese; | 2/2H |
| 14. Trocar curativo de subclávia; | 22/05 |
| 15. Trocar curativo cirúrgico cervical e abdominal; | N |
| 16. Trocar curativo de drenos torácicos e de Penrose; | N |

17. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16GE24DD8
18. Manter cliente aquecido	T N M
19. Colocar botas de algodão	T N M
20. Massagear região dorsal com creme hidratante;	T N M
21. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
22. Trocar microfix;	20/05 N
23. Dar banho no leito;	N
24. Fazer higiene oral;	18 21 08 10
25. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
26. Minimizar sons no ambiente;	T N M
27. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para o cliente;	T N M
28. Estimular o cliente a se expressar;	T N M
29. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação;	SN
30. Mostrar os cartões para auxiliar na comunicação;	SN
31. Evitar comentários impróprios frente ao cliente.	T N M

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 20/05/99 HORA: 18:30

S - Cliente monologando palavras inapropriadas (palavrões) e pedindo para sair do leito.

O - Acordado, ansioso e agitado (Ramsay 1). Confuso, obedecendo ordens e abrindo os olhos espontaneamente (Glasgow 13). Reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se verbalmente através de fala chorosa e por gestos.

Extubado e colocado em macronebulização a 5 l/min. de O₂, com FR de 14 mpm, com Sat. de O₂ de 98% e apresentando episódios de tosse produtiva sem expectoração.

Permanece em monitorização cardíaca, com FC de 118 bpm, taquicárdico, PA de 160/80 mmHg, com acesso venoso por subclávia D e T. ax. de 36°C.

Recebeu 100 ml de dieta pela jejunostomia inferior. Diurese pela SVD de 1350 ml e não evacuou durante o período.

Trocado curativo da incisão cervical drenando pequena quantidade de secreção serosangüinolenta entre os pontos. E curativo do dreno de Penrose direito drenando pequena quantidade de secreção serosangüinolenta e o Penrose esquerdo drenando 100 ml de secreção sangüinolenta em bolsa de ostomia.

Jejunostomia superior drenou 50 ml de secreção sangüinolenta.

• Exames Complementares

Gasometria

pH 7,28

pCO₂ 38,6 mmHg

CO₂ total 18,9 mm/L

pO₂ 119,2 mmHg

Saturação de O₂ 97,8%

Excesso de base (BE) -8,0 mEq/L

Bicarbonato "actual" 17.8 mEq/L

A - Cliente apresentando episódios de desorientação, provavelmente em função de hipóxia cerebral;

Evoluindo para comunicação verbal em virtude da extubação, porém com fala chorosa e respondendo inapropriadamente;

Apresentando capacidade para manter respiração espontânea, mas ainda necessita de auxílio (macronebulização);

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a grande quantidade de secreção e a tosse ineficiente;

Iniciou dieta pela jejunostomia inferior.

- P** - 01. Avaliar estado neurológico;
02. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;
 03. Manter vias aéreas permeáveis;
 04. Fornecer alimentação para o cliente;
 05. Propiciar movimentação do cliente no leito;
 06. Tomar medidas para manter a segurança física e controle de infecção;
 07. Realizar higiene e conforto;
 08. Proporcionar ambiente tranquilizador.

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 20/05/99 HORA: 18:30

2.1 Confusão Aguda provavelmente relacionada com a hipóxia cerebral e/ou ao distúrbio do metabolismo secundária à acidose, à DPOC e aos efeitos colaterais da medicação como diuréticos, agentes anti-inflamatórios, metildopa e feniltoína. Evidenciado por distúrbios flutuantes de orientação.

2.2 Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com o uso contínuo da máscara de nebulização secundária a deficiência respiratória, a ansiedade e aos episódios de desorientação. Evidenciada pela capacidade prejudicada de falar e escrever, respondendo inapropriadamente (palavrões).

2.3 Padrão Respiratório Ineficaz relacionado as secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundária a infecção pulmonar e ao DPOC. Evidenciado por mudanças na frequência e no padrão respiratório e mudança na frequência, ritmo e qualidade do pulso, quando o cliente está sem auxílio de oxigênio.

2.4 Troca de Gases Prejudicada relacionada com as secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundária a infecção pulmonar e ao DPOC, e ainda com a imobilidade no leito. Evidenciada pela dispnéia, quando o cliente está sem o auxílio de O₂, confusão e agitação.

2.5 Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas relacionada às secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundárias a infecção pulmonar e DPOC, e ainda com a imobilidade no leito. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.6 Risco para Déficit de Volume Líquido relacionado com a perda sangüínea no trans e pós operatório.

2.7 Alteração na Nutrição relacionada com a mudança da via de acesso e de hábitos alimentares secundária à cirurgia. Evidenciada pela jejunostomia e pela dieta pastosa.

2.8 Deglutição Prejudicada relacionada com a reconstrução cirúrgica do esôfago. Evidenciado por incapacidade de deglutir.

2.9 Alteração na Eliminação Urinária relacionada com a necessidade terapêutica (controlar o débito urinário). Evidenciada pela sonda vesical de demora (SVD).

2.10 Risco para Prejuízo da Integridade da Pele relacionado com a imobilidade física, umidade e a sensibilidade alterada.

2.11 Integridade Tissular Prejudicada relacionada com as conseqüências da cirurgia e de outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.12 Mobilidade Física Prejudicada relacionada com conseqüências do pós-operatório e aos equipamentos externos como monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.13 Risco para Infecção relacionada ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital - UTI).

2.14 Risco para Ferimentos relacionado com o estado de confusão aguda.

2.15 Risco para Aspiração relacionado com a presença de secreções nas vias aéreas.

2.16 Síndrome do Déficit no Autocuidado relacionada a internação na UTI e ao uso de equipamentos externos como: macronebulização, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 20/05/99 HORA: 18:30

3.1 Prescrição de enfermagem

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Estimular o cliente a tossir;	T N M
06. Aspirar oro nasotraqueal;	SN
07. Trocar água da nebulização;	06
08. Trocar traquéia da nebulização;	06
09. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
10. Controlar drenagens de tórax D e E e Penrose D e E;	T N M
11. Controlar drenagem de jejunostomia superior.	T N M
12. Instalar dieta em jejunostomia inferior;	T N M
13. Lavar SNG com 20ml de água após dieta;	T N M
14. Controlar diurese;	2/2H
15. Trocar curativo de subclávia;	24/05 N
16. Trocar curativo cirúrgico cervical e abdominal;	T
17. Trocar curativo de drenos torácicos e de Penrose;	T
18. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16GE24DD8
19. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	14 20 02 08
DD	16 22 04 10
DLE	18 24 06 12
20. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
21. Trocar microfix;	22/05
22. Dar banho no leito;	T
23. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
24. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
25. Minimizar sons no ambiente;	T N M

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| 26. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para o cliente; | T N M |
| 27. Estimular o cliente a se expressar; | T N M |
| 28. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; | SN |
| 29. Mostrar os cartões para auxiliar na comunicação; | SN |
| 30. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | SN |

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 21/05/99 HORA: 18:20

S - Cliente monologando palavras inapropriadas (palavrões), pedindo para sair do leito e referindo sentir dor algumas vezes durante o período.

O - Acordado, ansioso e agitado (Ramsay 1). Confuso, obedecendo ordens e abrindo os olhos espontaneamente (Glasgow 13). Reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se verbalmente através de fala chorosa e por gestos.

Permanece em macronebulização a 5 l/min de O₂, com Sat de O₂ variando de 96 a 98%, taquipneico à diminuição dos sedativos, com FR de 24 mpm. Continua retendo secreções nas vias aéreas.

Permanece em monitorização cardíaca, com taquicardia sinusal, FC de 106 bpm, PA de 140/70 mmHg, normotenso, com fluidoterapia por subclávia D e T. ax. de 37°C.

Recebendo dieta por jejunostomia inferior. Volume urinário pela SVD de aproximadamente 100 ml/ h e não evacuou durante o período.

Trocado curativo da incisão cervical drenando pequena quantidade de secreção serosa. Curativo do dreno de Penrose direito drenando pequena quantidade de secreção serosa e o Penrose esquerdo drenando 50 ml de secreção sangüinolenta em bolsa de ostomia.

Inserção de drenos torácico com pequena quantidade de secreção purulenta, drenagem torácica esquerda persiste serosangüinolenta e dreno torácico direito dobrado (confirmado pelo raio X).

• Exames Complementares

Gasometria

pH 7,25

pCO₂ 42,7 mmHg

CO₂ total 19,8 mm/L

pO₂ 103,2 mmHg

Saturação de O₂ 96,4%

Excesso de base (BE) -8,2 mEq/L

Bicarbonato "actual" 18.5 mEq/L

Hematócrito 28,5%

Hemograma

Material: sangue

Eritrograma:

Hemácias 3,08 milhões/mm³

Hemoglobina 9,8

Hematócrito 28,5%

VGM 912,5

HGM 31,8

CHGM 34,3

Leucograma:

Leucócitos 10900 p/mm³

	Nº em 100	Nº p/mm ³
Bastões	12	1308
Segmentados	80	8720
Eosinófilos	1	109
Linfócitos	6	654
Monócitos	1	109

Alterações Leucocitárias:

Contagem de plaquetas 141.000 mm³

Material: sangue	Valor de referência
Lactato 9,6 mg/dl	de 3,6 até 18 mg/dl
Uréia 61 mg/dl	de 10 até 50 mg/dl
Creatinina 1,6 mg/dl	de 0,7 até 1,1 mg/dl
Glicose 145 mg/dl	de 70 a 110 mg/dl
Sódio 143 mEq/L	de 135 até 148 mEq/L
Potássio 4,2 mEq/L	de 3,5 até 5,0 mEq/L
Magnésio 1,1 mg/dl	de 1,8 até 2,4 mg/dl

A - Cliente continua apresentando episódios de desorientação, provavelmente em função de hipóxia cerebral e desequilíbrio metabólico;

Permanece comunicando-se verbalmente, com palavras inapropriadas (palavrões);

Apresentando capacidade para manter respiração espontânea, porém ainda necessita de auxílio (macronebulização);

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a grande quantidade de secreção e a tosse ineficiente;

Cliente evoluindo com dor decorrente da cirurgia;

Inserção de drenos torácico com pequena quantidade de secreção purulenta, sugestivo de infecção no local.

P - 01. Avaliar estado neurológico;

02. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Fornecer alimentação para o cliente;

05. Atentar para queixas verbais e não verbais de dor;

06. Propiciar movimentação do cliente no leito;

07. Tomar medidas para manter a segurança física e controle de infecção;

08. Realizar higiene e conforto;

09. Proporcionar ambiente tranquilizador.

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 21/05/99 HORA: 18:20

2.1 Confusão Aguda provavelmente relacionada com a hipóxia cerebral e/ou ao distúrbio do metabolismo secundária à acidose, à DPOC e aos efeitos colaterais da medicação como diuréticos, agentes ANTI-inflamatórios, metildopa e feniltoína. Evidenciada por distúrbios flutuantes de orientação.

2.2 Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com o uso contínuo da máscara de nebulização, secundária a deficiência respiratória, a ansiedade e aos episódios de desorientação. Evidenciada pela capacidade prejudicada de falar e escrever, respondendo inapropriadamente (palavrões).

2.3 Padrão Respiratório Ineficaz relacionado com as secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundária a infecção pulmonar e ao DPOC e a imobilidade no leito. Evidenciado por mudanças na frequência e no padrão respiratório e mudança na frequência, ritmo e qualidade do pulso, quando esta sem auxílio de oxigênio.

2.4 Troca de Gases Prejudicada relacionada as secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundária a infecção pulmonar e à DPOC e a imobilidade no leito. Evidenciado pela dispnéia quando o cliente está sem o auxílio de oxigênio, confusão e agitação.

2.5 Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas relacionada às secreções excessivas e espessas e a tosse ineficiente, secundárias a infecção pulmonar e DPOC, e ainda com a imobilidade física. Evidenciada por tosse ineficaz e acúmulo de secreções nas vias aéreas.

2.6 Alteração na Nutrição relacionada com a mudança da via de acesso e de hábitos alimentares secundária à cirurgia. Evidenciada pela jejunostomia e pela dieta líquida.

2.7 Deglutição Prejudicada relacionada com a reconstrução cirúrgica do esôfago. Evidenciado por incapacidade de deglutir.

2.8 Alteração na Eliminação Urinária relacionada com a necessidade terapêutica (controlar o débito urinário). Evidenciada pela SVD.

2.9 Dor Aguda relacionada ao traumatismo dos tecidos secundária à cirurgia. Evidenciada pela comunicação verbal e não verbal de expressões de dor como gemidos e inquietação.

2.10 Risco para Prejuízo da Integridade da Pele relacionado com a imobilidade física.

2.11 Integridade Tissular Prejudicada relacionada com as conseqüências da cirurgia e de outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.12 Mobilidade Física Prejudicada relacionada com conseqüências do pós-operatório e aos equipamentos externos como monitor cardíaco, bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.13 Risco para Infecção relacionada ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital - UTI).

2.14 Risco para Ferimentos relacionado com o estado de confusão aguda.

2.15 Risco para Aspiração relacionado com a presença de secreções nas vias aéreas.

2.16 Síndrome do Déficit no Autocuidado relacionada a internação na UTI e ao uso de equipamentos externos como: macronebulização, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 21/05/99 HORA: 18:20

3.1 Prescrição de enfermagem

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	T N M
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Estimular o cliente a tossir;	T N M
06. Aspirar oro nasotraqueal;	SN
07. Trocar água da nebulização;	06
08. Trocar traquéia da nebulização;	06
09. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
10. Controlar drenagens de tórax D e E e Penroses D e E;	T N M
11. Controlar drenagem de jejunostomia superior. M T N	T N M
12. Instalar dieta em jejunostomia inferior;	T N M
13. Lavar SNG com 20ml de água após dieta;	T N M
14. Controlar diurese;	2/2H
15. Atentar para queixas de dor;	T N M
16. Trocar curativo de subclávia;	N
17. Trocar curativo cirúrgico cervical e abdominal;	N
18. Trocar curativo de drenos torácicos e de Penrose;	N
19. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16GE24DD8
20. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	14 20 02 08
DD	16 22 04 10
DLE	18 24 06 12
21. Manter as grades e cabeceira elevada;	T N M
22. Trocar microfix;	22/05
23. Dar banho no leito;	N
24. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
25. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 26. Minimizar sons no ambiente; | T N M |
| 27. Falar distinta, claramente, com o nível de voz normal e olhando diretamente para o cliente; | T N M |
| 28 Estimular o cliente a se expressar; | T N M |
| 29. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; | T N M |
| 30. Mostrar os cartões com gravuras para auxiliar na comunicação; | SN |
| 31. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | T N M |

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 24/05/99 HORA: 09:30

S - Cliente refere sentir-se melhor, demonstra contentamento com a alta da UTI, e agradece juntamente com os familiares, os cuidados que lhe foram prestados.

O - Acordado, tranqüilo e cooperativo (Ramsay 2). Orientado, obedecendo ordens e abrindo os olhos espontaneamente (Glasgow 15). Reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se verbalmente e por gestos.

Permanece em macronebulização a 5l/min de O₂, com Sat de O₂ de 98% e FR de 14mpm. Expectorando secreção broncopulmonar purulenta.

Permanece em monitorização cardíaca, ao escópio ritmo sinusal, com FC de 96 bpm, normotenso, com PA de 140/70 mmHg, com fluidoterapia por subclávia D e T. ax. de 36.5°C.

Recebendo dieta por jejunostomia inferior. Volume urinário pela SVD de aproximadamente 150 ml/ h e evacuou uma vez, em média quantidade, fezes pastosas.

Trocado curativo da incisão cervical drenando pequena quantidade de secreção serosa. E curativo do dreno de Penrose direito drenando pequena quantidade de secreção serosa.

Drenos torácico direito fechado e dreno torácico esquerdo com drenagem hemética.

A - Cliente apresentou melhora no quadro de desorientação;

Comunicando-se bem verbalmente (fala);

Apresentando capacidade para manter respiração espontânea, porém ainda necessita de auxílio (macronebulização);

Progredindo para desobstrução das vias aéreas, expectorando secreção purulenta;

Transferido para clínica cirúrgica I às 10 horas.

7 AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

7.1 Realidade versus proposta

Nossa proposta inicial deparou-se com uma série de dificuldades. Primeiramente em virtude do local escolhido para realizarmos o estágio.

Como a UTI - HU apresenta uma estrutura física pequena e é campo de estágio de vários cursos, houve concentração de uma grande quantidade de alunos durante o mesmo período em que estávamos realizando nosso estágio.

Isto nos trouxe alguns transtornos, pois haviam muitos alunos para cuidarem de poucos clientes. Além disto, a falta de respiradores causou o bloqueio de um leito por tempo indeterminado, ocasionando, também, a diminuição de clientes internados na unidade.

Os profissionais de saúde, em especial os que trabalham em unidade de terapia intensiva, vem se deparando com uma situação conflitante, pois ao mesmo tempo em que visualizam toda a possibilidade de recursos tecnológicos disponíveis no mercado, convivem com a dura realidade, da restrição dos gastos que passa a ser prioritária, da busca incessante de relações custo-eficácia positivas e de suas conseqüências.

Outra dificuldade, foi que a participação em eventos nos afastou, durante aproximadamente uma semana do campo de estágio, isto prejudicou a continuidade do trabalho e o vínculo com a equipe de saúde.

Imaginávamos e esperávamos trabalhar com clientes que encontravam-se sempre entubados e que permaneciam internados por um período maior de tempo (uma semana). Quando realizamos o estudo exploratório descobrimos que a moda de permanência dos (as) clientes é geralmente menor do que três dias e que o motivo mais frequente de internação era por pós-operatório imediato, sendo logo extubados. Como realizamos este estudo apenas na última semana de estágio, erro constatado posteriormente pelo grupo, pois o mesmo deveria ter sido feito durante o período de adaptação, ficávamos esperando clientes que fossem permanecer mais tempo internado e entubado.

Gostaríamos que o nosso projeto se tornasse uma contribuição positiva e inovadora para a unidade, clientes e equipe de saúde. Para tanto, consideramos funda-

mental que os (as) alunos (as), ao elaborarem o projeto de trabalho de conclusão de curso, se empenhem ao máximo para conciliar a proposta idealizada, não só com os déficits e problemas reais da unidade, como também, com os interesses da equipe como um todo, a fim de minimizar o risco de não ser devidamente incorporado pelos profissionais. Sugerimos, também, uma aproximação prévia dos (as) alunos (as) com o local escolhido, para facilitar a integração com a equipe e familiarizassem com as rotinas da unidade.

7.2 Clientes e familiares

Não é porque o (a) cliente está entubado (a) e internado (a) numa UTI, ou mesmo sedado, que ele ou ela não possa se expressar. Muito pelo contrário, é justamente em situações como esta que a comunicação torna-se fundamental, constituindo-se em instrumento de resgate da humanidade, da liberdade e da autonomia do (a) cliente.

Nos surpreendemos várias vezes com os desejos e respostas dos (as) clientes. Tínhamos a idéia que pessoas com problemas críticos de saúde e em terapia intensiva, só conseguiam e tinham disposição para manifestar necessidades muito básicas como sede, fome, frio, dor. No entanto, o que era expressado era muito diferente do que imaginávamos. Como exemplo, lembramos de uma ocasião em que quando foi oferecido papel e lápis para uma das clientes, ela escreveu que estava muito bem cuidada e que gostaria de tomar uma cerveja conosco quando tivesse alta.

Era também muito freqüente os (as) clientes solicitarem a prancheta para escreverem, e nós esperávamos ansiosos que eles ou elas solicitassem alguma ajuda ou reclamassem de alguma dor. Entretanto, só queriam nos dizer o nome de um filho ou filha ou, quando já sabiam que estava no horário de visita, perguntavam se os seus familiares já estavam esperando do lado de fora da UTI. Outras vezes, queriam saber mais sobre nós. Como por exemplo, uma das clientes, que estava entubada, após inúmeras tentativas de se comunicar por gestos, queria saber apenas, se um de nós era comprometido. No entanto, estávamos pensando que ela queria saber onde estava a aliança dela.

Nós poderíamos até afirmar que, na maioria das vezes, nossos palpites sobre o que o (a) cliente estava querendo comunicar, estavam absolutamente errados. Uma das clientes, que tinha sofrido uma amputação recente de perna esquerda, quando nos cha-

mava, não era para falar da sua perna, dor ou algum tipo de desconforto, e sim para perguntar sobre banalidades ou demonstrar um misto de curiosidade e preocupação por outros clientes. Como por exemplo, um dia em que viu um de nossos colegas sentado de costas para ela e perguntou o que ele estava fazendo. Em outra ocasião, ela escutou o barulho de um cliente que estava sendo extubado e perguntou o que era aquele barulho e se ele estava muito mal.

É bem verdade que com a comunicação verbal restaurada, aliada aos novos recursos terapêuticos de sedação e analgesia, os (as) clientes sintam-se melhor e, desta maneira, possam resgatar sua humanidade, mesmo estando internados (as) em uma UTI.

Porém, o que nos perguntamos é se a equipe de saúde está preparada para cuidar de pessoas, que expressam seus desejos e sentimentos; seres humanos que merecem serem tratados como iguais enquanto seres humanos. Pois, nesta nova configuração só há espaço para solidariedade, liberdade e autonomia.

Consideramos a família como parte integrante dos cuidados, pois além dos laços afetivos com o (a) cliente, os familiares são valiosas fontes de informação e são fundamentais para implementação do tratamento. Sua presença diminui o impacto que a UTI pode causar no (a) cliente, fazendo-o (a) sentir-se melhor com o apoio de pessoas que ele ou ela conhece e ama.

Notamos claramente a mudança no rosto dos (as) clientes quando um familiar está junto ao leito no horário da visita, a segurança que existe no aperto das mãos, que se entrelaçam fortemente, as lágrimas, os recados, o sorriso, as promessas, enfim, neste momento ele ou ela está com aqueles, em que pensa e se preocupa durante a internação.

E porque tantos horários restritos e visitas tão curtas? Será que a presença do familiar não ajudaria no tratamento?

Nós concordamos que há dificuldades na permanência do acompanhante, como o ambiente restrito, a falta de infra estrutura, de experiência da equipe em lidar e preparar a família, dentre outras. No entanto, consideramos neste contexto, a presença da família junto ao cliente um fator positivo e que deveria ocorrer, por exemplo com a instalação de poltronas confortáveis ao lado de cada leito para que o familiar possa acompanhar e apoiar o tratamento, podendo permanecer mais tempo do dia, se assim desejar.

7.3 Equipe de enfermagem

Observamos que a visão do (a) cliente como um ser biopsicossocial é mais defendida e efetuada pela equipe de enfermagem, se comparada com a equipe médica, pois torna-se evidente a preocupação dos médicos com o problema biológico, o qual procuram resolver com exames e medicações. Apesar, da enfermagem tentar cuidar do (a) cliente de uma maneira mais integral e humana, ainda constatamos que a equipe precisa melhorar algumas de suas atitudes, como respeitar a autonomia e a privacidade do (a) cliente, fornecer-lhe informações, entre outras.



Figura 6 - Equipe de enfermagem (foto autorizada)

Trabalhar num ambiente com alta tecnologia, implica em estar atento para não reduzir tudo a tecnologia, não se trata de abominá-la, por que ela não é nem benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que dela se faz.

Até que ponto a tecnologia como vem sendo utilizada nos dias de hoje é “saudável” para a equipe e clientes, uma vez que os próprios profissionais da área da saúde, não desejam a UTI para si ou para seus entes queridos?

Trabalhar numa UTI, é aceitar que o estresse existe, que o ambiente é propício para a ansiedade e emergência de conflitos, por isto a importância da reflexão. Para que a equipe torne-se consciente dos seus próprios estressores, poderá realizar sessões de grupo, onde discuta os conflitos, percepções e quais as respostas são mais adequadas a estas situações.

7.4 Processadores da experiência

Este trabalho nos trouxe bastante crescimento pessoal e profissional. Em primeiro lugar, nos deu a oportunidade de trabalhar em grupo, o que consideramos fundamental para a profissão de enfermagem; construímos conhecimento através da pesquisa; aprendemos a fazer trabalho científico, o que nos ensinou à pensar, expressar, redigir e implementar, bem como, perceber algumas das dificuldades que permeiam este processo.

Sentimos que não conseguimos estabelecer uma interação adequada com toda a equipe de enfermagem. Talvez, isto possa ser atribuído ao fato de que nunca havia sido feito um trabalho de conclusão de curso de enfermagem na UTI - HU. Além do mais, é bem possível também que tenhamos tido dificuldade em estabelecer uma integração melhor, pois foi a primeira vez que realizamos estágio desta natureza.

Aprendemos, a utilizar os diagnósticos de enfermagem, não apenas como mais uma etapa do processo mas também como um processo que exige um raciocínio diagnóstico que nos possibilita detectar que aspectos das NHB estão afetados, dirigindo a nossa prática assistencial. Sabendo que o processo de enfermagem da UTI - HU será reformulado, deixamos como sugestão a implementação do roteiro de coleta de dados e da lista de diagnósticos de enfermagem, elaborados por nós.

O conhecimento dos princípios da ética biomédica forneceu-nos uma outra maneira de cuidarmos dos (as) clientes e visualizarmos os seus problemas. Problemas como a falta de respeito da autonomia. Um dos exemplos para ilustrar este aspecto, foi o

caso de um cliente com diagnóstico de IAM que pedia para ir ao banheiro evacuar, mas não era permitido. É sabido que o esforço para evacuar pode precipitar episódios de dor precordial e isquemia miocárdica, porém se o cliente fosse ao banheiro acompanhado e a dieta fosse adequada para diminuir o esforço ao evacuar, não haveria problema em permiti-la em respeito a sua autonomia e bem-estar.

A participação em eventos científicos dentro de nossa área é importante. Não foi diferente desta vez, participamos da Jornada de Terapia Intensiva em Brusque - SC e do Encontro de Enfermagem em Terapia Intensiva em Campinas - SP, onde tivemos a oportunidade de conhecer a UNICAMP, um dos centros de excelência para a formação de enfermeiros. Conhecemos todo o Campus Universitário, visitamos o departamento de enfermagem, o laboratório, a pós-graduação e o Hospital das Clínicas. Conversamos com o pessoal local sobre o trabalho de conclusão de curso e soubemos por eles que na UNICAMP não é exigido este tipo de trabalho. Eles comentaram que gostariam de ter a oportunidade de vivenciar este tipo de experiência e acreditam que facilitaria muito quando decidissem ir para o mestrado e doutorado.

Nas palestras haviam aproximadamente 500 pessoas atuantes em UTIs. Os temas foram bastante interessantes, “A Comunicação com Pacientes Críticos”, “A Humanização na UTI”, e vários outros. Todos os debates enfocavam o tema central do encontro, “A Busca da Excelência no Cuidado”.

Concluimos ainda, que cada ser humano é único e tem o direito a um atendimento livre de julgamentos de valor, onde sejam, na medida do possível, respeitadas as suas vontades próprias (autonomia), e para isto a enfermagem tem que empenhar-se em buscar meios para realizar ações que beneficiem o (a) cliente. Consideramos que um destes meios seja o estabelecimento da comunicação interpessoal, pois é através dela que ele ou ela expressa o que deseja, consente e discorda. Destacamos ainda, que a comunicação propicia um atendimento mais justo, na medida que os (as) clientes expressem suas reclamações e sentimentos de discriminação, sempre que este for o caso.

8 BIBLIOGRAFIAS CITADAS E REFERENCIADAS

- AMARAL, J. L. G.; VIANA, P. T. G. e GOZZANI, J. L.. Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular – aspectos gerais. In: AMARAL, J. L. G. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI. São Paulo: Atheneu, v.2, ano 1, 1999.255p., p.1-45.
- ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Ellen M. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BARBOSA, Sayonara de Fátima. Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da UFSC, Florianópolis.
- BEAUCHAMP, T. L. ; CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. 4th-New York: Oxford, 1994. 546p.
- BENEDET, Silvana Alves & BUB, Maria B. C., Manual de diagnóstico de enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúcia Ed., 1998.
- BEZERRA, A. L. Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.2, p.134-9, ago. 1998.
- BUB, M. B. C. & CAPONI, S. N. C. Ética e unidade de terapia intensiva, 1996 (mimeo).
- CARPENITO, Lynda Juall. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica - Tradução Ana Thorell. 6ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CECCIO, J. F.; CECCIO, C. M. Effective communication in nursing: theory and practice. New York, John Wiley, 1982.
- CURRY, Stephen. Cuidados intensivos: identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente internado na unidade de cuidados intensivos. Rev. Nursing, São Paulo, novembro 1995, p.26-32.
- DAL SASSO, Grece T. N. A crise como uma oportunidade de crescimento para família que enfrenta uma doença aguda - Um desafio para a enfermagem - Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Enfermagem, UFSC, Florianópolis.
- DAVIS, Flora. A comunicação não-verbal. Tradução por Antônio Dimas. São Paulo: SUMMUS, 1973.

- FELISBINO, Janete Elza. Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica. São Paulo: EPU, 1994.
- GEORGE, Júlia B.. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. Tradução por: Regina Machado George. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- GOMES, Alice Martins. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo. EPU, 1998.
- HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo. EPU: 1979.
- HUDAK, Carolyn M., GALLO, Barbara M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6 ed. Tradução por Cláudia Lúcia C. Araújo e J. Israel Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1997.
- IMHOF, Giovana, GRAMS, Miriam T. Torres. Assistência de enfermagem ao paciente de terapia intensiva e familiares com base na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis, (trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem), UFSC, 1996.
- KOIZUMI, M. S.; KAMYAMA, Y; FREITAS, L. A., Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva. Problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. , São Paulo. 13 (2): 135-145; 1989.
- MARCON, Lúcia. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. Apostila do Colégio Coração de Jesus. Florianópolis, julho, 1998.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1995.
- MORGAN, Thomas. A linguagem do corpo. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1989.
- NORDENFELT, Lennart. Quality of life, healty an happiness. Aldersot: avebury, 1993. p.182.
- NORONHA, Dulce C. U. et al. Implicações éticas na assistência de enfermagem no paciente crítico. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 38 (3/4), p.349-354, Jul./dez., 1985.
- North American Nursing Diagnosis – NANDA. Nursing Diagnosis: 1999 – 2000. Celebrating 25 Years. Philadelphia: 1999. (tradução livre para fins didáticos por Maria Bettina Camargo Bub, Florianópolis, junho de 1999).
- PAIVA, Marcelo R. Feliz ano velho. São Paulo. Editora Mandarim, 1996.
- PECCI, João Carlos. Minha profissão é andar. São Paulo: SUMMUS, 1980.

- SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde. São Paulo: Editora Gente, 1996.
- SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação: a importância da comunicação nos processos de qualidade. Rev. NURSING, São Paulo, junho 1998, p.20-26.
- 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, (trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem), UFSC, 1995.
- SOUZA, L. N. A. Estabelecendo uma forma de comunicação com o paciente entubado na unidade de terapia intensiva. Florianópolis, (trabalho do curso de especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem), UFSC, 1997.
- SOUZA, Márcia de et al. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev. Paul. Enf. São Paulo, v.5, n.2, p.77-79, abr/jun., 1985.
- SPÍNDOLA, Thelma; CASTANÕN, Fátima Faria; LOPES, Gertrudes Texeira. O estresse na UTI. Rev. Âmbito Hospitalar, Rio de Janeiro, maio 1995, p.35-41.
- STEFANELLI, Maguida C. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2 ed. São Paulo: ROBE, 1993.
- TAYLOR, Cecelia Monat. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mcbeness, Porto Alegre. 13 ed.. Artes Médicas do Sul, 1992.
- Texto & Contexto – Enfermagem / Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v. 1, n. 1, (1992). Florianópolis: UFSC, 1992.
- TIGHE, James; Comunicação: Estár-me a ouvir? Rev. Nursing, São Paulo, dezembro 1996, p.28-29.
- WATZLAWICK, P., et al. Pragmática da comunicação humana. São Paulo, Cultrix, 1987.

9 ANEXOS

ANEXO1

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA - ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Abre espontaneamente	4
	Abre ao comando	3
	Abre à dor	2
	Não abre	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Não verbaliza	1
Resposta Motora	Obedece ao comando verbal	6
	Localiza à dor	5
	Flexão normal em retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Sem resposta	1

NÍVEL DE SEDAÇÃO - ESCALA DE RAMSAY

- 1 - Acordado, mas ansioso e agitado.
- 2 - Acordado, mas tranqüilo e cooperativo.
- 3 - Dormindo, mas acorda aos estímulos táteis e aos chamados.
- 4 - Dormindo, resposta fraca aos estímulos táteis e ao chamado.
- 5 - Dormindo, resposta fraca somente aos estímulos dolorosos.
- 6 - Sem resposta aos estímulos dolorosos, ideal para curarização.

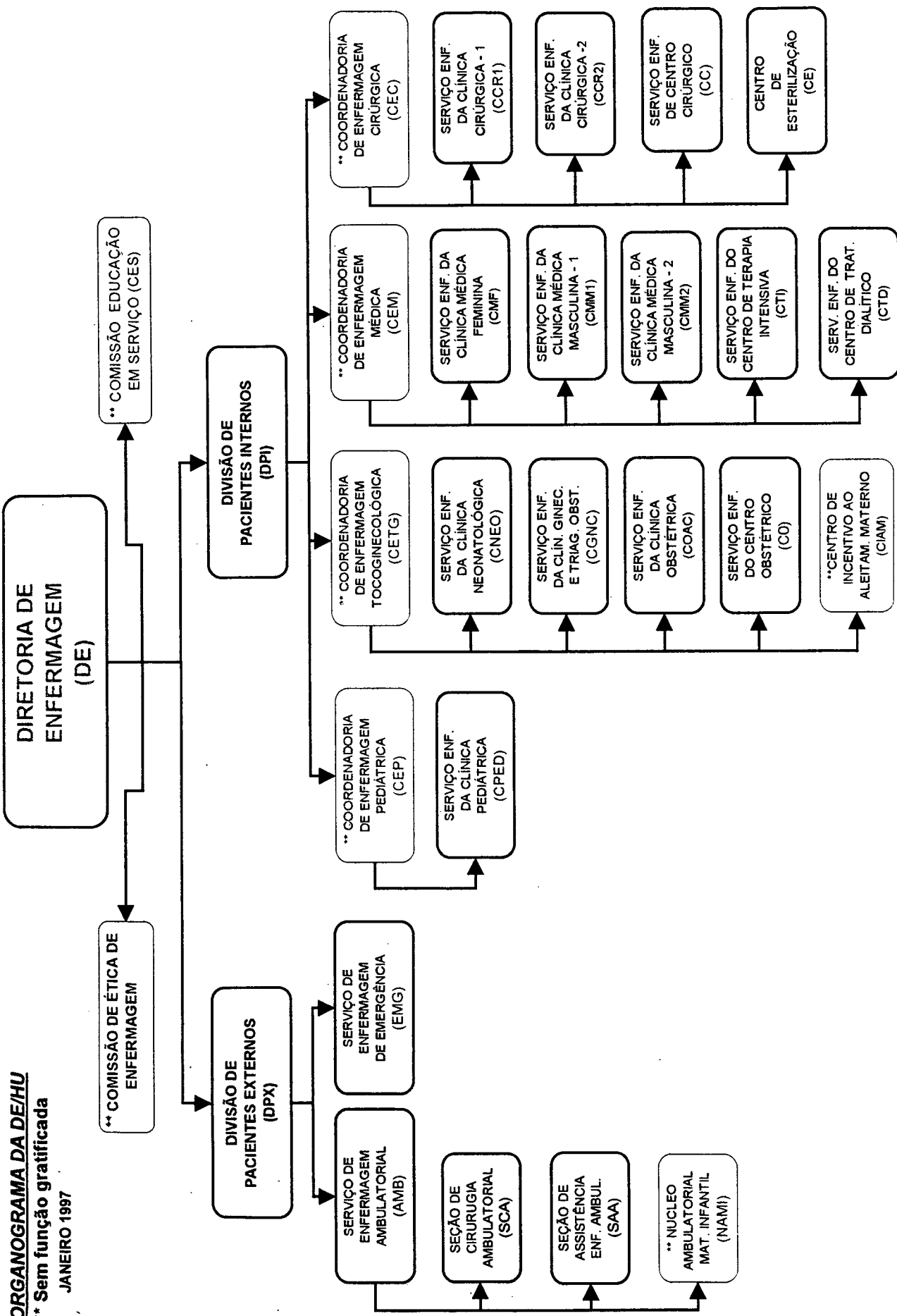
ANEXO 2

**CLASSIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
CONFORME WANDA A HORTA (1979).**

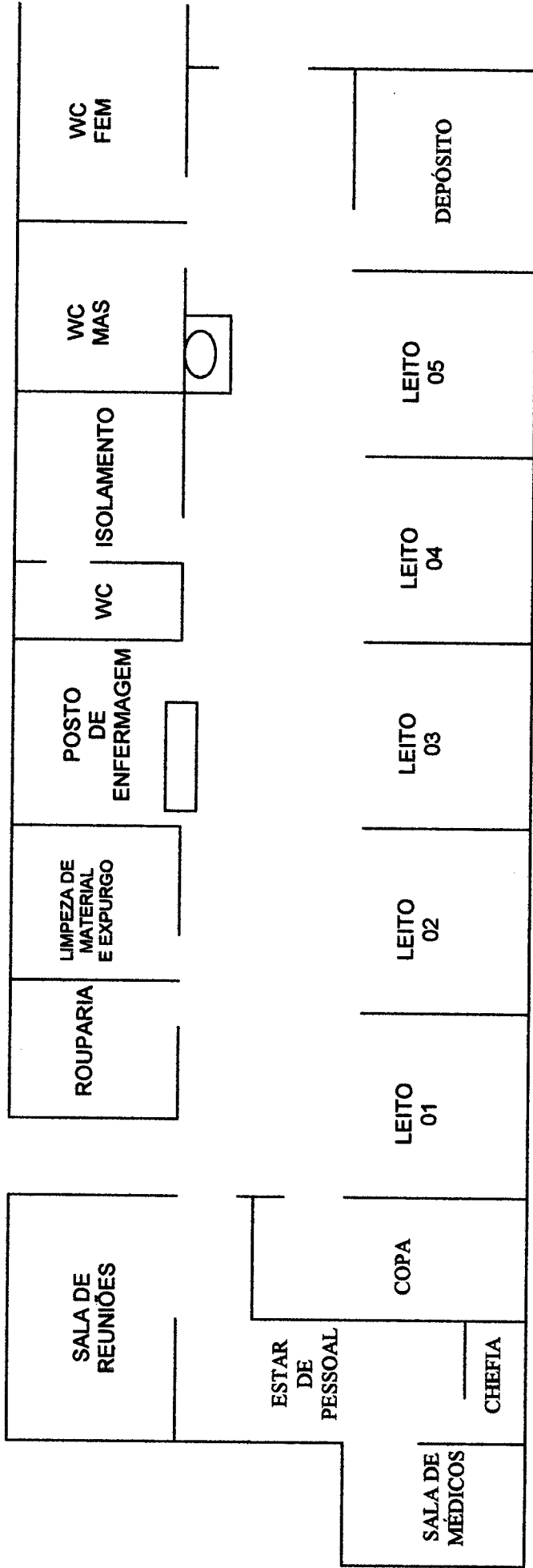
Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercícios e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, crescimento celular e vascular. Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa. Ambiente Terapêutica	Segurança Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem Gregária Recreação Lazer Espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou Teológica Ética ou Filosofia de vida

Horta, citada em Benedet e Bub (1998, p.19), ressalta que “as necessidades são interrelacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando qualquer uma se manifesta, todas elas sofrem algum grau de alteração”.

ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5

Inclui dados verificados quando da admissão do paciente e observados por todos os elementos da equipe multiprofissional. (História atual, progressa exame físico). Datar e assinar cada relato.

ADMISSÃO UTE

DIA:

HORA:

Data: ____ / ____ / ____ , Hora: ____

Assinatura e Carimbo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
HISTÓRICO DE SAÚDE

ANEXO 6

PROBLEMA Nº 01		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	- UTI -	Horário
01. Verificar Sinais Vitais		
02. Dar banho no leito		
03. Fazer higiene oral		
04. Controlar diurese		
05. Troca catéter de oxigênio		
06. Observar alteração no traçado do monitor		
07. Aspirar oro endotraqueal		
08. Trocar traquéia próxima ao TOT		
09. Trocar água do respirador		
10. Trocar todas as traquéias		
11. Trocar água da nebulização		
12. Trocar traquéia da nebulização		
13. Trocar curativo de dissecação de veia com SF		
14. Trocar curativo de subclávia com SF		
15. Trocar curativo de jugular com SF		
16. Trocar curativo da traqueostomia		
17. Trocar curativo		
18. Trocar microfix		
19. Fazer mudança de decúbito + massa- gem c/ álcool glicerinado	DLD DD DLE	
20. Manter grades e cabeceira elevada		
21. Observar nível de consciência		
22. Lavar SNG c/ 20 ml de água após dieta		
23. Fazer rodizio para injeção		

DATA: ___/___/___

HORA: _____

_____ ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PRESCRIÇÃO

UTI

ANEXO 7

ANEXO 8

LOCAL DE NASC.	NACIONALIDADE	DATA DE NASC.	COR	EST. CIVIL	SEXO	IDADE
----------------	---------------	---------------	-----	------------	------	-------

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Residência:	Rua:	Nº.	Fone:
		UF	
	Bairro:		

Responsável:

Endereço:	Fone:
-----------	-------

Endereço para Notificação:

Categoria	Nº. Matrícula	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA TRANSFERÊNCIA

RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RELATÓRIO DE
TRANSFERÊNCIA

--

ANEXO 9

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL				REQUISIÇÃO DE MATERIAL		NÚMERO			
CODIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI		PREENCHIDO POR		RAMAL 9192/9193		DATA 13/05/99	
ITEM	C. MAT.	D.V	UN	Q.F.	NOME DO MATERIAL	COTA	Q.P.		
01	00734	0	PE		APARELHO BARBEAR DESC.	10	10		
02	02163	6	PE		BATERIA ALCALINA 9 VOLTS	02			
03	13519	4	PE		SABONETE NEUTRO P/ USO IND.	20			
04	00751	0	PE		ESCOVA NYLON P/ LIMP. TUBO M	01			
05	00752	8	PE		ESCOVA NYLON P/ LIMP. TUBO G	01			
06	00756	0	PE		ESCOVA ESPUMA DUPLA FACE	01			
07	00761	7	PT		LÃ AÇO P/ LIMPEZA, BOMBRIL	01			
08	00774	9	LA		PASTA SAPONACEA P/ LIMPEZA	01			
09	00775	7	PE		PENTE PLÁSTICO P/ PIOLHO	01			
10	00777	3	PE		PILHA ALCALINA GRANDE	04			
11	00778	1	PE		PILHA ALCALINA MÉDIA	04			
12	00779	0	PE		PILHA ALCALINA PEQUENA	04			
13	08092	6	PE		PILHA ALCALINA 6 VOLTS	02			
14	00783	8	BR		SABÃO COMUM BARRA 200g	02			
15	00786	2	PE		SACO LIXO 5 Litros	20			
16	00788	9	PE		SACO LIXO 40 Litros	20			
17	00789	7	PE		SACO LIXO 60 Litros	20			
18	00790	0	PE		SACO LIXO 100 Litros	60			
19			PE		SACO BRANCO DE LIXO 100 Litros	60			

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) item(s) _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Justificativa: _____

Ass. Enfª Unidade _____

Autorização Chefia: Coord. ou DPI _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL					REQUISIÇÃO DE MATERIAL	NÚMERO	
CÓDIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI			PREENCHIDO POR	RAMAL 9192 / 9193	DATA 13/05/99
ITEM	C. MAT.	D.V	UN	Q.F.	NOME DO MATERIAL	COTA	Q.P.
01	01650	0	PR		LUVA ESTÉRIL, n° 7,0	10	
02	01651	9	PR		LUVA ESTÉRIL, n° 7,5	20	
03	01437	0	PR		LUVA ESTÉRIL, n° 8,0	20	
04	01438	9	PR		LUVA ESTÉRIL, n° 8,5	10	
05	01761	2	LT		ANTI-SÉPTICO DEGER -CLOROEX 2%	04	
06	01245	9	LT		ANTI-SÉPTICO TÓPICO	04	
07	10450	7	LT		ANTI-SÉPTICO TÓPICO-CLOROEX 2%	02	
08	01241	6	CJ		CONJ. POLIP. C/MÁSCARA ADULTO	02	
09	01464	8	PE		COPO PLÁSTICO COLETA FEZES	10	
10	02571	2	PE		DRENO PENROSE, ESTÉRIL DESC n° 4	03	
11	11253	4	PE		ELETRODO ADULTO	200	
12	01316	1	PT		ESPÁTULA MADEIRA	02	
13	01470	2	FR		ÉTER SULFÚRICO	01	
14	01447	8	PE		FITA ADESIVA P/ AUTOCLAVE	01	
15	15688	7	FT		FITA P/ GLICEMIA	100	
16	01326	9	PE		FRASCO VIDRO GRADUADO ROSCA	02	
17	12106	1	PE		FRASCO DRENAGEM TÓRAX 500 ml	03	
18			PE		FRASCO DRENAGEM TÓRAX 1000 ml	03	
19	01663	2	LT		GLICERINA LÍQUIDA	01	
20	02582	8	PE		LÂMINA BISTURI n° 11	100	
21	12100	2	PE		MÁSCARA DESCARTÁVE;	100	
22	12004	9	PE		SIST. SUÇÃO TRAQUEAL FECH n° 14	03	
23	12005	7	PE		SIST. SUÇÃO TRAQUEAL FECH n° 16	03	
24	01768	0	PE		TOUCA DESC	100	
25	10579	1	FR		VASELINA LÍQUIDA	01	
26	01446	0	FR		VASELINA SÓLIDA	01	
27	09465	0	PE		BAINHA INTRODUTÓRIA 8F	10	
28	02586	0	PE		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA n° 8,0	02	
29	02587	9	PE		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA n° 9,0	02	
30	02588	7	PE		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA n° 10	02	
31	09433	1	PE		CATETER SWAN-GANZ, 4 VIAS	02	
32	08616	9	PE		DOMUS P/ TRANSDUTOR PRESSÃO	04	
33	08478	6	PE		KIT MONITORIZAÇÃO HEMODIN.	02	
34	09649	0	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 9,5	03	
35	01396	0	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 9,0	05	
36	01395	1	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 8,5	05	
37	01394	3	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 8,0	05	
38	01406	0	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 7,5	02	
39	01788	4	PE		SONDA ENDOTRAQUEAL n° 7,0	02	

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) item(s) ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___.

Justificativa: _____

Ass. Enf^ª Unidade

Autorização Chefia: Coord. ou DPI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL					REQUISIÇÃO DE MATERIAL	NÚMERO	
CODIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI			PREENCHIDO POR	RAMAL 9192 / 9193	DATA 13/05/99
ITEM	C. MAT.	D.V.	UN.	Q.F.	NOME DO MATERIAL	COTA	Q.P.
01	01156	8	BL		AUTORIZAÇÃO INT. HOSP. 0300/022	01	
02	01162	2	BL		AVISO SAÍDA - TRÊS VIAS 0300/150	01	
03	01165	7	BL		BIOQUÍMICA 0300/078	03	
04	01182	7	BL		CENSO DIÁRIO 0300/133	02	
05	07834	4	FL		DIÁLISE PERITONEAL 0300/170	50	
06	00974	1	FL		ESCALA SERVIÇO 0300/026	06	
07	01735	3	BL		ESTUDO HEMODINÂMICO 0300/127	01	
08	00980	6	BL		EVOLUÇÃO PACIENTE 0300/019	05	
09	01029	4	BL		GASIMETRIA 0300/064	05	
10	01042	1	BL		HISTÓRICO SAÚDE 0300/071	05	
11	01044	8	BL		IDENTIFICAÇÃO CADÁVER 0300/060	02	
12	08341	0	BL		JUST. DE USO ANTIBIÓTICO 0300/175	02	
13	01156	8	BL		A I H 0300/022	02	
14	01054	2	BL		LISTA PROBLEMAS 0300/072	02	
15	01087	1	BL		PEDIDO PARECER 0300/025	02	
16	01089	8	BL		PEDIDO TRANSFUSÃO 0300/040	01	
17	05239	6	BL		PRESCRIÇÃO MÉDICA CARBONADA	05	
18	01099	5	BL		RECEITUÁRIO MÉDICO 0300/020	05	
19	01113	4	BL		RELATÓRIO INSULINA 0300/099	02	
20	01114	2	BL		RELATÓRIO TRASF. 2700/001	02	
21	01127	4	BL		REQUISIÇÃO ECO 0300/126	02	
22	01116	9	BL		REQUISIÇÃO ECG 0300/042	02	
23	01118	5	BL		REQUISIÇÃO EXAMES 0300/053	05	
24	01117	7	BL		REQ. EXAMES E RELAT. 0300/015	02	
25	01115	0	BL		REQ. EXAMES USG /RELAT. 0300/010	01	
26	01122	3	BL		REQ. MATERIAL 0300/001	01	
27	01123	1	BL		REQ. MEDICAMENTOS 0300/043	02	
28	01128	2	BL		REQ. NOTA REMESSA 0300/153	02	
29	01136	3	BL		RÓTULO SORO 0300/087	08	
30	01051	0	BL		SOLIC. PROC. ESPECIAIS 0300/161	02	
31	01145	2	BL		SUMÁRIO ALTA 0300/012	01	
32	14519	0	BL		CONTROLE INTENSIVO	05	
33	14518	1	FL		PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM	100	
34	15401	6	BL		REQUISIÇÃO FISIOTERAPIA	01	
35	01066	9	BL		MEMORANDO S/PAUTA 1006-5	02	
36	01125	8	BL		REQUISIÇÃO VEÍCULO 1036-7	02	
37	01143	6	BL		SOLICITAÇÃO SERVIÇO 1019-7	02	
38	01190	8	BL		CONTROLE ENTORPECENTE E PSICOTRÓPICO MOD. 2700/021	02	

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) item(s) _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____.
Justificativa: _____

Ass. Enfª Unidade

Autorização Chefia: Coord. ou DPI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIVISÃO DE MATERIAL					REQUISIÇÃO DE MATERIAL	NÚMERO		
CODIGO DO C.C. 3745		NOME CENTRO CUSTO CTI			PREENCHIDO POR SMR	RAMAL 9192 / 9193	DATA 11/05/99	
ITEM	C. MAT.	D.V	UN	Q.F.	NOME DO MATERIAL		COTA	Q.P.
01	00063	9	CX		SG 5% 500 ML		06	
02	00011	6	CX		SG 5% 250 ML		05	
03	00035	3	CX		SG 10% 500 ML		03	
04	00376	0	CX		SG 50% 500 ML		01	
05	10723	9	CX		SF 0,9% 1000 ML		10	
06	00077	9	CX		SF 0,9% 500 ML		06	
07	00018	3	CX		SF 0,9% 250 ML		05	
08	00113	9	CX		DIALISE PERITONEAL 1000 ML		12	
09	00287	9	CX		BICARBONATO DE NA 8,4% 250 ML		01	
10	00050	7	CX		MANITOL 20% 250 ML		01	
11	00036	1	CX		RINGER COM LACTATO 500 ML		01	
12	15884	4	LT		ÁGUA ESTÉRIL		30	

CARIMBO/ASS. RESPONSÁVEL:

RECEBIDO:

Solicito alteração de cota do(s) ítem(s) _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ .
 Justificativa: _____

_____ Ass. Enfª Unidade
 _____ Autorização Chefia: Coord. ou DPI

ANEXO 10

ESCALA DOS MÉDICOS INTENSIVISTAS DA UTI DO HU -UFSC

8:00 às 12:00h

Dra. Raquel (Staff - médico que faz parte do corpo clínico) – Chefe do serviço de medicina de urgência.

Dr. Joel (Staff) – Chefe do serviço de Terapia Intensiva.

Dr. Alexandre (R2 - Residente)

12:00 às 16:00h

Dra. Alice (Staff)

Dra. Gina (Staff)

Dr. Alexandre (R2)

16:00 às 20:00h

Dr. Evandro (Staff)

Dra. Margareth (Staff)

20:00 às 8:00h, noturno e incluindo final de semana:

Dra. Márcia; Dr. Tales; Dr. Rodrigo;

Dr. Eliezer; Dr. Joel ; Dr. Destro.

Dr. Valdemar; Dra. Ana.

ANEXO 11

ANEXO 12

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM**

**ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DAS SEÇÕES DE
INTERNAÇÃO E EMERGÊNCIA**

- 01 Cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir e fazer cumprir o Regimento Geral, Regulamento, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem.
- 03 Promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas e Estimular o trabalho em equipe.
- 04 Manter um bom entrosamento com as outras seções do Hospital e outras Instituições.
- 05 Realizar reuniões com os servidores de seu turno.
- 06 Participar de reuniões e comissões quando convocado.
- 07 Participar, colaborar e estimular a participação da equipe de enfermagem nos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 08 Promover a integração Docente Assistencial.
- 09 Desenvolver e/ou colaborar em pesquisa.
- 10 Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, rotinas e normas.
- 11 Manter as chefias imediatas informadas das ocorrências da Seção.
- 12 Avaliar periodicamente os servidores de seu turno.
- 13 Revisar e assinar requisições de sua competência expedida pela Seção.
- 14 Orientar e supervisionar e utilização do material de consumo, permanente e equipamentos.
- 15 Orientar e supervisionar os servidores de seu turno quanto a ordem , limpeza e organização da Seção.
- 16 Orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao cliente segundo os "Padrões de Assistência de Enfermagem".
- 17 Fazer diariamente a prescrição de enfermagem, segundo o método de assistência.
- 18 Orientar, supervisionar e avaliar no seu turno a qualidade das anotações de enfermagem.
- 19 Coordenar a passagem de plantão.
- 20 Visitar diariamente todos os clientes da Seção.
- 21 Receber os clientes na admissão, fornecendo orientações referentes a rotina da Instituição.
- 22 Fornecer informações a clientes, médicos, professores, alunos, familiares, visitas, servidores.
- 23 Acompanhar a visita médica aos clientes de acordo com as prioridades.
- 24 Programar as atividades diárias dos funcionários
- 25 Supervisionar a organização dos prontuários.
- 26 Estabelecer os horários nas prescrições médicas.
- 27 Supervisionar a execução e checagem das prescrições médicas de enfermagem.
- 28 Anotar e supervisionar os registros do censo diário.
- 29 Solicitar a presença médica na Seção quando necessário.
- 30 Orientar, preparar e encaminhar clientes para exames, tratamentos, transferências e outros. Acompanhar os clientes graves em exames e transferências sempre que possível.

- 31 Supervisionar o controle dos psicotrópicos
- 32 Prestar assistência de enfermagem ao cliente cabendo-lhe os seguintes procedimentos:
 - A. Exclusivo:
 - ▷ Gasometria
 - ▷ Troca de Cânula de traqueostomia.
 - B. Preferencial:
 - ▷ Punção venosa em crianças graves.
 - ▷ Punção venosa com catéter curto.
 - ▷ Embrocação vaginal.
 - ▷ Fechamento de balanço Hidroeletrolítico.
 - ▷ Sondagem vesical, nasogástrica, enteral.
 - ▷ Instalação de PVC.
- 33 Avaliar programa da Diálise peritoneal.
- 34 Prestar assistência integral ao cliente em hemodiálise
- 35 Orientar e preparar o cliente para **CAPD**
- 36 Participar na elaboração do planejamento e relatório da Seção.

HOSPITAL UNIVERITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM DAS
UNIDADES DE INTERNAÇÃO, UTI, EMERGÊNCIA E
AMBULATÓRIO

- 01 Cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem.
- 03 Participar dos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 04 Participar das reuniões de sua equipe ou das chefias, quando convocado.
- 05 Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem, clientes, chefias, professores, alunos, familiares e servidores de outras Seções do Hospital.
- 06 Participar da passagem de plantão, colaborando com sugestões e comentários.
- 07 Apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome.
- 08 Explicar ao cliente o que será feito antes de cada atividade.
- 09 Fazer diariamente anotações referentes aos cuidados prestados e ocorrências observadas.
- 10 Comunicar ao enfermeiro as intercorrências observadas na Seção.
- 11 Atender as campainhas, resolver os problemas de sua competência e transferir os que não lhe competem.
- 12 Acompanhar clientes para outras Seções do Hospital ou entidades de saúde quando solicitado.
- 13 Arrolar e identificar a roupa e pertences do cliente.
- 14 Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo Serviço de Processamento de Roupas.
- 15 Proporcionar recreação e banho de sol para o cliente.
- 16 Preparar clientes, por ocasião da admissão, alta e transferência.
- 17 Executar cuidados pós morte.
- 18 Auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos.
- 19 Zelar pela limpeza, ordem e conservação dos materiais e ambientes.
- 20 Manter limpo, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual do cliente de acordo com o seu grau de dependência.
- 21 Preparar o cliente, material e ambiente para realizado de exames e testes diagnósticos.
- 22 Auxiliar o medico ou enfermeiro na realização de exames e tratamento .
- 23 Controlar a medicação psicotrópica.
- 24 Organizar o material para troca na Central de Esterilização .
- 25 Executar e checar prescrições médicas e de enfermagem de acordo com os padrões e anotar os resultados dos seguintes procedimentos:
 - ▷ Sinais Vitais
 - ▷ Oxigenoterapia
 - ▷ Fluidoterapia
 - ▷ Mudança de decúbito
 - ▷ Higiene e conforto
 - ▷ Exercícios respiratórios

- ▷ Movimentação passiva e ativa
- ▷ Deambulação
- ▷ Glicosúrias e cetonúrias
- ▷ Aplicações quentes e frias
- ▷ Dados antropométricos
- ▷ Alimentação e hidratação
- ▷ Preparação e ministração de medicamentos
- ▷ Punção Venosa
- ▷ Controle de ingesta e excreta
- ▷ Lavagem Intestinal
- ▷ Aspiração orotraqueal
- ▷ Nebulizações
- ▷ Tapotagem e drenagem postural
- ▷ Restrições
- ▷ Curativos
- ▷ Troca de frascos de drenagem de tórax
- ▷ Embrocação vaginal
- ▷ Balanço hídrico
- ▷ Instalação e leitura de PVC

Procedimentos com Supervisão

- ▷ Sondagem vesical
- ▷ Sondagem nasogástrica
- ▷ Sondagem enteral
- ▷ Programa de Diálise Peritoneal
- ▷ Programa de Hemodiálise

26 Prestar assistência de enfermagem aos pacientes em: testes alérgicos, colonoscopia, eletroencefalograma, endoscopia, broncoscopia e aparelho gessado.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE SAÚDE

- 01 Cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.
- 02 Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção.
- 03 Participar dos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 04 Participar de reuniões de sua equipe ou das chefias quando convocadas.
- 05 Manter um bom relacionamento com todos membros da equipe de enfermagem, clientes, com os elementos, de outras seções do hospital, chefias, professores, alunos, familiares e outros.
- 06 Participar da passagem de plantão, colaborando com sugestões e comentários.
- 07 Apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome.
- 08 Explicar ao cliente o que será feito antes de cada atividade.
- 09 Fazer diariamente anotações referentes aos cuidados prestados e ocorrências observadas.
- 10 Comunicar ao enfermeiro as intercorrências observadas na Seção.
- 11 Atender as campanhas, resolver os problemas de sua competência e transferir os que não lhe competem.
- 12 Acompanhar ou transportar clientes para outras seções do Hospital Universitário ou entidade de saúde quando solicitado.
- 13 Arrolar e identificar as roupas e pertences do cliente.
- 14 Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo Serviço de lavanderia.
- 15 Proporcionar recreação e banho de sol para o cliente.
- 16 Auxiliar na preparação dos clientes por ocasião da admissão, alta e transferência.
- 17 Executar e anotar os cuidados pós-morte.
- 18 Auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos.
- 19 Zelar pela limpeza, ordem e conservação dos materiais e ambientes.
- 20 Manter limpo, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual do cliente de acordo com seu grau de dependência.
- 21 Executar e checar prescrições de enfermagem de acordo com os padrões e anotar os resultados dos seguintes procedimentos:
 - Controle de Ingesta e Excreta.
 - Deambulação.
 - Verificação de dados antropométricos
 - Mudança de decúbito
 - Higiene e conforto
 - Alimentação e hidratação.
 - Movimentação passiva e ativa.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

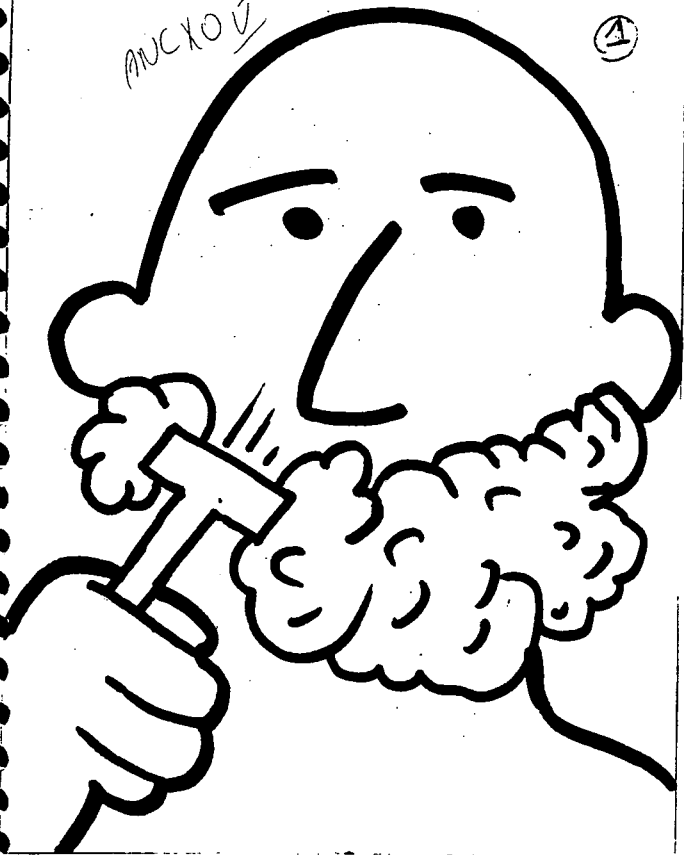
ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE OU AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO
DAS SEÇÕES DE ENFERMAGEM

- 01 Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção.
- 02 Participar dos programas da Comissão de Educação em Serviço.
- 03 Participar das reuniões, quando convocado.
- 04 Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem, clientes, chefias, professores, alunos, familiares e servidores de outros serviços.
- 05 Participar das atividades da Seção de Enfermagem e da Instituição:
Relacionados à Enfermagem:
 - Atender telefonemas, transmitir recados, distribuir correspondências e fornecer informações.
 - Preencher requisições da Seção, encaminhando após o visto do enfermeiro.
 - Receber, conferir, guardar e controlar os medicamentos e o material requisitado, excluindo o controle de psicotrópicos.
 - Protocolar e encaminhar pedidos de parecer para outros serviços, exames, memorandos, atestados, etc ...
 - Comunicar ao Serviço de Nutrição e Dietética as admissões de clientes ou alterações de dietas.
 - Conservar o Posto de Enfermagem em ordem.
 - Executar trabalho de datilografia da Seção.
 - Arquivar correspondência.
 - Manter o quadro mural em ordem e atualizado.
 - Zelar pela conservação do material e equipamentos.
 - Controlar material permanente consumo e equipamento da Seção.
 - Transcrever escalas.
 - Realizar estatísticas quando necessário.**Relacionados ao SPP**
 - Manter o censo diário atualizado.
 - Receber e encaminhar prontuários e exames corretamente preenchidos.
 - Manter o prontuário organizado.
 - Manter atualizado o livros de registros de clientes internados e/ou em observação.
 - Preencher os impressos relacionados a entrada e saída dos clientes nas seções.
 - Solicitar os serviços de apoio quando necessário.
 - Providenciar marcação de exames.

ANEXO 13

МУЧОК

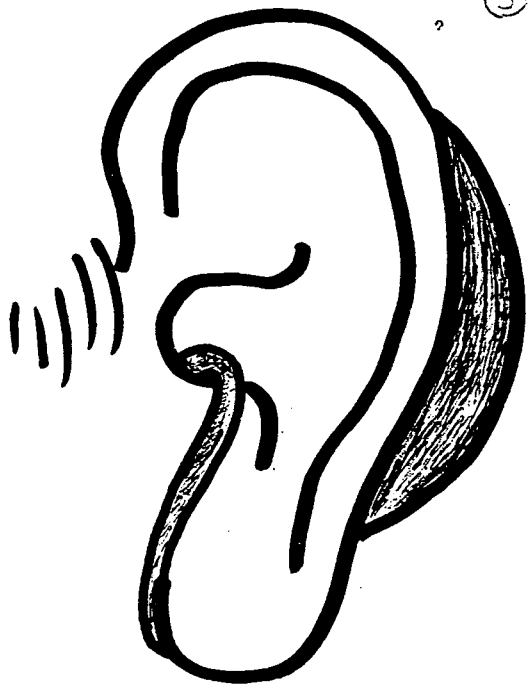
④



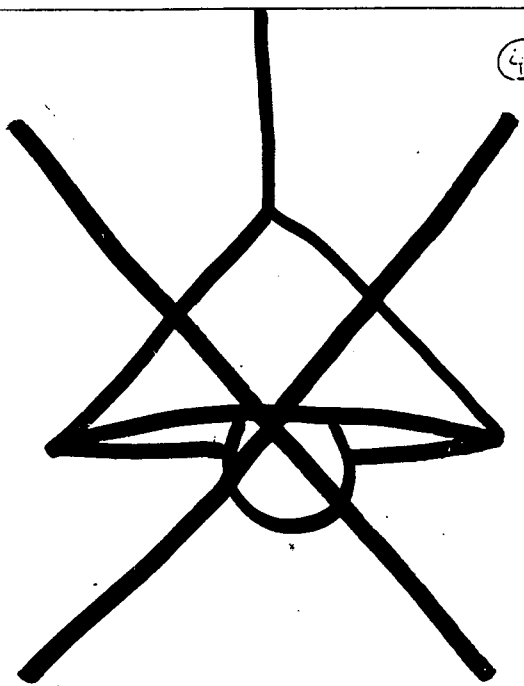
②

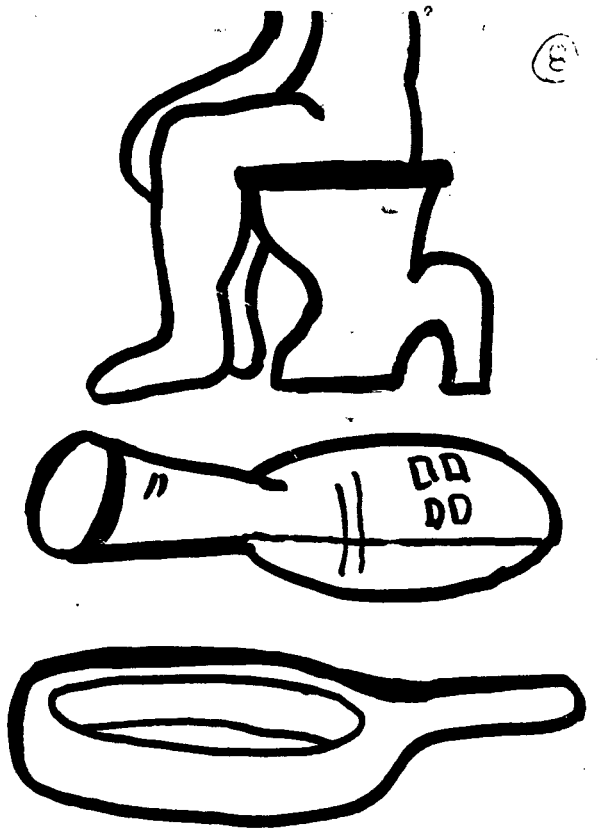
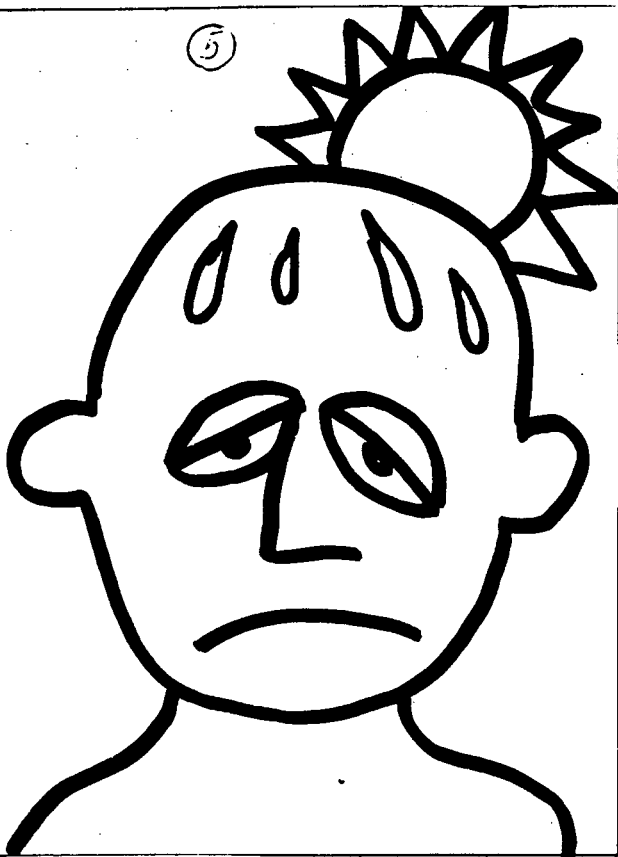


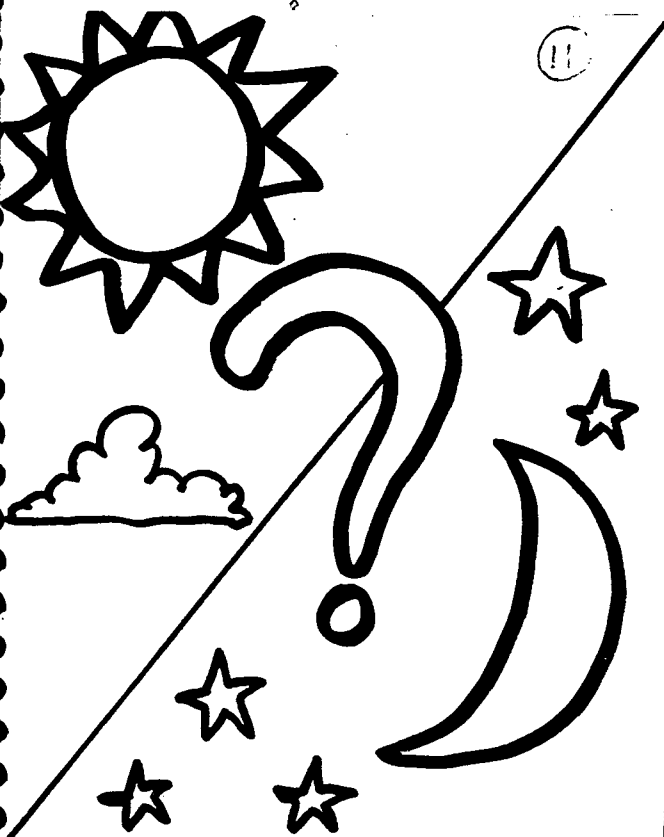
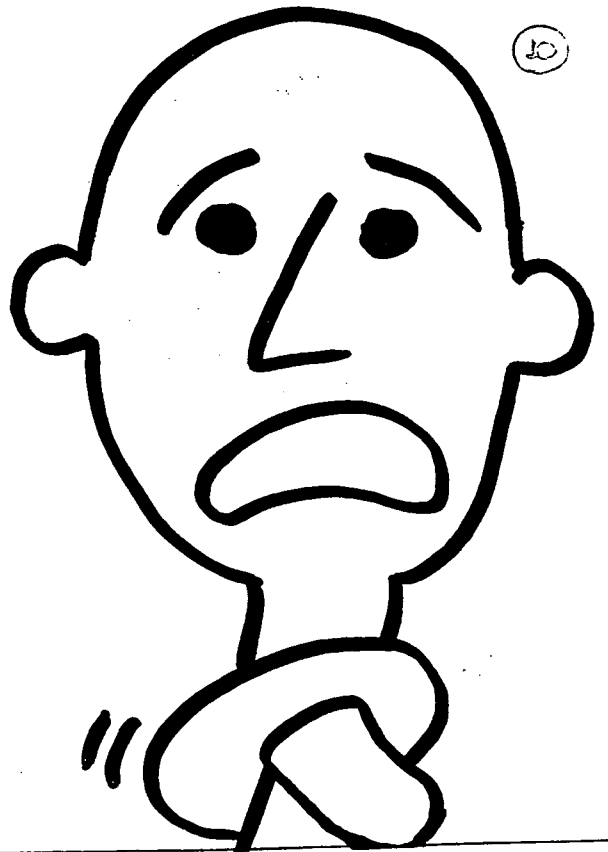
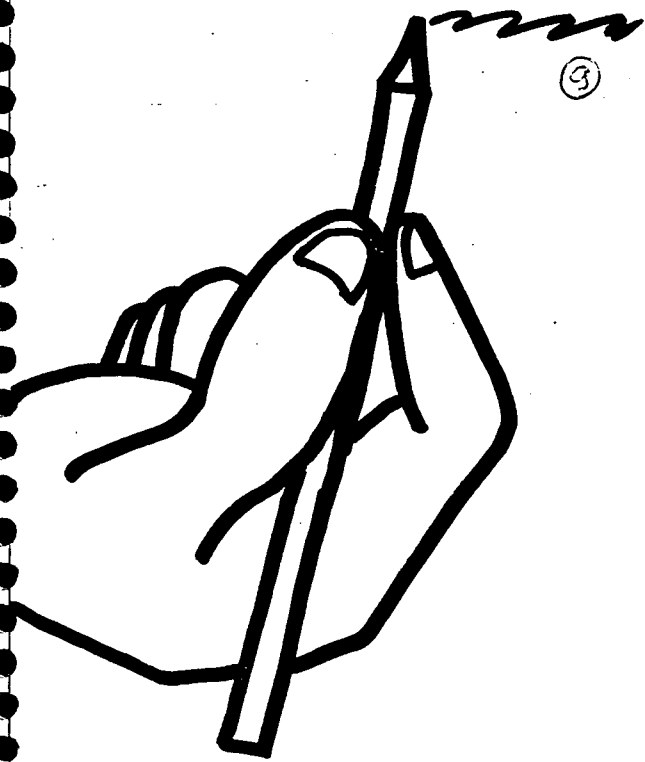
③

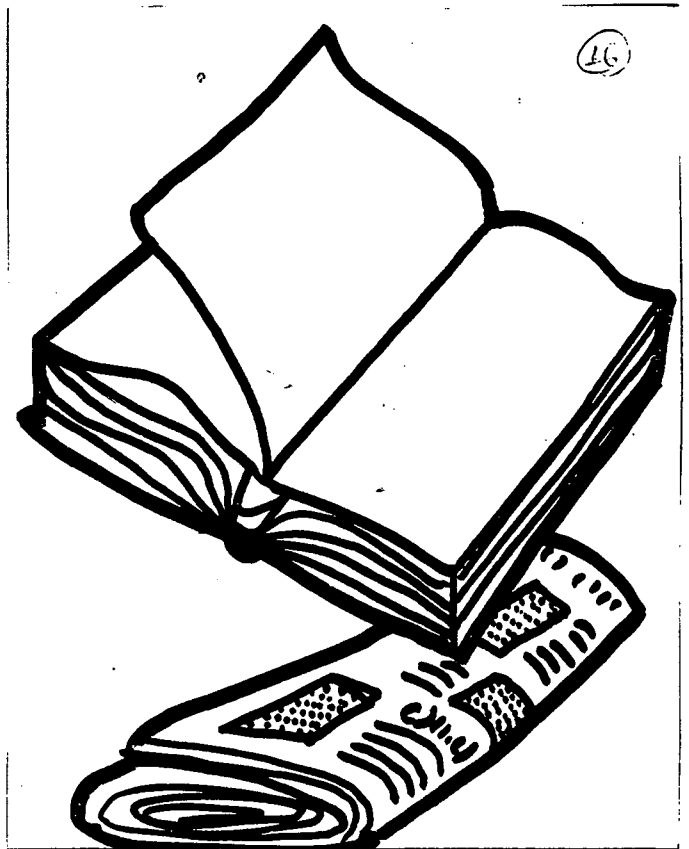
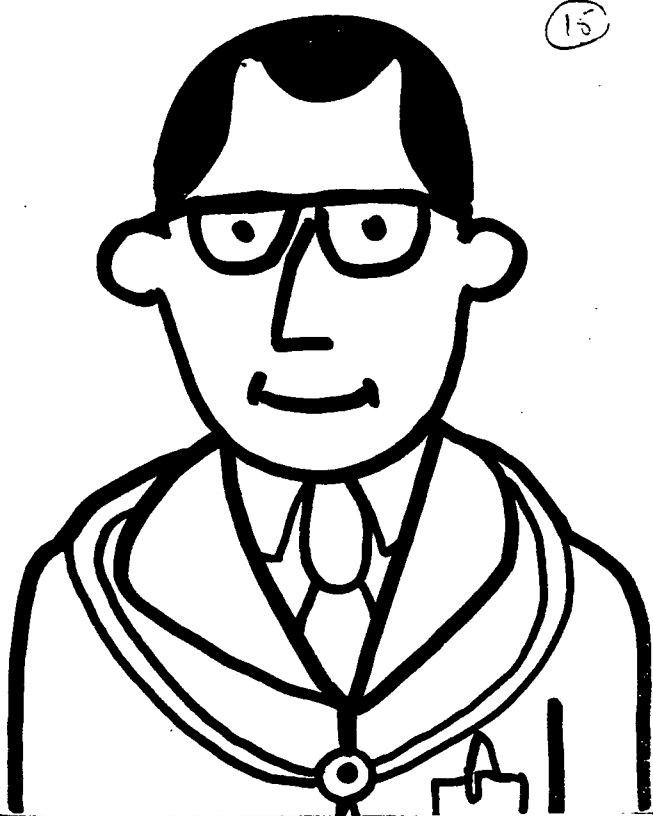
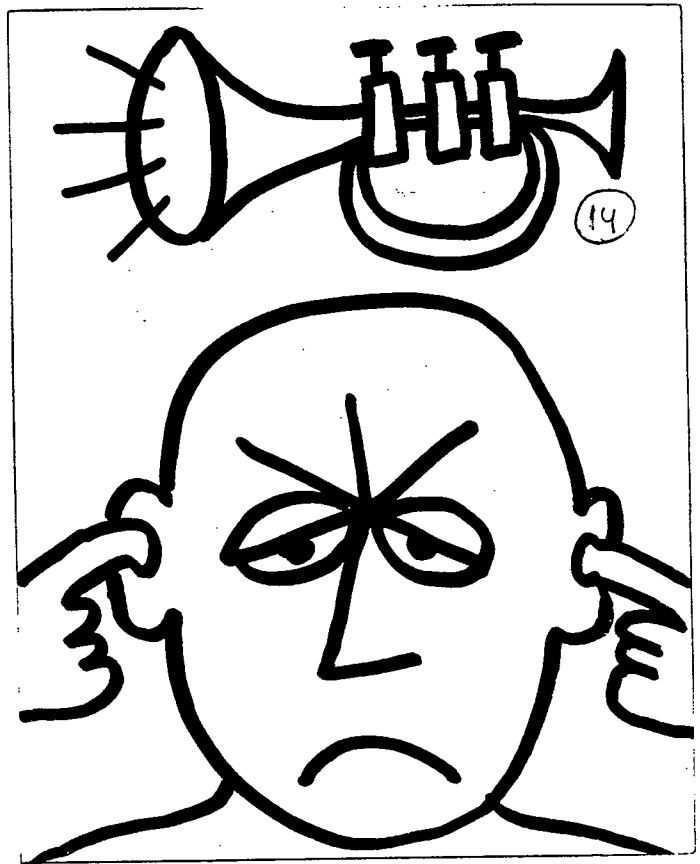


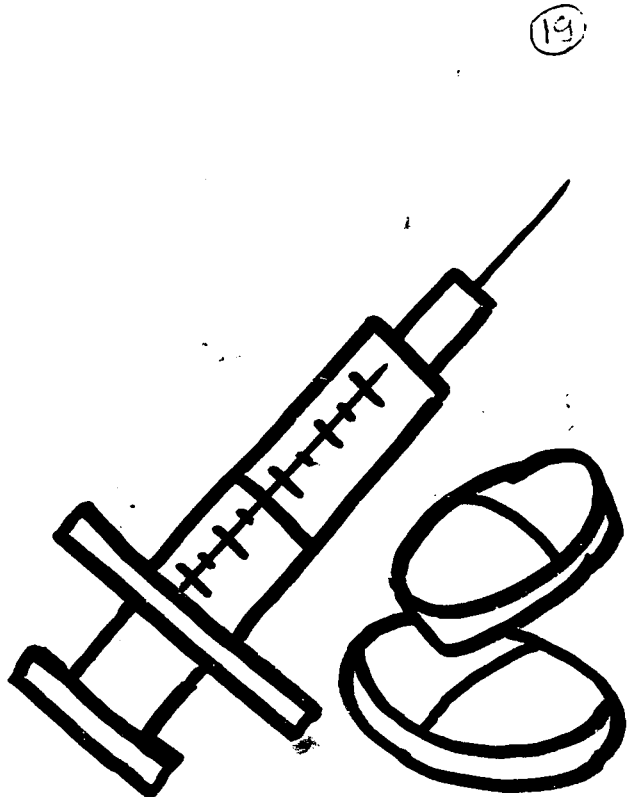
④



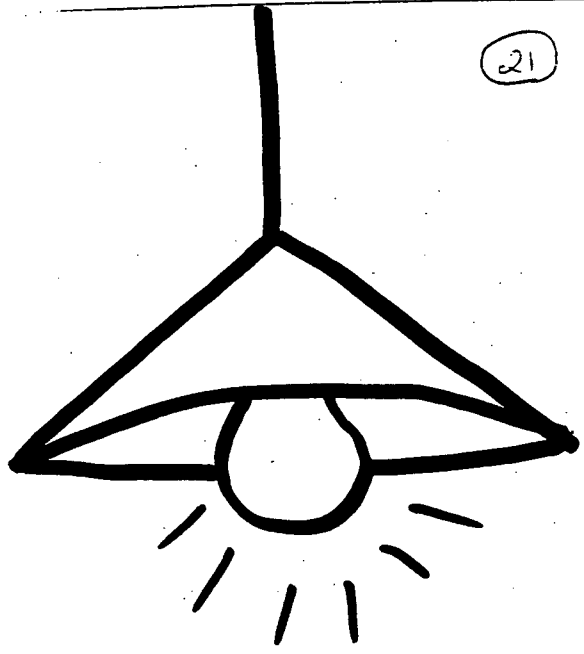




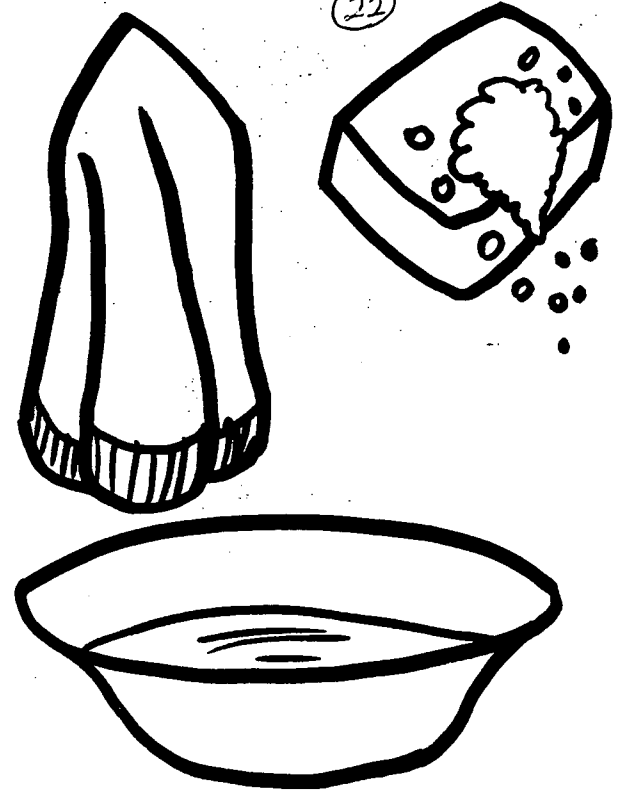




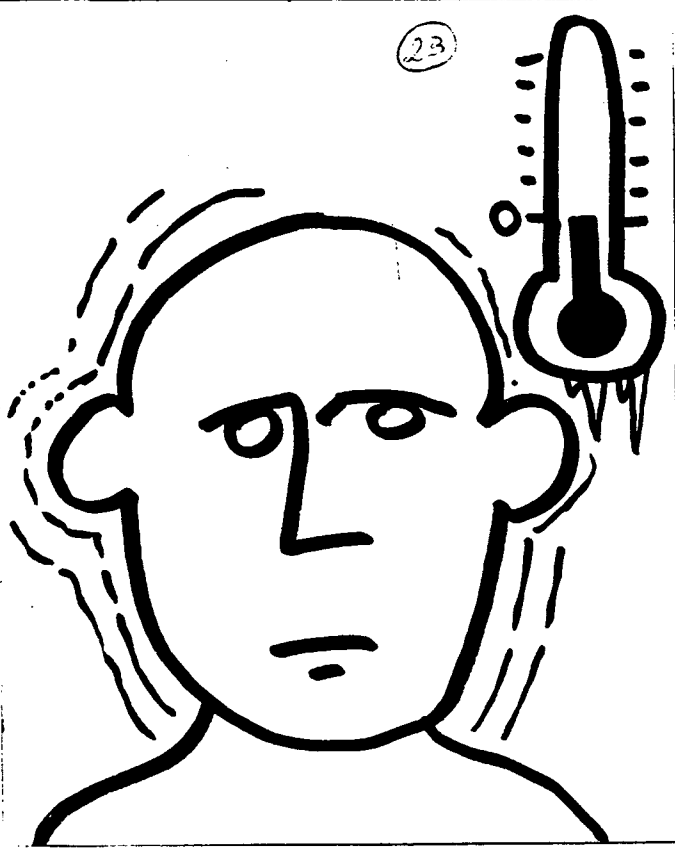
21



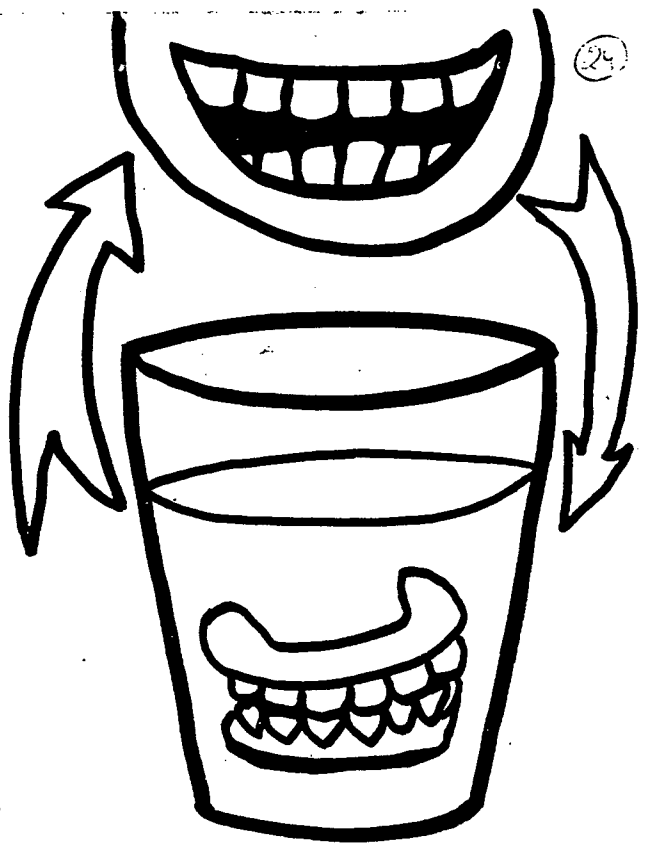
22



23



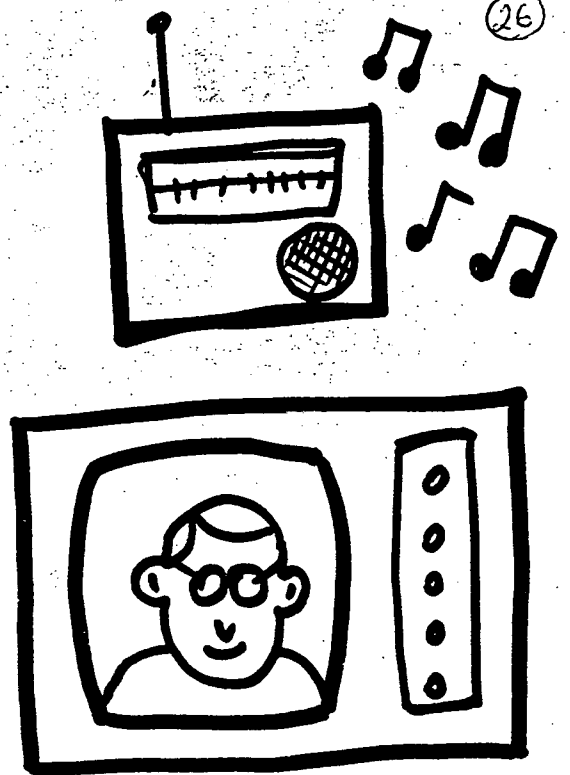
24



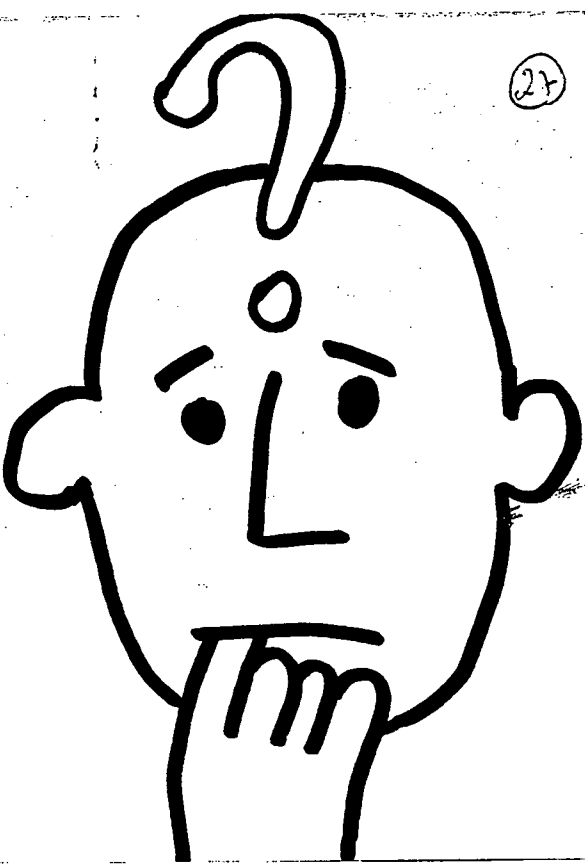
25



26



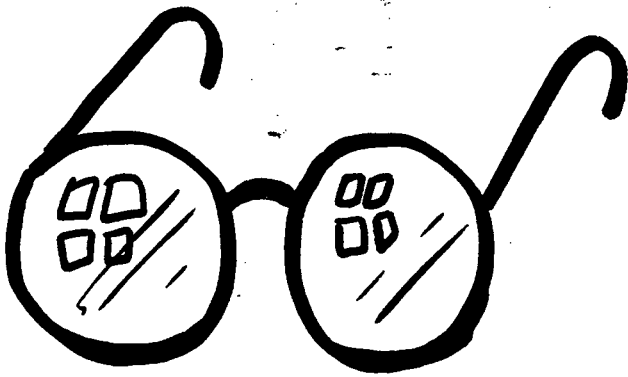
27



28



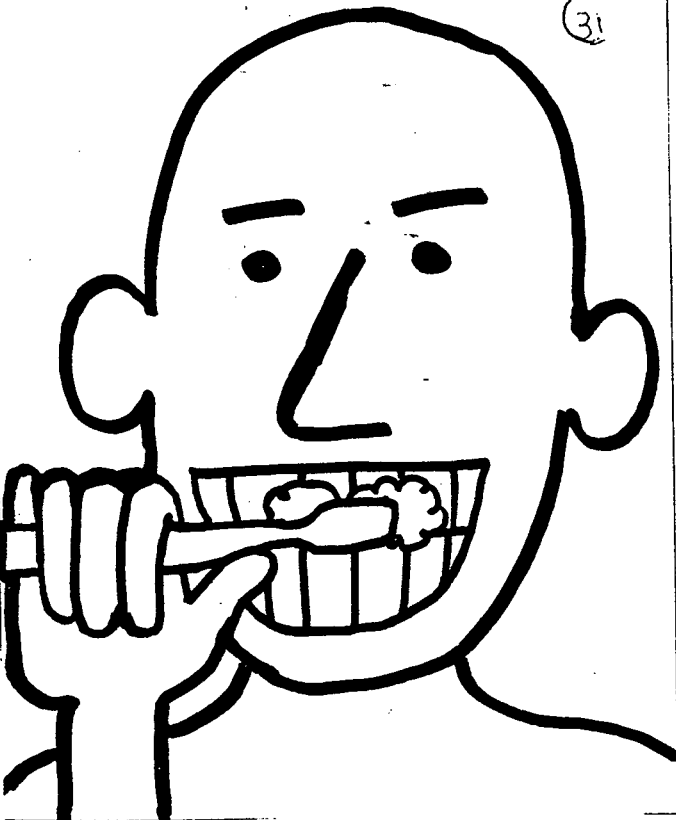
29



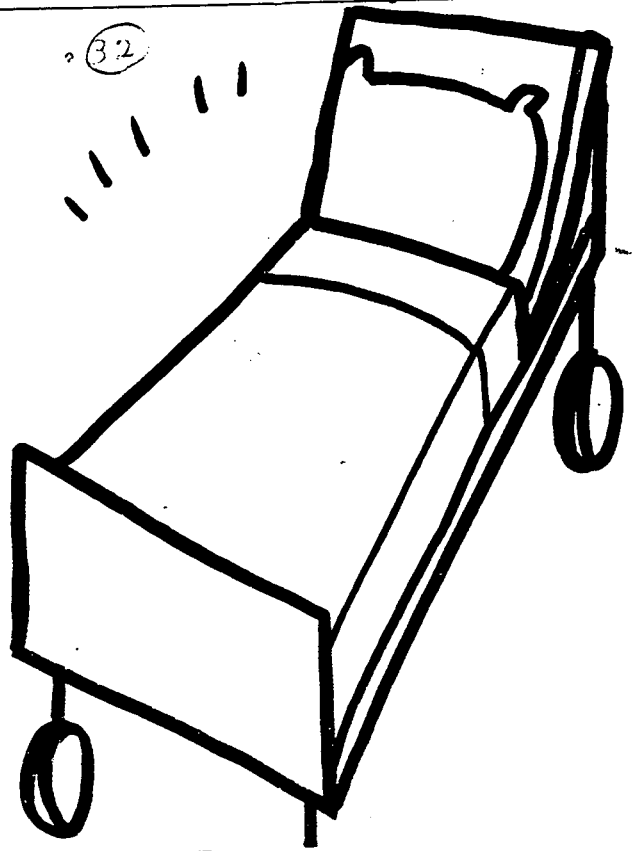
30

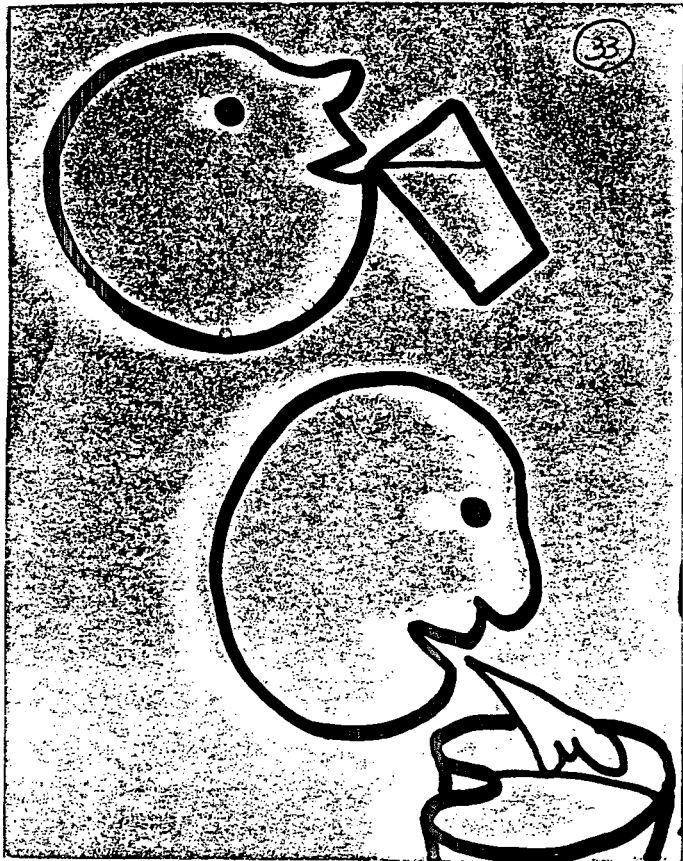


31



32





ANEXO 14

Moo na
→
Reze Diana

ALINE E
REZE DANA (NOME FILIAS)

O Babona que se meu que

te deu o dinheiro
faz o dinheiro

Pela com o dinheiro
eu não amo a vida
na minha família

O PROBLEMA É QUE EU SOU
MUITO BUNCA LHOA NA VIDA...
VOCÊS SÃO VÃO PORER COMIGO
EU AMO A VIDA E ZAMBEM
MINHAS FILHAS.

Eu não consigo
dormir de noite pois ele
meu estômago adoeceu por
2 dias que não como nada

Nem tanto a fome Nem
tanto a saudade e por
agora

Eu tenho dormi-
do todos os dias
com calma

Deseo ~~brigado~~ da
migi seu adorer
porque te amo

1ª ~~de~~
~~Eu~~ ~~me~~
~~de~~ ~~de~~
Eu
Estou
de volta
da uti? Eu
morei ~~morei~~

ANEXO 15

Colaboração:

Enfermeiras:

Cleusa Vieira

Maria Bettina Bub

Viviana Freire

Acadêmicos de Enfermagem:

Patrícia Brill Lopes

Patrícia C. Müller

Silvia Leticia L. Pereira

Ulises P. Schwartzman

"Estamos trabalhando com vontade, carinho e determinação na busca da recuperação e do bem-estar dos clientes. Faremos tudo ao nosso alcance, para ajudar e cuidar com respeito daqueles que vocês amam".

Acadêmicos de Enfermagem

Orientações aos

**Visitantes do Cliente
internado na Unidade
de Terapia Intensiva
(UTI)**

A UTI é destinada à cuidar de pessoas com distúrbios graves de saúde ou que apresentam situações de risco.

A estrutura física da UTI é restrita e pequena, seus leitos estão dispostos lateralmente permitindo a observação permanente do cliente pela equipe de saúde. Para melhor atendê-los informamos que:

1) Horário fixo para Visita:

- ☉ 11:00 às 11:30 horas;
- ☉ 14:00 às 15:00 horas;
- ☉ 20:30 às 21:00 horas.

2) Infelizmente não é possível a permanência de acompanhantes, assim como a visita de crianças menores de 12 anos, exceto aos domingos.

3) Boletim de Saúde: Informações sobre o estado de saúde do cliente serão dadas nos horários das 11:30 e 15:00 horas.

Obs.: As informações sobre o estado de saúde do cliente serão melhor compreendidas quando fornecidas pessoalmente, evitando qualquer mal entendido.

4) Para evitar extravios, as roupas e objetos pessoais serão entregues aos familiares ou guardados pelo responsável do plantão, na admissão do cliente.

5) Para melhor atender a higiene e conforto do cliente recomendamos que tragam os seguintes materiais:

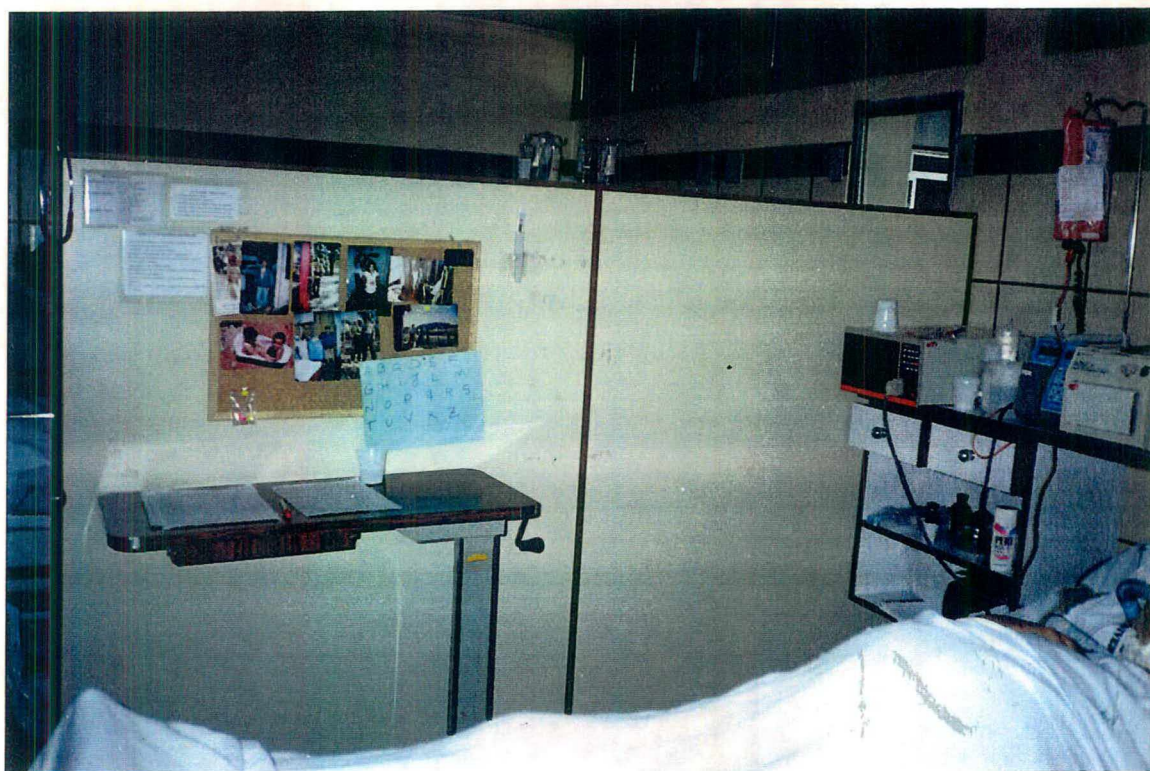
- ⇒ Escova de dentes;
- ⇒ Pasta dental;
- ⇒ Sabonete;
- ⇒ Shampoo.

6) Para familiarizarmos o ambiente, sugerimos que tragam fotos, gravuras, orações, "dizeres" e etc. para colocarmos no mural do cliente.

7) Converse com o cliente sobre assuntos leves e agradáveis, e toque-o sempre que sentir vontade.

Obs.: As informações acima são passíveis de modificação de acordo com as circunstâncias de cada família. Para tanto fale com a (o) enfermeira (o) do turno.

ANEXO 16



Fotos do Painel Personalizado (autorizada)

ANEXO 17

QUESTIONÁRIO - FAMILIARES

1 - Os Srs obtiveram as informações desejadas, quanto ao estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as que não foram obtidas?

“Sim, mas eu esperava muito lá fora”.

2 - Os Srs tiveram suas dúvidas sanadas, a respeito do estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as suas dúvidas que não foram sanadas?

“Sim”.

3 - Quais foram as formas de comunicação que os Srs encontraram para se comunicarem com seu familiar durante a internação?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque

Dentre elas, quais foram as que melhor comunicaram as informações, idéias, crenças, sentimentos, atitudes e emoções de ambos?

“Linguagem verbal num tom de voz normal”.

4 - Que sugestões os Srs dariam para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a de seu familiar?

“Poderiam providenciar uma sineta para cada cama”.

“Acho os horários de visitas muito ruins, poderiam pensar em mudar”.

Familiar do (a) cliente: WM

QUESTIONÁRIO - CLIENTE

1 - Durante a internação quais as melhores maneiras que o Sr (a) encontrou para se comunicar?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque
- cartões

2 - Quais as formas de comunicação utilizada pela equipe de saúde o Sr (a) compreendeu melhor? Por que?

“A comunicação falada, porque quando eu estava acordada compreendia tudo o que eles falavam”.

3 - Quais as formas de comunicação que o Sr (a) utilizou para expressar suas necessidades, como: sede, fome, frio, calor, dor, coceira, entre outras?

“Eu tocava na grade e tentava me comunicar, mas a escrita foi a mais efetiva”.

4 - As necessidades comunicadas foram entendidas pela equipe de saúde?

“Raras as vezes em que eles compreendiam o que eu queria dizer”.

5 - Que sugestões o Sr (a) daria para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a sua?

“utilizar quadro com giz, não tóxico. Porque é mais leve e não falha como a caneta”.

6 - O (a) Sr (a) teve sua autodeterminação, decisões e vontades respeitadas durante a prestação de cuidados na UTI?

“Não, na maioria das vezes eu não sabia o que iria ser feito comigo. O que mais faltou na UTI foi a comunicação e a paciência”.

Identificação: Nome: EP

Sexo: F

Idade: 23 anos

Tempo de internação na UTI:

Diagnóstico médico: Colecistectomia, Pneumonia por broncoaspiração e Hipertireoidismo.

Diagnóstico de enfermagem: Comunicação Verbal Prejudicada, e outros.

QUESTIONÁRIO - FAMILIARES

1 - Os Srs obtiveram as informações desejadas, quanto ao estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as que não foram obtidas?

“Não, a comunicação com os familiares é muito difícil. Se não fosse o médico cirurgião ficaríamos sem qualquer relato sobre o estado de saúde da paciente”.

“As enfermeiras se diziam proibidas de dar informações e os médicos se omitiam, ora estavam ocupados ora ausentes. Isto acontece em pleno século XX, quase XXI, é o fim da picada”.

2 - Os Srs tiveram suas dúvidas sanadas, a respeito do estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as suas dúvidas que não foram sanadas?

“Nem todas as dúvidas foram sanadas, a não ser pelo médico cirurgião”.

3 - Quais foram as formas de comunicação que os Srs encontraram para se comunicarem com seu familiar durante a internação?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque

Dentre elas, quais foram as que melhor comunicaram as informações, idéias, crenças, sentimentos, atitudes e emoções de ambos?

“Gestos e linguagem escrita, a última se revelou a mais eficiente, embora sob efeito de medicamentos e da dificuldade de se entender a grafia”.

4 - Que sugestões os Srs dariam para usarmos na comunicação com o cliente em situação semelhante a de seu familiar?

“Se a pessoa for alfabetizada a melhor forma, sem dúvida é a escrita, caso contrário a linguagem dos gestos”.

“Sugiro substituir o papel e a caneta por um pequeno quadro e giz antialérgico, as canetas costumam falhar nestas horas”.

Familiar do (a) cliente: EP

QUESTIONÁRIO - CLIENTE

1 - Durante a internação quais as melhores maneiras que o Sr (a) encontrou para se comunicar?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque
- cartões

2 - Quais as formas de comunicação utilizada pela equipe de saúde o Sr (a) compreendeu melhor? Por que?

“Linguagem verbal”.

3 - Quais as formas de comunicação que o Sr (a) utilizou para expressar suas necessidades, como: sede, fome, frio, calor, dor, coceira, entre outras?

“Escrevendo e apontando o local em que sentia dor”.

4 - As necessidades comunicadas foram entendidas pela equipe de saúde?

“Na maioria das vezes sim”.

5 - Que sugestões o Sr (a) daria para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a sua?

“Deixá-lo e ajudá-lo a escrever em prancheta com papel e lápis”.

6 - O (a) Sr (a) teve sua autodeterminação, decisões e vontades respeitadas durante a prestação de cuidados na UTI?

“Na situação em que eu estava era difícil escolher, quando me explicavam eu aceitava e deixava, acho que a minha parte era colaborar”.

Identificação: Nome: BS

Sexo: F Idade: 57 anos

Tempo de internação na UTI: 02 dias

Diagnóstico médico: PO Imediato de By Pass

Diagnóstico de enfermagem: Comunicação Verbal Prejudicada, Padrão Respiratório Ineficaz, Perfusão Tissular Periférica Alterada, Deglutição Prejudicada, etc.

QUESTIONÁRIO - FAMILIARES

1 - Os Srs obtiveram as informações desejadas, quanto ao estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as que não foram obtidas?

“Sim, depois das visitas o médico vinha falar com a gente”.

2 - Os Srs tiveram suas dúvidas sanadas, a respeito do estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as suas dúvidas que não foram sanadas?

“Sim, mas as vezes eu não entendia alguns termos utilizados por vocês,, mas no geral eu entendia”.

3 - Quais foram as formas de comunicação que os Srs encontraram para se comunicarem com seu familiar durante a internação?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque

Dentre elas, quais foram as que melhor comunicaram as informações, idéias, crenças, sentimentos, atitudes e emoções de ambos?

“ A escrita”.

4 - Que sugestões os Srs dariam para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a de seu familiar?

“Sempre deixar papel e caneta ao alcance dele, porque quando ele consegue escrever, fica menos ansioso”.

Familiar do (a) cliente: BS

QUESTIONÁRIO - CLIENTE

1 - Durante a internação quais as melhores maneiras que o Sr (a) encontrou para se comunicar?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque
- cartões

2 - Quais as formas de comunicação utilizada pela equipe de saúde o Sr (a) compreendeu melhor? Por que?

“Falada, as enfermeiras falavam bem devagar e me explicavam tudo”

3 - Quais as formas de comunicação que o Sr (a) utilizou para expressar suas necessidades, como: sede, fome, frio, calor, dor, coceira, entre outras?

“Como estava muito difícil para falar, eu fazia gestos com as mãos, pedi muito para molharem a minha boca e para me virarem de lado”.

4 - As necessidades comunicadas foram entendidas pela equipe de saúde?

“Sim”.

5 - Que sugestões o Sr (a) daria para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a sua?

“Campainha como tem na unidade”.

6 - O (a) Sr (a) teve sua autodeterminação, decisões e vontades respeitadas durante a prestação de cuidados na UTI?

“Eu queria voltar logo para o quarto, mas a gente sabe que o médico faz o melhor para a gente”.

Identificação: Nome: MAOM

Sexo: F

Idade: 42 anos

Tempo de internação na UTI: 02 dias

Diagnóstico médico: POI de Tireoidectomia Total

Diagnóstico de enfermagem: Comunicação Verbal Prejudicada, entre outros.

QUESTIONÁRIO - FAMILIARES

1 - Os Srs obtiveram as informações desejadas, quanto ao estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as que não foram obtidas?

“Sim, mas os médicos demoravam para dar as informações e tinha algumas coisas eu que não entendia”.

2 - Os Srs tiveram suas dúvidas sanadas, a respeito do estado de saúde e cuidados prestados ao seu familiar durante a internação? Caso não, quais as suas dúvidas que não foram sanadas?

“A gente nunca sabe o que está acontecendo lá dentro, mas a gente tem que confiar”.

3 - Quais foram as formas de comunicação que os Srs encontraram para se comunicarem com seu familiar durante a internação?

- mímica labial
- expressão facial
- gestos
- linguagem escrita
- linguagem verbal
- toque

Dentre elas, quais foram as que melhor comunicaram as informações, idéias, crenças, sentimentos, atitudes e emoções de ambos?

“A linguagem falada”

4 - Que sugestões os Srs dariam para usarmos na comunicação com os cliente em situação semelhante a de seu familiar?

“No momento nenhuma”.

Familiar do (a) cliente: MAOM

ANEXO 18

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

01) REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência, reação a dor, reflexos, pupilas, convulsões, vertigens, sedação, alterações no sono ou repouso.

Exame de líquor e T.C. de crânio.

02) COMUNICAÇÃO

Voz e fala: - Rouquidão (periódica ou permanente);

- Sensibilidade dolorosa ao falar;
- Afasia (problemas com cordas vocais e traqueostomia);
- Disfasia;
- Bradifasia;
- Hipofasia;
- Logorréia;
- Mutismo;
- Surdez;
- Murmura as palavras;
 - Fala monótona;
 - Fala chorosa;
 - Dominante na conversação.

Expressão da mensagem: - Verbal;

- Gestos;
- Olhar;
- Escrito.

03) OXIGENAÇÃO

Frequência, Padrão (ritmo, amplitude, simetria), espontânea s/auxílio, espontânea c/ auxílio de: catéter de O₂, nebulização contínua ou intermitente, tubo orotraqueal (TOT), número do TOT, centímetros, cuff, tubo nasotraqueal (TNT), tubo de traqueostomia, próteses respiratória (tipo de respirador, regime respiratório/assistida, assistido-controlada, ventilação mandatória intermitente-IMV, pressão expiratória positiva-PEEP volume corrente-VC, concentração de O₂, desmame).

04) REGULAÇÃO VASCULAR

Pulso (frequência, volume e ritmo), pressão arterial, PVC, PAM, PAE, sangramentos, drenagens, edemas, arritmias, coloração de pele e extremidades, presença de catéteres, condições da rede venosa periférica para punções e condições das artérias para gasometrias.

05) HIDRATAÇÃO

Volume diário, frequência e infusões venosas que recebe.

06) ALIMENTAÇÃO

Dieta, apetite, intolerância, dependência na alimentação, frequência, quantidade e tipo.

07) ELIMINAÇÃO

Intestinal: Quantidade, frequência, cor, odor, consistência, composição, êmese, hematêmese, hábitos intestinais, diarreia, constipação, melena, enterorragia e sondagem.

Vesical: Quantidade, frequência, cor, odor, aspecto, presença de preservativos em sondas, terapêutica com diuréticos ou diálises, hidratação, edemas e globo vesical.

Alterações no parâmetro de urina ou urocultura, uréia e creatinina

08) PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Visual: Percepção das cores, das imagens, diplopia (visão dupla), amplílopa (visão fraca), fotofobia, miopia, cegueira (unilateral, bilateral), exoftalmia, estrabismo e pterígio.

Auditiva: Acuidade auditiva: - Surdez (unilateral, bilateral, total e parcial);

- Otolgia;

- Otite.

Outros problemas relacionados: - Zumbido;

- Tontura;

- Lipotímia;

- Náuseas, vômitos;

- Dor;

- Edema;

- Secreções (características).

Acuidade olfativa: - Percepção diminuída;

- Percepção ausente;

- Percepção de odores desagradáveis.

Sensibilidade gustativa: - Diminuída;

- Ausente;

- Queixas de gosto.

Sensibilidade tátil: - Diminuída;

- Aumentada;

- Ausente;

- Espessura da pele.

Dolorosa: - Tipos de dor;

- Fatores que aliviam ou intensificam;

- Fatores relacionados ao aparecimento;

- Expressão da dor.

09) INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

Pele (vascularização, edema, nódulos, temperatura, transpiração, solução de continuidade, hematomas, equimoses, erupção, prurido, eritema, deiscência de sutura, fístulas, úlceras, escabiose, pele seca e/ou áspera, etc.).

Couro cabeludo (míase, tipo de cabelo, higiene, alopecia, pediculose, etc.).

Olhos e pálpebras (alteração das pupilas, inflamação, uso de prótese, hiperemia, edema de pálpebra, etc.).

Ouvidos, nariz, boca, língua, dentes, garganta, ânus e órgãos genitais (sangramentos, secreções, prurido, ulcerações, inflamações, etc.).

Abdome (distensão, flacidez, rigidez, cicatrizes, hérnias, ascite, etc.).

10) REGULAÇÃO TÉRMICA

Alterações da temperatura, fatores que interferem na temperatura (temperatura ambiente, sudorese, infecções, etc.).

Alterações hormonais (sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, hipo ou hipertireoidismo, etc.).

11) TERAPÊUTICA

Músculos, rede venosa, drogas e outros tratamentos.

- 12) **ATIVIDADE FÍSICA**
Restrições, mobilidade física, intolerância à atividade.
- 13) **SEGURANÇA FÍSICA E MEIO AMBIENTE**
Prevenção de quedas e acidentes.
- 14) **SONO E REPOUSO**
Características, hábitos relacionados, problemas que dificultam, etc.
- 15) **CUIDADO CORPORAL**
Necessidades higiênicas, unhas, tricotomia, etc.
- 16) **SEGURANÇA EMOCIONAL**
Manifestações de insegurança (saudades do lar, receio do sofrimento, medo das conseqüências da doença, problemas financeiros, relação com a família, mudança de ambiente, restrição e liberdade, etc.).
- 17) **AUTO-IMAGEM, AUTO-ESTIMA E ACEITAÇÃO**
Manifestações de desequilíbrio (isolamento, amputações, seqüelas, colostomia, dependência, etc.).
- 18) **LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO**
Manifestações de carência.
- 19) **AMOR, AFETO E ATENÇÃO**
Ansiedade, agitação, depressão, agressividade, hostilidade, irritabilidade, choros, etc.
- 20) **RECREAÇÃO E LAZER**
Preferências e atividades programadas no hospital (participação).
- 21) **RELIGIOSIDADE**
Manifestações da necessidade e compreensão do pessoal do hospital.
- 22) **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/APRENDIZAGEM**
Orientações sobre problemas levantados nas demais necessidades humanas básicas.
- 23) **SEXUALIDADE**
- 24) **AUTO-REALIZAÇÃO**

ANEXO 19

2º PROCESSO DE ENFERMAGEM

1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 24/05/99

HORA: 13:00

1.1 NOTA DE ADMISSÃO

A. L. J, 57 anos, sexo masculino, casado, católico, aposentado, natural e procedente de Florianópolis.

Cliente deu entrada na UTI por transferência da clínica médica masculina II, chegou com parada cardiorespiratória (PCR), sendo realizadas manobras de reanimação cardiopulmonar com sucesso. Iniciou sedação contínua, com drogas vasoativas: dobutamina e dopamina.

Cliente reagindo a estímulos dolorosos, reflexo fotomotor presente (RFM), pupilas isofotorreagentes, acordado, movimenta os 4 membros espontaneamente e comunica-se por gestos.

Entubado, colocado em ventilação mecânica controlada, FiO₂ de 100%, PEEP de 06 cm de H₂O, Sat de O₂ de 58%, FR de 20 mpm, reduzida quantidade de secreção no TOT (número 8,5 à 22 cm), com coloração esbranquiçada, cuff em 35 mmHg.

Em fluidoterapia em MSE com abocath número 20, punccionado veia subclávia direita, com instalação de marcapasso, não reverteu o quadro cardíaco, colocado em monitorização. Extremamente cianótico em MMII e MMSS e facial, perfusão periférica diminuída.

FC de 82 bpm e PA de 110/80 mmHg, recebendo 1000 ml de SF 0,9% e 1500 ml de SG 5% nas 24 hs. Pele fria, T. ax. de 35,8° C.

Passado SNG em sinfonagem com débito zero até o momento, abdomen globoso.

SVD, com aproximadamente 60 ml de débito urinário, não evacuou.

Enfermeiro (a) da UTI

1.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICO

Dislipidemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), PCR recuperada, Bloqueio Atrio Ventricular Triatrial = Marcapasso Insuficiência Coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Broncoinfecção, Disfunção Renal após IAM Anteroseptal.

1.3 SITUAÇÃO INICIAL

DATA: 27/05/99

HORA: 16:40

O - Dormindo, mas acorda aos estímulos táteis e ao chamado (Ramsay 3) - com uso de dobutamina e propofol -, com abertura ocular ao chamado e localiza dor (Glasgow 11), reflexo doloroso positivo, com pupilas isofotorreagentes.

Cliente comunica-se através de gestos e sinais, com abertura dos olhos e movimento de cabeça.

Permanece entubado no BIPAP. Secreção endotraqueal em média quantidade formando rolhas. Sat de O₂ de 96% e FR de 14mpm, cuff em 35mmHg, TOT número 8,5 à 22 cm.

Extremidades frias e enchimento capilar lento, cianótico, FR de 140 bpm, pulso fino, PA de 110/70 mmHg. Coletado sangue pela artéria fêmural. Pele fria, T ax. de 35,8° C.

Com acesso venoso por subclávia direita.

Dieta via SNG (100ml), após drenado 200ml e glicemia capilar de 90 mg/dl.

Diurese por SVD num total de 900 ml em 6 horas. Evacuou uma vez semipastoso em média quantidade.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,39

pCO₂ 27,2 mmHg

CO₂ total 15,5 mm/l

pO₂ 157,6mmHg

Saturação de O₂ 99.2 mEq/L

Excesso de base (BE) -8.6 mEq/L

Bicarbonato 14.7 mEq/L

Hematócrito 39,2%

Glicose 211,0 mg/dl

Creatinina 1,4 mg/dl

Valor de referência

de 70 até 110 mg/dl

de 0,7 até 1,1 mg/dl

A - Comunica-se por gestos e sinais com dificuldade pelo uso de sedativos e TOT;

Apresentando incapacidade para manter respiração espontânea;

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a presença de secreções e a tosse ineficiente;

Troca de gases prejudicada pela confirmação da gasometria;

Com perfusão periférica diminuída;

Dificuldade de aceitação da dieta por SNG.

P - 01. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;

02. Avaliar estado de saúde do cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Controlar parâmetros do BIPAP;

05. Manter / estabelecer a perfusão tecidual adequada;

06. Observar a aceitação da dieta via SNG;

07. Atentar para os sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia;

08. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome: A. L. J.
 Data: 27/05/99

Registro:*****

	Diagnóstico de enfermagem da NANDA	Data		NHBs Afetadas
		Início	Fim	
01				Regulação neuroológica
02	Comunicação verbal prejudicada;	27/05		Comunicação
03	Resposta disfuncional ao desmame respiratório; Incapacidade para manter a respiração espontânea; Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	28/05 27/05 27/05		Oxigenação
04	Perfusão Tissular periférica alterada;			Regulação vascular
05				Hidratação;
06	Deglutição prejudicada; Alteração na nutrição;*	27/05 27/05		Alimentação
07	Alteração na eliminação urinária;*	27/05		Eliminação
08				Percepção dos órgãos do sentido
09	Integridade tissular prejudicada; Risco para prejuízo da integridade da pele;*	27/05 29/05		Integridade cutâneo- mucosa
10				Regulação térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade física prejudicada;*	27/05		Atividade física
13	Risco para infecção;* Risco para aspiração;	27/05 28/05	29/05	Segurança física/meio ambiente
14				Sono e repouso
15	Síndrome do déficit no autocuidado;*	27/05		Cuidado corporal
16	Ansiedade.	31/05 /99		Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) clientes na UTI - HU

Ass. Enfermeiro (a) / COREN

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 27/05/99

HORA:16:40

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada com a presença do TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer e escrever palavras.

2.2 Incapacidade para manter respiração espontânea relacionada a dispnéia, secreção no TOT em média quantidade formando rolhas, secundária a infecção pulmonar e ao DPOC. Evidenciada pela frequência cardíaca aumentada e qualidade do pulso.

2.3 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada com TOT, à imobilidade, à estase de secreções, secundárias a DPOC. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.4 Perfusão periférica alterada relacionada à diminuição do débito cardíaco. Evidenciada por pele fria, cianose e diminuição dos pulsos periféricos.

2.5 Deglutição prejudicada relacionada ao nível de consciência e secundário ao TOT. Evidenciada por incapacidade de deglutir.

2.6 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundária ao TOT. Evidenciada pela dificuldade de aceitação da ingesta por SNG.

2.7 Alteração na eliminação urinária relacionado a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD e baixo débito urinário.

2.8 Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilidade secundário à sedação, trauma mecânico, TOT, catéter. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.9 Conforto alterado relacionado com às injeções de insulina e aos testes capilares de glicemia secundário ao Diabetes Mellitus e a necessidade terapêutica de aplicação de insulina via subcutânea para manter níveis de glicose sanguínea dentro dos padrões normais. Evidenciado pela danificação da pele nos locais de punção.

2.10 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade secundário a contenção no leito.

2.11 Integridade da pele prejudicada relacionada com injeções subcutâneas freqüentes e punções venosas e arteriais. Evidenciada pelo aspecto da pele nos locais de punção e pela presença de edema nos MMII.

2.12 Mobilidade física prejudicada relacionada a dispnéia, falta de ar, pulso fraco, cianose, fadiga secundária ao IAM, ICC, ICO, DPOC, e aos equipamentos externos como BIPAP, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.13 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionada a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciada pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 27/05/99 HORA: 16:40

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Observar queixas de dor no peito, dispnéia, vertigem ou confusão;	T N M
06. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;	22 10
07. Aspirar oro endotraqueal;	SN
08. Trocar traquéia próximo ao TOT; ...	24 06 12
09. Trocar água do respirador;	06
10. Trocar todas as traquéias;	28/05 N
11. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
12. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;	T N M
14. Controlar diurese;	2/2 H
15. Trocar curativo de subclávia;	27/05 N
16. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16 GE24DD8
17. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	20 02 08
DD	22 04 10
DLE ...	24.06 12
18. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
19. Trocar microfix;	28/05
20. Dar banho no leito;	T
21. Fazer higiene oral; ...	18 21 08 12
22. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
23. Minimizar sons no ambiente; ...	T N M
24. Permitir que o cliente se expresse;	T N M
25. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para	T N M

o cliente;

26. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; ..

SN

27. Evitar comentários impróprios frente ao cliente.

T N M

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 28/05/99 HORA: 11:00

S - Cliente refere através de gestos e escrita que dormiu bem à noite, não apresentou tonturas, que sente desconforto ao aspirar e fadiga, não enxerga no olho esquerdo e apresenta azia.

O - Dormindo, mas acorda aos estímulos táteis e ao chamado (Ramsay 3) - com uso de dobutamina e propofol a 2ml/h, com abertura ocular ao chamado e localiza dor (Glasgow 11), reflexo doloroso positivo, reflexos MMSS e MMII presentes, com pupilas isofotorreagentes.

Comunicativo quando solicitado através de estímulo verbal (escrita) e não verbal (gestos com as mãos e cabeça e olhos).

Permaneceu entubado com BIPAP (14:5) às 10:00 e O₂ de 5 l/min. Não suportou a diminuição do IPAP. Apresenta secreção (TOT), esbranquiçada, espessa em média quantidade, FiO₂ de 40%, Sat. de O₂ entre 95 e 99% e FR de 20 a 24mpm.

Apresentou episódio importante de dispnéia, com sudorese intensa, pele fria e pegajosa.

Enchimento capilar lento, diminuição dos pulsos periféricos. Permaneceu com dobutamina 20ml/h. Apresentou PA de 120/80mmHg, FC de 94 bpm e PAM de 10 mmHg. T. ax. de 36° C.

Recebeu dieta por SNG e após retornou a sintonagem (10:00hs) com débito de 100ml e glicemia capilar de 223 mg/dl.

Presença de SVD com um débito de 100 ml, não evacuou.

Exames complementares:

Gasometria

pH 7,393

pCO₂ 28,4 mmHg

CO₂ Total 17,7 mm/L

pO₂ 193,4 mmHg

Saturação de O₂ 99,6 %

Excesso de base (BE) - 5,9 mEq/L

Bicarbonato 16,8 mEq/L

Valor de referência

Glicose 211,0mg/dl

de 70 até 110 mg/dl

Creatinina 1,4 mg/dl

de 0,7 até 1,1 mg/dl

Hemograma

Hemácias 4,02 milhões/mm³

Hemoglobina 13,3

Hematócrito 39,1%.

Leucócitos 17.800 p/mm³

Contagem de plaquetas 240.000 mm³

A - Melhora da comunicação verbal com a utilização da escrita em prancheta;

Difícil desmame respiratório relacionado às condições do cliente;

Instabilidade hemodinâmica necessitando de uso de droga vasoativa;

Redução do débito urinário;

Aumento do nível glicêmico, necessitando de insulino-terapia;

Fadiga sugestivo ao esforço ventilatório.

P - 01. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;

02. Avaliar estado de saúde do cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Controlar parâmetros do BIPAP;

05. Manter / estabelecer a perfusão tecidual adequada;

06. Observar a aceitação da dieta via SNG;

07. Atentar para os sinais e sintoma de hiper e hipoglicemia;

08. Controlar débito urinário;

09. Observar as causas da fadiga;

10. Proporcionar ambiente tranquilizador.

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 28/05/99

HORA: 11:00

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada com a presença do TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer e escrever palavras.

2.2 Resposta disfuncional ao desmame relacionada à fraqueza muscular, fadiga, obstrução das vias aéreas, secundárias a DPOC. Evidenciada por desconforto respiratório, inquietação, ligeiro aumento da frequência respiratória e sudorese.

2.3 Incapacidade para manter respiração espontânea relacionada a dispnéia, secreção no TOT em média quantidade, secundária a infecção pulmonar e DPOC. Evidenciada pela frequência cardíaca aumentada e qualidade do pulso.

2.4 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada com TOT, à imobilidade, à estase de secreções, secundárias a DPOC. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.5 Deglutição prejudicada relacionada ao nível de consciência e secundária ao TOT. Evidenciada por incapacidade de deglutir.

2.6 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundária ao TOT. Evidenciada pela ingesta zero de alimentos.

2.7 Perfusão periférica alterada relacionada à diminuição do débito cardíaco. Evidenciada por pele fria e diminuição dos pulsos periféricos.

2.8 Alteração na eliminação urinária relacionado a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD e baixo débito urinário.

2.9 Integridade da pele prejudicada relacionada com injeções subcutâneas freqüentes e punções venosas e arteriais. Evidenciada pelo aspecto da pele nos locais de punção e pela presença de edema nos MMII.

2.10 Conforto alterado relacionado com às injeções de insulina e aos testes capilares de glicemia secundário ao Diabetes Mellitus e a necessidade terapêutica de aplicação de insulina via subcutânea para manter níveis de glicose sanguínea dentro dos padrões normais. Evidenciado pela danificação da pele nos locais de punção.

2.11 Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilidade secundária à sedação, trauma mecânico, TOT, catéter. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.12 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionada a imobilidade secundária a contenção no leito.

2.13 Mobilidade física prejudicada relacionada a dispnéia, falta de ar, pulso fraco, cianose, fadiga secundária ao IAM, ICC, ICO, DPOC, e aos equipamentos externos como BIPAP, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.13 Risco para infecção relacionado ao uso do TOT, cateter venoso central, imobilidade prolongada, permanência prolongada no hospital, acesso venoso, SVD, Diabetes Mellitus e principalmente ao distúrbio respiratório.

2.14 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionada a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciada pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 28/05/99 HORA:11:00

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Observar queixas de dor no peito, dispnéia, vertigem ou confusão;	T N M
06. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;	22 10
07. Aspirar oro endotraqueal;	SN
08. Trocar traquéia próximo ao TOT ;	24 06 12
09. Trocar água do respirador;	06
10. Trocar todas as traquéias;	30/05 N
11. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
12. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;	T N M
14. Controlar diurese;	2/2 H
15. Trocar curativo de subclávia;	28/05N
16. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16 GE24 DD8
17. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	20 02 08
DD	22 04 10
DLE	24.06 12
18. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
19. Trocar microfix;	30/05N
20. Dar banho no leito;	T
21. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
22. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
23. Minimizar sons no ambiente;	T N M
24. Permitir que o cliente se expresse;	T N M
25. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para	T N M

o cliente;

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 26. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; | SN |
| 27. Chamar o cliente pelo nome , usando bom tom de voz, e pelo lado direito (cegueira olho esquerdo); | SN |
| 28. Oferecer a prancheta para expressar seus sentimentos; | SN |
| 29. Explicar as causas da fadiga da pessoa; | SN |
| 30. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | T N M |

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 31/05/99

HORA: 11:30

S - Refere intensa azia, sem queixas álgicas, escreveu que quer ir em para casa.

O - Cliente acordado, mas tranquilo e cooperativo (Ramsay 2), abertura ocular espontânea, obedece ordens, orientado (Glasgow 15). Em uso de dopamina e propofol.

Respondendo aos estímulos verbais com gestos, esboços de sorrisos, expressões de dor e escrita em prancheta.

FR de 16 mpm, respirando espontaneamente em BIPAP com pressão inspiratória de 8 e expiratória de 5. O₂ em 3l/min.

Às 10:30hs apresentou dispnéia intensa, cianose e sudorese. TOT com presença de rolhas.

Presença de abocath em jugular direita.

Perfusão periférica diminuída, FC de 98 bpm e PA de 100/70 mmHg. T. ax. entre 35 e 36°C.

Dieta via SNG recebendo 200 ml. Glicemia 159 mg/dl às 11:00hs.

Débito urinário de 87 ml. Urina amarela escura. Sem eliminações intestinais durante o período.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,487

pCO₂ 30,7 mmHg

CO₂ total: 23,5 mm/L

pO₂ 112,0 mmHg

Saturação de O₂ 98,7 %

Excesso de base (BE) 1,1 mEq/L

Bicarbonato 22,6 mEq/L

Valor de referência

Creatinina 1,04 mg/dl

de 0,7 até 1,1 mg/dl

Potássio 4,3 mEq/l

de 3,5 até 5,0 mEq/L

Hematócrito 41,1%

A - Perfusão periférica diminuída;

Débito urinário diminuído;

Dieta por SNG com boa aceitação;

Glicemia elevada, sendo realizada insulino terapia.

P- 01. Estabelecer comunicação com o cliente e familiares;

02. Avaliar estado de saúde do cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Controlar parâmetros do BIPAP;

05. Manter / estabelecer a perfusão tecidual adequada;

06. Observar a aceitação da dieta via SNG;

07. Atentar para os sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia;

08. Estar atento às queixas do cliente;

09. Controlar débito urinário;

10. Proporcionar ambiente tranquilizador;

11. Discutir as causas da ansiedade.

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 31/05/99

HORA: 11:30

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada com a presença do TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer palavras.

2.2 Incapacidade para manter respiração espontânea relacionada a dispnéia, secreção no TOT em média quantidade formando rolhas, secundária a infecção pulmonar e DPOC. Evidenciada pela frequência cardíaca aumentada e qualidade do pulso.

2.3 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada com TOT, à imobilidade, à estase de secreções, secundárias a DPOC. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.4 Deglutição prejudicada relacionada ao nível de consciência e secundária ao TOT. Evidenciada por incapacidade de deglutir.

2.5 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundária ao TOT. Evidenciada pela ingesta zero de alimentos.

2.6 Perfusão periférica alterada relacionada à diminuição do débito cardíaco. Evidenciada por pele fria, cianose e diminuição dos pulsos periféricos.

2.7 Alteração na eliminação urinária relacionada a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD e baixo débito urinário.

2.8 Integridade da pele prejudicada relacionada com injeções subcutâneas frequentes e punções venosas e arteriais. Evidenciada pelo aspecto da pele nos locais de punção e pela presença de edema nos MMII.

2.9 Conforto alterado relacionado com às injeções de insulina e aos testes capilares de glicemia secundário ao Diabetes Mellitus e a necessidade terapêutica de aplicação de

insulina via subcutânea para manter níveis de glicose sanguínea dentro dos padrões normais. Evidenciado pela danificação da pele nos locais de punção.

2.10 Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilidade secundária à sedação, trauma mecânico, TOT, catéter. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.11 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade secundário a contenção no leito.

2.12 Mobilidade física prejudicada relacionada a dispnéia, falta de ar, pulso fraco, cianose, fadiga secundária ao IAM, ICC, ICO, DPOC, e aos equipamentos externos como BIPAP, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente e pela limitação na amplitude de seus movimentos.

2.13 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionada a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciada pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

2.14 Ansiedade relacionada ao ambiente, tratamento imposto pela doença, secundário à hospitalização. Evidenciada pela escrita do cliente.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 31/05/99 HORA: 11:30

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Observar queixas de dor no peito, dispnéia, vertigem ou confusão;	T N M T N M
06. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;	22 10
07. Aspirar oro endotraqueal;	SN
08. Trocar traquéia próximo ao TOT;	24 06 12
09. Trocar água do respirador;	06
10. Trocar todas as traquéias;	02/06 N
11. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
12. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;	T N M
14. Controlar diurese;	2/2 H
15. Trocar curativo de subclávia;	31/05N
16. Fazer rodízio para injeção subcutânea;	GD16 GE24DD8
17. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	20 02 08
	DD 22 04 10
	DLE 24 06 12
18. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
19. Trocar microfix;	31/06N
20. Dar banho no leito;	T
21. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
22. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
23. Minimizar sons no ambiente;	T N M
24. Permitir que o cliente se expresse;	T N M
25. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para o cliente;	T N M

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 26. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; | SN |
| 27. Chamar o cliente pelo nome , usando bom tom de voz, e pelo lado direito (cegueira olho esquerdo); | T N M |
| 28. Oferecer a prancheta para expressar seus sentimentos; . | SN |
| 29. Escutar o cliente, valorizando suas queixas; | T N M |
| 30. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | T N M |

3º PROCESSO DE ENFERMAGEM

1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 15/06/99

HORA: 14:00

1.1-NOTA DE ADMISSÃO

E.M.P, 24 anos, sexo feminino, branca, divorciada, católica, do lar, natural de Lagoa Vermelha - RS e procedente de Florianópolis.

Cliente submetida a colecistectomia no dia 13/06/99, e após retornou a unidade cirúrgica I. No 2º PO (15/06) iniciou com insuficiência respiratória importante e suspeita de broncoaspiração.

Deu entrada na UTI pouco contactuante, dispnéica, com SVD, SNG em sinfonagem, abocath em MSE, curativo cirúrgico abdominal com dreno de Kherr.

Colocada em máscara com BIPAP. Foi entubada e colocada em VM, com Sat. de 98% e cuff 30mmHg.

Recebendo fentanil, dormonid e propofol por bomba de infusão.

Puncionado veia periférica em MSD com abocath.

T. ax. de 38,2°C, FC de 106 bpm, FR de 20 mpm e PA de 140/60 mmHg.

Enfermeiro (a) da UTI.

1.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICO

Colecistite aguda/ Colecistectomia, Pneumonia Lateral Esquerda / Infecção Respiratória Aguda, Hipertireoidismo e provável Broncoaspiração.

1.3 SITUAÇÃO INICIAL

DATA: 16/06/99

HORA: 11:00

S - Referiu por meio de escrita que está com saudades de suas filhas.

O - Dormindo, mas acorda ao estímulos táteis e ao chamado (Ramsay 3) - recebendo dormonid 15ml/h, fentanil 20ml/h e propofol 3ml/h - orientada, com abertura

ocular ao chamado e obedecendo ordens (Glasgow 14), reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isofotorreagentes.

Cliente comunicando-se através de gestos e escrita, demonstrou fâcies de dor à palpação abdominal.

Em VM controlada no EVITA, com TOT No.8,5 à 22cm e cuff em 30mmHg. FiO₂ de 90% no início do plantão e reduzindo às 10:00hs para 58%, PEEP de 13 cmH₂O, VC de 0,5l Sat. O₂ de 99%, FR de 20mpm.

Mantendo abocath em MSD, colhido sangue arterial em artéria radial direita. FC variando entre 106 a 113 bpm e PA de 120/60 mmHg. T. ax. manteve-se em 37°C no período.

Recebendo infusão venosa de 6,000 ml/24hs. Em dieta zero, mantendo SNG em sintonagem, drenado 50ml de secreção esverdeada no período.

SVD com débito de 150 ml de coloração amarelo citrino com depósitos em pequena quantidade e não evacuou.

Abdomem flácido, timpânico à percussão e com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes.

Apresenta pele úmida e quente. Incisão cirúrgica seca e limpa em flanco inferior direito e dreno de Penrose próximo à incisão com pequena quantidade de secreção amarelada, mantendo dreno kherr drenando em média 100 ml nas 24hs.

Exames Complementares

T3 total – 218, 00 mg/dl

TSH < 0,002 uIU/ml -- hipertiroidismo <0,01 uIU/ml

T4 – tetraidotirconina: 32,10 ug/dl

Gasometria:

pH 7,30

pCo₂ 37,6 mmHg

CO₂ total 19,4mm/L

pO₂ 107,6 mmHg

Saturação de O₂ 97,3%

Excesso de base (BE) -7,0 mEq/L

Bicarbonato 18,3 mEq/L

Contagem de plaquetas: 323,000 mm³

Hematócrito 34%

	Valor de referência
Glicose 126 mg/dl	de 70 até 110 mg/dl
Sódio 139 mEq/l	de 3,5 até 5,0 mEq/L
Potássio 4,0 mEq/l	de 135 até 148 mEq/L
Lactato 21,0 mg/dl	

A - Cliente comunicando-se verbalmente (escrita), solicitando prancheta e lápis várias vezes;

Cliente incapaz de manter respiração espontânea, necessitando de VM;

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a ausência do reflexo da tosse;

Cliente com deglutição prejudicada devido a presença do TOT;

Cliente em dieta zero decorrente do PO imediato;

Presença de dor em função do PO imediato;

Demonstrando saudade da família.

P - 01. Estabelecer comunicação com a cliente e familiares;

02. Avaliar estado de saúde da cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Controlar parâmetros da VM;

05. Tomar medidas para o controle de infecção;

06. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural;

07. Incentivar e facilitar visita da família.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome: E. M. P
 Data: 16/06/99

Registro: *****

	Diagnóstico de enfermagem da NANDA	Data		NHBs Afetadas
		Início	Fim	
01				Regulação neuroológica
02	Comunicação verbal prejudicada;	16/06		Comunicação
03	Incapacidade para manter a respiração espontânea; Desobstrução ineficaz das vias aéreas;	16/06		Oxigenação
04				Regulação vascular
05				Hidratação;
06	Deglutição prejudicada; Alteração na nutrição;*	16/06 16/06		Alimentação
07	Alteração na eliminação urinária;*	16/06		Eliminação
08	Dor aguda;	16/06		Percepção dos órgãos do sentido
09	Integridade tissular prejudicada; Risco para prejuízo da integridade da pele;*	16/06 16/06		Integridade cutâneo- mucosa
10				Regulação térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade física prejudicada;*	16/06		Atividade física
13	Risco para infecção;* Risco para aspiração;	16/06 16/06		Segurança física/meio ambiente
14				Sono e repouso
15	Síndrome do déficit no autocuidado;*	16/06		Cuidado corporal
16	Risco para solidão;	16/06		Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) clientes na UTI - HU

Ass. Enfermeiro (a) /COREN

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 16/06/99

HORA: 11:00

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionado ao uso de TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer palavras.

2.2 Incapacidade para manter a respiração espontânea relacionada com a cirurgia e conseqüente broncoaspiração. Evidenciada pelo respirador.

2.3 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a ausência do reflexo da tosse secundária ao TOT. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.4 Deglutição prejudicada relacionada ao uso do TOT. Evidenciada pela dificuldade de deglutir.

2.5 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundária a cirurgia. Evidenciada pela ingesta zero de alimentos.

2.6 Alteração na eliminação urinária relacionada a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD.

2.7 Dor aguda relacionada ao PO imediato e imobilidade no leito secundário à cirurgia. Evidenciada pela comunicação verbal escrita e expressão facial de dor.

2.8 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüência da cirurgia e a outros procedimentos terapêuticos, evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.9 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade física, secundário a contenção no leito.

2.10 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do ao PO e aos equipamentos externos como respirador, monitor cardíaco e bombas de infusão.

Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e limitação na amplitude de seus movimentos.

2.11 Risco para Infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário à cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital-UTI).

2.12 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionado a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciado pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

2.14 Risco para solidão relacionado ao isolamento terapêutico.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 16/06/99

HORA: 11:00

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos; ..		T N M
02. Verificar sinais vitais;		H/H
03. Observar nível de consciência;		T N M
04. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;		T N M
05. Aspirar oro endotraqueal; ..		SN
06. Trocar traquéia próximo ao TOT;		24 06 12
07. Trocar água do respirador; ..		06
08. Trocar todas as traquéias;		18/06 T
09. Observar alteração no traçado do monitor;		T N M
10. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;		T N M
11. Controlar diurese;		2/2 H
12. Atentar para queixas de dor;		T N M
14. Trocar curativo da incisão cirúrgica; ..		T
15. Trocar curativo MSD;		T
16. Fazer mudança de decúbito + massagem	DLD	20 02 08
	DD	22 04 10
	DLE...	24 06 12
17. Manter grades e cabeceira elevada;		T N M
18. Trocar microfix;		18/06 T
19. Dar banho no leito;		T
20. Fazer higiene oral; ..		18 21 08 12
21. Orientar a cliente no tempo e no espaço;		SN
22. Minimizar sons no ambiente; ..		T N M
23. Permitir que a cliente se expresse;		T N M
24. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para a cliente;		T N M
25. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação;		SN

26. Oferecer prancheta sempre que solicitar;

27. Evitar comentários impróprios frente ao cliente;...

28. Permitir visita das filhas.

SN

T N M

SN...

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 17/06/99

HORA: 10:00

S - Cliente referiu que mora nos ingleses e que quer ver seu namorado.

O - Dormindo, mas acorda ao estímulos táteis e ao chamado (Ramsay 3) - recebendo dormonid 15ml/h, fentanil 20ml/h e propofol 3ml/h - orientada, com abertura ocular ao chamado e obedecendo ordens (Glasgow 14), reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isofotorreagentes.

Cliente comunica-se diversas vezes no período através da escrita e utiliza gestos faciais. Comunica-se também com as mãos, porém em menor quantidade.

Em VM/controlada no EVITA com TOT de número 8,5 à 22 cm e cuff em 30 mmHg. FiO₂ 100%, PEEP de 15 cm H₂O, VC de 0,5l, Sat O₂ de 98%, FR de 20 mpm, Aspirado endotraqueal em sistema fechado, com secreção purulenta em média quantidade.

Mantendo abocath em MSD, colhido sangue em artéria radial esquerda, ritmo sinusal no monitor, FC de 98bpm e PA de 110/50 mmHg. T. ax. de 36,9° C.

Recebendo infusão venosa 5.000 ml/24hs. Mantendo dieta zero, SNG em sifonagem drenando pequena quantidade de líquido esverdeado.

SVD com débito urinário de 110 ml, com coloração amarelo citrino, sem depósitos. Não evacuou no período.

Abdomem flácido, timpânico, doloroso à palpação e RHA presentes.

Apresenta pele úmida e quente. Incisão cirúrgica e dreno de Penrose limpos e secos. Mantendo dreno de kherr com 30 ml de secreção esverdeada no período.

A - Cliente comunicando-se verbalmente (escrita), solicitando prancheta e lápis várias vezes;

Cliente incapaz de manter respiração espontânea, necessitando de VM;

Oferta de O₂ aumentada em relação ao dia anterior, por piora do quadro respiratório;

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a ausência do reflexo da tosse;

Cliente com deglutição prejudicada devido a presença do TOT;

Cliente em dieta zero decorrente do tipo de cirurgia;

Demonstrando saudade da família.

- P- 01. Estabelecer comunicação com a cliente e familiares;
- 02. Avaliar estado de saúde da cliente;
- 03. Manter vias aéreas permeáveis;
- 04. Controlar parâmetros da V M;
- 05. Tomar medidas para o controle de infecção;
- 06. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural;
- 07. Incentivar e facilitar visita da família.

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 17/06/99

HORA: 10:00

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionado ao uso de TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer palavras.

2.2 Incapacidade para manter a respiração espontânea relacionada com a cirurgia e conseqüente broncoaspiração. Evidenciada pelo respirador.

2.3 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a ausência de reflexo da tosse secundário ao TOT. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.4 Deglutição prejudicada relacionada ao uso do TOT. Evidenciada pela dificuldade de deglutir.

2.5 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundária a cirurgia. Evidenciada pela ingesta zero de alimentos.

2.6 Alteração na eliminação urinária relacionada a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD.

2.7 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüência da cirurgia e a outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.8 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade física, secundário a contenção no leito.

2.9 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do ao PO e aos equipamentos externos como respirador, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e limitação na amplitude de seus movimentos.

2.10 Risco para infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário à cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital-UTI).

2.11 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionado a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciada pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

2.12 Risco para solidão relacionado ao isolamento terapêutico.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 17/06/99

HORA: 10:00

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;	T N M
05. Aspirar oro endotraqueal, fluidificando as secreções;	SN
06. Trocar traquéia próximo ao TOT;	24 06 12
07. Trocar água do respirador;	06
08. Trocar todas as traquéias;	18/06 T
09. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
10. Controlar drenagem da SNG em sintonagem;	T N M
11. Controlar diurese;	2/2 H
12. Trocar curativo da incisão cirúrgica;	T N M
14. Trocar curativo MSD;	T
15. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	20 02 08
DD	22 04 10
DLE	24 06 12
16. Manter as grades e cabeceira elevada;	T N M
17. Trocar microfix;	18/06
18. Dar banho no leito;	T
19. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
20. Orientar o cliente no tempo e no espaço;	SN
21. Minimizar sons no ambiente;	T N M
22. Permitir que o cliente se expresse;	T N M
23. Falar claramente, com o nível de voz normal e olhando para o cliente;	T N M
24. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação;	SN
25. Oferecer prancheta sempre que solicitar;	SN

26. Evitar comentários impróprios frente ao cliente;
27. Facilitar a visita de seu namorado.

T N M

SN:

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 17/06/99

HORA: 23:30

S - Cliente refere através de gestos que sente dor na região cirúrgica. Comunicou pela escrita que tem duas filhas e que queria vê-las o mais rápido possível.

O - Acordada, tranquila e cooperativa (Ramsay 2) - recebendo dormonid 15ml/h, fentanil 20ml/h e propofol 3ml/h - orientada, com abertura ocular espontânea e obedecendo ordens. (Glasgow 15), reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isofotorreagentes.

Cliente comunicando-se através de gestos e escrita, demonstrou fácies de dor.

Em VM/controlada no EVITA com FiO₂ 40%, com TOT de número 8,5 à 22 cm e cuff em 30 mmHg. PEEP de 13 cm H₂O, VC de 0.5l, Sat O₂ de 98%, FR de 20 mpm, Aspirado endotraqueal em sistema fechado, com secreção esbranquiçada em pequena quantidade, com formação de rolhas.

Permanece em monitorização cardíaca, em ritmo sinusal, FC de 100bpm, PA de 110/60mmHg. Pele quente, com T. ax. de 37°C.

Com dreno de kherr com 100 ml de líquido verde escuro nas 24hs. Dreno de Penrose e incisões cirúrgicas limpas e secas.

Recebendo volume de líquido de 5000 ml/24hs endovenosa e mantendo dieta zero. SNG em sifonagem drenando líquido esverdeado em quantidade imensurável.

SVD com débito de 240 ml de coloração amarelo citrino, sem depósitos, e não evacuou no período.

Abdomem flácido e doloroso à palpação.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,34

pCO₂ 39,2 mmHg

CO₂ total 22,7 mm/L

pO₂ 399 mm Hg

Sat. de O₂ 100%

Excesso de base (BE) -3,2 mEq/L

Bicarbonato 21,5 mEq/L

Valor de referência

Glicose 95 mg/dl

de 70 até 110 mg/dl

Creatinina 0,4 mg/dl

de 0,7 até 1,1 mg/dl

Sódio 138 mEq/l

de 135 até 145 mEq/L

Potássio 3,8 mEq/l

de 3,5 até 5,0 mEq/L

Lactato 12,8 mg/dl

Uréia 14 mg/dl

Hemoglobina 9,5g/dl

Hematócrito 28,4%

Alterações eritrocitárias

Leucograma

leucócitos 11,600 p/mm³

Contagem de plaquetas 249,000 p/mm³.

A - Cliente comunicando-se verbalmente (escrita);

Cliente incapaz de manter respiração espontânea, necessitando de VM;

Evoluindo para a diminuição da FiO₂;

Apresentando desobstrução ineficaz das vias aéreas devido a ausência do reflexo de tosse e com presença de rolhas;

Cliente com deglutição prejudicada devido a presença do TOT;

Cliente em dieta zero decorrente do tipo de cirurgia;

Demonstrando saudade da família.

P- 01. Estabelecer comunicação com a cliente e familiares;

02. Avaliar estado de saúde da cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Controlar parâmetros da VM;

05. Tomar medidas para o controle de infecção;

06. Incentivar e facilitar visita da família.

4º PROCESSO DE ENFERMAGEM

1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 29/06/99

HORA 03:00

1.1 NOTA DE ADMISSÃO

B.P. S, 52 anos, casada, do lar, espírita, natural de Arroio do Silva e procedente de Criciúma. Internou na UTI proveniente do centro cirúrgico onde foi submetida a cirurgia de By Pass ilíaca a esquerda e popliteoilíaca a direita. Foi submetida em 23/06 a amputação do MIE por gangrena. Persistindo os sintomas de insuficiência vascular em MID foi submetida em 28/06 a estudo angeográfico com RX evidenciando trombose de aorta abdominal.

Na admissão, estava sob efeito de anestésico e em ventilação manual com ambu no TOT. Hipocorada, abdômen globoso, com incisão mediana e inguinal direita oclusiva. MID com bota de algodão, pele fria e cianótica. Coto esquerdo aberto e sem secreção.

PA de 180/80 mmHg, FC de 97 bpm, FR de 20 mpm, T. ax. de 36,7°C.

Portando SNG em sinfonagem, MSE com cavafix em região cubital e antebraço esquerdo com abocath. Coxa direita com dreno de Portovak.

Instalado Evita com VC de 0.5l, FiO₂ de 100% e posteriormente a 50%, FR de 18 mpm, PEEP de 6 cm H₂O. Volume urinário 100 ml na SVD.

Enfermeiro (a) da UTI.

1.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICO

Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com manifestação de Doença Vascular Prévia e PO de By Pass ilíaca a esquerda e popliteoilíaca a direita.

1.3 SITUAÇÃO INICIAL

DATA:29/06/99 HORA 12:30

S - Comunica através da escrita que está com catarro e dor no coto MIE.

O - Cliente acordada, tranqüila e cooperativa (Ramsay 2). Orientada, abertura ocular espontânea, obedece ordens (Glasgow 15) e com pupilas isofotorreagentes.

Estabelece comunicação verbal (escrita) e utiliza gestos com as mãos.

Em VM – modalidade assistida, com TOT nº 8.5 à 24 cm e cuff em 30 mmHg. FiO₂ de 40%, PEEP de 5 cm de H₂O, VC de 0.5l, FR de 16 mpm e Sat. de O₂ entre 98 e 99%. Aspirada endotraqueal duas vezes no período com secreção purulenta em média quantidade.

FC de 90 a 132 bpm, arritmica e PA de 170/80 mmHg. Apresenta cianose e pele fria em MID. Em uso de cavafix no MSE. Rede venosa de difícil visualização. Colhido sangue em artéria radial direita, de fácil palpação e acesso.

Pele quente e sudoreica, no início do período com T. ax. de 38⁴°C, regredindo para 37⁵°C, após retirada de cobertores e administração de dipirona.

Recebeu 2000 ml de SF 0,9% rápido (desafio hídrico). Dieta zero, SNG em sintonagem com 200 ml de líquido verde-escuro grumoso. Glicemia capilar de 108 mg/dl.

Débito urinário de 58 ml. Urina de aspecto amarelo citrino sem depósitos. Colhido parcial de urina para laboratório. Não evacuou no período.

Apresenta três pontos de cateterismo em região cubital direita limpos e secos. Coto MIE com bordos bem aderidos e sem secreções. Incisão abdominal mediana extensa e região inguinal com curativo com SF 0.9% e cloroex, ambos limpos porém úmidos. Com dreno Portovak na coxa direita, débito zero.

MID mantido com bota de algodão, com extremidade fria e cianótica.

Abdômen flácido e indolor a palpação.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,40

pCO₂ 35,7mmHg

CO₂ total 20,0 mm/L

pO₂ 145,2 mmHg

Saturação de O₂ 99,1%

Excesso de base (BE) -3,9 mEq/L

Bicarbonato 22,1 mEq/L

Hematócrito 28.4%

	Valor de referência
Leucócitos 30.800 p/mm ³	de 3.800 até 11.000 p/mm ³
Contagem de plaquetas 294.000 mm ³	de 150.000 até 440.000 mm ³
Glicose 138 mg/dl	de 70 a 110 mg/dl
Sódio 137 mg/ L	de 135 a 148 mEq/L
Potássio 3.3 mEq/L	de 3.5 à 5.2 mEq/L

Cultura de urina crescimento bacteriano inferior a 10.000 UFC/ml

A – Comunicando-se verbalmente (escrita), por gestos e expressões faciais;

Perfusão periférica diminuída e enchimento capilar lento em MID;

Baixo débito urinário mesmo após desafio hídrico.

P- 01. Estimular comunicação verbal falada;

02. Avaliar estado de saúde da cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Manter perfusão periférica adequada;

05. Observar aceitação da dieta por SNG;

06. Observar débito urinário;

07. Tomar medidas para o controle de infecção;

08. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome: B P S

Registro: *****

Data: 29/06/99

	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA	Data		NHBs Afetadas
		Início	Fim	
01				Regulação neurológica
02	Comunicação verbal prejudicada	29/06	01/07	Comunicação
03	Incapacidade para manter respiração espontânea	29/06	01/07	Oxigenação
	Desobstrução ineficaz das vias aéreas	29/06	01/07	
	Padrão respiratório ineficaz	29/06		
04	Perfusão tissular periférica alterada	29/06		Regulação vascular
05	Excesso de volume líquido	29/06		Hidratação
06	Deglutição prejudicada; Alteração na nutrição;*	29/06	01/07	Alimentação
07	Alteração na eliminação urinária*	29/06		Eliminação
08	Dor aguda	29/06		Percepção dos órgãos do sentido
09	Risco para prejuízo da integridade da pele*	29/06		Integridade cutâneo-mucosa
	Integridade tissular prejudicada	29/06		
10	Hipertermia	29/06	01/07/99	Regulação térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade física prejudicada*	29/06		Atividade Física
13	Risco para infecção*	29/06		Segurança física/ meio ambiente
14				Sono e repouso
15	Síndrome do déficit no auto cuidado*	29/06		Cuidado corporal
16				Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) clientes na UTI-HU

Ass. Enfermeiro (a)/ COREN

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 29/06/99 HORA: 12:30

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada ao uso de TOT. Evidenciada por incapacidade de dizer palavras.

2.2 Padrão respiratório ineficaz relacionado com a cirurgia e a anestesia. Evidenciado pelo respirador.

2.3 Incapacidade para manter a respiração espontânea relacionada com a cirurgia e anestesia. Evidenciada pelo respirador.

2.4 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada a ausência do reflexo de tosse secundário ao TOT. Evidenciada por tosse ineficaz para remover as secreções das vias aéreas.

2.5 Perfusão tissular periférica alterada relacionada a insuficiência vascular periférica, DM, HAS e pela imobilidade no leito. Evidenciada pela ausência de pulso em MID, pele fria e aumento da PA.

2.6 Deglutição prejudicada relacionada ao uso do TOT. Evidenciada pela dificuldade de deglutir.

2.7 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral secundário ao TOT. Evidenciada pela ingesta zero de alimentos.

2.8 Alteração na eliminação urinária relacionada a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD e baixo débito urinário.

2.9 Dor aguda relacionada ao PO imediato e imobilidade no leito secundária à cirurgia. Evidenciada pela comunicação não-verbal de dor (expressão facial e gestos).

2.10 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade física, secundário a contenção no leito.

2.11 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüência da cirurgia e a outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.12 Hipertermia relacionada ao processo inflamatório. Evidenciada pela T. ax. acima de 37.8 ° C e pele quente e ruborizada.

2.13 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do PO, a amputação de MIE e aos equipamentos externos como respirador, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e limitação na amplitude de seus movimentos.

2.14 Risco para infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário à cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital -UTI).

2.15 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionada a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciado pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA:29/06/99

HORA:12:30

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	T N M
03. Observar nível de consciência;	H/H
04. Verificar pressão do “cuff” e vazamentos;	T N M
05. Aspirar oro endotraqueal;	SN
06. Trocar traquéia próximo ao TOT;	24 06 12
07. Trocar água do respirador;	06
08. Trocar todas as traquéias;	06
09. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
10. Controlar dreno de Portovak no MID;	T N M
11. Manter bota de algodão em MID;	T N M
12. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;	T N M
13. Controlar diurese;	2/2H
14. Atentar para queixas de dor;	T N M
15. Trocar curativo da incisão cirúrgica;	T
16. Trocar curativo coto MIE;	T
17. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	14 20 02 08
DD	16 22 04 10
DLE	18 24 06 12
18. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
19. Trocar microfix;	01/07 T
20. Dar banho no leito;	T
21. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
22. Orientar a cliente no tempo e no espaço;	SN
23. Minimizar sons no ambiente;	T N M
24. Permitir que a cliente se expresse;	T N M

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-------|
| 25. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; | SN |
| 26. Oferecer prancheta sempre que solicitar; | T N M |
| 27. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | T N M |

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07 HORA 12:00

S - Comunicou que não dormiu bem à noite, que não está sentindo dores e que está respirando melhor e sem catarro. Perguntou que dia era hoje.

O - Acordada, tranquila, cooperativa (Ramsay 2). Orientada, com abertura ocular espontânea e obedecendo ordens (Glasgow 15). Reação ao estímulo doloroso presente. Pupilas isofotorreagentes.

Cliente comunicando verbalmente somente quando requisitada. Expressa-se em bom tom e claramente.

Extubada, em uso de cateter de O₂ a 2 l/min, com Sat. de O₂ de 98%, com FR de 20 mpm.

Em monitorização cardíaca, com FC de 105 bpm em ritmo sinusal, com PA de 170/80 mmHg. Permanece com acesso venoso em MSE por cavafix. Extremidade do MID fria e enchimento capilar lento.

Pele quente e discretamente sudoreica, com T. ax. de 38⁵°C.

Hidratada, recebendo SF 0.9% 3000 ml e SG 5% 1500 ml nas 24hs. Apresentando discreto edema MMSS. Em dieta pastosa. Glicemia capilar de 122 mg/dl.

Eliminação urinária por SVD com débito de 100ml. Não evacuou durante o período.

Feito curativo na incisão abdominal mediana, região inguinal direita, limpos e secos. Coto do MIE apresentando 3 pontos em deiscência, secreção amarelada em pequena quantidade, com bordos aderidos. Dreno de portovak em MID com débito zero. Apresenta hiperemia em região sacra.

Exames Complementares

	Valor de referência
Hemácias 3,16 milhões/mm ³	4 até 5,5 milhões/mm ³
Hemoglobina 8,6	12 à 16
Hematócrito 25%	37 à 47

Leucócitos 47,600 p/mm ³	3,800 à 11,000 p/mm ³
Contagem de plaquetas 323,000 mm ³	150,000 à 440,000mm ³
Glicose 102 mg/dl	70 à 110 mg/dl
Creatinina 0,8 mg/dl	0,6 à 1,0 mg/dl
Potássio 4,6 mEq/L	3,6 à 5,2 mEq/L
Lactato 22,4 mg/dl	3,6 à 18 mg/dl

A - Evoluindo para comunicação verbal (falada) em virtude da extubação;

Perfusão periférica diminuída e enchimento capilar lento em MID;

Melhora do débito urinário;

Sono prejudicado pelo ambiente estressante da UTI.

P- 01. Estimular comunicação verbal falada;

02. Avaliar estado de saúde da cliente;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Manter perfusão periférica adequada;

05. Observar débito urinário;

06. Tomar medidas para o controle de infecção;

07. Proporcionar sono e repouso;

08. Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa como fotografias, recados, orações, para serem colocados no mural.

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07/99 HORA: 12:00

2.1 Padrão respiratório ineficaz relacionado com a cirurgia e a anestesia. Evidenciado pelo auxílio de oxigênio.

2.2 Perfusão tissular periférica alterada relacionada a insuficiência vascular periférica, DM, HAS e pela imobilidade no leito. Evidenciada pela ausência de pulso em MID e pele fria.

2.3. Alteração na nutrição relacionada com o período de PO. Evidenciada pela dieta pastosa.

2.4 Alteração na eliminação urinária relacionada a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD.

2.5 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüência da cirurgia e a outros procedimentos terapêuticos, evidenciada pela danificação e/ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.6 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado a imobilidade física, secundário a contenção no leito.

2.7 Hipertermia relacionada ao processo inflamatório. Evidenciada pela T. ax. de 38⁵°C e pele quente e sudoreica.

2.8 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do PO, a amputação de MIE e aos equipamentos externos como respirador, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e limitação na amplitude de seus movimentos.

2.9 Risco para infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário à cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital - UTI).

2.10 Distúrbio no padrão de sono relacionado ao ambiente de UTI e barulhos dos equipamentos. Evidenciado pela dificuldade de dormir.

2.11 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionado a internação na UTI e uso de equipamentos externos como: monitor cardíaco, bombas de infusão, respirador. Evidenciada pela incapacidade de higienizar-se, alimentar-se, vestir-se e ir ao banheiro.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07/99 HORA: 12:00

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
05. Controlar dreno de Portovak no MID;	T N M
06. Manter bota de algodão em MID;	T N M
07. Controlar drenagem da SNG em sinfonagem;	T N M
08. Controlar diurese;	2/2 H
09. Trocar curativo da incisão cirúrgica;	T
10. Trocar curativo coto MIE;	T
11. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	14 20 02 08
DD	16 22 04 10
DLE	18 24 06 12
12. Manter grades e cabeceira elevada;	T N M
13. Trocar microfix;	T
14. Dar banho no leito;	T
15. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
16. Orientar a cliente no tempo e no espaço;	SN
17. Minimizar sons no ambiente;	T N M
18. Permitir que a cliente se expresse;	T N M
19. Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação;	SN
20. Oferecer prancheta sempre que solicitar;	SN
21. Evitar comentários impróprios frente ao cliente.	T N M

5º PROCESSO DE ENFERMAGEM

1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 30/06/99 HORA: 20:30

1.1 NOTA DE ADMISSÃO

M. A. O. M., 42 anos, sexo feminino, casada, católica, do lar, natural de São José e procedente de Biguaçu, internou na UTI em 30/06/99 às 18:30 horas por PO imediato de “tireoidectomia total, esvaziamento cervical bilateral” devido ao diagnóstico de “câncer papilífero de tireóide com metástase cervical bilateral”.

Chegou acordada, tranqüila e cooperativa (Ramsay 2). Orientada, com abertura ocular espontânea e obedecendo ordens (Glasgow 15). Reagindo a estímulos dolorosos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se verbalmente, porém apresentando disфонia (rouquidão e murmúrio). Referiu dor na região dorsal e pediu, várias vezes, para molhar sua boca (sede).

Veio extubada do centro cirúrgico, apresentando dispnéia, fazendo uso da musculatura acessória e com tiragens intercostais, FR de 36 mpm e sat. de O₂ de 87%. Foi colocada em macronebulização a 5 l/min. e logo após foi aumentado para 10 l/min. Aspirada oro nasotraqueal, com presença de pequena quantidade de secreção purulenta espessa.

Colocada em monitor cardíaco, ao escópio apresenta ritmo sinusal com F.C. de 100 bpm e PA de 170/100 mmHg. Acesso venoso em MSE com abocath 18. Apresenta dois drenos de Portovak em região cervical drenando grande quantidade de secreção sanguinolenta. E com T. ax. de 37.3°C.

Encontra-se hidratada, recebendo S.F. 0.9% (1000 ml) e S.G. 5% (500 ml). Em dieta zero.

Eliminação urinária por SVD, com débito urinário de 150 ml/h, urina com aspecto amarelo citrino. Não evacuou até o momento.

Apresentando incisão ântero cervical com curativo (colar cervical) fechado. Região dorsal com discreta hiperemia.

Iniciando movimentos espontâneos em MMSS e MMII.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,34

pCO₂ 31,2 mmHg

CO₂ total 17,5 mm/L

pO₂ 110 mmHg

Sat. O₂ 97.7%

Excesso de base (BE) 7,3 mEq/L

Bicarbonato 16.6 mEq/L

Sódio 140 mEq/l

Potássio 3.5 mEq/L

Creatinina 0.7 mg/dl

Glicose 126 mg/dl

Hematócrito 45.9%

Valor de referência

de 135 até 148 mEq/L

de 3,5 até 5,0 mEq/L

de 0,7 até 1,1mg/dl

de 70 a 110 mg/dl

1.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), P.O imediato de “tireoidectomia total + esvaziamento cervical bilateral” por “câncer papilífero de tireóide com metástase cervical bilateral”.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome: M. A . O . M.

Registro: *****

Data: 30/06/99

	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA	Data		NHBs Afetadas
		Início	Fim	
01				Regulação neurológica
02	Comunicação verbal prejudicada	30/06		Comunicação
03	Troca de gases prejudicada Desobstrução ineficaz das vias aéreas Padrão respiratório ineficaz	30/06 30/06 30/06	01/07	Oxigenação
04				Regulação vascular
05	Excesso de volume líquido	30/06		Hidratação
06	Alteração na nutrição*	30/06		Alimentação
07	Alteração na eliminação urinária*	30/06		Eliminação
08	Dor aguda	30/06		Percepção dos órgãos do sentido
09	Risco para prejuízo da integridade da pele* Integridade tissular prejudicada	30/06 30/06		Integridade cutâneo-mucosa
10				Regulação térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade física prejudicada*	30/06		Atividade Física
13	Risco para infecção* Risco para aspiração	30/06 30/06		Segurança física/ meio ambiente
14				Sono e repouso
15	Síndrome do déficit no auto cuidado*	30/06		Cuidado corporal
16	Ansiedade	01/07		Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) clientes na UTI-HU

Ass. Enfermeiro (a)/ COREN

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 30/06/99 HORA: 20:30

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada com a recente extubação, a cirurgia na região cervical (pescoço), a máscara de nebulização e a dispnéia. Evidenciada pela dificuldade para pronunciar as palavras (fala rouca e em volume baixo) e de serem entendidas pela equipe.

2.2 Padrão respiratório ineficaz relacionado a imobilidade física secundária à cirurgia e a anestesia, e a presença de secreções espessas nas vias aéreas superiores. Evidenciado por modificações na frequência e no padrão respiratório.

2.3 Troca de gases prejudicada relacionada com a imobilidade física secundária à cirurgia e a anestesia e a presença de secreções espessas nas vias aéreas superiores. Evidenciada pela dispnéia.

2.4 Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada ao acúmulo e estase das secreções espessas durante o período em que ficou entubada e a imobilidade física secundária a cirurgia e a anestesia. Evidenciada pela presença de secreções nas vias aéreas e pela dispnéia.

2.5 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral, secundária a cirurgia e a anestesia geral. Evidenciada por ingestão zero de alimentos.

2.6 Alteração na eliminação urinária relacionada com a necessidade terapêutica (controlar o débito urinário). Evidenciada pela SVD.

2.7 Dor aguda relacionada ao traumatismo dos tecidos secundário à cirurgia e a permanência prolongada na mesa de cirurgia. Evidenciada pela comunicação verbal e não verbal de expressões de dor, como gemidos e inquietação.

2.8 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado com a imobilidade física.

2.9 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüências da cirurgia e de outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.10 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do pós-operatório e aos equipamentos externos como monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e da limitação na amplitude de seus movimentos.

2.11 Risco para infecção relacionada ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital - UTI).

2.12 Risco para aspiração relacionado com a presença de secreções nas vias aéreas.

2.13 Síndrome do déficit no auto cuidado relacionada a internação na UTI e ao uso de equipamentos externos como: macronebulização, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 30/06/99 HORA: 20:30

3.1 PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

01. Avaliar estado de saúde da cliente;
02. Estabelecer comunicação com a cliente e familiares;
03. Manter vias aéreas permeáveis;
04. Propiciar movimentação da cliente no leito;
05. Tomar medidas para manter a segurança física e o controle de infecção;
06. Realizar higiene e conforto;
07. Proporcionar ambiente tranquilizador.

3.2 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------|
| 01. Lavar as mãos; | T N M |
| 02. Verificar sinais vitais; | H/H |
| 03. Observar nível de consciência; | T N M |
| 04. Observar sinais de insuficiência respiratória; | T N M |
| 05. Aspirar oro nasotraqueal; | SN |
| 06. Trocar água da nebulização; | 06 |
| 07. Trocar traquéia da nebulização; | 06 |
| 08. Observar alteração no traçado do monitor; | T N M |
| 09. Controlar secreção nos drenos de Portovak; | T N M |
| 10. Controlar diurese; | 2/2H |
| 11. Atentar para queixas de dor; | T N M |
| 12. Manter o curativo cervical fechado; | T N M |
| 13. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD | 14 20 02 08 |
| DD | 16 22 04 10 |
| DLE | 18 24 06 12 |
| 14. Manter grades e cabeceira elevada; | T N M |
| 15. Trocar microfix; | 02/07 T |

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------|
| 16. Dar banho no leito; | T |
| 17. Fazer higiene oral; | 18 21 08 12 |
| 18. Orientar a cliente no tempo e no espaço; | SN |
| 19. Estimular a cliente a se expressar; | T N M |
| 20. Minimizar sons no ambiente; | T N M |
| 21. Evitar comentários impróprios frente ao cliente. | T N M |

4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07/99

HORA: 10:00

S - Cliente referindo desconforto e dor em região cervical, garganta seca (sede) e pedindo transferência para o quarto.

O - Acordada, ansiosa e agitada (Ramsay 1). Orientada, com abertura ocular espontânea e obedecendo ordens (Glasgow 15). Reagindo a estímulos dolorosos, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Comunicando-se verbalmente, mas permanece disfônica.

Continua em macronebulização a 10 l/min., com Sat. de O₂ de 96%, FR de 28 mpm, dispneica e fazendo uso de musculatura acessória. Apresentando episódios de tosse seca.

Em monitorização cardíaca, ao escópio ritmo sinusal com FC de 100 bpm e P.A. de 150/90 mmHg. Acesso venoso em MSE com abocath 18. Apresentando 2 drenos de Portovak em região cervical drenando grande quantidade de secreção sangüinolenta. E com T. ax. de 36.3°C.

Hidratada, recebendo S.F. 0.9% e S.G. 5%. Com balanço hídrico de -1250 ml, apresentando discreto edema periférico (MMSS e MMII). Permanece em dieta zero.

Eliminação urinária por SVD, com débito de 150 ml/h (600 ml em 4 horas). Não evacuou durante o período.

Trocado curativo da incisão ântero cervical pelo médico residente, apresentando-se seco e com bordos aderidos. Região dorsal com discreta hiperemia.

Com movimentação espontânea de MMSS e MMII.

Exames Complementares

Gasometria

pH 7,36

pCO₂ 31,3 mmHg

CO₂ total 18,3 mm/L

pO₂ 79,7 mmHg

Sat. O₂ 94,9%

Excesso de base (BE) 6,1 mEq/L

Bicarbonato 17,4 mEq/L

A - Cliente comunicando-se verbalmente (falada), porém murmurando as palavras e com rouquidão;

Evoluindo para desobstrução eficaz das vias aéreas;

Apresentando balanço hídrico negativo, e conseqüente edema periférico de MMSS e MMII;

Apresentando ansiedade e agitação em virtude da permanência no ambiente (UTI).

Cliente transferida para unidade de internação cirúrgica I às 12:30 horas.

P - 01. Avaliar estado de saúde da cliente;

02. Estabelecer comunicação com a cliente e familiares;

03. Manter vias aéreas permeáveis;

04. Avaliar evolução do edema;

05. Propiciar movimentação da cliente no leito;

06. Tomar medidas para manter a segurança física e o controle de infecção;

07. Realizar higiene e conforto;

08. Proporcionar ambiente tranquilizador.

2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07/99 HORA: 10:00

2.1 Comunicação verbal prejudicada relacionada com a recente extubação, a cirurgia na região cervical (pescoço), a máscara de nebulização e a dispnéia. Evidenciada pela dificuldade para pronunciar as palavras (fala rouca e em volume baixo) e de serem entendidas pela equipe.

2.2 Padrão respiratório ineficaz relacionado a imobilidade física secundária à cirurgia e a anestesia e a presença de secreções espessas nas vias aéreas superiores. Evidenciado por modificações na frequência e no padrão respiratório.

2.3 Troca de gases prejudicada relacionada com a imobilidade física secundária à cirurgia e a anestesia e a presença de secreções espessas nas vias aéreas superiores. Evidenciada pela dispnéia.

2.4 Excesso de volume líquido relacionado com a ingesta excessiva de sódio e líquidos. Evidenciado pelo discreto edema periférico (membros superiores e inferiores).

2.5 Alteração na nutrição relacionada com a incapacidade de alimentar-se via oral, secundária a cirurgia e a anestesia geral. Evidenciada por ingesta zero de alimentos.

2.6 Alteração na eliminação urinária relacionada com a necessidade de controlar a diurese (terapêutica). Evidenciada pela SVD.

2.7 Dor aguda relacionada ao traumatismo dos tecidos secundário à cirurgia e a permanência prolongada na mesa de cirurgia. Evidenciada pela comunicação verbal e não verbal de expressões de dor, como gemidos e inquietação.

2.8 Risco para prejuízo da integridade da pele relacionado com a imobilidade física, umidade e a sensibilidade alterada.

2.9 Integridade tissular prejudicada relacionada com as conseqüências da cirurgia e de outros procedimentos terapêuticos. Evidenciada pela danificação e ou destruição tegumentar, do tecido subcutâneo e mucosas.

2.10 Mobilidade física prejudicada relacionada com as conseqüências do pós-operatório e aos equipamentos externos como monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de mover-se intencionalmente no ambiente (imobilidade no leito) e da limitação na amplitude de seus movimentos.

2.11 Risco para infecção relacionada ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia, a presença de vias invasivas e ao contato com agentes patogênicos presentes no local (hospital - UTI).

2.12 Risco para aspiração relacionado com a presença de secreções nas vias aéreas.

2.13 Síndrome do déficit no autocuidado relacionada a internação na UTI e ao uso de equipamentos externos como: macronebulização, monitor cardíaco e bombas de infusão. Evidenciada pela incapacidade de alimentar-se, higienizar-se, vestir-se e de ir ao banheiro.

2.14 Ansiedade relacionada com a mudança de ambiente (internação na UTI), conforto, segurança e com modificações no padrão respiratório. Evidenciada pela excitação excessiva, inquietação e verbalização do desejo de voltar para o quarto da unidade de internação.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 01/07/99 HORA: 10:00

3.1 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. Lavar as mãos;	T N M
02. Verificar sinais vitais;	H/H
03. Observar nível de consciência;	T N M
04. Observar sinais de insuficiência respiratória;	T N M
05. Trocar água da nebulização;	06
06. Trocar traquéia da nebulização;	06
07. Observar alteração no traçado do monitor;	T N M
08. Controlar secreção nos drenos de Portovak;	T N M
09. Avaliar edema;	T N M
10. Controlar diurese;	2/2H
11. Atentar para queixas de dor;	T N M
12. Manter o curativo cervical fechado;	T N M
13. Fazer mudança de decúbito + massagem DLD	14 20 02 08
DD	16 22 04 10
DLE	18 24 06 12
14. Manter as grades e cabeceira elevada;	T N M
15. Trocar microfix;	02/07 T
16. Dar banho no leito;	T
17. Fazer higiene oral;	18 21 08 12
18. Orientar a cliente no tempo e no espaço;	SN
19. Estimular a cliente a se expressar;	T N M
20. Minimizar sons no ambiente;	T N M
21. Evitar comentários impróprios frente a cliente.	T N M

ANEXO 20

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome:

Registro:

Data:

	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA	Data		NHBs Afetadas
		Início	Fim	
01				Regulação Neurológica
02				Comunicação
03				Oxigenação
04				Regulação Vascular
05				Hidratação
06	Alteração na Nutrição*			Alimentação
07	Alteração na Eliminação Urinária*			Eliminação
08				Percepção dos Órgãos do Sentido
09	Risco para Prejuízo da Integridade da Pele*			Integridade Cutâneo-Mucosa
10				Regulação Térmica
11				Terapêutica
12	Mobilidade Física Prejudicada*			Atividade Física
13	Risco para Infecção*			Segurança Física/ Meio Ambiente
14				Sono e Repouso
15	Síndrome do Déficit no Autocuidado*			Cuidado Corporal
16				Psicossociais
17				Psicoespirituais

* Diagnósticos existentes em 100% dos (as) cliente internados (as) na UTI-HU

Ass. Enfermeiro (a)/ COREN