

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

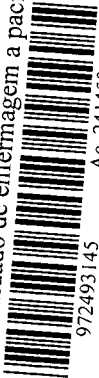
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM  
INTERCORRÊNCIAS NEUROCIRÚRGICAS E SUAS  
FAMÍLIAS, UTILIZANDO A TEORIA DAS  
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE  
AGUIAR HORTA**

**Florianópolis(SC), dezembro de 1997.**

**CIBÉLE PICKLER CUNHA  
ELITA DE PINHO  
FABÍOLA GONÇALVES DE CASTRO**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM  
INTERCORRÊNCIAS NEUROCIRÚRGICAS E SUAS FAMÍLIAS,  
UTILIZANDO A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS  
BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0271  
Autor: Cunha, Cibéle Pick  
Título: O cuidado de enfermagem a pacien  
  
972493145 Ac. 241450  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

*Relatório de Conclusão apresentado à disciplina  
Enfermagem Assistencial Aplicada, pertencente  
a VIII Unidade do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Santa  
Catarina*

**Orientadora:** Maria de Lourdes Silva Cardoso

**Supervisoras:** Ana Paula Botelho Machado  
Maria Cristina Goulart  
Wilhermina H. J. T. Gargnin

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0271  
Ex.1

**Florianópolis(SC), dezembro de 1997.**



AO GOVERNADOR  
**CELSO RAMOS**  
AGRADECE O  
SERVIDOR  
PUBLICO  
ESTADUAL

*Pela amizade, companheirismo e dedicação*

## AGRADECIMENTOS

É o momento de finalizar mais uma fase em nossas vidas. Parece que recebemos uma dádiva de Deus.

Agora aprendemos a trabalhar vários aspectos desenvolvidos na área de crescimento pessoal. Com isso fomos advertidas de que podemos esperar reverses, até compreender que o caminho escolhido foi fonte de todo aprendizado e principalmente de crescimento na própria natureza. Sendo a vida representada pela integralidade da força vital, pelo impulso para a auto realização e regeneração e pelo reconhecimento de algo que buscamos, não nos mostramos envaidecidas em termos concluído uma fase com sucesso, mas sim, por sabermos que esta fez parte na nossa evolução como seres humanos. Estamos contudo cientes, de termos desenvolvido a paciência, perseverança e a determinação que são habilidades essenciais necessárias para se finalizar qualquer etapa da vida.

Tudo só foi possível através de todas as pessoas que de uma forma muito especial nos ajudaram com a finalidade de vencermos. Por isso agradecemos especialmente:

- À Deus, por ter-nos dado o dom de cuidar e pela coragem que nos impulsionou a trilhar um caminho desconhecido em busca de novos conhecimentos.

- Aos pais, marido e namorados pelo apoio, incentivo, paciência e otimismo na certeza de que conseguiríamos vencer esta importante e decisiva etapa de nossas vidas.

- As supervisoras e enfermeiras Ana Paula Botelho Machado, Maria Cristina Goulart e Wilhelmina H. J. T. Gargnin pelas ricas sugestões e contribuições ao trabalho, demonstrações de carinho e preocupação na valorização de nossa caminhada e por compartilharem conosco seus espaços, tempo, dedicação e entusiasmo.

- Aos médicos neurocirurgiões do Hospital Governador Celso Ramos, especialmente ao Dr. Athos de Andrade Athayde Jr. pela dedicação, colaboração, transmissão de conhecimentos, incentivo, disponibilidade e companheirismo.

- A nossa orientadora professora e enfermeira Maria de Lourdes Silva Cardoso, pela sua colaboração e sugestões ao trabalho.

- A equipe de enfermagem por ter-nos acolhido com alegria, entusiasmo, receptividade e apoio na conquista de nossos objetivos.

- Aos pacientes que de alguma forma contribuíram para o nosso aprendizado, dedicando em todos os momentos a amizade e incentivo.

- Aos seus familiares por dividirem conosco os seus anseios, emoções, preocupações, experiências e expectativas de vida.

- A Clínica Imagem por ter permitido a nossa visita ao local, bem como transmitir conhecimentos.

- A nós pela amizade, companheirismo, dedicação e acima de tudo força de vontade e entusiasmo que vivenciamos para vencer esta última etapa de nossas vidas como acadêmicas.

## RESUMO

Este trabalho trata do relatório final do Projeto Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido nos meses de setembro à novembro de 1997, na Unidade de Neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos. Relata a trajetória das acadêmicas para obtenção do objetivo geral de prestar o cuidado de enfermagem a pacientes com intercorrências neurocirúrgicas e seus familiares, visando o cuidado de enfermagem pré, trans e pós operatório em pacientes com aneurisma cerebral e traumatismo crânio-encefálico neurocirúrgico.

Apresenta o processo de enfermagem aplicado a 8 (oito) pacientes com as patologias já citadas com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e no diagnóstico de Nanda.

Mostra a estrutura organizacional da instituição, situando a unidade de neurotraumatologia, bem como a integração no local de estágio com toda a equipe de saúde, e o desenvolvimento das habilidades no cuidado, através da execução de técnicas específicas do profissional enfermeiro. As orientações aos familiares compartilha as emoções e sentimentos vividos nas visitas diárias, na realização da atividade educativa e da visita domiciliar. Descreve a visita realizada a uma Clínica especializada em exames específicos em neurocirurgia e o resultado da avaliação feita pelos funcionários da unidade onde foi desenvolvido o estágio.

Podemos observar a importância de conhecimentos teóricos acerca do assunto, para prestar cuidados adequados ao paciente e familiares.

Concluí-se que uma das maiores dificuldades encontradas foi a aplicação de uma metodologia assistencial de enfermagem, em uma unidade em que a mesma não é utilizada de forma sistemática, e reforço que foi possível a realização de todas as atividades propostas, pela força de vontade e o entusiasmo mantido durante todo o tempo, possibilitando ao grupo chegar onde deseja.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
4.1. LOCALIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS.....	15
4.2. O CÉREBRO, SUAS FUNÇÕES E DIVISÕES .....	16
4.3. ANEURISMA CEREBRAL .....	18
4.4. O TRATAMENTO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	20
4.5. CONDUTA DE ENFERMAGEM NO PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA INTRACRANIANA .....	22
4.6. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NEUROCIRÚRGICO .....	26
4.7. HEMORRAGIA INTRACRANIANA .....	27
4.7.1. <i>Hematoma Epidural ( Hematoma ou Hemorragia Extradural)</i> .....	27
4.7.2. <i>Hematoma Subdural</i> .....	28
4.8. HIPERTENSÃO INTRACRANIANA.....	30
4.9. INVESTIGAÇÃO NEUROLÓGICA - EXAMES DIAGNÓSTICOS .....	32
4.9.1. <i>Punção Lombar</i> .....	32
4.9.2. <i>Estudos de Imagem do Crânio</i> .....	33
4.10. EXAME NEUROLÓGICO.....	34
4.11. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E À FAMÍLIA .....	39



4.11.1. <i>Objetivos e metas de uma Enfermagem centrada na Família quando há um membro enfermo</i> .....	40
4.11.2. <i>Técnicas necessárias a assistência de Enfermagem centrada na família</i> .....	41
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	<b>42</b>
5.1. <b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b> .....	42
5.1.1. <i>Filosofia do Serviço de Enfermagem do H.G.C.R.</i> .....	44
5.1.2. <i>Atribuições inerentes ao Enfermeiro</i> .....	45
5.1.3. <i>Objetivos do serviço de Enfermagem</i> .....	45
5.1.4. <i>População alvo</i> .....	46
5.5. <b>OPERACIONALIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO - PROCESSO DE ENFERMAGEM</b> .....	46
<b>6. APRESENTAÇÃO, RELATO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS DO RELATÓRIO</b> .....	<b>49</b>
6.1. <b>OBJETIVO 1</b> - .....	51
6.2. <b>OBJETIVO 2</b> - .....	80
6.3. <b>OBJETIVO 3</b> - .....	86
6.4. <b>OBJETIVO 4</b> - .....	91
6.5. <b>OBJETIVO 5</b> - .....	99
6.6. <b>OBJETIVO 6</b> - .....	104
6.7. <b>OBJETIVO 7</b> - .....	107
6.8. <b>OBJETIVO - OBJETIVO NÃO PLANEJADO E ALCANÇADO</b> .....	109
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>111</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>113</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>115</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata a execução de um projeto assistencial, desenvolvido por nós acadêmicas de Enfermagem, em cumprimento a determinação da disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada”, da VIII unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A realização do estágio no Hospital Governador Celso Ramos (H.G.C.R.), especificamente a unidade de Neurotraumatologia, deve-se ao fato da identificação das acadêmicas com o campo, e a pouca oportunidade durante o curso de trabalhar com esta clientela. Ressalta-se ainda, o fato desta instituição ser um hospital de referência neurocirúrgica, o que lhe garante uma alta demanda de pacientes que requerem cuidados específicos de enfermagem.

O tema escolhido, pacientes neurocirúrgicos e sua família, foi desenvolvido no período de 01.09.97 à 05.11.97 com uma carga total de aproximadamente 240h, distribuídos em horários diferentes, visto que nos dias da realização das cirurgias, ficávamos no hospital aproximadamente 10 horas, ultrapassando a carga horária exigida para a realização do estágio.

Segundo Martins e Cols (1997, p. 07), “o trauma é a principal causa de morte na população abaixo de 40 anos de idade. Cerca de 50 a 70% destes pacientes politraumatizados apresentam Trauma Crânio-Encefálico (TCE), sendo que de 200 casos de (TCE) grave, 30,5% sofreu intervenção neurocirúrgica. O hematoma extradural foi a lesão neurocirúrgica mais freqüente, seguido pelo hematoma subdural.”

O cuidado de enfermagem na neurocirurgia, é primordial ao paciente e família. Requer da equipe uma atuação competente, que garanta um atendimento específico, tanto quantitativa quanto qualitativamente, através da determinação de prioridades, identificação de necessidades terapêuticas, valores pessoais do paciente, e seleção de recursos indicados para a realização dos cuidados..

Cada indivíduo é um ser com características próprias, que reage diferentemente, embora os estímulos sejam os mesmos, constituindo esse fato a chamada individualidade. Para tanto o atendimento das suas necessidades, deve ser por sua vez também individualizada, o que requer um planejamento do cuidado que irá ser prestado. Este deve englobar não somente as necessidades psicológicas, assim como as psicosociais e espirituais.

A escolha da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, deve-se ao fato, desta ter sido a teoria com qual mantivemos o maior contato no curso de graduação, através da sua aplicação nas atividades teórico-práticas.

Partindo do pressuposto que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, envolve aspectos bio-psico-espiritual/social do paciente, as acadêmicas prestaram o cuidado de enfermagem, baseando-se em alguns princípios e conceitos desta teoria.

Para garantir uma assistência eficiente tornou-se necessário que aprofundássemos os conhecimentos técnico-científicos abrangendo os mais diversos aspectos num nível de complexidade. Assim, participamos entre os meses de março à julho, do curso, “Cuidados Extensivos de Enfermagem”, que envolvia temas relacionados à pacientes neurocirúrgicos, realizamos estágio-extracurriculares na unidade de Neurotraumatologia do H.G.C.R. e no decorrer do estágio, estudamos à respeito das patologias abordadas, em encontros entre nós acadêmicas para uma melhor compreensão e esclarecimento do assunto.

Para Beland (1979, p.82), “sempre que a enfermeira puder prever o desconhecido e interpretá-lo para o paciente, estará criando um ambiente mais propício para que o paciente participe do seu tratamento”. Explicações razoáveis, que façam o paciente saber o que está sendo feito e porque, geralmente ajuda a amenizar sua ansiedade.

Segundo Brunner & Suddart (1994, p. 1381), “todo procedimento vem sempre precedido de alguma reação emocional do paciente, evidente ou não, normal ou anormal”. E por esta razão consideramos fundamental o apoio psicológico, bio-psico-social e espiritual na realização do pré, trans e pós-operatórios.

Prestar apoio psicológico, para nós, significa ouvir queixas e minimizar ansiedades, procurando atender ao máximo possível as necessidades básicas do indivíduo que estejam afetadas.

Para Goffi (1980, p.43), “ todo ato cirúrgico é uma agressão do organismo de intensidade variável de acordo com a extensão e gravidade da intervenção”, daí , portanto a necessidade de orientações ao paciente, e um cuidado de enfermagem baseado na correta identificação dos problemas apresentados pelo indivíduo durante a hospitalização.

Todas as atividades desenvolvidas com e para o paciente, tiveram como objetivo alcançar ao máximo o seu bem estar físico e psicológico, estendendo sempre que possível à seus familiares.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Prestar cuidados de enfermagem utilizando a teoria de Wanda de Aguiar Horta à pacientes neurocirúrgicos, internados na unidade de Neurotraumatologia do Hospital Governador Celso Ramos e seus familiares.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conhecer a estrutura organizacional da Instituição e situar a unidade de Neurotraumatologia.
2. Promover a integração das acadêmicas no local de atuação com a equipe de saúde que presta cuidados a paciente neurocirúrgicos.
3. Desenvolver habilidades no cuidado, executando procedimentos de enfermagem gerais e específicas em neurocirurgia.
4. Prestar cuidados de enfermagem à pacientes neurocirúrgicos, aplicando o processo de enfermagem, segundo a Teoria de Wanda de Aguiar Horta.
5. Compartilhar as emoções e sentimentos, e oferecer orientações para o cuidado, aos familiares dos pacientes atendidos pelas acadêmicas.

6. Visitar a Clínica Imagem, situada em Florianópolis, para acompanhar pacientes no preparo e na execução dos exames de métodos diagnósticos.
7. Proceder avaliação, ao final do estágio, da realização do projeto desenvolvido pelas acadêmicas, com a equipe de enfermagem da unidade.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Souza (1995, p.15), na atividade prática, os marcos conceituais “atuam como guias sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o paciente”, as teorias funcionam como guias específicos para levantar dados, diagnósticos, executar as ações de assistência e avaliá-las.

Em contra partida verifica-se a inexistência de um marco conceitual dentro do Hospital Governador Celso Ramos, para prestar cuidados de enfermagem ao paciente neurocirúrgico.

Para a realização do estágio resolvemos aplicar a Teoria das necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta com adaptações no que se refere ao diagnóstico de enfermagem usando a classificação diagnóstica de NANDA (North American Nursing Diagnosis), buscando atender de forma holística as necessidades dos pacientes neurocirúrgicos.

*Horta (1979), foi uma idealista, pioneira e cientista, foi professora durante 20 (vinte) anos na escola de enfermagem da USP. Introduziu à disciplina de Fundamentos de Enfermagem o plano de cuidados, publicados em 1970 na Revista Brasileira de Enfermagem. Criou a revista “Enfermagem Novas Dimensões.” Em 1968, desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos dos problemas de enfermagem com o intuito de introduzir a técnica de observação sistematizada na prática. Após isto a mesma desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.). Foi a 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. Sua última publicação foi o livro “Processo de Enfermagem”(1979) que contém a teoria das N.H.B. e sua operacionalização. Morreu em 1982 após vários anos de sofrimento com uma doença que a impediu de aperfeiçoar seu trabalho nos últimos anos de vida.*

### **Definição de Conceitos**

Utilizamos alguns conceitos da Teorista Wanda de Aguiar Horta e declarações acerca do conceito pelas acadêmicas de enfermagem, visando facilitar a execução do relatório na Unidade de Neurotraumatologia.

#### **Conceitos:**

##### ***1. Ser Humano / Indivíduo / Familiares***

“É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram, no ser humano necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p. 28).

Ser único sujeito a constantes modificações e aperfeiçoamentos que encontra-se em desequilíbrio mental, físico e espiritual.

Quando este SER torna-se um paciente neurocirúrgico faz-se dependente total ou parcialmente da equipe multidisciplinar para que ocorra o “cuidado” de suas necessidades em desequilíbrio, visando assim o seu equilíbrio no tempo e no espaço.

A família do paciente neurocirúrgico está em constante interação e transformação com o meio. Envolver a participação da família no cuidado pode minimizar em alguns momentos as situações de dor, angústia e ansiedade.



## ***2. Necessidades Humanas Básicas***

“Estado de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemeodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades Humanas Básicas são universais” (Horta, 1979, p. 38).

Os pacientes internados no setor de neurocirurgia apresentam quase que todas suas Necessidades Humanas Básicas em desequilíbrio.

## ***3. Saúde / Doença***

A palavra saúde pode ser interpretada de várias formas, sendo esta um tanto subjetiva, depende da interpretação de cada indivíduo.

Para nós, o indivíduo internado no setor de neurocirurgia, é um ser com capacidade de reagir perante uma determinada situação. Levando-se em consideração que cada indivíduo reage de forma diferente dependendo da situação que se encontra.

Doença, não consiste no oposto de saúde, mas ambas são concepções diferentes, que podem estar paralelas ou opostas em determinadas ocasiões. Esta trata-se de uma reação do organismo, um sinal de que algo o está perturbando, a nível bio-psico-sócio-espiritual.

## ***4. Interação***

Segundo Horta (1979, p. 29), é a forma através da qual se processa a troca de energia entre o ser humano e o universo dinâmico.

É a relação de troca de energia que engloba a comunicação verbal e não verbal (toque e expressões do corpo) entre o paciente de neurocirurgia, seus familiares e profissionais de saúde que os cerca, visando minimizar a agressividade do ambiente hospitalar e auxiliar no processo de restabelecimento.

## ***5. Enfermagem***

Conforme Horta, (1979, p. 30), “é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidade humanas básicas”, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar , manter, promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

É a ciência e a arte de cuidar do paciente neurocirúrgico, procurando atender o paciente e família em conjunto com a equipe multidisciplinar, com fins de recuperar, manter e promover a saúde do paciente, assim como assistir seus familiares para que os mesmos tornem-se aptos a participar deste processo de equilíbrio das necessidade afetadas do paciente neurocirúrgico.

## ***6. Enfermeiro***

Conforme Horta (1979, p. 30), “é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem”. Esse compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiros, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente , de outros seres humanos.

“O enfermeiro da unidade de neurocirurgia, é um ser que possui potencialidades e limitações. Mas que procura dentro das suas habilidades e conhecimentos, meios para promover e prestar o cuidado ao paciente e a família.

## ***7. Assistir em Enfermagem***

Conforme Horta (1979, p. 30), é o fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

É atender as necessidades humanas básicas dos pacientes no setor de neurocirurgia e familiares nos seus níveis psico-bio-sócio-espíritual.

### ***8. Assistência de Enfermagem***

Diz Horta (1979, p. 30), “é a aplicação pelo (a) enfermeiro (a) do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano.”

Em neurocirurgia, é a aplicação pelo (a) enfermeira (a) do processo de enfermagem como forma de priorizar o cuidado.

### ***9. Cuidado de Enfermagem***

Segundo Horta (1979, p. 30), “é a ação planejada, deliberada ou automático do (a) enfermeiro (a), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição de ser humano”.

É uma ação direcionada para se prestar a priorização dos cuidados ao paciente neurocirúrgico e a família, com o objetivo de prevenir e minimizar os problemas encontrados.

### ***10. Problemas de Enfermagem***

Conforme Horta (1979, p. 31), “são situações ou condições decorrentes do desequilíbrio, das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exige do (a) enfermeiro (a) sua assistência profissional”.

São situações ou condições, apresentadas pelo paciente de neurocirurgia e seus familiares, decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades humanas básicas, que são identificadas pelo paciente, família e profissional de saúde, através do exame físico, da senso-percepção e da avaliação das queixas.

## ***11. Ambiente***

Segundo Horta (1979, p. 28), “diz respeito a todas as condições do ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades tais como, ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família e outras condições do ecossistema.”

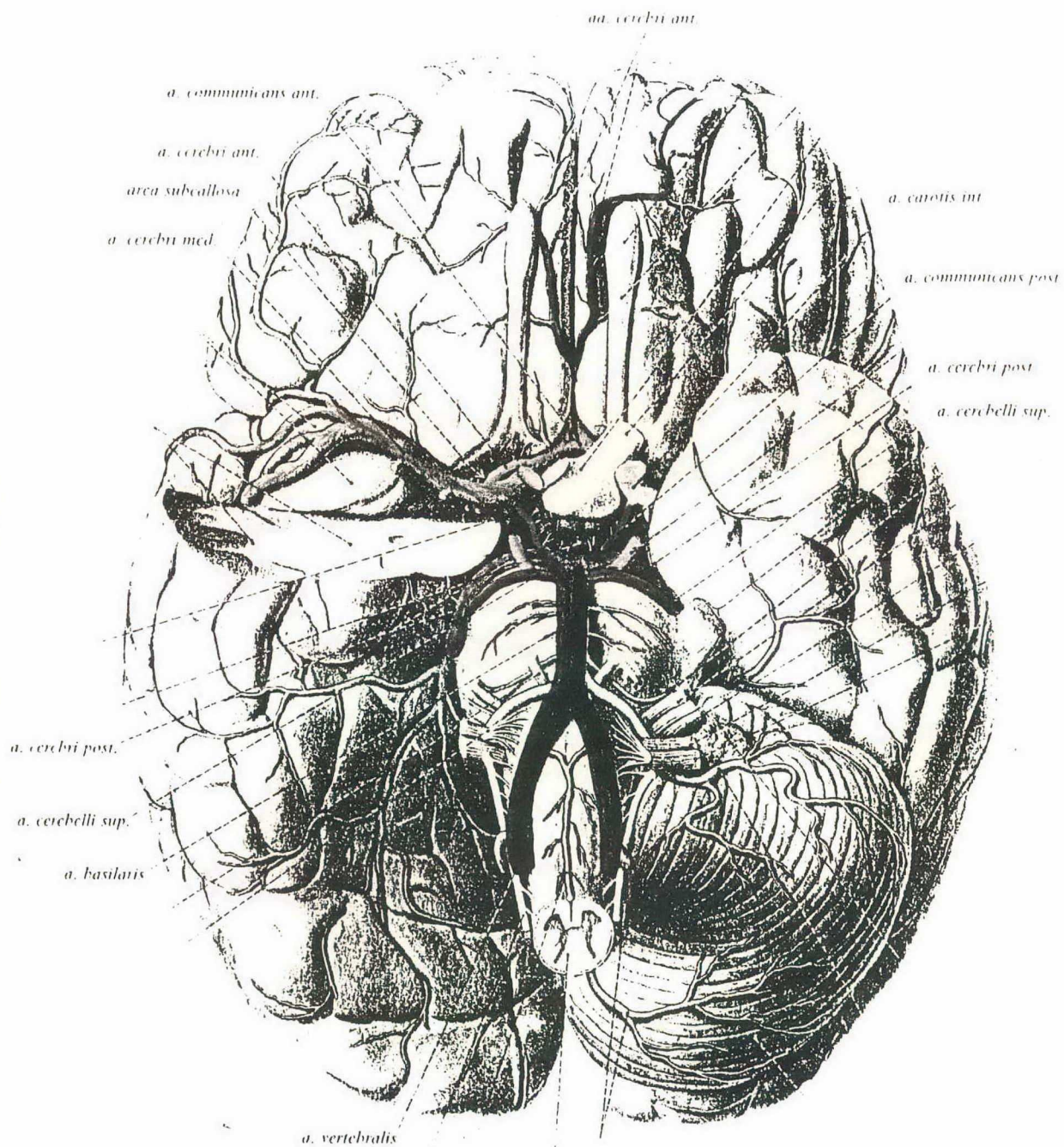
Para o paciente neurocirúrgico é tudo que o cerca e o envolve, equipamentos, outros pacientes, profissionais de saúde e a família, que são de forma direta e indiretamente contribuintes para o cuidado fazendo com que o mesmo alcance o seu equilíbrio mental, físico e espiritual.

## **4. REVISÃO DA LITERATURA**

Escolhemos os temas Aneurisma Cerebral, e Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) neurocirúrgico, por serem patologias mais freqüentes na unidade de Neurotraumatologia, e também pelo fato de termos maiores oportunidades de realizar a observação participante no trans-operatório.

Para a realização da revisão da literatura dos temas Aneurisma Cerebral e TCE neurocirúrgico, usamos como referência os autores Brunner & Suddarth

## 4.1. LOCALIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS



## 4.2. O CÉREBRO, SUAS FUNÇÕES E DIVISÕES

⇒ O sistema nervoso compreende o encéfalo, a medula espinhal e os nervos periféricos.

⇒ Função: controlar e coordenar as atividades celulares de todo o organismo. Tal controle é conseguido através de estímulos de impulsos elétricos. Estes impulsos seguem através de fibras nervosas e de vias nervosas diretas e contínuas.

⇒ O encéfalo: O encéfalo está contido dentro do crânio. Por sob o crânio o encéfalo é recoberto por três membranas denominadas meninges. As meninges são constituídas de tecido conjuntivo, cuja função é de proteger, sustentar e proporcionar certo aporte sanguíneo para o encéfalo. As meninges são as seguintes:

- ❖ Dura-mater → é a camada mais externa, recobre o encéfalo e a medula espinhal. Seu aspecto é pesado, espesso, inelástico, fibroso e acinzentado. Quando ocorre herniação cerebral, significa que houve enfraquecimento do tentório e que os hemisférios “desabaram” sobre o tronco cerebral comprimindo-o.
- ❖ Aracnóide → é a membrana intermediária; é constituída por uma camada delgada, que lembra uma teia de aranha, daí a denominação aracnóide. Sua coloração é esbranquiçada. A aracnóide contém o plexo coróide, a qual é responsável pela produção do líquido cefalorraquidiano (LCR). Um adulto normal produz cerca de 500 ml de LCR diários. A membrana aracnóide apresenta ainda projeções digitiformes peculiares, designados vilos aracnóides. Esses vilos absorvem cerca de 150 ml do LCR. No entanto quando ocorre penetração de sangue no sistema, tais vilos podem tornar-se obstruídos. Em consequência disto pode ocorrer hidrocefalia (↑ da dimensão dos ventrículos).
- ❖ Pia Mater → É a camada mais interna. É uma membrana delgada e transparente que envolve intimamente toda a superfície do encéfalo, estendendo-se a profundidade de cada sulco.

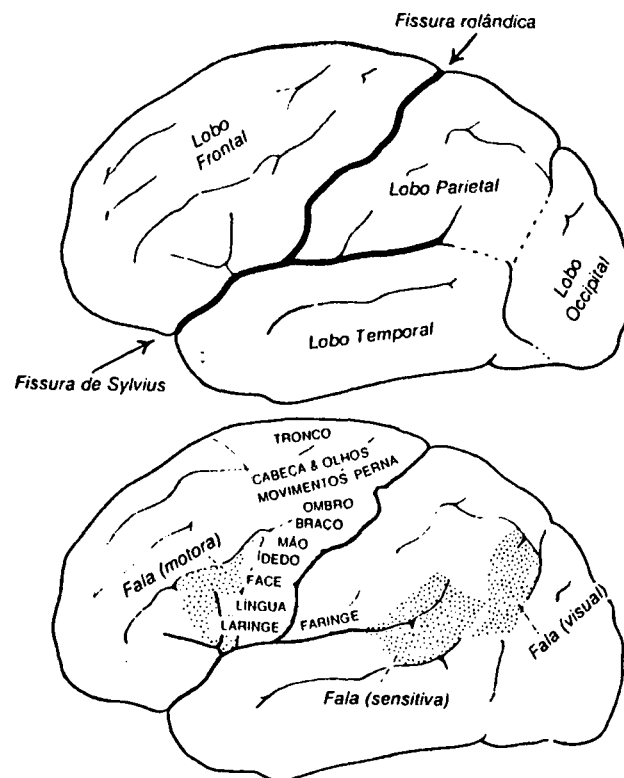
O cérebro compreende 2 hemisférios, com quatro lobos cada um.

Frontal → é o maior lobo, localiza-se na fossa anterior. Esta área controla o afeto, a personalidade, o raciocínio e as inibições dos impulsos individuais.

Parietal → é o lobo puramente sensitivo. Esta área permite a interpretação das sensações. O único sentido que não interage neste lobo é o olfato. Esta área permite que o indivíduo se situe em relação ao esquema corporal. Os pacientes com lesão do lobo parietal podem apresentar a chamada “síndrome de heminegligência”.

Temporal → contém os sentidos do paladar, olfato e audição. A memória de curto prazo.

Occipital → é o lobo mais posterior, sendo responsável pela interpretação das sensações visuais.





### 4.3. ANEURISMA CEREBRAL

**Definição:** O aneurisma intracraniano (cerebral), representa a dilatação das paredes de uma artéria cerebral, que se desenvolve como resultado de debilidade da própria estrutura. Apesar do andamento de pesquisas para a tentativa de esclarecimento do problema, a causa dos aneurismas permanece ainda desconhecida. Um aneurisma pode ser devido à aterosclerose, resultante do defeito da parede vascular, com subsequente fragilidade, ou à falha congênita da parede vascular, doença vascular hipertensiva, traumatismo craniano, ou idade avançada. As artérias cerebrais mais comumente afetadas pelo aneurisma são a carótida interna, a cerebral anterior, e as cerebrais médias, embora pequena porcentagem desenvolva-se na área vertebrobasilar, não sendo raros os aneurismas cerebrais múltiplos.

**Fisiopatologia:** Quando um aneurisma aumenta exercendo, pressão sobre os nervos cranianos ou sobre a substância cerebral, ou mais dramaticamente, quando ocorre rompimento causando hemorragia subaracnóide ( hemorragia no espaço subaracnóide craniano), são produzidos sintomas que alteram o metabolismo normal cerebral por vários mecanismos: pelo fato do cérebro manter-se exposto ao sangue; por elevação da Pressão Intra-Craniana (PIC), resultante da entrada súbita de sangue para o espaço subaracnóide, comprimindo e lesando o tecido cerebral; ou por isquemia cerebral, resultante da redução da perfusão, da pressão e da vasoconstrição que freqüentemente acompanha a hemorragia subaracnóide.

Além dos aneurismas, outras causas de hemorragia subaracnóide incluem: malformações arteriovenosas, tumores, traumatismos, discrasias sangüíneas e causas desconhecidas.

**Manifestações Clínicas:** A ruptura de um aneurisma geralmente produz uma súbita, rara e intensa cefaléia, com perda de consciência, por tempo variável. Pode ocorrer dor e rigidez da porção cervical posterior e da coluna, pela irritação meníngea. Quando adjacente ao nervo oculomotor, ocorrem distúrbios visuais (perda de visão, diplopia, ptose), podendo também ocorrer zumbidos, lipotimias ( perda súbita da consciência, sensação de desmaio) e hemiparesia.

Às vezes um aneurisma “exsuda” sangue, induzindo à formação de coágulo, obstruindo o sítio de ruptura; assim poderá apresentar pouco déficit neurológico, ou

apresentar grave hemorragia, resultando em dano cerebral, seguido rapidamente de coma e morte. A incidência da mortalidade corresponde ao nível de consciência e ao déficit neurológico, mas com elevada mortalidade imediata. O prognóstico depende da condição neurológica do paciente, da idade, das doenças associadas e da extensão e localização do aneurisma. A hemorragia subaracnóide proveniente do aneurisma é certamente um evento catastrófico.

**Avaliação Diagnóstica:** O diagnóstico pode ser confirmado pela Tomografia Computadorizada (TC) , pela punção lombar, mostrando a presença sangüínea no líquido cefalorraquidiano, e pela angiografia cerebral, mostrando a localização e o tamanho do aneurisma e informando sobre a artéria afetada, os vasos contíguos e os ramos vasculares.

**Tratamento:** Os objetivos do tratamento são os de permitir a recuperação cerebral da agressão inicial (hemorragia), evitar ou reduzir o risco de nova hemorragia, prevenir ou tratar outras complicações, tais como outra hemorragia; vasoconstrição cerebral, resultando em isquemia; hidrocefalia aguda, ocorrendo pela obstrução do sangue à reabsorção do líquido cefalorraquidiano pelas vilosidades aracnóides; epilepsia; e ansiedade.

A assistência consiste em repouso no leito, com sedação, para evitar agitação e estresse; tratamento da vasoconstrição; e tratamento médico ou cirúrgico para prevenir nova hemorragia.

**Tratamento Cirúrgico:** O objetivo da cirurgia é o de prevenir hemorragia de maior monta, o que pode ser alcançado isolando-se o aneurisma e sua circulação, e fortalecendo a parede arterial. Um aneurisma pode ser tratado por exclusão da circulação cerebral, por meio de um grampo em seu pedículo. Caso não seja automaticamente possível, o aneurisma pode ser reforçado envolvendo-o em plástico, músculo ou outra substância . Pode ser executada a anastomose arterial extra-intra-craniana para estabelecer o suprimento sangüíneo colateral, que permite a realização da cirurgia do aneurisma. Como alternativa, pode ser usado método extracraniano, onde a carótida é gradualmente ocluída na região cervical para reduzir a pressão intravascular. Após a ligadura da carótida, há algum risco de isquemia cerebral e hemiplegia súbita, pois durante o procedimento operatório ocorre oclusão temporária do aporte sangüíneo cerebral ( a menos que seja usada uma anastomose temporária interna). Na previsão dessas complicações, e para identificar os pacientes sob risco de episódios isquêmicos pós-operatórios, devem ser verificados os valores do fluxo sangüíneo cerebral e da pressão da carótida interna. Outras complicações pós-operatórias incluem o aparecimento de sintomas psicológicos (desorientação, amnésia, distúrbio da personalidade),

embolização intra-operatória, oclusão pós-operatória da artéria interna, desequilíbrio hidrelétrólítico ( por disfunção do sistema neuro-hipofisário) e hemorragia gastrointestinal

#### **4.4. O TRATAMENTO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

O tratamento requer repouso no leito num quarto obscurecido e tranqüilo. O paciente deve permanecer deitado, na horizontal, ou a cabeça pode estar elevada em 30° a 45°, mas se permite que o paciente vire de um lado para o outro. As atividades do paciente devem ser restringidas durante as duas primeiras semanas, por causa da elevada incidência de recidiva da hemorragia, especialmente nos sétimo ao décimo quarto dia após o episódio inicial.

A finalidade principal do cuidado de enfermagem é prevenir a recorrência da hemorragia. Um novo sangramento que ocorra é súbito, abundante e frequentemente fatal. O paciente deve estar protegido de qualquer aumento da pressão intracraniana que possa desencadear sangramento. É preciso evitar que haja vômitos, espirros, tosse, soluços e esforço de defecação, porque aumentam a pressão intracraniana. Deve-se proporcionar o máximo de repouso, inclusive auxiliar o paciente a comer. O esforço da defecação é especialmente perigoso, é necessário controlar a constipação mediante emolientes das fezes e dieta adequada. É importante, durante essa necessária fase de dependência, proporcionar apoio psicológico para combater o possível surgimento da depressão de ansiedade.

A cefaléia é tratada com analgésicos brandos, para tratar a hipertensão subjacente, podem-se usar agentes hipotensores. O tratamento diurético também pode encontrar indicação para o controle da hipertensão e reduzir a pressão intracraniana.

No caso de se prever a ocorrência de convulsões, prescreve-se tratamento anticonvulsivante e se tomam precauções referentes a convulsões. Também se pode prescrever restrições de líquidos; é preciso limitar a ingestão de líquidos que contém cafeína, por exemplo café. O fumo está contra-indicado. Para as situações de inquietação, prescrevem-se sedativos. A monitorização dos sinais vitais e do estado neurológico do paciente a intervalos regulares e frequentes é essencial para se poder detectar precocemente sinais de aumento da hemorragia ou aumento da pressão intracraniana. A enfermeira deve comunicar imediatamente qualquer alteração no nível da consciência, elevação inexplicada da temperatura ou da pressão sanguínea, aumento da intensidade da cefaléia, ou aumento no tipo ou no número de déficits

nerológicos. Um coágulo intracraniano que se forme em consequência da ruptura de aneurisma pode causar aumento da PIC ou obstrução na circulação do líquido.

O vasoespasmo cerebral é outra complicação que se associa a hemorragia subaracnóide. O vasoespasmo cerebral é a constrição de artérias cerebrais importantes; é uma complicação frequente que se segue à ruptura de um aneurisma cerebral e à hemorragia subaracnóide. Pode ocorrer a qualquer tempo durante as oito semanas subsequentes à hemorragia subaracnóide; embora ocorra mais comumente após o terceiro dia e até o 11º dia. O vasoespasmo cerebral reduz o fluxo sanguíneo no cérebro e afeta o metabolismo cerebral.

A etiologia exata do vasoespasmo cerebral é desconhecida, mas as causas possíveis são um mecanismo neurogênico, um mecanismo humoral associado à degradação dos produtos do sangue extravasado no espaço subaracnóide, ou a hiperplasia arterial de uma substância mitogênica liberada nas plaquetas. O vasoespasmo cerebral pode ser desencadeado por uma cirurgia em vasos sensibilizados; esse é o motivo principal de uma cirurgia para remover o aneurisma ser adiada até uma semana após a hemorragia inicial. Uma outra abordagem, porém, é a cirurgia precoce (isto é, dentro de 72 h), para ligar o aneurisma antes que o vasoespasmo ocorra.

Podem resultar déficits neurológicos irreversíveis a partir do infarto que ocorra em consequência do vasoespasmo cerebral. O vasoespasmo pode persistir por pelo menos alguns dias ou mesmo uma a duas semanas. Quando o vasoespasmo desaparece, pode ocorrer, então, novo sangramento do aneurisma. O desenvolvimento do vasoespasmo cerebral é insidioso, os sinais neurológicos que se manifestam podem consistir em letargia, confusão, hemiparesia, afasia e cefaléia.

Por causa do perigo do vasoespasmo cerebral e do ressangramento, usam-se diversas intervenções clínicas. Para prevenir o ressangramento, impregam-se também corticoesteróides, para controlar o edema cerebral e agentes anti-hipertensivos para controlar as elevações da pressão sanguínea.

É provável que ocorra nova hemorragia em todo o paciente que sobreviva à hemorragia inicial, assim sendo, existe indicação cirúrgica, para prevenir o agravamento da hemorragia. A cirurgia pode ser realizada também para profilaxia de complicações isquêmicas decorrentes do vasoespasmo e para remover o sangue extravasado, antes que ocorra vasoespasmo. Emprega-se uma abordagem cirúrgica direta para grampear ou ligar o colo do aneurisma. Se o aneurisma se romper (e não houve vazamento), o coágulo é evacuado antes de se grampear o aneurisma.

## 4.5. CONDUTA DE ENFERMAGEM NO PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA INTRACRANIANA

Usamos como referência os autores Brunner & Suddarth (1994, p. 1013), com algumas alterações.

### **Pré-Operatório**

1. Auxiliar o paciente que está sendo submetido a testes diagnósticos e exames neurológicos.

Quando o paciente mantém-se informado, ele diminui seu estado de ansiedade e depressão.

2. Avaliar e relatar os sintomas e sinais do paciente no pré-operatório para fazer comparações no pós-operatório.

Manter o paciente informado sobre sua doença, e informá-lo à respeito do pós-operatório.

3. Apoiar o paciente com déficits motores e sensitivos.

Acomodar corretamente os membros paralisados para evitar deformidades em contração. As deformidades e complicações por doença ou traumatismo pode ser evitadas através de mudanças de posição apropriadas e frequentes, de mobilização passiva (exercícios graduais de movimentação) e exercícios ativos.

Auxiliar o paciente afásico a se comunicar.

Familiarizar o paciente cego com seu ambiente.

Proteger o paciente confuso.

4. Preparar fisicamente o paciente para a cirurgia.

Lavar a cabeça com água e sabão e passar povidine e enrolar a cabeça com um campo.

Realizar a tricotomia da região, imediatamente antes da cirurgia. Na maioria das vezes é realizada no centro cirúrgico dependendo da opção do neurocirurgião.

Administrar medicamentos conforme prescrição.

## **Pós-Operatório**

1. Observar complicações ameaçadoras à vida do paciente, principalmente aumento da pressão intracraniana por edema e sangramento.

- Manter o paciente com a cabeça elevada a 30°.
- Observar sinais de edema e sangramento da incisão.

2. Melhorar o estado funcional do paciente.

- Estar atento e fornecer ao paciente condições favoráveis para a sua recuperação.
- Comunicar ao médico qualquer alteração aparente.

3. Estabelecer trocas respiratórias apropriadas para eliminar a hipercapnia e hipóxia sistêmicas que aumentam o edema cerebral.

- Manter o paciente em posição inclinada ou decúbito lateral para facilitar trocas respiratórias.
- Instalar catéter de O<sub>2</sub> conforme prescrição.
- Elevar a cabeceira da cama 30°, para ajudar a drenagem venosa do cérebro.
- Instalar SNG conforme prescrição até que os reflexos ativos de tosse e deglutição reaparecem, passando assim para uma dieta por via oral, conforme aceitação.

4. Realizar o exame neurológico de hora em hora para avaliar:

- Abertura ocular.
- Melhor resposta verbal.
- Melhor resposta motora.

5. Manter o paciente normotérmico durante o período pós-operatório, pois o controle da temperatura pode ser perdido em certos estados neurológicos, e uma elevação da temperatura aumentará as necessidades metabólicas do cérebro.

- Verificar a temperatura de hora em hora.
- Empregar medidas para reduzir febre excessiva quando presente
  - ⇒ Remover cobertores;

- ⇒ Administrar medicamentos conforme prescrição;
- ⇒ Aplicar compressas úmidas, a colocação de compressas sobre os grandes vasos superficiais, nas axilas e virilhas, ajuda a baixar a temperatura do corpo.

#### 6. Avaliar sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana.

- Avaliar o paciente, minuto a minuto, hora por hora quanto a :
  - ⇒ Diminuição na resposta aos estímulos;
  - ⇒ Flutuação de sinais vitais;
  - ⇒ Inquietação;
  - ⇒ Fraqueza e paralisia dos membros;
  - ⇒ Cefaléia crescente;
  - ⇒ Alterações ou distúrbios visuais, pupilas dilatadas.
- Controle pós-operatório do edema cerebral.
  - ⇒ Manter o paciente ligeiramente desidratado para combater edema cerebral.
  - ⇒ Avaliar equilíbrio hidroeletrólítico;
  - ⇒ Avaliar o estado eletrólítico
  - ⇒ Controlar o peso, pois ganhos pós-operatórios precoces indicam retenção de líquido e uma perda de peso maior do que a estimada indica equilíbrio hídrico negativo.
  - ⇒ A perda de Sódio e cloretos produzirá, sinais de letargia e coma.
  - ⇒ A diminuição de  $K^+$  causará confusão e diminuição do nível de resposta.
  - ⇒ Elevar a cabeceira da cama em  $30^\circ$  para reduzir a pressão intracraniana e facilitar a respiração.

#### 7. Manter medidas de apoio até que o paciente seja capaz de cuidar de si mesmo.

- Mudar a posição freqüentemente pois as respostas de dor e pressão são variáveis.

- Administrar medicamentos para dor, desde que não mascare o nível de resposta neurológica.
- Avaliar os sinais de edema periocular.
- Realizar exercícios de amplitude de movimento para o membros.
- Observar se há extravasamento de líquido, pois existe um perigo constante de meningite.
- Avaliar uma elevação moderada de temperatura e ligeira rigidez de nuca.
- Administrar antibióticos conforme por indicado.
- Reforçar os curativos para estancamento de sangue com gaze estéril; (os curativos sujos de sangue agem como um meio de cultura para as bactérias).

#### 8. Avaliar as complicações

- Hemorragia intracraniana:
  - ⇒ Observar uma diminuição progressiva no nível de resposta, sinais de aumento da pressão intracraniana.
  - ⇒ Preparar o paciente para a realização de exames.
- Edema cerebral.
- Meningite pós-cirúrgica.
- Infecções na ferida.
- Complicações pulmonares.
- Epilepsia
  - ⇒ Há um maior risco de epilepsia nas cirurgias supratentoriais.
  - ⇒ Observar estado de mal epilético que pode ocorrer após qualquer cirurgia intracraniana.



## 4.6. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NEUROCIRÚRGICO

Em qualquer Traumatismo craniano a mais importante consideração é a ocorrência de lesão cerebral. Mesmo os “pequenos” traumatismos podem causar dano cerebral permanente. O cérebro é incapaz de armazenar oxigênio ou glicose em qualquer grau significativo; as células cerebrais necessitam de um ininterrupto aporte desses nutrientes sanguíneos; uma vez interrompido por apenas alguns minutos, não ocorre regeneração dos neurônios danificados e o cérebro se desvitaliza.

Após golpes ou traumas cranianos que produzam contusões, lacerações, ou hemorragia, poderá ocorrer lesão cerebral grave.

**Concussão:** Uma concussão cerebral após traumatismo craniano é uma perda temporária da função neurológica, da qual resulta uma recuperação completa, não existindo lesão aparente, com recuperação ocorrendo rapidamente. Em geral, concussão envolve um período de inconsciência, que persiste de alguns segundos a minutos. O abalo cerebral pode ser tão discreto que provoque apenas tonteira e pontos na visão ou ocorre perda completa da consciência durante algum período. Quando for afetado o tecido cerebral do lobo frontal, o paciente pode exibir um comportamento irracional, bizarro, enquanto que no lobo temporal pode produzir amnésia ou desorientação temporárias. O tratamento da concussão consiste em observar o paciente quanto a cefaléia, tonteados, irritabilidade e ansiedade (síndrome pós-concussão), que pode se seguir a tal tipo de traumatismo. Prestar ao paciente informações, explicações e encorajamento pode reduzir alguns dos problemas da síndrome pós-concussão. O paciente recebe alta hospitalar em um tempo relativamente curto após a lesão, e caso ocorram sinais tais como dificuldade de despertar, de falar, confusão, cefaléia intensa, vômitos ou debilidade de um lado do corpo, a família deve notificar ao médico.

**Contusão:** Uma contusão é uma lesão mais severa, na qual o cérebro sofre esmagamento, com possível hemorragia da superfície. A vítima se apresenta inconsciente por um período considerável. Os sintomas, como deveria ser esperado, são mais acentuadas do que na concussão. O paciente pode ter os movimentos abolidos, o pulso ser débil, as respirações serem superficiais, e a pele ser hipotérmica e hipocorada. Muitas vezes ocorre eliminação involuntária intestinal e vesical. O paciente pode ser despertado com esforço, porém logo retrocede para a inconsciência; a pressão sanguínea e a temperatura são subnormais, e o quadro assemelha-se ao de um choque. De modo geral, têm, mau prognóstico os portadores de traumatismo generalizado, com função motora anormal, movimentos oculares anormais e

elevação da PIC, inversamente, pode ocorrer recuperação da consciência e , talvez, passar apenas para um estágio de irritabilidade cerebral. No estágio de irritação cerebral, o paciente se apresenta inconsciente; porém , ao contrário, sendo facilmente perturbado por qualquer forma de estimulação, ruído, luz e vozes, pode se tornar hiperativo. Gradualmente o pulso ,a respiração, a temperatura e as outras funções corporais retornam ao normal. Entretanto a recuperação não se dá de uma vez, sendo comuns as cefaléias e vertigens residuais e, com freqüência, como resultado do irreparável dano cerebral , ocorre perturbação mental ou epilepsia.

## **4.7. HEMORRAGIA INTRACRANIANA**

Os hematomas (coleções sangüíneas) são resultados mais comuns dos traumatismos cerebrais, que se desenvolvem dentro da abóbada craniana, conforme localização sendo designado como epidural, subdural, ou intra-cerebral.

Em geral, um pequeno hematoma com desenvolvimento rápido, pode ser fatal, enquanto que outro mais maciço, desenvolvendo-se lentamente poderá permitir adaptação do paciente.

### **4.7.1. HEMATOMA EPIDURAL ( HEMATOMA OU HEMORRAGIA EXTRADURAL)**

Após o traumatismo cerebral, o sangue pode se coletar no espaço epidural (extradural), entre o crânio e a dura-máter, resultando muitas vezes de fraturas cranianas causadoras de ruptura ou laceração da artéria meníngica média, que percorre entre a dura-máter e crânio, localizada em posição inferior à fina porção do osso temporal; a hemorragia desta artéria provoca pressão sobre o cérebro. Os sintomas são causados pelo hematoma em expansão. Por ocasião do traumatismo, geralmente ocorre perda momentânea da consciência, seguida por um intervalo de aparente recuperação ( intervalo lúcido). Deve-se notar que, embora o intervalo lúcido seja característico do hematoma extradural, o mesmo não se manifesta em aproximadamente 15% dos pacientes com tal lesão. Durante o intervalo lúcido, a compensação quanto ao hematoma em expansão ocorre devido à rápida absorção do LCR, e

do decréscimo do volume intravascular, mantendo assim PIC normal. Quando tais mecanismos não podem mais ser compensatórios, o aumento do volume do coágulo sanguíneo, mesmo quando pequeno provoca acentuada elevação da PIC. Depois, de modo frequente e súbito aparecem sinais de compressão (geralmente deterioração da consciência e sinais de déficits neurológicos focais, tais como dilatação e fixação de uma das pupilas ou paralisia de uma extremidade), com deterioração rápida do estado clínico.

**Tratamento:** O hematoma epidural é considerado como extrema emergência, porque, em minutos pode ocorrer acentuado déficit neurológico ou, mesmo parada respiratória. O tratamento consiste em realizar aberturas através do crânio, removendo o coágulo e controlando o ponto hemorrágico.

#### 4.7.2. HEMATOMA SUBDURAL

O hematoma subdural é uma coleção sanguínea, entre a dura-máter e o cérebro subjacente, um espaço geralmente ocupado por uma fina camada de líquor. A causa mais comum é o traumatismo, porém pode também ocorrer em várias diásteses hemorrágicas e em aneurisma, sendo mais frequente a de origem venosa e é atribuída a uma ruptura dos pequenos vasos que ligam o espaço subdural.

Na dependência do tamanho do vaso envolvido e da quantidade da hemorragia presente o hematoma subdural pode ser agudo, subagudo ou crônico. Os agudos são associados a grandes traumatismos cerebrais envolvendo contusão ou laceração. Geralmente o paciente se encontra em coma, com sinais clínicos semelhantes aos do hematoma subdural agudo. O hematoma subdural crônico pode-se desenvolver à partir de traumatismos cranianos aparentemente pequenos, sendo mais frequente nos idosos. O tempo decorrido entre o traumatismo e o início dos sintomas pode ser demorado (meses), de modo que a agressão real pode ser esquecida, ou então, os sintomas aparecem semanas após o que pode ter parecido um pequeno traumatismo.

**Manifestações Clínicas:** O traumatismo cerebral afeta todos os sistemas do organismo, cujas manifestações clínicas incluem distúrbios no nível de consciência, confusão, anormalidades pupilares, início súbito de déficits neurológicos, alteração dos sinais vitais, alteração visual, alteração auditiva, disfunção sensorial, cefaléia, vertigens, distúrbios do movimento, convulsões, etc. A presença de choque hipovolêmico sugere a possibilidade de

lesão multisistêmica, já que a lesão isolada do sistema nervoso central (SNC), não apresenta probabilidade de produzir choque.

**Avaliação Diagnóstica:** O exame físico e neurológico, constituem a base para todos os demais exames. O instrumento diagnóstico primário de neuro-imagem é a Tomografia Computadorizada (TC), que é útil na avaliação dos tecidos moles.

**Tratamento:** Em uma pessoa com traumatismo craniano, presume-se que apresente lesão da coluna cervical, até se provar o contrário, sendo o paciente transportado do local do acidente em uma maca com a cabeça e o pescoço mantidos em alinhamento com o eixo do corpo. Deve-se manter uma leve tração sobre a cabeça e colocar-se um colar cervical até que se tenham realizados exames radiográficos da coluna cervical, com resultados negativos.

Na lesão cerebral inicial não é possível o tratamento, sendo toda a terapia dirigida para a prevenção da homeostase cerebral e prevenção da lesão secundária, consistindo na estabilização da função cardiovascular e respiratória, para manter perfusão cerebral adequada. A hemorragia deve ser controlada, a hipovolemia corrigida e os valores dos gases sanguíneos devem ser mantidos em níveis fisiológicos. A medida que ocorre o intumescimento do cérebro lesado pelo edema, ou que se forma uma coleção sanguínea, pode-se esperar o aumento da PIC, exigindo tratamento agressivo. O aumento da PIC é monitorizado, sendo tratado pelos seguintes meios : manutenção de adequada oxigenação; administração de manitol, que reduz a água cerebral por desidratação osmótica; hiperventilação; uso de esteróides; posicionamento da cabeça elevada no leito; e, possivelmente intervenção neurocirúrgica.

A cirurgia é necessária para a remoção dos coágulos sanguíneos, desbridamento e elevação das fraturas cranianas afundadas, e sutura das lacerações severas do couro cabeludo. Durante a cirurgia podem ser inseridos instrumentos para monitorizar a PIC ou, nos pacientes que não necessitam de intervenção cirúrgica, o mesmo pode ser realizado no leito, utilizando-se a técnica asséptica.

O tratamento inclui também assistência ventilatória, prevenção de convulsão, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e nutricional. Os pacientes com traumatismo cerebral grave e comatosos são entubados e colocados em ventilação mecânica para controlar e proteger as vias aéreas. A hiperventilação controlada também produz hipocapnia, produzindo vasoconstrição, redução do fluxo e do volume sanguíneo cerebral, reduzindo assim a PIC.

Pelo fato de que após o traumatismo craniano são comuns as convulsões possíveis causadoras de lesão cerebral por hipóxia, deve-se iniciar a terapia anticonvulsivante. Em caso de severa agitação, deve ser prescrita a clorpromazina para a sedação sem aprofundar o nível de consciência, com instalação de sonda nasogástrica ( SNG), pois devido à redução da motilidade gástrica e da peristalse reversa associadas com trauma é comum a regurgitação nas primeiras horas.

#### **4.8. HIPERTENSÃO INTRACRANIANA**

Segundo Greenberg (1996), a PIC é o produto final do volume de tecido cerebral, do volume de sangue e do volume de LCR dentro do crânio, num determinado momento. A PIC normal oscila de acordo com a posição do indivíduo, devendo normalmente ser igual ou inferior a 15mm HG.

O crânio é um compartimento rígido, que contém tecido cerebral (1400g), sangue (75ml) e líquor (75ml).

O volume e a pressão destes três componentes costumam estar em estado de equilíbrio. Uma vez que existe um espaço limitado para a expansão dos mesmos dentro do crânio, o aumento de qualquer um destes componentes implica em modificação no volume dos demais aumentando a reabsorção do LCR, ou reduzindo a volemia (volume de sangue) cerebral sob circunstâncias normais, pequenas modificações no volume de sangue e de líquor ocorrem constantemente, sempre que há alterações na pressão intratorácica (tosse, evacuações, assoar o nariz), na pressão arterial, nas pressões parciais (concentrações) dos gases dissolvidos no sangue, ou na postura do indivíduo.

Patologias tais como traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral (AVC), lesões inflamatórias, tumores cerebrais ou cirurgias intracranianas alteram a relação entre volume e pressão intracraniana.

Embora a hipertensão intracraniana esteja mais comumente associada a traumatismos cranianos ela pode ser um efeito secundário de diversas outras condições: tumores cerebrais, hemorragias subaracnóides, ou encefalopatias tóxicas e virais. Assim sendo, pode-se dizer que a hipertensão intracraniana é o somatório de diversos processos

fisiopatológicos qualquer que seja a sua causa, a elevação da PIC afeta a perfusão cerebral, além de produzir distorções e desvios (herniações) do tecido cerebral.

**Manifestações Clínicas:** Quando a PIC atinge um ponto em que a capacidade de ajuste cerebral chegou aos seus limites, a função neural fica comprometida podendo tal comprometimento se manifestar por diminuição do nível de consciência e por respostas respiratórias e vasomotoras anormais.

O nível de resposta/consciência é o mais importante indicador da condição do paciente.

O sinal mais precoce de elevação da PIC é a letargia. A lentificação da fala e o retardo na resposta aos comandos verbais constituem indicadores precoces do problema.

Qualquer mudança de quadro clínico, do torpor para a agitação (sem causa aparente) ou vice-versa, apresenta significado para investigação neurológica.

**Tratamento:** A elevação da PIC constitui uma emergência real, devendo ser tratada de imediato. A medida que a pressão se eleva, o parênquima cerebral é comprimido. Os fenômenos secundários causados pelo comprometimento circulatório e pelo edema podem levar ao óbito.

O tratamento imediato para o alívio da hipertensão intracraniana baseia-se na redução do volume do conteúdo craniano - redução do edema cerebral, abaixo do volume líquórico e/ou diminuição da volemia. Tais objetivos são alcançados administrando-se diuréticos osmóticos e corticosteróides, restringindo-se a administração de líquidos, drenando-se o LCR, hiperventilando-se o paciente, controlando a febre e reduzindo as demandas metabólicas celulares.

Diuréticos osmóticos (manitol, glicerol) podem ser usados para desidratar o encéfalo e para reduzir o edema cerebral. Esses diuréticos atuam “retirando” a água, através de membranas intactas, reduzindo, assim, o volume do encéfalo e o volume de líquido extracelular. Uma sonda vesical costuma ser inserida na bexiga, a fim de monitorizar o débito urinário e de permitir o “manuseio” mais fácil da diurese. É importante avaliar a osmolalidade sérica dos pacientes submetidos à diurese osmótica, a fim de avaliar o seu real estado de equilíbrio hídrico.

A drenagem líquórica (derivação ventricular) é empregada com frequência, uma vez que a remoção do LCR (mesmo em pequenos volumes) pode reduzir de forma drástica a PIC, restaurando a perfusão cerebral adequada.

A hiperventilação (utilizando-se um respirador ciclado a volume) produz alcalose respiratória, o que por sua vez determina vasoconstrição cerebral. O resultado disto é uma redução da volemia cerebral e a redução do PIC.

O controle de temperatura visa evitar um aumento da temperatura porque a febre aumenta o metabolismo cerebral e a velocidade que se forma o edema.

## **4.9. INVESTIGAÇÃO NEUROLÓGICA - EXAMES DIAGNÓSTICOS**

### **4.9.1. PUNÇÃO LOMBAR**

A punção lombar é realizada através da inserção de uma agulha no espaço subaracnóide a fim de obter LCR para estudos diagnósticos e terapêuticos. A intenção pode ser, obter LCR para exame, medir (e avaliar) a pressão liquórica, determinar a eventual presença de sangue no LCR, detectar bloqueio medular subaracnóide, injetar contraste para exames radiológicos ou administrar antibióticos por via intratecal direta em determinadas infecções.

A punção lombar está indicada nos seguintes casos de:

- Diagnósticos de meningite e outras desordens infecciosas ou inflamatórias, hemorragia subaracnóide e encefalopatia hepática.
- Avaliação da resposta à terapia na meningite e outras desordens infecciosas ou inflamatórias.
- Administração de medicamentos intratecais ou meio de contraste radiológico.
- Raramente, para reduzir a pressão do LCR.

É contra indicada em:

- Suspeita de massa intracraniana
- Infecção local
- Coagulopatia
- Suspeita de lesão expansiva em medula.

#### 4.9.2. ESTUDOS DE IMAGEM DO CRÂNIO

##### **Radiografia Simples**

As anormalidades ósseas podem ser visualizadas por radiografias simples do crânio. Tais anormalidades incluem depósitos metastáticos, fraturas e alterações associadas com a doença de Paget ou displasia fibrosa. Podem mostrar áreas de calcificação intracraniana aumentada, alterações no tamanho da sela túrsica e doença inflamatória dos seios paranasais.

##### **Tomografia Computadorizada**

A TC é um meio radiológico não invasivo e auxiliado por computador para examinar as estruturas anatômicas. Ela permite a detecção de anormalidades intracranianas estruturais com utilidade particular na avaliação de pacientes com distúrbios neurológicos progressivos ou déficits neurológicos focais, nas quais uma lesão estrutural esteja suspeitada, bem como em pacientes com demência ou pressão intracraniana aumentada. Tem indicações de uso em acidente vascular cerebral (AVC), tumor, trauma, demência, hemorragia subaracnóide.

##### **Ressonância Magnética Nuclear (RM)**

A ressonância magnética nuclear (RM) é um procedimento de imagem que não envolve radiação. O paciente fica deitado dentro de um grande ímã que alinha alguns dos prótons do corpo ao longo do eixo magnético. Os prótons ressoam quando estimulados com energia de rádio-freqüência, produzindo um pequeno eco que é forte o suficiente para ser detectado.

O contraste de tecidos moles, presente com a RM, a faz mais sensível do que a TC na detecção de certas lesões estruturais. A RM dá um melhor contraste do que a TC entre as substâncias cinzenta e branca do cérebro, ela é superior para a detecção de anormalidades na fossa superior e na medula espinhal, e para detectar lesões associadas com esclerose múltipla ou aquelas que causem convulsões. É indicada em AVC, tumor, trauma, demência, esclerose múltipla e infecções.

##### **Arteriografia**

A circulação intracraniana é visualizada mais satisfatoriamente pela arteriografia, uma técnica na qual os principais vasos da cabeça são opacificados e radiografados. Um catéter é introduzido na artéria femoral ou braquial e passado até um dos principais vasos cervicais. É indicada em, diagnóstico de aneurismas intracranianos, malformações arteriovenosas ou



fistulas, hemorragia subaracnóide, ataques isquêmicos cerebrais transitórios, trameose do seio venoso cerebral e lesões intracranianos que ocupam espaço.

### **Angiografia por Subtração Digital**

Este exame permite que as imagens sejam obtidas com um volume diminuído de material de contraste. Nesta técnica a angiografia está acompanhada pela subtração computadorizada de estruturas não vasculares.

### **Angiografia com Ressonância Magnética**

A angiografia por RM tem sido muito útil na visualização das artérias carótidas e nas porções proximais da circulação intracraniana, onde o fluxo é relativamente rápido. As imagens são usadas para a busca de estenose ou oclusão de vasos e para grandes lesões ateroscleróticas.

## **4.10. EXAME NEUROLÓGICO**

Nervo Craniano	Função	Exame Físico
I (olfatório)	Olfato	Com os olhos fechados, o paciente deve identificar odores familiares (café, tabaco). As narinas devem ser testadas separadamente.
II (óptico)	Acuidade visual	Teste de Snellen; campo visual; exame oftalmoscópico.
III (oculomotor) IV (troclear) VI (abducente)	Os nervos cranianos III, IV e VI atuam na regulação dos movimentos oculares; o III nervo craniano inerva também o músculo elevador da pálpebra, o	Testam-se as rotações do globo ocular, os movimentos conjugados e a presença de nistagmo. Examinam-se ainda os reflexos pupilares e pesquisa-se a

	músculo constritor da pupila e o músculo ciliar (este último, responsável pela acomodação visual).	presença de ptose palpebral.
V (trigêmeo)	Sensação facial	Estando o paciente de olhos fechados, com um "fiapo" de algodão toca-se sua fronte; seu queixo e a face lateral do rosto. É importante comparar as duas metades do rosto. A sensibilidade à dor superficial é testada usando-se a extremidade pontiaguda e a extremidade arredondada de um abaixador de língua, alternando-as. O paciente deve descrever cada movimento como "pontudo" ou "arredondado". Caso as respostas estejam incorretas, deve-se pesquisar a sensibilidade térmica. Para isso, tubos contendo água fria são usados alternadamente.
	Reflexo córneo-palpebral	Enquanto o paciente olha para cima, encosta-se delicadamente um "fiapo" de algodão na superfície temporal de cada córnea. A resposta normal é o piscar de olhos com lacrimejamento.
	Mastigação	O paciente deve fechar a boca e mover a mandíbula de um lado

		para o outro. Enquanto isso, deve-se palpar seu masseter e sua musculatura temporal, pesquisando-se sua força e eventuais diferenças de tónus.
	Paladar: nos 2/3 anteriores da língua	O paciente estende a língua. Testa-se sua capacidade de discriminar entre o gosto doce e o salgado.
VIII (vestibulococlear)	Audição e equilíbrio	Teste de voz cochichada ou do "tique-taque" do relógio.  Teste de lateralização (Weber)  Teste de condução óssea e aérea (Rinne).
IX (glossofaríngeo)	Paladar: 1/3 posterior da língua.	Avaliar a capacidade do paciente de discriminar entre o gosto doce e o salgado, no terço posterior da língua.
X (vago)	Contração faríngea	Tocar a parte posterior da língua com um abaixador ou estimular a faringe posterior para desencadear o reflexo de engasgamento.
	Movimento simétrico das cordas vocais	Observar a eventual presença de rouquidão
	Movimento simétrico do palato mole	O paciente deve dizer "ah..." Observar elevação simétrica da úvula e do palato mole.

	Movimento e secreção das vísceras torácicas e abdominais.	
XI (espinhal acessório)	Movimento dos músculos esternocleidomastóide e trapézio.	<p>Palpar e observar a força e tônus do trapézio, bilateralmente, enquanto o paciente contrai seus ombros, contra uma determinada resistência.</p> <p>Palpar e observar a força e tônus do esternocleidomastóide, bilateralmente, enquanto o paciente tenta girar sua cabeça contra a resistência da mão de quem o examina.</p>
XII (hipoglosso)	Movimentos da língua	Observar desvios ou tremores da língua, enquanto o paciente a mantém protrusa. A força da língua é testada fazendo-se com que o paciente mova sua língua nas diversas direções, contra a resistência de um abaixador de língua.

### **Avaliação do Nível de Consciência/ Resposta**

O nível de consciência/ resposta deve ser regularmente avaliado, pois precede todas as outras alterações dos sinais vitais e neurológicos. Um modo prático de monitorizar o nível de consciência é a Escala de Coma de Glasgow, baseada em três aspectos do comportamento do paciente: Abertura ocular, resposta verbal e resposta motora a um comando verbal ou a um estímulo doloroso. Tais elementos são subdivididos em diferentes níveis de resposta, e as melhores respostas que o paciente exterioriza a estímulos pré-determinados são registrados como segue:

#### **■ Abertura ocular**

Espontânea .....	4
Ao chamado .....	3
Aos Estímulos dolorosos .....	2
Não abre .....	1

#### **■ Resposta Motora**

Obedece .....	6
Localiza a dor .....	5
Afasta-se .....	4
Flexão anormal .....	3
Extensão.....	2
Nenhuma .....	1

#### **■ Resposta Verbal**

Orientado .....	5
Conversação confusa .....	4
Palavras inapropriadas .....	3
Sons incompreensíveis .....	2
Não emite sons .....	1

Cada resposta recebe um número (elevado para o normal e reduzido para o alterado), e a soma dos itens indica a severidade do coma e a previsão do possível diagnóstico. O índice mais baixo é 3 (menos respondente) e o mais elevado 15 (mais respondente). Um índice de 7 ou menor geralmente é considerado de coma e exige apropriada intervenção de enfermagem.

Os sinais vitais, o tamanho e a reatividade pupilar, o movimento e força da extremidade proporciona um amplo registro do estado neurológico do paciente em dado período de tempo.

Estes dados representam uma observação neurológica associada a Escala de Coma de Glasgow, que é recomendado para padronizar e facilitar os cuidados e a comunicação entre os prestadores do cuidado ao paciente.

#### **4.11. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E À FAMÍLIA**

Segundo Brunner & Suddarth (1994), o paciente neurocirúrgico com aneurisma ou um grave traumatismo craniano pode provocar grande margem para um prolongado stress familiar, devido aos déficits físicos e emocionais do paciente, do prognóstico imprevisível e à alteração das relações familiares.

As famílias descrevem as dificuldades em lidar com as mudanças do temperamento, comportamento e personalidade do paciente. Tais condições, são associadas à desestrutura da coesão familiar, à perda da procura de lazer e da capacidade laborativa bem como ao isolamento social. A família pode experimentar sentimentos tais como: raiva, mágoa, culpa e negativismo, em ciclos recorrentes.

A família é indagada sobre como foi a diferença no período. O que foi perdido? O que é mais difícil na luta contra esta situação? As intervenções úteis consistem em fornecer a família a informação mais exata e honesta e encorajá-la a continuar a delimitar objetivos bem definidos e mútuos a curto prazo.

O aconselhamento familiar ajuda a lidar com os confusos sentimentos de perda e desespero e da orientação para o controle dos comportamentos impróprios. São indispensáveis grupos de apoio para proporcionar condição propícia no sentido de compartilhar problemas,

oferecer esclarecimentos, encaminhar informações, estruturar e obter ajuda na manutenção de expectativa e esperanças em bases realísticas.

#### **4.11.1. OBJETIVOS E METAS DE UMA ENFERMAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA QUANDO HÁ UM MEMBRO ENFERMO.**

Metas específicas do enfermeiro:

- fornecer os cuidados que permitem que a família continue a cumprir suas funções;
- dar apoio aos membros da família para que eles tomem suas próprias decisões, e façam o que for necessário para auxiliarem nos cuidados ao membro enfermo;

Ex: o enfermeiro dá apoio necessário a decisão da família de não estender a vida de uma pessoa acometida de uma doença fatal, quando o tratamento de uma doença for ineficaz e implicar sofrimento. Além disso, a enfermeira deve fornecer a família todas as informações e interpretações da assistência de enfermagem e médica para que ela possa tomar decisões baseadas em dados reais;

- orientar aos membros da família sobre as mudanças ocorridas no curso da doença de seu membro enfermo;

Ex: diagnóstico, prognóstico e as mudanças ocorridas no curso da doença;

- estimular a comunicação entre os membros da família. Estes são encorajados a conversar entre si e a dividir seus sentimentos.
- apoiar e respeitar os valores culturais e a maneira de viver da família, a menos que estes comprometam a saúde do membro enfermo ou de qualquer outra pessoa;
- encorajar os componentes da família a tomar conta do membro doente, a não ser que isso possa causar algum dano ao paciente ou ser excessivamente doloroso para sua família;
- encorajar a cuidar do membro enfermo como também de ensinar a fazer isso e apoiar seus esforços.

#### 4.11.2. TÉCNICAS NECESSÁRIAS A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA.

Os cuidados de enfermagem podem ser divididos em três partes:

- ⇒ Cuidados psicossociais: incluem a educação do paciente e de sua família, a provisão de suporte emocional, a assistência na resolução dos problemas e o aconselhamento.
- ⇒ Cuidados físicos: estes são divididos em tarefas cumpridas por profissionais de saúde, são aquelas intervenções visando a dar conforto ao indivíduo e promover a cura e a saúde.
- ⇒ Cuidados de enfermagem: tem o objetivo de auxiliar o paciente e sua família.

O conhecimento técnico necessário para a enfermeira exercer a assistência ao paciente e a sua família são:

- A) **Comunicação:** a enfermeira deve mostrar sua boa vontade para ouvir as preocupações do paciente e de sua família, destinando parte de seu tempo para responder as perguntas e ouvir as inquietações.
- B) **A avaliação da Família:** para que isso ocorra a enfermeira deve coletar informações sobre a família no qual diz respeito a estrutura familiar, forma com que os membros da família trocam informações e sentimentos, modo com que a família relaciona-se com a comunidade e a maneira como a família comporta-se na questões ligadas a saúde.



## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital Governador Celso Ramos situado à rua Irmã Benwarda, 205 na cidade de Florianópolis/SC. Sendo este um órgão Público pertencente a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo também pacientes vinculados a outros convênios tais como: Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina (IPESC) e Unidade de Trabalho Médico (UNIMED). Além destes atende também a pacientes particulares. Assim, em média, 89,19% dos leitos desta Instituição servem a pacientes conveniadas ao SUS e 10,81% a outros convênios particulares.

O Hospital Governador Celso Ramos oferece seus serviços à comunidade Catarinense desde a sua fundação em dezembro de 1960 na gestão do Governador Ivo Silveira, com o intuito de atender os servidores públicos do Estado, o que por muito tempo fez com que a Instituição fosse chamada de Hospital dos Servidores.

O quadro de funcionários do H.G.C.R. é composto aproximadamente de 958 profissionais. Destes 379 são membros da equipe de Enfermagem, 179 da equipe médica, 7 assistentes sociais, 3 dentistas, 3 farmacêuticos, 1 fisioterapeuta, 2 fonoaudiólogos, 5

nutricionistas, 1 psicólogo, 2 administradores e 375 funcionários para realização de serviços gerais e administrativos. Estes funcionários estão divididos segundo o organograma da Instituição. (Anexo 3)

Os profissionais ligados a Equipe de Enfermagem e subordinados a Divisão de Enfermagem atuam nos seguintes serviços: Internação de clínicas, Internação de Apartamentos, Internação Cirúrgica, Internação de Neurotraumatologia, Unidade de Emergência, Unidade de terapia Intensiva, Unidade de Rim, Centro Cirúrgico, Centro Material Esterilizado, Serviço de Radiologia, Ultrassonografia e Tomografia.

O Hospital Governador Celso Ramos é um hospital de referência neurológica, além disso atende pacientes clínicos e pós-operatório de risco. Dentre os vários setores existente no mesmo, o escolhido pelas acadêmicas é a Unidade de neurotraumatologia, situada no segundo subsolo próximo ao Raio X e acima da emergência. Possui um total de 26 leitos, sendo que 06 (seis) leitos estão desativados para reforma. Sua estrutura física é dividida em: área para estocagem de material e equipamentos, sala de utilidade e rouparia, posto de enfermagem, sala de reuniões, um banheiro para funcionários, expurgo e sala de chefia de enfermagem. (Anexo 12)

Para prestar assistência a estes pacientes, a unidade conta com 8 (oito) enfermeiros, sendo que destes 3 (três) são do período noturno, ficando 1 (um) enfermeiro por noite no setor, 3 (três) possuem carga horária de trabalho de 12 (doze) horas, 4 (quatro) com carga de 6 (seis) horas, e 1 (um) enfermeiro só trabalha aos finais de semana. O número de técnicos de enfermagem e auxiliares é em torno de 22 (vinte e dois), sendo 13 (treze) técnicos e 9 (nove) auxiliares. Do número total de técnicos 9 (nove) são do turno diurno e 4 (quatro) do turno noturno. Do número total de auxiliares, 4 (quatro) são do turno diurno e 5 (cinco) do turno noturno. Há um total de 11 (onze) atendentes de enfermagem, sendo que destes 7 (sete) são do turno diurno e 4 (quatro) do turno noturno. A unidade possui ainda 3 (três) escriturários que trabalham em escala de 12 (doze) horas.

O corpo clínico a unidade conta com 6 (seis) intensivistas com carga horária de 4 (quatro) horas diárias.

Em relação aos indicadores hospitalares, fornecido pelo setor de Estatística do H.G.C.R., para ter-se uma referência, tomou-se o mês de junho de 1997 como base, onde coletou-se os seguintes dados:

Unidade de Neurotraumatologia:

- Média de permanência dos pacientes: 11,2 dias
- Porcentagem de ocupação: 79,3%
- total de pacientes admitidos: 83
- Óbito específico: 0,8%
- Óbito global: 10,7%

A unidade não conta com um marco teórico para registrar suas atividades, as observações do atendimento e estado do paciente são realizados pelo enfermeiro da unidade em folha específica para este fim (evolução de enfermagem).

### **5.1.1. FILOSOFIA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO H.G.C.R.**

Segundo documento oficial do H.G.C.R. o serviço de enfermagem tem como filosofia, atribuições inerentes ao enfermeiro, e objetivos do serviço de enfermagem dos seguintes dados:

O “ser humano é livre”, possui igualdade de direitos e necessidades biopsicossociais e espirituais, como tal tem o direito de ser aceito, respeitado, reconhecido, estimulado e compreendido como pessoa pela Equipe de Enfermagem.

“A Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no seu ciclo biológico vital no atendimento de suas necessidades básicas, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e reabilitação e a reintegração do indivíduo na sociedade”.

A Assistência de enfermagem consiste em estimular o ser humano quer individualmente ou em grupo, a promover e proteger sua saúde, fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo. Ajudar ou auxiliar quando impossibilitado do auto-cuidado, estimulando a capacidade que lhe resta para atender aquilo que pode fazer por si mesmo: orientar, ensinar, supervisionar e encaminhar para outros profissionais de acordo com suas necessidades.

“Sendo a enfermagem um serviço que surgiu em função de uma necessidade do homem, ela assumiu como consequência um compromisso social com este homem, comprometendo-se a atuar em todos os setores da vida humana que possam ter qualquer relação com a saúde.”

### **5.1.2. ATRIBUIÇÕES INERENTES AO ENFERMEIRO**

“Prestar assistência de enfermagem individualizada, planejada e baseada em princípios científicos, sem distinção de raça, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômicas”

“Contribuir com novos conhecimentos para a ciência de enfermagem através da participação e/ou promoção da pesquisa nessas áreas.”

“Participar junto as entidades formadoras de recursos humanos na área de enfermagem na definição do perfil dos vários elementos na equipe de enfermagem.”

Participar da Equipe de Saúde, procurando garantir uma assistência integral ao ser humano.”

“Definir medidas de saúde preventivas e curativas, através da educação sanitária à comunidade.”

“Intervir e atuar na política, educação, economia, saúde ou lazer, sempre que a saúde da comunidade assim o exigir através da busca de uma participação ativa e efetiva nas decisões relacionadas com a enfermagem e com a saúde da comunidade.”

### **5.1.3. OBJETIVOS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

Os objetivos gerais do serviço de enfermagem do H.G.C.R. são:

“Executar todas as atribuições específicas do cuidado ao paciente, bem como as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem.”

Cooperar com o corpo médico no atendimento dos pacientes, no ensino e na pesquisa

Realizar estudos e pesquisas em assuntos de enfermagem

Colaborar nos programas de ensino e treinamento para estudantes de enfermagem, auxiliares de enfermagem e de todos os outros cursos relacionados com a saúde.

Manter a higiene e limpeza nos locais de trabalho

Desenvolver programas de educação em serviço visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos que se acham em exercício.

Cumprir e fazer cumprir o código de Ética de Enfermagem.

#### **5.1.4. POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo do trabalho foram pacientes submetidos a tratamento neurocirúrgico com Aneurisma Cerebral e TCE neurocirúrgico e seus respectivos familiares, independente de sexo e idade. A média de idade para pacientes com TCE atinge a faixa etária dos 20 a 40 anos. A faixa etária para Aneurisma Cerebral atinge mais a população idosa, sendo que quando ocorre com jovens é decorrente de mal formação artéreo-venosa.

O total de pacientes a serem assistidos dependeu do número de casos de Aneurisma Cerebral e TCE neurocirúrgico, sendo que a 8 (oito) foram aplicados o processo de Wanda de Aguiar Horta, e o instrumento: “Roteiro para investigação neurocirúrgica”, foi realizado com 4 (quatro) pacientes, que necessitaram de intervenção neurocirúrgica.

### **5.5. OPERACIONALIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO - PROCESSO DE ENFERMAGEM**

#### **Processo de Enfermagem segundo Wanda de Aguiar Horta e Adaptações.**

O conjunto de pressupostos, conceitos e processo de enfermagem, elaborados à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, serviram de guia para levantar dados, identificar problemas, diagnosticar necessidades afetadas e para planejar, executar e avaliar o

cuidado de enfermagem prestado ao paciente neurocirúrgico e seus familiares, conforme apresentaremos no transcorrer do Processo de Enfermagem.

O processo de Enfermagem, segundo Horta (1979), “é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas visando a assistência ao ser humano.” A autora propõe 06 (seis) fases ou passos para a sua elaboração, dos quais 3 foram utilizados na íntegra, adaptado o diagnóstico e não utilizado o Plano Assistencial e o Prognóstico. O Plano Assistencial é resultante da análise do diagnóstico de enfermagem de Horta examinado-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência, sendo este o motivo da sua não aplicabilidade no processo de enfermagem, pois este dependeria da análise do diagnóstico de Horta e este diagnóstico no relatório sofreu adaptações.

O Prognóstico não foi utilizado por ser realizado após a implementação do plano assistencial que por sua vez não foi utilizado.

### **Histórico de Enfermagem**

Histórico de enfermagem é caracterizado como o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, o que permite a identificação de seus problemas. Foi utilizado pelas acadêmicas o roteiro de histórico aplicado na 5.<sup>a</sup> Unidade Curricular com alterações, sendo acrescentado o exame neurológico (Anexo 01). Ao exame físico foi dado enfoque neurológico.

**Diagnóstico de Enfermagem:** É a identificação das N.H.B. do indivíduo que necessita de atendimento e a determinação do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. Devido ao grau de complexidade do diagnóstico de Horta, optamos para trabalhar com o diagnóstico de NANDA, que descreve o diagnóstico como o enunciado do problema, a ser seguido de uma declaração que descreva a etiologia e os sinais e sintomas. Utilizamos este diagnóstico por considerarmos que este enquadra-se melhor aos objetivos propostos neste relatório, apesar de conhecermos superficialmente a sua operacionalização. Durante a fase de implementação buscamos subsídios bibliográficos e orientações acadêmicas para operacionalizá-lo.

**Plano de cuidados ou Prescrição de Enfermagem:** é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

**Evolução de enfermagem:** é o relato diário de mudanças sucessivas que ocorrem com o indivíduo enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução foi realizada através do registro de enfermagem orientado para o problema (sistema Weed), que se compõem de quatro elementos básicos: os dados básicos, lista de problemas, plano inicial e notas de progresso.

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

S - Dados Subjetivos: são informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja, o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

O - Dados objetivos: são observações ou dados mensuráveis obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais e sintomas), resultados de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados, tratamentos, etc.. Utilizou-se o exame neurológico para avaliação neurológica do paciente.

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

P - Plano: representa a decisão para tomar uma conduta específica, baseada em novos dados e na análise.

## **6. APRESENTAÇÃO, RELATO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS DO RELATÓRIO**

Neste capítulo apresentamos os objetivos propostos, as estratégias determinadas para o seu alcance e a avaliação final da sua operacionalização.

Relatamos ainda uma visita domiciliar que, embora não planejada, se fez necessária durante a realização do cuidado com o paciente.



Objetivos Específicos	Estratégia	Avaliação
<p>1. Conhecer a estrutura organizacional da Instituição e situar a unidade de Neurotraumatologia.</p>	<p>Solicitar à Diretoria do H.G.C.R., documentos e informações referentes a organização estrutural diretiva desta Instituição.</p> <p>Observar relação com o SUS no sistema de referência e contra-referência.</p> <p>Observar e descrever quantidade e qualidade nos Recursos humanos (RRHH) por categoria, atribuição e distribuição por turno de trabalho da unidade de neurotraumatologia.</p> <p>Observar e descrever normas e rotinas assistenciais e administrativas da unidade de neurotraumatologia.</p> <p>Observar e descrever quantidade e qualidade dos Recursos de materiais (RRMM), (Guarda, controle e manutenção destas).</p> <p>Identificar o processo de inter-relação da unidade de neurotraumatologia com as demais unidades e os serviços de apoio, costura, lavanderia e laboratório).</p> <p>Interagir com os serviços de apoio sempre que possível, visando otimizar as ações requeridas pelos pacientes assistidos.</p> <p>Solicitar maiores explicações acerca do funcionamento da unidade de neurocirurgia, às supervisoras de estágio.</p>	<p>As acadêmicas alcançarão o objetivo quando conseguirem obter informações acerca da organização da Instituição, além de situar a unidade de internação e os serviços que relacionam-se com esta.</p>

## **6.1. OBJETIVO 1 - Conhecer a estrutura organizacional da Instituição e situar a unidade de neurotraumatologia**

- Solicitar à Diretora do H.G.C.R., documentos referentes a organização estrutural diretiva desta instituição.

Buscamos as informações referentes a organização estrutural diretiva da Instituição, no setor de recursos humanos, que nos encaminhou a Diretoria Geral do H.G.C.R. Como a Diretoria, estava em reunião, retornamos ao setor de recursos humanos, onde, a assistente social do setor nos informou ser o hospital um órgão público, vinculado a Secretaria Estadual de Saúde e mantido pelo Estado. Diretamente ligados à Direção Geral do hospital estão a coordenação do corpo clínico, o centro de estudos, secretaria, assistente de direção, serviço de controle de infecção hospitalar, secretaria de obras e reformas, a direção administrativa, a divisão médico-técnica e a divisão de enfermagem. Sob o controle da direção administrativa da divisão médico-técnica e da divisão de enfermagem estão os diversos serviços do hospital que envolvem-se direta ou indiretamente com a assistência do paciente.

Adquirimos o documento referente a filosofia, objetivos e organograma da Instituição com a Diretora de Enfermagem, segundo ela, deve estar presente em todas as unidades do hospital.

Este documento possui:

- 1- MISSÃO (Razão de ser da instituição na atualidade). Prestar assistência de excelência e referência à população de ensino e pesquisa, oferecendo todo conhecimento e tecnologia apropriados.
- 2- DIRETRIZES
  - ❖ Implementação de melhorias na assistência / satisfação do cliente.
  - ❖ Valorização do servidor.
  - ❖ Otimização do desempenho financeiro.
  - ❖ Reorganização administrativa.
  - ❖ Investimentos em tecnologia e estrutura física.
- 3- VISÃO (Onde a instituição pretende chegar no futuro).  
No ano 2000 o H.G.C.R. quer ser reconhecido, em nível nacional, pela qualidade no atendimento à população como um todo destacando-se por seus profissionais capacitados e sua tecnologia adequada através de gestão autônoma.

- *OBJETIVOS DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO H.G.C.R.*

1. Assistencial:

- Prestar assistência de Enfermagem de qualidade ao ser humano, atendendo as suas necessidades bio-psico-social e espiritual respeitando os seus direitos de cidadão.
- Estabelecer um sistema adequado de cooperação com a equipe multiprofissional, visando uma assistência integrada.
- Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem centradas nas necessidades individuais e coletivas do indivíduo, família e comunidade.

2. Administrativas:

- Estabelecer e desenvolver uma política de pessoal, material e assistencial de enfermagem que atenda as necessidades e expectativas do cliente.
- Aprimorar o fluxo de informações de forma a facilitar o processo de trabalho.
- Manter atualizada a estrutura organizacional do serviço de enfermagem de acordo com a evolução do sistema.
- Proporcionar um ambiente de trabalho que valorize o funcionário buscando sempre melhorar a qualidade de vida no trabalho.

3. Ensino:

- Cooperar com as escolas de enfermagem e outras, dando oportunidade de aprendizado aos seus alunos, bem como desenvolver intercâmbio que propicie uma aprendizagem contínua do pessoal de enfermagem.

4. Pesquisa:

- Estimular e realizar estudos e pesquisas na área de enfermagem e colaborar com pesquisas em outras áreas.

Outros detalhes sobre a instituição, podem ser encontrados no capítulo de metodologia e no organograma do mesmo. (ANEXO nº 3)

- Observar relação com SUS no sistema de referência e contra-referência.

Segundo dados fornecidos pelo setor de recursos humanos, o sistema de referência e contra-referência é um mecanismo de organização dos sistemas de saúde, que visa assegurar a todos os indivíduos o atendimento necessário.

Este sistema está atrelado a uma central de marcação de consultas, através da qual são agendados todos os atendimentos ambulatoriais em especialidades. O paciente é atendido por um clínico geral nos centros de saúde (C.S.) e conforme a necessidade do mesmo, o médico faz um encaminhamento e o atendimento é agendado, através da central de marcação de consultas, via telefone.

A partir deste ponto é que entra em questão o H.G.C.R. O ambulatório desta instituição oferece alguns serviços especializados, que tem sua agenda preenchida pela Central de Marcação de Consultas.

Assim, no dia previamente estabelecido o paciente dirige-se ao ambulatório para realizar sua consulta. Conforme necessidade, poderá fazer tratamento ambulatorial ou será encaminhado para uma unidade de internação, tão logo surja uma vaga. Desta forma estabelece-se o Sistema de Referência.

A contra-referência deveria acontecer na alta do paciente. No entanto, o que percebemos é que na maioria das vezes, os documentos específicos a serem preenchidos e as providências necessárias a serem tomadas, não se efetivam na prática, o que faz com que o paciente continue sendo atendido por consulta retorno no ambulatório do próprio hospital, ou deixe de procurar acompanhamento médico.

Estando pouco esclarecido acerca da importância do controle periódico de saúde, o paciente acaba deixando de lado o acompanhamento ambulatorial ou o procura nos momentos em que a saúde já apresenta altos níveis de descompensação. Desta forma, a utilização dos serviços de emergência é, desta maneira, uma outra porta de entrada do paciente para internação hospitalar, pois a medida que a situação de saúde-doença deste vai se agravando, ele é levado às pressas para a emergência, é reinternado, faz o tratamento necessário e é encaminhado ao domicílio sem qualquer documento de contra-referência, o que reforça as falhas no sistema de referência e contra-referência.

- Observar e descrever quantidade e qualidade nos Recursos Humanos por categoria, atribuição e distribuição por turno de trabalho da unidade de neurotraumatologia.

A unidade de neurotraumatologia conta para prestar a assistência a estes pacientes com 44 funcionários: 8 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem, 9 auxiliares, 11 atendentes e 3 escriturários.

Descrevemos abaixo, segundo as normas da unidade de neurotraumatologia, as atribuições e as competências do pessoal de enfermagem.

Segundo o enfermeiro administrador da unidade, é realizado um rodízio semanal para a unidade dividindo-se da seguinte maneira: medicação da neurocirurgia; medicação da ortopedia; curativo; higiene e conforto mais controle da ortopedia, sala de utilidades, depósito de roupas sujas e sala de maca.

A enfermeira dos finais de semana tem autonomia para fazer a troca das atividades conforme atribuições.

O pessoal do serviço de enfermagem se distribui pelos seguintes cargos e funções:

1. - enfermeiro - que pode ocupar os seguintes cargos:

1.1 - Chefe do serviço de enfermagem.

1.2 - Chefe do setor de enfermagem.

1.3 - Enfermeiro superior.

2. - Técnico de enfermagem

3. - Auxiliar de enfermagem.

4. - Auxiliar de serviços hospitalares e assistenciais.

#### I - FUNÇÕES DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1.1 - Ao Enfermeiro compete:

⇒ - Cooperar com o Chefe do Serviço de Enfermagem, no desempenho de suas atribuições.

⇒ Planejar a atenção de enfermagem de acordo com sua complexidade, e designação do pessoal segundo seu nível.

⇒ Orientar, supervisionar e avaliar a assistência de Enfermagem da sua equipe.

- ⇒ Cooperar nos programas de desenvolvimento do pessoal de enfermagem, ou seja, orientação, treinamento e avaliação do funcionário.
- ⇒ Verificar os equipamentos da Unidade, através de comunicação adequada.
- ⇒ Receber o plantão diretamente do responsável pelo plantão anterior e dos demais elementos da equipe.
- ⇒ Manter entrosamento dentro da Unidade, através de comunicação adequada.
- ⇒ Acompanhar a visita médica sempre que possível, prestando informações sobre pacientes e anotando as instruções específicas para cada caso.
- ⇒ Realizar tarefas técnicas junto ao paciente sempre que necessário.
- ⇒ Visitar os pacientes diariamente, verificando suas necessidades e tomando as devidas providencias.
- ⇒ Fazer diagnóstico de Enfermagem e elaborar Plano de Assistência de Enfermagem.
- ⇒ Orientar as anotações corretas nos prontuários.
- ⇒ Orientar os pacientes e familiares sobre o Regulamento do Hospital e da Unidade.
- ⇒ Supervisionar a limpeza e a ordem da Unidade.
- ⇒ Colaborar nos programas de desenvolvimento pessoal e no preparo de alunos das Escolas de Enfermagem em estágio no Hospital.
- ⇒ Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o Regimento do Serviço de Enfermagem.
- ⇒ Comunicar aos Setores competentes toda doença de notificação compulsória de acordo com a lei vigente.
- ⇒ Desenvolver tarefas afins.

#### 1.2 - Ao Técnico de Enfermagem compete:

- ⇒ Executar técnicas de enfermagem conforme determinação do Enfermeiro.
- ⇒ Prestar cuidados integrais ao paciente grave, sob a supervisão do Enfermeiro.
- ⇒ Participar das passagens de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências.

- ⇒ Observar e registrar sinais e sintomas apresentados pelo paciente e comunicar ao Enfermeiro qualquer alteração.
- ⇒ Desempenhar tarefas delegadas pelo Enfermeiro.
- ⇒ Atender pedidos dos pacientes e funcionários, encaminhando-os a Chefe quando não puder resolvê-los.
- ⇒ Controlar material.
- ⇒ Verificar o uso e estado de conservação de aparelhos e equipamentos, solicitando consertos quando necessário.
- ⇒ Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem e outros setores do Hospital.
- ⇒ Participar de reuniões que visem estudar as modificações de técnicas ou rotinas de trabalho.
- ⇒ Desenvolver o espírito de trabalho em equipe, observando os padrões de ética e hierarquia.
- ⇒ Substituir o Enfermeiro nos seus impedimentos.
- ⇒ Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o Regimento do Serviço de Enfermagem.
- ⇒ Desempenhar tarefas afins.

### 1.3 - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

- ⇒ Dar assistência aos pacientes atendendo suas necessidades ou solicitações e providenciando os meios adequados ao seu bem-estar.
- ⇒ Colaborar com o Enfermeiro nos trabalhos da Unidade praticando sob sua orientação as tarefas de enfermagem que lhes forem determinadas.
- ⇒ Participar das passagens de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências.
- ⇒ Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente.
- ⇒ Auxiliar os Médicos e Enfermeiros nos tratamentos e exames especiais.
- ⇒ Administrar medicações e aplicar tratamento conforme prescrição médica.

- ⇒ Preparar os pacientes por ocasiões de: admissões, encaminhamento, altas, transferências e óbitos.
- ⇒ Fazer curativos simples, controle de sinais vitais e balanço hídrico.
- ⇒ Ajudar na conservação do material, a manter a ordem e a limpeza na Unidade.
- ⇒ Fazer anotações claras e precisas dos cuidados prestados aos pacientes e das alterações observadas no mesmo, levando ao conhecimento da equipe de Enfermagem.
- ⇒ Cooperar com todos os elementos da equipe de Enfermagem.
- ⇒ Participar das reuniões do Serviço, quando for convocado, apresentado sugestões para melhoria do mesmo.
- ⇒ Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o Regimento do Serviço de Enfermagem.
- ⇒ Desempenhar tarefas afins.

#### 1.4 - Ao Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais compete:

- ⇒ Participar da passagem de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências.
- ⇒ Prestar cuidados de higiene e conforto aos pacientes.
- ⇒ Verificar e anotar no prontuário sinais vitais e comunicar qualquer alteração.
- ⇒ Acompanhar o paciente aos diversos setores do hospital.
- ⇒ Auxiliar na deambulação, recreação e alimentação dos pacientes.
- ⇒ Auxiliar no preparo do paciente para exames, atos cirúrgicos, admissões, altas, transferências e óbitos.
- ⇒ Manter limpa e em ordem a unidade do paciente e demais dependências da Unidade de Enfermagem.
- ⇒ Limpar e conservar o material usado no setor.
- ⇒ Fazer rol de roupa suja, receber e guardar a roupa limpa.
- ⇒ Fazer anotações claras e precisas dos cuidados prestados as pacientes das anormalidades observadas nos mesmos, comunicando ao Enfermeiro.



- ⇒ Desenvolver um ambiente de colaboração, de trabalho em equipe na Unidade e com outros setores do Hospital.
- ⇒ Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital e o Regimento do Serviço de Enfermagem.
- ⇒ Desempenhar tarefas afins.

1.5 - Ao Auxiliar Administrativo das Unidades de Enfermagem compete:

- ⇒ Elaborar os trabalhos burocráticos de uma ou mais Unidade de Enfermagem sob orientação e supervisão dos Enfermeiros tais como:
  1. Atender telefones, transmitir recados, distribuir correspondência e dar informações.
  2. Providenciar pedidos de Farmácia, de material e de conserto, encaminhados.
  3. Receber, conferir, guardar e controlar os medicamentos e o material requisitado, inclusive psicotrópicos.
  4. Protocolar pedidos de parecer e exames.
  5. Colocar horários nas prescrições médicas.
  6. Anotar no censo diário e livro de ocorrências o movimento diário e manter a relação dos pacientes atualizada.
  7. Manter os prontuários em ordem, verificando-os diariamente.
  8. Encaminhar diariamente ao SAME, os prontuários dos pacientes com alta ou óbito.
  9. Encaminhar ao Serviço de Contas-Médicas, a relação de todos os gastos.
  10. Chamar o Enfermeiro sempre que o Médico ou familiar desejarem informações sobre o paciente.
  11. Comunicar ao Serviço Social os pedidos de atendimento de casos sociais.
  12. Conservar o Posto de Enfermagem e o quadro de avisos em ordem.
  13. Providenciar avisos de altas, óbitos, transferências, estado grave e outros, e encaminhá-los ao Serviço de Internação.

14. Encaminhar através de protocolo os exames externos.

- ⇒ Participar de reuniões de Serviço de Enfermagem e da Instituição.
- ⇒ Desempenhar tarefas afins.

15. Marcar os exames solicitados.

16. Identificar os leitos dos pacientes.

1.6 - Ao Mensageiro compete:

- ⇒ Realizar atividades de comunicação entre os Setores do Hospital sob orientação da Chefia de Enfermagem, tais como:
  1. Distribuir comunicação da Chefia de Enfermagem.
  2. Encaminhar ao respectivos Setores as requisições de exames, prontuários, solicitações de conserto e demais expedientes.
  3. Conferir e repor o estoque de material dos setores de enfermagem.
- ⇒ Participar de reuniões e programas do Serviço de Enfermagem e da Instituição.
- ⇒ Desempenhar tarefas afins.

Sabendo-se das competências dos membros da equipe de enfermagem passamos a descrever o horário de trabalho destes funcionários.

Dos 44 funcionários da unidade, o trabalho é dividido em três turnos, o turno matutino, o turno vespertino e o turno noturno. Dos 8 enfermeiros, 3 trabalham 12 horas, 4 trabalham 6 horas e 1 só trabalho aos finais de semana.

Outros detalhes sobre o número de funcionários, carga horária e turno de trabalho podem ser encontrados no capítulo de metodologia, que se refere a contextualização do local de estágio.

As entradas e saídas dos mesmos são controladas através de cartão ponto, que demonstra ainda as horas trabalhadas a mais, os atrasos e as saídas antecipadas, o que possibilita um controle das horas plantão.

Quanto ao horário de trabalho do pessoal de Enfermagem, a direção preconiza que:

- 2.1 - O servidor de Enfermagem manterá plantão de vinte e quatro horas ( 24hs).
- 2.2 - Os servidores trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente, aprovada pela Chefia do Serviço de Enfermagem.
- 2.3 - Todo funcionário deverá, em caso de emergência, se for determinada pelo enfermeiro responsável, prorrogar o plantão.
- 2.4 - Somente poderão retirar-se do local de trabalho os servidores portadores de autorização por escrito, visada pela chefia imediata.
- 2.5 - A ocorrência frequente de chegadas tardias, de saídas antecipadas, sem a devida justificativa, será considerada falta grave, sujeito a penalidades legais.
- 2.6 - As alterações de escala deverão ser encaminhadas ao Setor Pessoal até o dia 23 de cada mês, antes de uma semana de ocorrência.
- 2.7 - Todo funcionário poderá ter duas autorizações de saída antecipada e entrada tardia (compensadas dentro de 06 dias).
- 2.8 - Qualquer alteração de escala que resulte em diminuição de carga horária semanal somente serão compensadas de acordo com a necessidade da unidade e determinada pela Chefia Imediata.
- 2.9 - Todo funcionário terá direito a duas trocas de plantão e duas trocas de horário no mês. Essas trocas serão feitas em formulário próprio, assinado pela Chefia Imediata e encaminhada ao Setor de Pessoal na mesma semana do ocorrência.

No que diz respeito ao remanejamento de Pessoal:

1. Será feito de acordo com a necessidade da unidade e determinado pelo Enfermeiro de plantão.
2. Deverá obedecer os seguintes critérios:
  - a -Relação do número de pacientes e de funcionários, gravidade dos pacientes.
  - b -Não deverão ser remanejados sempre os mesmos funcionários.

3. Comunicar por escrito a Chefia de Enfermagem, quando o funcionário negar-se ao remanejamento ou quando atendeu prontamente a solicitação.

No que diz respeito à escala de serviço, o serviço tem preconizado que:

#### 3.1 - Escala de Serviço:

- Será feita pela Chefia imediata, revisada e assinada pela Chefe do Serviço de Enfermagem.
- Deverá ser entregue a secretaria da Chefia de Enfermagem até o dia 05 de cada mês.
- As escalas de serviço deverão obedecer os seguintes critérios:
  - a - Iniciar no dia 26 de um mês ao dia 25 do outro mês.
  - b - Os funcionários devem ser distribuídos por igual em todos os turnos de serviço e observando o mesmo número por categoria.
  - c - Nos feriados e finais de semana o número de funcionários deverá ser o necessário para cobrir a unidade.
  - d - As licenças de saúde de conhecimento do Enfermeiro da Unidade ou Setor deverão ser substituídos para não resultar em falta de pessoal.
  - e - Nos feriados as folgas deverão ser estipuladas conforme disponibilidade da Unidade.
  - f - As Unidades de Internação e Setores deverão deixar uma escala de plantão dos feriados e finais de semana registrados no livro de ocorrência na Chefia de Enfermagem e afixados nas Unidades e Setores.
  - g - A escala de plantão dos Enfermeiros será feita pelo Chefe de Enfermagem e obedecerá os seguintes critérios:
    - A seqüência dos plantões obedecerá a ordem alfabética.
    - O número de plantões para cada Enfermeiro será conforme a necessidade de serviço e com prévia avaliação das escalas anteriores.

No que diz respeito a escala de férias, o serviço tem preconizado:

#### 3.2 - Escala de férias:

- Serão feitas:

- a - Trimestral.
- b - Com o nome do servidor por extenso, número de matrícula, inclusive dígito e por ordem de mês a ser organizado.
- c - Não serão aceitas transferências de férias.
- d - Cada unidade ou setor poderá marcar 3 férias de funcionários de categoria diferente por mês.
- e - Critérios para marcação de férias:
  - Tempo de serviço.
  - Ficha funcional.
  - Férias anteriores.
  - Necessidade de serviço.
  - Necessidade particular do funcionário, avaliada pela Chefia Imediata.
- f - As férias deverão ser marcadas observando o dia de retorno ao serviço do funcionário que já está de férias.

No que diz respeito a escala de licença especial, o serviço tem preconizado que:

### 3.3 - Escala de Licença Especial:

- Deverão ser encaminhadas ao Setor pessoal com 15 dias de antecedência.
- Poderá ser de 30 dias corridos ou em 2 períodos, mas nunca inferior a 15 dias.
  - a - Tempo de serviço.
  - b - Disponibilidade da unidade.
  - c - Interesses particular do funcionário, avaliado pela Chefia Imediata.
- As concessões serão analisadas pelo Chefe do Serviço de Enfermagem.

Avaliando as questões referentes aos RRHH da unidade de neurotraumatologia, percebemos que as escalas são feitas pelo enfermeiro administrador, e as provisões feitas em relação as escalas e horários nem sempre são seguidas pelos funcionários. Muitos funcionários

trocavam entre si os seus plantões, essa troca era permitida com autorização do enfermeiro da unidade. Por acontecer muitos desvios nas escalas especialmente por atrasos e faltas repercutindo diretamente na assistência prestada, essas trocas só podem acontecer com a autorização da diretoria de enfermagem feita por escrito. Pensamos que essa mudança tem contribuído diretamente na assistência prestada.

Conforme comunicação interna do dia 05-09-97 para o enfermeiro coordenador da unidade, segundo deliberação da direção fica estabelecido que:

- I. Não haverá mais trocas de plantão por motivos particulares do servidor, a não ser que as mesmas sejam comunicadas com 30 dias de antecedência, para que possam ser enviadas em escala mensal de serviço.
- II. Não será mais abonado cartão ponto não mecanizado.
- III. Não poderá mais pagar horas de chegada tardias.

Observamos através do documento de normas e rotinas administrativas itens relacionados com a passagem de plantão, capacidade pessoal, admissão de funcionários e alguns dos direitos dos funcionários do serviço de enfermagem para poder visualizar na prática.

Quanto a passagem de plantão :

1. Todo servidor deverá chegar ao local de trabalho de preferência 15 minutos antes do horário de serviço para receber o plantão.
2. Todo servidor deverá apresentar-se uniformizado durante a passagem de plantão.
3. Na passagem de plantão deverá constar o relatório diário das ocorrências de cada paciente com: nome, quarto, diagnóstico, procedência, ocorrência, quem atendeu e assistência prestada.
4. Os Enfermeiros deverão deixar a passagem de plantão por escrito na Chefia de Enfermagem, no livro de ocorrências.
5. Nenhum servidor poderá sair de sua unidade ou setor sem a devida substituição.

Quanto a capacidade pessoal

1. De acordo com a sua habilitação, seguir as leis do exercício profissional.

2. O Servidor recém admitido, terá 60 dias de experiência, no término desse período será avaliado sua capacidade profissional pela Chefia Imediata, Educação em Serviço e Enfermeira Chefe.
3. O Servidor que vir apresentar problemas em suas atividades diárias, receberá comunicação por escrito e será reciclado pela Enfermeira da Educação em Serviço. Posteriormente será avaliado pela Educação em Serviço, Chefia Imediata e Chefia de Enfermagem.

A passagem de plantão na unidade de neurotraumatologia é realizada pelo enfermeiro de plantão.

Quem assiste a passagem de plantão é o enfermeiro do próximo plantão e alguns funcionários.

Quanto a admissão de funcionários:

- A admissão de funcionários é de responsabilidade da F.H.S.C.
- O funcionário admitido no hospital é apresentada à Divisão Administrativa, ao Setor Pessoal e encaminhado à Chefia do Serviço de Enfermagem.
- A Enfermeira da Educação em Serviço prestará as orientações e treinamento necessários ao funcionário admitido.
- Será encaminhado à Unidade ou Setor que será lotado.
- Será feita uma avaliação após 60 dias pela Chefia Imediata, Enfermeira da Educação em Serviço e Chefe do Serviço de Enfermagem.

Direitos dos funcionários do serviço de enfermagem:

- Incentivo - folga trimestral. Todo Servidor de Enfermagem terá direito trimestralmente ao gozo de um dia de folga sem prejuízo da remuneração e de acordo com os seguintes critérios:
- Ser assíduo.
- Ser pontual.
- Aceitar as ordens de seus superiores, executando com zelo e presteza os trabalhos que lhe forem determinados.

- Apresentar-se ao trabalho decentemente uniformizado e em condições de asseio pessoal, mantendo a conduta moral e social adequadas.
- Comportar-se com ordem, disciplina e coleguismo no trato com os colegas de serviço, pacientes e familiares, para que seja mantido o espírito de cordialidade e cooperação, indispensáveis ao desempenho das tarefas.
- Atender a prorrogação da hora de trabalho quando for necessário e com direito a folgar essas horas, determinada pela Chefia Imediata.
- Zelar pela economia e conservação do material que lhe for confiado.
- Não apresentar atestado médico nesse período.
- Desenvolver as técnicas corretamente.
- A folga será avaliada e determinada pela Chefia Imediata.
- Os dias de folga poderão ser acumulados para serem gozados no período de férias e de acordo com a Chefia Imediata.

#### Horário Especial :

- Será considerado horário especial aquele que for diferente do horário normal da Unidade.
- Será determinado pela Chefia Imediata de acordo com as condições da Unidade.
- O horário especial será concedido aos funcionários que estiverem cursando o 2º grau, ou cursos relacionados com a Enfermagem.
- Aos funcionários que dependem de transporte coletivo e apresentarem problemas com horários nos finais de semana e feriados.
- Outros casos serão estudados e analisados pela Chefia Imediata e Chefe do Serviço Enfermagem:

#### Horário de descanso noturno :

Esta iniciativa tem por finalidade fornecer aos funcionários 1 hora de repouso, após 6:30 horas de trabalho interrupto.



- A duração do repouso será de 1 hora, tendo início às 1:30 horas e término às 04:30.
- Nos andares em que há apenas 2 funcionários o repouso terá início às 1:30 e término às 3:30 horas.
- O repouso será realizado na sala de lanche.
- O repouso será realizado, efetivado apenas quando a Unidade e/ou Setor oferecer condições.
- Deverá constar uma escala com horário, duração e nome do funcionário, sob o telefone.
- O não cumprimento do esquema proposto, seguirá as seguintes penalidades:
  - Advertência verbal aos funcionários.
  - Advertência por escrito.
  - Os funcionários que infringirem o esquema proposto pela 3º vez, serão convidados a trocar de turno.
  - O esquema será abolido, no momento em que o 3º item for solucionado no período de 72 horas.
  - É de responsabilidade dos funcionários a manutenção da ordem e da limpeza da sala de lanche.

Podemos observar que muitos dos itens não são cumpridas corretamente.

Os funcionários utilizam para descanso outros ambientes como: quartos desativados, sala de reuniões, consultórios, etc...

Horário de lanche:

- Todo servidor terá direito a um intervalo de 15 minutos no período da manhã e no período da tarde para lanche.
- O horário será estipulado pela Chefia Imediata e de acordo com as condições da Unidade e dos Setores de Enfermagem.
- É terminantemente proibido a permanência de todos os funcionários no mesmo horário na sala de lanche.

- O não cumprimento da norma, implicará na suspensão do intervalo para o lanche.
- É de obrigação dos funcionários manter a sala de lanche limpa e em ordem.
- A Chefia Imediata manterá uma escala de limpeza na sala de lanche.

O que foi observado na unidade é que o horário de lanche quem estipula é o próprio funcionário, ele apenas comunica ao enfermeiro da unidade tendo a sua permissão conforme o andamento da unidade.

- Observar e descrever normas e rotinas assistenciais e administrativas da unidade de neurotraumatologia.

Através de documentos existentes na unidade e de questionamentos aos enfermeiros da mesma nos inteiramos acerca das normas e rotinas da unidade de neurotraumatologia.

Segundo o manual de normas administrativas do serviço de enfermagem do H.G.C.R., o seu objetivo é fornecer aos funcionários informações básicas sobre rotinas administrativas do serviço de enfermagem, bem como padronizar as condutas administrativas em todas as unidades de internação e setores do serviço de enfermagem do H.G.C.R.

As rotinas preconizadas foram: admissão de pacientes, prontuários do paciente, alta, transferência, óbito, autorização de acompanhantes, intercorrência com paciente, transporte de pacientes, relatório do serviço de enfermagem.

Admissão do paciente:

- Preparar com antecedência o quarto do paciente.
- O atendimento do paciente deverá ser afável e gentil, feito por alguém que possa dar todas as informações necessárias.
- Receber o paciente gentilmente, chamando-o pelo nome e apresentado-se.
- Verificar peso e altura, se tiver condições.

- Mostrar a unidade e explicar a rotina: local e hora do banho, refeições, visitas, serviços religiosos, como usar a campainha, cuidados com os objetos de uso pessoal e demais normas do hospital.
- Apresentar à equipe de enfermagem e companheiros de quarto.
- Solicitar aos familiares material para uso próprio do paciente, sabonete, chinelo, roupas, escova de dentes, pasta dental, etc.
- Verificar S.V. e anotar as condições do paciente: higiene, estado geral, sintomas; registrar ainda: a hora da entrada, as queixas do paciente e como chegou na unidade (maca, cadeira de rodas, andando, etc...)
- Avisar o serviço de nutrição e dietético, comunicando a dieta do paciente.
- Avisar demais serviços interessados.
- Anotar o nome do paciente, do médico assistente e data da admissão na relação de pacientes.
- Preencher a etiqueta de identificação com o nome completo do paciente e do médico. Fixar na cabeceira da cama do paciente.

#### Prontuário do paciente:

1. O prontuário do paciente compõe-se de:
  - Folha de identificação.
  - Folha de evolução clínica diária.
  - Folha de prescrição médica.
  - Folha de evolução de enfermagem.
  - Folha de controle intensivo.
  - Folha de C.C.I.H. - termo de responsabilidade.
  - Resultados de exames de laboratórios, de radiografias, eletrocardiograma, eletroencefalograma, etc.
2. Anotações no prontuário:

- Todas as anotações no prontuário devem ser claras, legíveis, precisas, bem formuladas e com boa caligrafia.
  - As anotações devem ser feitas com tinta azul das 7:00 às 19:00 h e com tinta vermelha das 20:00 às 06:00 h.
  - Os medicamentos e tratamentos devem ser anotados imediatamente após serem administrados e executados.
  - Colocar as folhas do prontuário em ordem quando o paciente é admitido.
  - Preencher todos os cabeçalhos com tinta azul.
  - Os medicamentos e tratamentos uma vez administrados e executados, devem ser checados com tinta vermelha 07:00 às 19:00 horas e com tinta azul das 20:00 às 06:00 horas.
  - Quando por qualquer motivo a medicação e os tratamentos não forem administrados ou executados, deve-se circular os horários e anotar a justificativa.
3. Apresentação:
- Todas as folhas devem ser de tamanho padrão.

Alta:

1. A alta do paciente, devido a implicações legais, deve ser dada por escrito e assinada pela médico. O paciente poderá sair do hospital sem autorização do Médico Assiste, desde que ele ou os familiares assinem o termo de responsabilidade que deverá estar no prontuário do paciente. O médico deverá ser comunicado pelo Enfermeiro ou Médico Residente de Plantão.
2. A Enfermagem deve:
  - Avisar o paciente com antecedência.
  - Dar ao paciente e/ou familiares orientação precisa sobre os cuidados pós alta.
  - Avisar a família, tesouraria, nutrição e o registro geral.

- Comunicar o Serviço Social ou interessar-se pela sua situação após a saída do hospital.
- Reunir os objetos pertencentes ao paciente e providenciar suas roupas.
- Organizar o prontuário do paciente com exames e aguardar que o Arquivo Médico venha recolher o mesmo.

#### Transferência:

1. A transferência do paciente é feita da mesma maneira que a alta.
2. A Enfermagem deve:
  - Comunicar a tesouraria, nutrição, registro geral e setor de contas médicas.
  - Preencher o aviso de transferência em 3 vias e encaminhar para o Registro Geral, Setor de Contas Médicas e a última via fica no andar.
  - Anotar o horário e a pessoa responsável que recebeu o aviso.

#### Óbito:

1. É de responsabilidade do funcionário presente da ocorrência:
  - Chamar o Enfermeiro.
  - Preparar e identificar corretamente o corpo.
  - Preencher e encaminhar o aviso de óbito ao Registro Geral (nos finais de semana, feriados e noturno).
  - Orientar a família para ir ao Registro Geral, providenciar a documentação necessária e também para esclarecimento quanto ao funeral.
  - Encaminhar o corpo para a conservadora.
  - O preparo e entrega do corpo após o óbito é de responsabilidade do setor ou unidade em que foi constatado a ocorrência.
  - É de responsabilidade do Auxiliar Administrativo comunicar os Serviços interessados durante a semana e nas unidades e setores que os mesmos estiverem trabalhando durante os finais de semana e feriados.
2. É de responsabilidade do Enfermeiro:

- Comunicar o Médico Residente de plantão para constatar o óbito.
- Comunicar o Registro Geral.
- Prestar esclarecimentos aos familiares quando solicitado.

Durante o período de internação hospitalar o paciente dependendo das condições em que se encontra tem direito a presença de um acompanhante. Os critérios adotados para avaliação de necessidade de acompanhante, bem como as características e obrigações deste, estão descritos abaixo:

1. Pessoa autorizada para preencher o formulário: O Enfermeiro da Unidade ou de plantão.

2. Crerios utilizados:

- Pacientes considerados grave pelo médico assistentes.
- Pacientes com idéia suicida, identificado pela Equipe de Enfermagem.
- Paciente excepcional para qualquer idade.
- Paciente com dependência emocional (só responde ao tratamento quando familiar está presente).
- Quando o paciente é maníaco dependente crônico total e não temos funcionários para permanecer por longo tempo junto ao leito (ex: tetraplégico, coma, vida vegetativa, idoso) e o prognóstico é o mesmo.
- Estado atual do paciente que necessita de estímulos para se localizar no tempo e espaço (Traumatismo crânio encefálico).
- Paciente com doença crônica (Diabetes, AVC, Câncer das vias aéreas superiores, com traqueostomia, e vida vegetativa) com previsão de alta e que receberá cuidados iguais em casa.

3. Quanto ao Acompanhante:

- Pessoa lúcida, sadia, consciente, calma, parente mais próximo da família.
- Somente 01 acompanhante.
- O acompanhante deve ser do mesmo sexo do paciente.

4. Obrigações do Acompanhante:

- Permanecer no quarto do paciente ao lado do leito.
  - Não fumar.
  - Colaborar com manutenção da limpeza do paciente e quarto, atender as eliminações do paciente, alimentação e dar todo conforto moral.
  - Não poderá fazer uso de cama e nem fazer cama no chão para não prejudicar a assistência prestada ao paciente.
5. Quanto ao tempo de permanência:
- Será avaliado pelo Enfermeiro de acordo com os critérios estabelecidos.
  - A cessação da autorização de acompanhantes será feito pelo Enfermeiro.
  - A cessação será imediata quando o acompanhante não cumprir com as obrigações estabelecidas.

Quanto aos critérios utilizados pela unidade de neurotraumatologia a respeito da presença de acompanhante, encontra-se no Anexo 10.

#### Intercorrências com Paciente:

1. Após identificar qualquer anormalidade com os pacientes deve ser comunicado ao Enfermeiro da Unidade ou Enfermeiro de plantão.
2. As unidades que possuem Enfermeiros de 8 horas e que necessitem de Enfermeiro após esse horário, o Enfermeiro da Unidade mais próxima deverá ser chamado.
3. Quando o Enfermeiro precisar ausentar-se da Unidade por qualquer motivo, deverá comunicar o funcionário do local onde poderá ser encontrado e deixar outro Enfermeiro de sobreaviso para qualquer intercorrência.
4. É de responsabilidade do Enfermeiro comunicar qualquer intercorrência com os pacientes ao Médico Residente ou Médico Assistente.

#### Transporte de pacientes:

1. O paciente deverá ser transportado para qualquer local do hospital ou fora de maca ou cadeira de rodas, com exceção dos pacientes com condições normais de deambulação.
2. O paciente deverá ser acompanhado por um funcionário sempre que se ausentar da Unidade ou Setor.
3. Os pacientes críticos só serão transportados após receberem o primeiro tratamento na Emergência do Hospital. Não serão deslocados pacientes em risco eminente de vida.
4. Somente os pacientes em estado crítico serão acompanhados por médicos.
5. A Assistência Ventilatória está a cargo da Terapia Intensiva. O Serviço de Anestesiologia poderá ser solicitado para tal, quando do impedimento absoluto do intensivista.
6. Pessoal responsável pelo acompanhamento do paciente em estado crítico:
  - Médico Residente e/ou Staff.
  - Enfermeira e/ou Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.
7. Responsabilidade de horários:
  - 08:00 às 12:00 horas - Residente da UTI
  - 12:00 às 20:00 horas - Residente da Anestesiologia
  - 20:00 às 08:00 horas - Residente da Emergência
  - Sábado, Domingo e Feriados - Residente da Emergência
  - Encaminhar o paciente à Unidade de Internação.
  - Passar o plantão ao funcionário da Unidade que receber o paciente.
8. É de responsabilidade dos funcionários das Unidades de Internação:
  - Preparar o leito com a máxima urgência.
  - Dar prioridade aos pacientes da emergência.
  - Comunicar a emergência a liberação dos leitos.
  - Receber o paciente no posto de enfermagem e após receber o plantão, encaminhá-lo ao quarto, fornecendo todas as orientações sobre o funcionamento da Unidade.



- Fazer admissão do paciente anotando todos os dados no prontuário.
- Os exames de rotina serão realizados nas unidades de internação.
- Os pacientes considerados graves e/ou com cuidados intensivos só serão encaminhados às Unidades de Internação após avaliação do Enfermeiro.
- Os pacientes internados pelo Registro Geral para cirurgias eletivas serão encaminhados às Unidades de Internação até as 17:00 horas.

#### Relatório diário do serviço de enfermagem.

1. Deverá ser usado nos serviços noturnos diariamente, e diurno nos finais de semana e feriados.
2. As anotações deverão ser feitas somente por Enfermeiros.
3. Cada folha será considerada 01 dia de supervisão.
4. A folha de Relatório Diário poderá ser levada às Unidade e/ou setores onde o Enfermeiro de plantão estiver sendo solicitado.
5. As anotações serão feitas imediatamente após as atividades serem executadas.
6. A pasta deverá conter 02 folhas de Relatório Diário referente a plantões anteriores com a finalidade de obter-se a evolução assistencial dos pacientes.
7. Serão arquivadas quinzenalmente.

As normas e rotinas assistenciais, estão em pastas separadas na própria unidade. A unidade possui inúmeras técnicas e procedimentos que são descritos de acordo com os princípios técnico-científicos necessários. Porém observamos que estas normas e rotinas não são seguidas por muitos funcionários, pois estas exigem um tempo muito maior, e o número de funcionários às vezes fica reduzido em um determinado turno, impossibilitando a sua exata aplicação.

Citamos abaixo algumas das técnicas e procedimentos que encontram-se arquivados em pasta na unidade.

São elas:

- ⇒ Rotina de limpeza e desinfecção.
- ⇒ Orientação quanto ao controle de infecção urinária pós cateterismo vesical.
- ⇒ Rotinas de cuidados diários com pacientes cateterizados.
- ⇒ Cuidados com pacientes com cateterização de veia profunda.
- ⇒ Técnica de cateterismo vesical.
- ⇒ Limpeza e desinfecção concorrente.
- ⇒ Desinfecção e limpeza do material da sala de utilidades.
- ⇒ Rotina de troca de material esterilizado.
- ⇒ Limpeza e desinfecção terminal.
- ⇒ Rotina para manuseio de cateter implantável de duplo lúmen.
- ⇒ Técnica para realização de curativo.

Observamos que as normas e rotinas administrativas e assistenciais da unidade encontram-se arquivados em pastas na sala de curativos, mas devido ao número reduzido de funcionários e o acúmulo de tarefas, faz com que estes não tenham tempo para pesquisar e seguir estas rotinas.

Concluimos que deveria haver uma melhor organização deste material para facilitar o seu manuseio.

- Observar e descrever a quantidade e qualidade dos recursos materiais (guarda, controle e manutenção destes).

Conforme informações fornecidas pelo enfermeiro a Unidade de neurotraumatologia, dispõe de número suficiente de materiais para que seja desempenhada a assistência. Já no que se refere a qualidade dos materiais, sua precaridade deve-se em grande parte as licitações feitas pela Secretaria Estadual de Saúde para aquisição de materiais, que utiliza com principal critério o preço baixo e não a qualidade do produto.

Verificamos que o estabelecimento deste critério resulta muitas vezes na má qualidade dos materiais, o que pode interferir no cuidado do paciente, não levando em conta o princípio administrativo custo/benefício.

Quanto a guarda e controle do material de consumo e material permanente, pudemos observar que nesta Unidade, os materiais permanentes estão distribuídos em quatro locais. O primeiro, trata-se da sala de expurgo, onde ficam guardados em armário específico, os materiais para higiene e conforto: cuba rim, escarradeiras, bacias, comadres, papagaios e frascos de diurese. Ainda nesta encontra-se: suportes para soros, escadas, e biombo. No segundo, sala de depósito e rouparia, ficam depositados carrinhos de curativos e colchão. No terceiro, sala de enfermagem, onde, são guardados os esfignomanômetros, estetoscópio, ventilador e aparelho de infra-vermelho. Por último, a sala de curativo onde ficam guardados todos os materiais esterilizados (pacotes de curativos, pacotes de sondagens vesicais, entre outros, carrinho de emergência, de curativo e balança).

O material de consumo é guardado em armários e gavetas, dispostos na sala de medicação, depósito/rouparia (frascos de soluções de glicose e cloreto de sódio) e sala de curativos.

O controle dos materiais permanentes, é realizado diariamente pelo enfermeiro através de um livro diário que fica na sala de curativo. Somente os materiais: cuba rim, bacias, comadres, papagaios e frascos de diurese não são controlados.

A manutenção dos materiais permanentes só é realizada mediante solicitação escrita, feita pelo enfermeiro administrativo (interino) da Unidade, quando estes apresentam defeitos. Esta solicitação deve ser feita em formulários específicos para este fim (pedido de conserto) para a Chefia de manutenção. Relata o enfermeiro da Unidade que esta por sua vez demora no mínimo 30 (trinta) dias para qualquer tipo de conserto, como por exemplo do esfignomanômetro e não são substituídos ficando assim a Unidade sem o material para prestar assistência ao pacientes.

Os materiais de consumo são solicitados pela enfermeira responsável pelo almoxarifado que passa diariamente na unidade para fazer levantamentos dos materiais necessários para reposição tais como: pacotes de curativos, sondas fowley, sondas nasogástricas, pacotes de gazes e outros.

Os medicamentos são solicitados pela escriturária através do levantamento das prescrições médicas de cada paciente e guardados em gavetas de acordo com os números dos quartos da unidade.

A manutenção da limpeza da Unidade é de responsabilidade de dois funcionários que são contratados por uma firma prestadora de serviços especializados, que segundo a funcionária, fornece os produtos de limpeza. Não soube, no entanto, dar maiores informações acerca do tipo de diluição dos produtos. Relatou que são orientados para nunca usarem uma quantidade muito grande do produto, como por exemplo a água sanitária.

A supervisão é feita pelo Chefe de limpeza que passa na Unidade todos os dias.

- Identificar o processo de inter-relação da unidade de neurotraumatologia com a demais unidades e os serviços de apoio. (costura, lavanderia e laboratório)

- Interagir com os serviços de apoio, sempre que possível visando otimizar as ações requeridas pelos pacientes assistidos.

A unidade de neurotraumatologia interrelaciona-se diretamente com os seguintes serviços: serviço de nutrição e dietética, serviço de processamento de roupas, serviço de farmácia, serviços gerais (limpeza, manutenção e transporte), serviço de almoxarifado, serviço de centro cirúrgico, U.T.I., unidade de neurologia, emergência e laboratório. As comunicações com estes setores acontecem via telefone e através de impressos específicos para cada fim.

Durante o estágio, procuramos nos informar da maneira pela qual eram feitos os contatos com os serviços de apoio. A realização dos exames da unidade de neurotraumatologia solicitado pelos médicos é feita pelo laboratório que colhem os materiais solicitados nos seguintes horários 07:00; 11:00; 17:00 e 21:00 horas. Fora dos horários acima estabelecidos só se for exame de urgência.

Quanto a manutenção de roupas na unidade, tem-se como rotina, trocar esta de acordo com a necessidade do paciente, caso falte roupa na unidade o enfermeiro solicita via telefone a lavanderia. Sobre a solicitação de conserto, esta deverá ser feita em formulário próprio pelo enfermeiro da unidade ou pelo auxiliar administrativo. O formulário deve ser preenchido corretamente e com letra legível. O formulário deverá ser protocolado e encaminhado ao serviço de manutenção.

O que podemos observar na Unidade quanto a falta de material, é que os aparelhos utilizados para verificação de pressão arterial, estão em conserto ou quebrados, ficando na unidade uma quantidade insuficiente para suprir as necessidades do cuidado do paciente.

Concluimos que todos os serviços de apoio são imprescindíveis para manutenção de um nível de qualidade satisfatório no cuidado ao paciente. No entanto observamos que ocorriam falhas na atuação de alguns destes serviços, do tipo capinha desativada, farmácia, o que muitas vezes prejudicavam o desempenho da unidade.

Através de conversas com os enfermeiros, funcionários, pacientes e familiares vimos a importância de reforçar a solicitação de conserto do sistema de campainhas pois este encontra-se desativado na unidade, dificultando um melhor cuidado ao paciente.

Com a autorização da diretoria de enfermagem, contactuamos com os serviços de apoio para viabilizar o conserto do material desativado.

De posse da listagem de todo o material necessário para que o sistema de campainhas voltasse a funcionar.

Nos dirigimos a vários locais que trabalham com este tipo de material para solicitando uma doação. Infelizmente não foi possível pelo alto custo do material.

- Solicitar maiores explicações acerca do funcionamento da unidade de neurotraumatologia, as supervisoras de estágio.

No decorrer do estágio, a medida que foram aparecendo as dúvidas, solicitamos aos enfermeiros supervisores e funcionários frequentes informações acerca do funcionamento da Unidade de neurotraumatologia.

### **Avaliação do Objetivo 1**

Este objetivo foi alcançado, pois conseguimos obter informações acerca da organização da instituição; além de situar a unidade de internação e os serviços que relacionam-se com esta, buscando dentro de condições possíveis solucionar alguns problemas. junto as supervisoras.

A unidade em questão supriu as nossas necessidades e facilitou o alcance dos nossos objetivos, da mesma forma contribuimos com a unidade a partir de nossas informações, atitudes e companheirismo.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Avaliação</b>
<p>2. Promover a integração das acadêmicas no local de atuação e com a equipe de saúde que presta cuidados a paciente neurocirúrgicos.</p>	<p>Apresentar as acadêmicas à equipe de saúde discutindo o projeto de estágio e solicitando a participação da mesma para o alcance dos objetivos propostos.</p> <p>Convidar e estimular a participação dos membros da equipe de enfermagem nos momentos educativos, utilizando técnicas de relaxamento, cartazes informativos, etc.</p> <p>Conscientizar a equipe acerca da importância da participação do paciente no seu tratamento, pois isto favorece uma rápida recuperação do mesmo e conseqüentemente benefícios tanto para a instituição e profissionais, quanto e principalmente para o paciente.</p>	<p>O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem envolver a equipe em momentos educativos além de conseguirem a contribuição desta para o projeto.</p>

## 6.2. OBJETIVO 2 - Promover a integração das acadêmicas no local de atuação e com a equipe de saúde que presta cuidados a paciente neurocirúrgicos.

- Apresentar as acadêmicas à equipe de saúde discutindo o projeto de estágio e solicitando a participação da mesma para o alcance dos objetivos propostos.

No 1º dia de estágio, nos apresentamos para que todos os membros da equipe de saúde fossem capazes de nos identificar dentro da unidade e de saberem qual a finalidade da nossa presença naquele local. Para isso fizemos um cartaz colocando todos os objetivos do nosso projeto e como pretendíamos alcançá-los, abrindo o espaço para sugestões e críticas, acerca do que iríamos realizar.

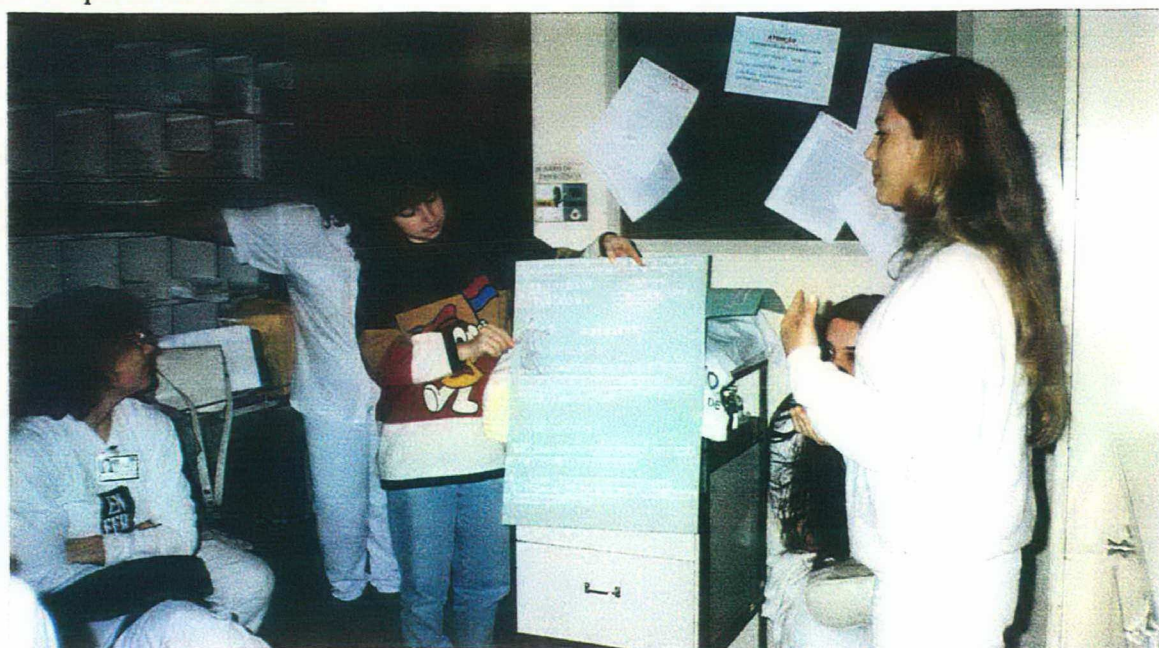


Figura I - Registro da apresentação e discussão do projeto.

- Convidar e estimular a participação dos membros da equipe de enfermagem nos momentos educativos, utilizando técnicas de relaxamento, cartazes informativos, etc...

No decorrer do estágio, pretendíamos manter uma integração efetiva com a equipe. Para isso utilizamos os momentos educativos. Através de cartão convite afixado no mural do posto de enfermagem e contato verbal com a equipe de enfermagem presente naquele plantão, articulávamos nosso objetivo. Observamos que a maioria dos funcionários participou efetivamente das atividades propostas, e que os resultados obtidos destas atividades foram bastante satisfatório.

Realizamos “2 oficinas de cuidados” com o turno vespertino, visto que seria pouco provável a possibilidade de realizarmos uma atividade educativa no turno matutino, devido a alta demanda de atividades com os pacientes a serem cumpridas na unidade neste período.

Essas oficinas educativas serão descritas a seguir:

**- Primeira dinâmica de Grupo.**

Material: canetas, cadeiras, e papéis padronizados.

Local:

- Sala de curativos - Unidade de neurotraumatologia

Clientela:

- Funcionários (equipe de enfermagem) da unidade de neurotraumatologia.

Atividade Prevista:

- Convidar a equipe de enfermagem, após a passagem de plantão, para a dinâmica em grupo.
- Promover ambiente adequado.
- Apresentar os objetivos da dinâmica em grupo.
- Orientar quanto ao procedimento da dinâmica em grupo e aplicá-la.
- Avaliar sobre suas percepções e convidá-los para a próxima atividade.

Duração Prevista:

- 15 (quinze) minutos.

Descrição da Atividade:

- Após o preparo adequado do ambiente recebemos os (técnicos e auxiliares) da unidade de neurotraumatologia, num total de nove funcionários.

Iniciamos a dinâmica , nos apresentando como acadêmicas de enfermagem explicando os nossos objetivos e sua importância para crescermos como grupo.

Concluído este primeiro momento, passamos para a segunda parte da atividade.

A seguir distribuímos aos funcionários um papel padronizado onde cada um deveria descrever o seu jeito de ser e citar o que mais gosta de fazer. (Anexo nº 8)



Após as respostas, cada um dobrava o seu papel e o colocava dentro de um saco plástico. Em seguida, cada participante retirava um papel, lia a resposta e tentava adivinhar de quem se tratava.

Após as manifestações passamos para a avaliação da dinâmica e registramos frases como:

- *“Deveríamos realizar outras brincadeiras.”*
- *“Descobrimos muitas coisas um do outro.”*
- *“Conseguimos descontrair um pouco.”*

Além da avaliação positiva da dinâmica de grupo, os funcionários enfatizaram a necessidade da enfermagem seguir o exemplo, de reunir a equipe para discutir outros assuntos, fazendo com que os funcionários participassem das decisões da unidade, bem como reivindicaram os seus direitos.

A técnica que durou 16 minutos terminou com o nosso convite para a nossa atividade.

Nesta segunda dinâmica de grupo, foram realizadas duas atividades:

- Material: uma caixa de bombons, recortes de figuras coloridas, e cadeiras.
- Local: quarto 1b, desativado do setor de neurotraumatologia.
- Clientela:

Equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares) da unidade de neurotraumatologia.

- Atividade Prevista:

Colocar no mural do setor de neurocirurgia cartaz-convite para a dinâmica em grupo.

Convidar pessoalmente a equipe de enfermagem uma hora antes da realização da atividade prevista.

Promover ambiente adequado.

Apresentar os objetivos da dinâmica em grupo.

Explicar as técnicas das dinâmicas em grupo e aplicá-la.

Avaliar junto a equipe de enfermagem, o que proporcionou a dinâmica de grupo.

- Duração Prevista:

15 (quinze) minutos.

- Descrição da Atividade:

Colocamos o cartaz-convite no mural do setor de neurocirurgia, durante a passagem de plantão e convidamos pessoalmente cada funcionário (equipe de enfermagem) para participarem da dinâmica de grupo.

Depois preparamos adequadamente o ambiente.

No horário previsto da atividade, convidamos novamente a equipe.

Iniciamos a atividade com 8 (oito) funcionários, que puderam se ausentar da unidade, nos apresentando como acadêmicas de enfermagem e expondo os objetivos:

- Promover uma maior interação entre equipe de enfermagem.
- Fazer com que cada participante se consciente de que juntos podemos encontrar meios no qual facilitem os momentos difíceis.

Em seguida realizamos a 1ª técnica, como segue: Distribuimos um bombom para cada participante, estes ficaram em posição de pé com as mãos esticadas para frente segurando o bombom na tentativa de comê-lo. Na prática não conseguiram até que uma pessoa teve a idéia de que se ajudassem quem estava do lado, poderiam então comer o bombom. Essa atividade durou 5 minutos.

No segundo momento espalhamos as figuras no meio do círculo formado pela equipe e pedimos para que cada participante escolhesse figuras com que mais se identificasse. Depois, cada um explica escolheu determinada figura. Esta atividade durou 10 minutos.

Encerrada esta atividade, o grupo declarou que:

- *“Foi uma oportunidade de conhecer um pouco do outro”*
- *“Gostei, porque proporcionou um momento agradável”.*

- Conscientizar a equipe acerca da importância da participação do paciente no seu tratamento, pois isto favorece uma rápida recuperação do mesmo e conseqüentemente, benefícios tanto para a Instituição e profissionais, quanto e principalmente para o paciente.

Durante o período de estágio incentivamos através do cuidado e diálogos frequentes com os funcionários, a importância do paciente se auto ajudar, trazendo benefícios tanto para uma melhor recuperação deste como para a equipe, visando a alta hospitalar, pois não basta que o paciente conscientize-se da sua importância no desempenho do auto-cuidado, se a equipe de saúde não oferecer espaço a sua participação.

Podemos observar no entanto que durante o cuidado muitas vezes o paciente não era estimulado a essa participação. Sendo que do nosso ponto de vista esta situação acontece devido ao número reduzido de funcionários comparado as atividade a serem por eles desempenhadas, impossibilitando o estímulo ao auto-cuidado do paciente.

### **Avaliação do Objetivo 2**

Acreditamos ter alcançado os nossos objetivos em relação as oficinas de cuidados. Percebemos durante o transcorrer das atividades que a equipe de enfermagem mostrou-se interessada em participar das dinâmicas de grupo. Analisamos sobre o nosso ponto de vista que as atividades previstas tiveram boa aceitação entre a equipe.

No entanto vimos que para a prática de tal atividades, a unidade não dispõe de uma sala adequada, fazendo-se usar a sala de curativos e quartos desativados da Unidade de neurotraumatologia.

Objetivos Específicos	Estratégia	Avaliação
<p>3. Desenvolver habilidades no cuidado executando procedimentos de enfermagem gerais e específicos em neurocirurgia.</p>	<p>Levantar diariamente com os enfermeiros as técnicas existentes no setor.</p> <p>Executar procedimentos gerais e específicos do(a) enfermeiro(a) e técnicas que exijam conhecimento técnico/científico.</p> <p>Orientar o paciente para a realização de exames e preparar o paciente dentro das normas já estabelecidas pela unidade na realização dos exames e cirurgia.</p> <p>Acompanhar os enfermeiros na execução das técnicas específicas.</p>	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem atingir conhecimento técnico e científico em neurocirurgia e interagir positivamente com os funcionários e pacientes.</p>

### **6.3. OBJETIVO 3 - Desenvolver habilidades no cuidado executando procedimentos de enfermagem gerais e específicas em neurocirurgia.**

- Levantar diariamente com os enfermeiros as técnicas existentes no setor.

- Executar procedimentos gerais de enfermagem e os específicos do enfermeiro que exijam conhecimentos técnico específico.

Após assistirmos a passagem de plantão levantávamos com a enfermeira as técnicas existentes no setor.

Tivemos a oportunidade de executarmos procedimentos junto aos pacientes como: sondagem vesical, sondagem nasogástrica, aspiração de secreção oral e traqueal, punção arterial e venosa, aplicação de injeção, retirada de pontos, curativo, retirada de dreno, entubação do paciente no ato cirúrgico, etc.

Durante a realização dos procedimentos procuramos atender aos princípios éticos e técnicos que permeavam a execução dos mesmos, bem como identificar o processo de prática com técnica e clareza, visando o paciente como um ser holístico, considerando que é um direito do paciente receber informações bem como, uma assistência livre de riscos, e que é dever do profissional de enfermagem prestar as orientações e fazer os esclarecimentos necessários. Entendemos que antes da realização de cada procedimento, deveríamos orientar o paciente acerca do que iria ser feito, qual a necessidade de fazê-lo, bem como os riscos e benefícios da realização deste.

- Orientar o paciente para a realização de exames.

- Preparar o paciente dentro das normas já estabelecidas pela unidade na realização dos exames e cirurgia.

No H.G.C.R. os exames de métodos diagnósticos que estão funcionando são os seguintes: Raio-X e tomografia computadorizada.

É importante fornecer ao paciente informações que o deixe seguro e esclarecido do procedimento. Entendemos que antes da realização de qualquer procedimento ou exame o paciente seja orientado acerca do que será feito, qual a necessidade e importância de fazê-lo, bem como os cuidados de enfermagem pré e pós exames.

Durante a realização dos exames, procuramos atender aos princípios éticos e técnicos que permeiam a execução destes, bem como adquirir informações dos mesmos com o responsável pela execução. Esta orientação teve como base as normas e rotinas na realização de exames do H.G.C.R. (Anexo nº 05)

Durante o período de estágio não foi possível preparar o paciente para a realização de arteriografia, visto que no hospital só estava em funcionamento a tomografia computadorizada e o Raio-X. O único caso que presenciamos foi a realização de uma tomografia computadorizada, e neste caso o paciente não foi preparada para o exame, sendo que foi orientada para a execução deste. Um dos exames mais solicitados a pacientes com diagnósticos de aneurisma é a angiografia cerebral, este mostra com clareza a região e a artéria onde se encontra o aneurisma, e sobre este exame será abordado no objetivo nº 07.

Antes da realização do ato cirúrgico de micro cirurgia cerebral vascular os pacientes receberam orientações sobre o seu diagnóstico através de ilustrações, desenhos, exames, esclarecendo assim as dúvidas existentes.

Ao que diz respeito ao ato cirúrgico o paciente foi orientado sobre os cuidados pré-operatório bem como: jejum, tricotomia da região a ser operada e a não realização da lavagem intestinal em pacientes com diagnóstico de aneurisma cerebral. Além disso o paciente foi informado sobre o tipo de anestesia, a duração aproximada da cirurgia, o funcionamento do centro cirúrgico, bem como recebeu orientações sobre o pós-operatório.

Detalhes sobre rotinas de enfermagem do serviço de tomografia computadorizada e exames neurológico do H.G.C.R., encontram-se no Anexo nº 06.

- Acompanhar os enfermeiros na execução de técnicas específicas.

O papel predominante do enfermeiro é o de prestar o cuidado ao paciente e fornecer orientações aos familiares. Para que o cuidado seja desempenhado de forma a beneficiar o paciente, é preciso que a enfermeira desenvolva conhecimentos teórico-práticos para executar tais técnicas com segurança e domínio. Solicitamos as nossas supervisoras que na execução de técnicas ainda não executadas por nós acadêmicas que elas nos ensinassem.

Com isso tivemos a possibilidade de observar a execução de procedimentos como: sonda nasoenteral, troca de cânula de traqueostomia, instalação de drenagem de derivação externa bem como explicações referentes a tais procedimentos.

### **Avaliação do Objetivo 3**

O objetivo foi alcançado, pois tivemos a oportunidade de realizarmos durante o período de estágio, várias técnicas assistenciais sempre obedecendo os princípios técnicos-científicos e éticos. Também observamos procedimentos médicos e do enfermeiro, não realizados por nós acadêmicas.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Avaliação</b>
<p>4. Prestar cuidados de enfermagem a pacientes neurocirúrgicos, aplicando o processo de enfermagem, segundo a Teoria de Wanda de Aguiar Horta.</p>	<p>Selecionar durante o período de estágio prioritariamente a 06 (seis) pacientes com aneurisma cerebral e TCE neurocirúrgico para aplicação do processo de enfermagem.</p> <p>Esclarecer aos pacientes quem somos e o que pretendemos realizar durante o estágio.</p> <p>Estabelecer vínculos com os pacientes e familiares através de visitas diárias.</p> <p>Interagir junto com a equipe de saúde com o objetivo de adquirir maiores informações sobre o paciente e acompanhar sua evolução.</p> <p>Realizar prescrição e evolução de enfermagem diariamente.</p> <p>Implementar o plano de cuidados, prestando cuidados integrais ao paciente, interagindo com a família a fim de dar suporte emocional e orientações referentes aos cuidados prestados ao paciente neurocirúrgico..</p> <p>Prestar cuidados pré e pós- operatórios, utilizando o roteiro para investigação neurocirúrgica. (anexo 02)</p> <p>Fazer observação participante no trans-operatório dos seis pacientes selecionados para aplicação do processo de enfermagem, registrando as impressões no roteiro de</p>	<p>O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem identificar as necessidades, planejar e prestar cuidados de acordo com a metodologia proposta, e interagir com a equipe multidisciplinar e atender ao paciente neurocirúrgico conforme suas necessidades.</p>



	<p>investigação neurocirúrgica. (anexo 02)</p> <p>Observar a realização do ato cirúrgico, interagindo com a equipe multidisciplinar.</p> <p>Estar atento a pedidos da equipe multidisciplinar para auxiliar na realização do ato cirúrgico, se necessário.</p> <p>Adequar as condutas de enfermagem de acordo com as potencialidades de cada paciente.</p> <p>Estimular à participação do paciente no seu tratamento, preparando-o para o cuidado domiciliar..</p> <p>Avaliar diariamente o desenvolvimento da metodologia proposta, adequando-a se necessário.</p>	
--	---	--

**6.4. OBJETIVO 4 - Prestar cuidados de enfermagem a pacientes neurocirúrgicos, aplicando o processo de enfermagem, segundo a teoria de Wanda de Aguiar Horta.**

- Selecionar durante o período de estágio prioritamente a 06 (seis) pacientes com aneurisma cerebral, e TCE (traumatismo crânio encefálico) neurocirúrgico para aplicação do processo de enfermagem.

Selecionamos ao decorrer do estágio 08 (oito) pacientes, 04 (quatro) com aneurisma cerebral e 04 (quatro) com TCE neurocirúrgico, sendo que a estes pacientes aplicamos o processo de enfermagem. Para aplicação do processo, utilizamos um instrumento que encontra-se em (Anexo nº 01), tendo com base o referencial teórico proposto neste trabalho.

Essa seleção ocorreu de acordo com a demanda de pacientes que apresentavam estas patologias, e de acordo com a indicação das supervisoras de estágio. Exemplos de alguns processos de enfermagem encontram-se no Anexo nº 13.



Figura II - Esta foto está indicando os sinais clínicos como: edema e equimose palpebral.

Obs: Esta foto foi publicada conforme autorização por escrito do paciente que se encontra em Anexo nº 11.

- Esclarecer aos pacientes quem somos e o que pretendemos realizar durante o estágio.

Assim que o paciente era encaminhado até a unidade de neurotraumatologia e apresentava um diagnóstico de aneurisma cerebral ou TCE neurocirúrgico, nós acadêmicas nos apresentávamos, falávamos do nosso estágio e o que iríamos ali realizar. Pedíamos a sua autorização para realização do processo de enfermagem, e seu acompanhamento durante toda a sua estadia na unidade.

Foi importante deixar claro; a todos os pacientes indistintamente, quem éramos e o que pretendíamos realizar, permitindo que ele identificasse as pessoas que estavam convivendo com ele naquele momento.

Procuramos mantê-los informados sobre seu estado geral, data da realização de exames, explicações acerca do diagnóstico e as dúvidas que no decorrer do estágio surgiam foram fornecidas e sanadas durante todo o transcorrer do estágio.

- Estabelecer vínculos com os pacientes e familiares através de visitas diárias.

Durante o estágio realizamos visitas diárias aos pacientes, às vezes com a presença da enfermeira e do médico e muitas vezes sozinhas para estabelecer vínculos, através de diálogos com os pacientes e familiares e/ou acompanhantes.

O estabelecimento da interação enfermeiro/paciente, facilita o processo de comunicação que possibilita ao profissional identificar o conhecimento prévio do paciente acerca da sua situação saúde/doença, crenças e valores sobre a mesma, além de ter a oportunidade de prestar um atendimento individualizado.

Após a passagem de plantão, a enfermeira resolve as prioridades imediatas e aguarda a chegada do médico para juntos passarem a visita. Esta visita era muito importante pois através dela eram trocadas informações relatadas na passagem de plantão além de observar o paciente em seu estado geral, detectando e tentando buscar soluções para os problemas levantados pela enfermagem ou relatados pelos próprios pacientes.

Para tanto é de fundamental importância que o profissional tenha participado da passagem de plantão e tenha anotado as principais intercorrências. A visita é a forma de detectar os desvios de saúde e tentar a medida possível para saná-los.

- Interagir junto com a equipe de saúde com o objetivo de adquirir maiores informações sobre o paciente e acompanhar sua evolução.

As informações a respeito do paciente eram adquiridas através da passagem de plantão, da prestação de cuidados e dos diálogos realizados com a equipe. Procuramos interagir com a equipe diariamente tanto para adquirir informações como para transmitir informações.

Essa interação é muito importante para a prestação de cuidados e para melhor acompanhar a evolução do paciente.

Durante o estágio tivemos oportunidade de interagir junto aos médicos neurocirurgiões para que nos esclarecessem diagnósticos, e durante o ato cirúrgico, explicassem os procedimentos.

Tivemos a oportunidade de interagir junto a fisioterapeuta, para visualizarmos os exercícios motores realizados com os pacientes e para que recebêssemos orientações à respeito.

E desta forma buscando a interação entre as equipes interdisciplinares, obtivemos resultados positivos no acompanhamento da evolução do paciente.

- Realizar prescrição e evolução de enfermagem diariamente.

Durante o período de estágio após termos realizado o histórico de enfermagem com os pacientes selecionados, realizávamos as evoluções diariamente para acompanhar o caso e avaliar o estado geral do paciente.

Após realizada a evolução realizávamos a prescrição para dar continuidade ao plano de cuidados.

Como na unidade não existe prescrição de enfermagem, estas eram realizadas em folhas separadas não sendo anexadas nos prontuários.

As evoluções registradas nas folhas de evolução de enfermagem da unidade eram realizadas de acordo com a norma do hospital sob a forma de observação complementar, e em folhas eram realizadas em forma de SOAP, não sendo anexadas ao prontuário. As evoluções e prescrições de enfermagem encontram-se no Anexo nº 13.

- Implementar o plano de cuidados, prestando cuidados integrais ao paciente, interagindo com a família a fim de dar suporte emocional e orientações referentes aos cuidados prestados ao paciente.

No decorrer do estágio e no horário proposto para a execução deste realizamos cuidados integrais aos pacientes selecionados para a elaboração do processo de enfermagem.

O plano de cuidados era implementado de acordo com a evolução do paciente e com o surgimento de novos problemas a serem solucionados.

A família quando presente era envolvida na prestação dos cuidados recebendo as orientações necessárias e o apoio emocional dedicado a elas.

- Prestar cuidados pré e pós operatórios, utilizando o roteiro para investigação neurocirúrgica.

Para nos auxiliar na implementação deste cuidado, utilizamos, num primeiro momento um instrumento elaborado para este fim que se encontra no Anexo nº 02 para direcionar a coleta de dados acerca do pré e pós operatório.

Segundo Daniel (1981), “Seria impossível reter na mente toda informação colhida num estudo bio-psico-sócio-espiritual de uma pessoa, portanto torna-se indispensável o registro das mesmas, de formas sistemáticas.”

Para nós, foi importante realizar esta forma de registro, não somente com o intuito de armazenar dados, mas também de informar a equipe de saúde acerca do que está sendo realizado junto ao paciente e fornecer dados acerca da sua situação saúde-doença antes da realização do ato cirúrgico e após a realização deste.

- Fazer observação participante no trans-operatório dos seis pacientes selecionados para aplicação do processo de enfermagem, registrando as impressões no roteiro de investigação neurocirúrgica.

Essa observação participante teve como objetivo adquirir maiores informações e explicações a respeito do ato cirúrgico, por isso realizamos utilizamos um roteiro de investigação neurocirúrgica e acrescentamos a descrição do trans-operatório.

Este roteiro não foi utilizado à pacientes com TCE, visto que quando ocorre uma cirurgia de drenagem de hematoma subdural ou extradural, o paciente vai diretamente da emergência para o centro-cirúrgico, sendo este caso uma cirurgia de urgência.

Devido a este fato, só foi possível acompanhar a sua evolução pós-operatória.

A seguir faremos um descrição de um trans-operatório de Aneurisma cerebral.

### DESCRIÇÃO DO TRANS-OPERATÓRIO

A cirurgia teve início às 08:00 h, com tempo previsto de 04:00h de cirurgia. O paciente foi submetido a microcirurgia vascular intra-craniana, onde apresentava múltiplos aneurismas intracerebrais. Todos os três foram clipados. A cirurgia teve duração de 10:00h. Houve um importante sangramento durante o acesso cirúrgico, recebendo sangue.

Foi realizado uma craniotomia fronto, tempora exterioral.

Aneurismas clipados: carótido-oftálmico, artéria comunicante anterior direita e artéria pericalosa.

- Observar a realização do ato cirúrgico, interagindo com a equipe multidisciplinar.

- Estar atento a pedidos da equipe multidisciplinar para auxiliar na realização do ato cirúrgico, se necessário.

Assim que o paciente era levado para o Centro Cirúrgico nós o acompanhávamos.

Chegando ao Centro Cirúrgico o paciente era levado até a sala destinada à neurocirurgias, pois nesta encontra-se o microscópio utilizado nestas situações.

A seguir o paciente era colocado na maca, e induzido a anestesia. Ficávamos ao lado do paciente oferecendo apoio, segurando sua mão até que ele fosse induzido. Após isso ficávamos observando e auxiliando a equipe no que fosse necessário, exercendo às vezes a função de circulante.

A nossa interação com a equipe foi muito positiva. Aprendemos a entubar pacientes, e a visualizar a cirurgia ao lado do médico, observando no microscópio e recebendo explicações sobre o ato cirúrgico.

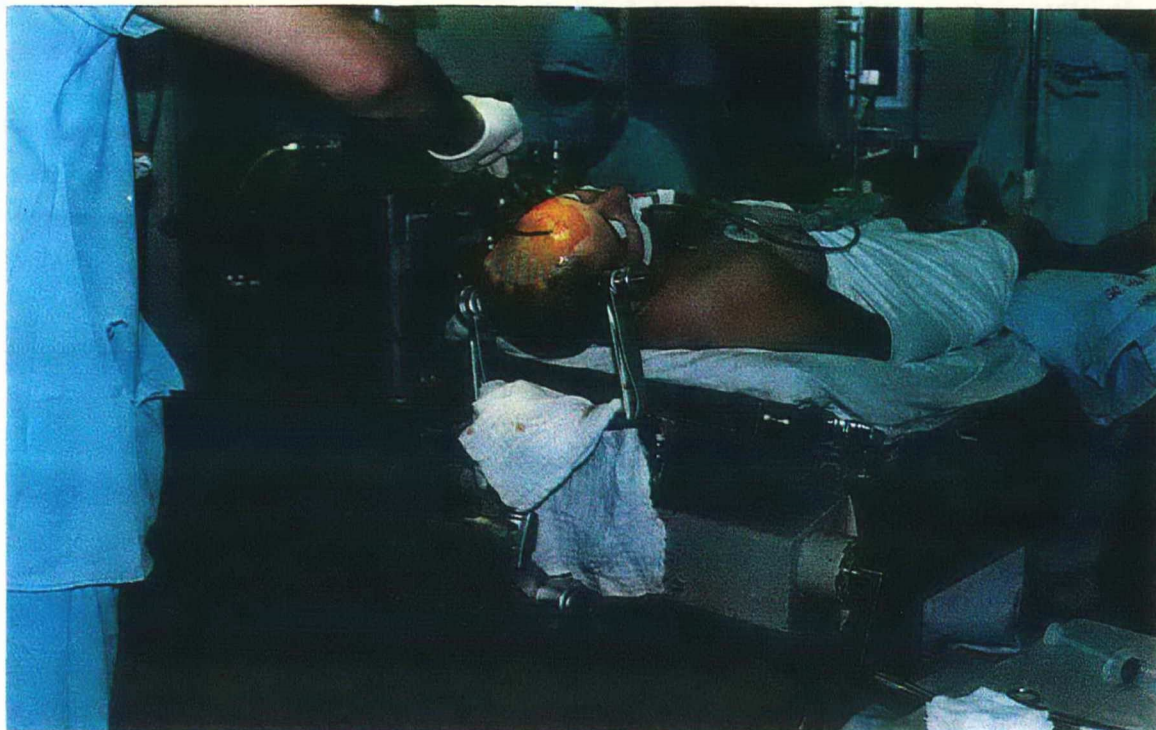


Foto IV - Esta foto mostra o paciente com aneurisma cerebral, que está sendo preparado para o ato cirúrgico.

- Estimular a participação do paciente no seu tratamento, preparando-o para o cuidado domiciliar.

Durante o estágio tivemos a possibilidade de dialogar com 8 (oito) pacientes e seus familiares acerca dos cuidados sobre sua situação saúde-doença e intervenção cirúrgica. Estimulamos a participação do paciente no seu tratamento e recuperação, sempre procurando oferecer orientações visando o cuidado domiciliar.

Estas anotações aconteciam conforme a necessidade de cada paciente como: procurar o ambulatório do hospital para dar continuidade ao tratamento, orientações a respeito das medicações, etc.

Foi através deste objetivo que vimos a importância da realização de uma visita domiciliar a uma paciente que precisava de acompanhamento. Falaremos da visita domiciliar posteriormente em objetivo a parte.

- Adequar as condutas de enfermagem de acordo com as potencialidades de cada paciente.

Todo paciente submetido a neurocirurgia precisa de cuidados especializados após o ato cirúrgico. Fica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) até que o seu estado neurológico, respiratório e geral se estabilize, e quando estivesse apresentando Glasgow acima de 11 (onze).

As condutas de enfermagem eram realizadas de acordo com a evolução do estado neurológico e geral de cada paciente.

Para isso realizamos as evoluções e prescrições de enfermagem quando estes encontravam-se na UTI, para que avaliássemos na unidade de neurotraumatologia as alterações de acordo com o estado geral apresentado pelo paciente.

- Avaliar diariamente o desenvolvimento da metodologia proposta, adequando-a se necessário.

A metodologia proposta para a elaboração do relatório era avaliada constantemente, para que pudéssemos observar se esta estava sendo desenvolvida conforme proposto, e também acrescentamos mudanças necessárias.

#### **Avaliação do Objetivo 4**

O objetivo foi plenamente alcançado visto que conseguimos, identificar as necessidades de cada paciente cuidado por nós, planejar o cuidado de acordo com o estado neurológico e geral do paciente individualmente, e interagir com a equipe multidisciplinar na aquisição de novas informações.

As acadêmicas prestaram cuidados de enfermagem aos pacientes sob suas responsabilidades, priorizando 8 (oito), para a realização do processo de enfermagem durante todo o período de internação na neurocirurgia. Foi desenvolvido o processo de enfermagem com os respectivos pacientes com aneurisma cerebral e TCE neurocirúrgico, visando as suas necessidades humanas básicas afetadas. Cada acadêmica realizou visita diária ao paciente, exame físico, orientando e preparando-o para a realização de exames, e quanto ao ato cirúrgico, bem como interagindo com os familiares, desenvolvendo o processo de enfermagem de acordo com a teoria de Wanda de Aguiar Horta.



<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Avaliação</b>
<p>5. Compartilhar as emoções e sentimentos e oferecer orientações para o cuidado, aos familiares dos pacientes atendidos pelas acadêmicas.</p>	<p>Realizar contatos informais com a família, buscando dados que contemplem os aspectos mencionados nos objetivos em especial no período pré, trans-operatório e nos dias antecedentes à alta.</p> <p>Observar a família em seus diálogos, interações e contatos com o paciente.</p> <p>Envolver a família nos cuidados de enfermagem visando sua alta hospitalar.</p> <p>Orientar a família quanto a sua importância na recuperação e melhora da situação do paciente.</p> <p>Informar a família sobre o estado do paciente em relação ao ato cirúrgico contemplando o pré, trans e pós-operatórios.</p>	<p>O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem envolver e orientar a família quanto ao cuidado de enfermagem prestado.</p>

### **6.5. OBJETIVO 5 - Compartilhar as emoções e sentimentos e oferecer orientações para o cuidado, aos familiares dos pacientes atendidos pelas acadêmicas.**

- Realizar contatos informais com a família, buscando dados que contemplem os aspectos mencionados nos objetivos em especial no período pré, trans-operatório e nos dias, antecedentes a alta.

- Observar a família em seus diálogos, interações e contatos com o paciente.

- Envolver a família nos cuidados de enfermagem visando sua alta hospitalar.

Observamos que o ambiente hospitalar é por si só muito estressante para qualquer indivíduo e principalmente quando este encontra-se em desequilíbrio de saúde. Neste período de internação, a família presente, constitui um ponto de equilíbrio do que antes representava um ambiente seguro. Tornando-se assim, ponto de apoio para o indivíduo em desequilíbrio e formando elo entre a equipe de enfermagem para buscarem meios que auxiliam no cuidado, visando uma melhor recuperação.

Durante o período de estágio fizemos contatos com os familiares sempre buscando saber como o paciente estava se sentindo ou caso haviam observado algum sintoma diferente ao anteriormente estabelecido, para através destes dados obtidos, nos subsidiar para as orientações aos cuidados realizados.

Pudemos observar a família interagindo com o ente em desequilíbrio (paciente) através do cuidado ou até mesmo nos diálogos estabelecidos e notamos que na grande maioria destes momentos, a família dava apoio encorajando-os a terem paciência e confiarem tanto em si próprios quanto na equipe de saúde prestadora de cuidados.

Buscamos sempre que possível envolver a família no cuidado principalmente quando o paciente mostrava-se inseguro ao seu tratamento.

Tentamos sempre orientar os pacientes para a alta em relação ao que poderiam retornar a fazer no seu cotidiano.

BRUNNER (1994, p. 1281) ressalta a importância de envolver, os familiares e a equipe no processo de orientação dos pacientes afirmando que, “os familiares proporcionam uma fonte de reforço e podem ajudar o paciente a recordar as instruções posteriormente. Eles também podem fornecer informações valiosas a respeito da situação vital do paciente. Quando

o enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde trabalham em colaboração com o paciente e familiares, as chances de êxito são aumentadas ao máximo.”

- Orientar a família quanto a sua importância na recuperação e melhora da situação do paciente.

Este objetivo específico foi alcançado através de uma oficina que realizamos com os familiares dos pacientes por nós selecionados durante o período de estágio, onde mantivemos um diálogo, participativo no qual cada indivíduo expôs suas dúvidas, ansiedades e mudanças na família, tanto antes como depois da doença.

A partir desta, trocamos informações sobre a importância da participação da família no cuidado, favorecendo a melhor recuperação do paciente.

Esta oficina foi realizada em um quarto desativado da Unidade de Neurocirurgia (5B) com a participação de 4 familiares, e o material utilizado foi: revistas, papel kraft, folha de ofício, canetas coloridas, canetas esferográficas, cola e tesoura, para que através deste material as pessoas envolvidas pudessem expor seus anseios, dúvidas e modificações de vida das quais passaram a ter após o aparecimento da doença.

No primeiro momento perguntamos qual seriam as expectativas em relação a saúde do familiar doente. Então foi distribuído um papel para cada participante para responderem a pergunta. Alguns escreveram:

**- “Espero melhoras rápidas que ela possa sarar o mais rápido possível e sair daqui logo. O tratamento é ótimo os enfermeiros cuidam super bem mais é um ambiente muito pesado pra mim.”**

**- “Que cada dia melhore. Está sendo difícil ficar junto no hospital. É complicado deixar a casa sozinha.”**

Estes e outros exemplos encontram-se no Anexo nº 07.

No segundo momento, perguntamos o que mudou na vida da família com o membro enfermo antes e agora com a internação.

Neste momento oferecemos material necessário como: revistas, papel kraft, cola e tesoura para que pudessem responder a pergunta de uma forma mais ampla, identificando-se assim com as figuras e logo após a elaboração cada pessoa apresentou seu cartaz e como estavam se sentindo. Alguns colocaram:

- “Antes uma família amiga e alegre e depois uma família triste com medo do amanhã.”

- “Bem antes de meu pai ficar doente o ambiente familiar era de alegria, festas, trabalho, piadas, enfim só coisas que traziam alegria. Depois da doença dele, houve uma grande mudança no caso eu larguei esposo, três filhas, o menor tem 7 anos, está doente por causa do avô que é o xodó dele, enfim só dá tristeza na família. Mas tenho certeza que no fundo estamos mais unidas do que nunca.”

Concluimos esta oficina convidando as pessoas envolvidas para fazerem uma oração por todas as famílias, principalmente àqueles que estavam doentes.

Não encontramos dificuldades em realizar esta oficina com as famílias, pois tivemos subsídios para dar suporte as famílias frente as situações que surgiram.

Observamos que os familiares participaram na oficina fazendo colocações e questionamentos sobre as mudanças geradas pela doença e principalmente como estavam se sentindo e ao final mostraram-se mais seguras pois puderam verificar durante este momento que haviam outras pessoas com os mesmos problemas e que poderiam encontrar apoio na equipe de enfermagem e com os membros de outras famílias.

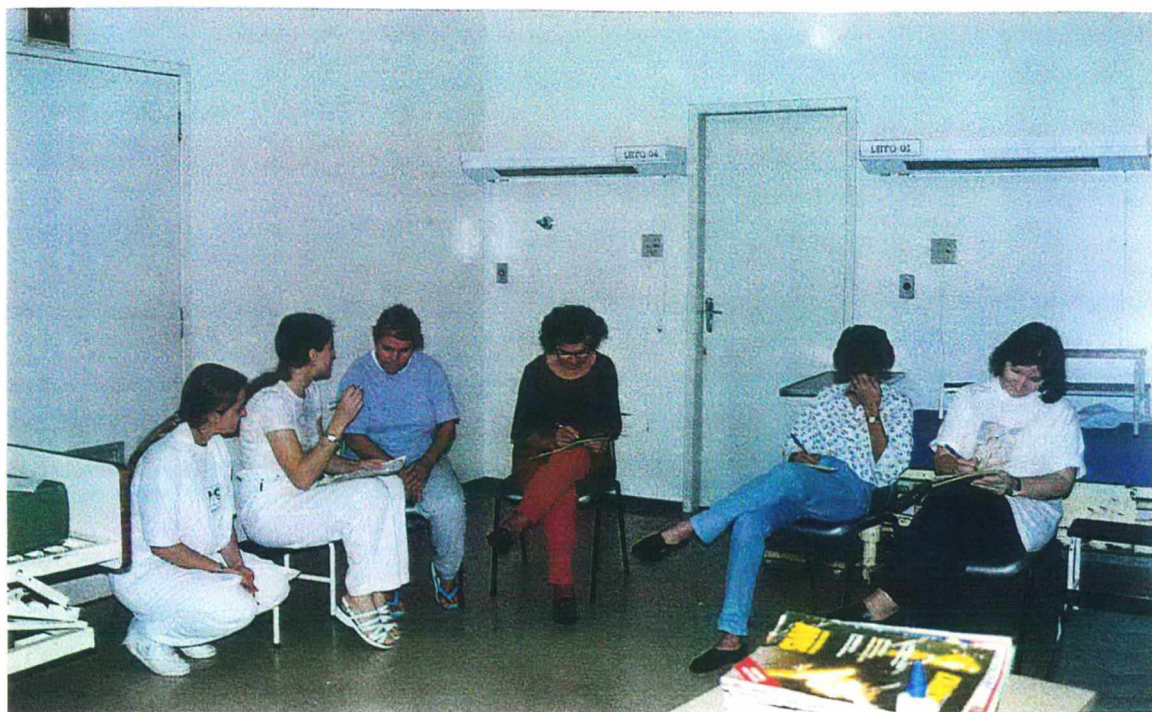


Foto V - Orientação a família.

- Informar a família sobre o estado do paciente em relação ao ato cirúrgico contemplando o pré, trans e pós-operatório.

Procuramos no transcorrer do estágio nos informar com os médicos e enfermeiros acerca do estado de cada paciente para repassar informações mais precisas aos familiares com relação aos dias previstos de cirurgias e tipos de abordagens no trans-operatório.

Durante o trans-operatório também pudemos prestar informações acerca do transcorrer da situação do estado de saúde dos pacientes, acompanhando-os nas cirurgias. No que se refere ao pós-operatório, geralmente os familiares sempre foram orientados quanto ao que havia acontecido. Quando estes se encontravam na UTI, tentamos envolver os familiares para estabelecerem um diálogo mesmo com o paciente inconsciente, favorecendo assim sua recuperação e amenizando as ansiedades por parte dos familiares.

#### **Avaliação do Objetivo 5**

Consideramos que este objetivo foi totalmente alcançado, pois conseguimos envolver e orientar as famílias nos momentos mais difíceis de lidar com a doença, dando suporte emocional através do ouvir e sanar dúvidas a respeito dos problemas existentes no dia-a-dia e principalmente com a realização de uma oficina, alcançando assim as estratégias propostas para este objetivo.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Avaliação</b>
<p>6. Visitar a clínica Imagem situada em Florianópolis para acompanhar pacientes no preparo e na execução dos exames de métodos diagnósticos.</p>	<p>Contactuar com os Diretores da Clínica Imagem para viabilizar a autorização e agendar nossa visita ao local, durante o período de estágio.</p> <p>Observar como se processa a realização dos exames de métodos diagnósticos.</p> <p>Elaborar um relatório da visita ao serviço.</p>	<p>O alcance deste objetivo será registrado sob forma de relatório técnico após a realização da visita clínica.</p>

**6.6. OBJETIVO 6 - Visitar a Clínica Imagem situada em Florianópolis para acompanhar pacientes no preparo e na execução dos exames de métodos diagnósticos.**

- Contactuar com os diretores da clinica Imagem para viabilizar a autorização e agendar nossa visita ao local, durante o período de estágio.

No decorrer do estágio contactuamos várias vezes com um dos sócios da clínica, onde explicitamos um dos objetivos do nosso projeto, que seria conhecer a clínica Imagem e visualizar a realização de exames de métodos diagnósticos, incluindo o preparo do paciente, a realização do exame e orientações pós exames. Este aceitou que contactuássemos com as enfermeiras da clínica.

E no dia 31/10/97 às 13:30h finalmente, visualizamos a realização de uma arteriografia cerebral. Fomos recebidas pela enfermeira que, forneceu materiais e folders explicativos.

A seguir fomos encaminhadas a sala de arteriografia cerebral, onde uma técnica de enfermagem que atuaria junto com o médico nos forneceu algumas orientações. Após a chegada da médica, esta foi nos explicando a realização do exame detalhadamente.

- Observar como se processa a realização dos exames de métodos diagnósticos.

Quando o paciente entra na sala para a realização do exame, precisa estar de jejum de 8 horas, não pode estar gripado, não pode possuir alergia a camarão e derivados pois para a realização deste exame é injetado um contraste e se o paciente apresentar algum desses casos acima poderá sofrer alterações na aplicação do contraste.

A arteriografia cerebral implica em uma injeção de um contraste radiopaco numa artéria como a artéria carótida ou a artéria vertebral, ou através da artéria femoral, para estudos da circulação cerebral. A arteriografia está indicada nos casos em que se necessita comprovar a presença de lesões vasculares e alterações anatômicas no cérebro e para detectar anormalidades vasculares, inclusive oclusões de vasos, malformações, aneurisma e lesões que ocupam espaço, capazes de distorcer o padrão cérebro vascular normal.

O paciente é preparado como se fosse para uma cirurgia, com as usuais restrições de alimentos e líquidos. Devem ser removidos dentaduras, grampos de cabelo e outros objetos semelhantes.

Habitualmente aplica-se anestésico local na região inguinal onde será introduzido o cateter.

O material radiopaco (contraste) é injetado diretamente nas artérias carótidas ou vertebrais ou, indiretamente, através do arco aórtico ou de vasos braquiais. Em determinadas situações, considera-se a artéria femoral uma abordagem mais segura. Com esse método, introduz-se até os vasos arteriais, de modo a se chegar a artéria carótida, a artéria vertebral ou a ambos, um cateter radiopaco longo. Fazem-se radiografias seriadas para avaliar as fases arterial, capilar e de enchimento da circulação. As complicações que acompanham esse exame estão relacionados com hemorragia, formação de embolos e reações ao contraste. Após o exame, o paciente permanece no leito por 8 a 24 horas. Mantém-se no local da punção, um curativo compreensivo.

- Elaborar um relatório da visita ao serviço.

O relatório de visita ao serviço consta no Anexo 04.

### **Avaliação do Objetivo 6**

Este objetivo foi alcançado visto que realizamos a visita ao local bem como visualizamos a realização de exames de métodos diagnósticos e elaborarmos um relatório de visita ao local.



Objetivos Específicos	Estratégia	Avaliação
<p>7. Proceder avaliação, ao final do estágio, da realização do projeto desenvolvido pelas acadêmicas, com a equipe de enfermagem do setor.</p>	<p>Aplicar ao término do estágio, junto com aos enfermeiros, técnicos e auxiliares, um instrumento de avaliação com base no desempenho dos objetivos propostos. (Anexo 10)</p> <p>Comunicar e incentivar a participação dos funcionários na realização deste instrumento citando a sua importância.</p>	<p>O objetivo será alcançado pelo acadêmicos se houver a participação e a colaboração dos mesmos.</p>

**6.7. OBJETIVO 7 - Proceder avaliação, ao final do estágio, da realização do projeto desenvolvido pelas acadêmicas, com a equipe de enfermagem.**

- Aplicar ao término do estágio junto com os enfermeiros, técnicos e auxiliares, um instrumento de avaliação com base no desempenho dos objetivos propostos.

- Comunicar e incentivar a participação dos funcionários na avaliação deste instrumento citando a sua importância.

No último dia de estágio todos os funcionários do período matutino da unidade de neurotraumatologia, foram convidados e incentivados pessoalmente para preenchimento do questionário (Anexo 09), onde avaliaram o desempenho das acadêmicas. Foi então, distribuído no total de 09 (nove) instrumentos e estipulado um horário para o preenchimento. Do instrumento constaram 8 (oito) perguntas abaixo em forma de quadro.

ITENS DESENVOLVIDOS	PORCENTAGEM
* Como foi o seu relacionamento profissional com as acadêmicas.	100% - Ótimo
* As atividades desenvolvidas pelas acadêmicas contribuíram no funcionamento da unidade.	100% - Sim
* As atividades educativas favoreceram positivamente em seu ambiente de trabalho.	90% - Sim 10% - Não
* As acadêmicas interagiram de forma correta com a equipe de enfermagem.	100% - Sim
* Como foi a interação das acadêmicas com os paciente e familiares	80% - Ótimo 20% - Bom
* As acadêmicas mostraram-se dispostas a contribuir nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes.	100% - Sim
* Acha positivo a realização de projetos de enfermagem nesta unidade.	100% - Sim

Das sugestões feitas pelos funcionários, algumas se destacaram, como por exemplo:

- *“Que elas retornem a estagiar na neurotraumatologia, isso seria muito bom para nós e os pacientes principalmente.”*

- *“Aumentar a carga horária no campo e trabalhar com pacientes com diagnóstico de Tumor Cerebral.”*



Foto VII - Funcionários da Unidade de Neurotraumatologia.

### **Avaliação do Objetivo 7**

Consideramos que este objetivo tenha sido alcançado devido a participação e interesse dos funcionários em responder o instrumento.

## 6.8. OBJETIVO - OBJETIVO NÃO PLANEJADO E ALCANÇADO

- Realizar visita em nível domiciliar a pacientes que necessitam de acompanhamento para promover uma orientação acerca da prática do autocuidado, visando a sua mais rápida e satisfatória recuperação.

Durante o cuidado aos pacientes por nós selecionados, vimos a importância de uma visita domiciliar a uma paciente que receberia alta hospitalar, e que devido as evoluções realizadas diariamente, observamos que esta necessitaria de maior atenção e explicação a nível domiciliar, pois necessitaria de continuidade ao tratamento fisioterápico que havia iniciado no hospital.

A visita foi marcada por telefone para o dia 30.10.97 às 10:00h, conforme escolha da paciente. Chegamos a rua Tertuliano Brito Xavier, 165 - Canasvieiras no horário estipulado, fomos atendidas pela senhora N. S. S., que nos recebeu com satisfação.

O diálogo, os esclarecimentos e orientações serão apresentados sobre forma de SOAP.

S. Relatou que logo na primeira semana que estava na sua casa, sentia-se bem melhor. Estava alimentado-se bem, realizava os afazeres domésticos, apenas sentindo um pouco de dificuldade em mexer o braço direito e sentia diminuição de força no braço. Estava fazendo fisioterapia mais havia parado. Confessou que o relacionamento com o marido está bem melhor, este encontra-se mais atencioso e carinhoso.

O. Lúcida, orientada e contactuante, deambulante pela casa, não apresenta déficit motor em MMII, porém apresentando hemiparesia em MSD.

SV: T: 36<sup>3</sup>; P: 78 bpm; R: 19 mpm; PA: 130/180 mmhg.

Sem demais alterações.

A. Necessidade de mecânica corporal afetada relacionada possivelmente com a diminuição de força motora em MSD e uma provável lesão das porções do córtex motor e sensorial.

P. - Esclarecida à respeito das suas dúvidas e anseios;

- Orientada a dar continuidade aos exercícios realizados procurando um fisioterapeuta;

- Orientada conforme explicações fornecidas da fisioterapeuta do hospital, a realizar exercícios de extensão e flexão, para recuperação da força motora.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para que pudéssemos elaborar o nosso trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, optamos por trabalhar com pacientes neurocirúrgicos, contando com dados bibliográficos de várias fontes. Após a leitura e análise dos mesmos, concluímos que todo paciente neurocirúrgico passa por um processo onde suas necessidades humanas básicas se encontram mais visivelmente afetadas. Portanto, necessita que a equipe de enfermagem amplie sua visão no aspecto bio-psico-socio-espiritual, sendo que as mais simples demonstrações de afetividade e empatia por parte de familiares, e da própria equipe de saúde, sempre eram vistas como suporte imprescindível pelo paciente.

Podemos afirmar que a utilização prática da teoria de Wanda de Aguiar Horta é de fácil operacionalização, visto que contemplou todas as expectativas previstas. Observamos que a organização do processo foi uma etapa agradável, pois estávamos habituadas a utilizar esta teoria, conseguindo encaixar as experiências por nós vivenciadas na descrição das etapas do processo. Há uma única observação acerca do processo, que foi o diagnóstico de enfermagem da NANDA, no qual sentimos dificuldades na sua elaboração, não conseguindo identificá-lo com a prática.

Em relação a realização do processo de enfermagem, nos sentimos desestimuladas pela inexistência de uma metodologia de enfermagem na Unidade de Neurotraumatologia, sendo que essas anotações eram feitas por nós em folhas separadas e apenas nos serviam como material de estudo.

Em vários momentos nos questionamos acerca de como seria possível receber um paciente neurocirúrgico, com todas as suas necessidades, em meio a um ambiente com tantas deficiências estruturais, administrativas e de recursos humanos.

Em vista disto, podemos perceber o quanto foi significativo para o nosso melhor desempenho trabalharmos juntas, para conseguirmos atingir nossos objetivos, o que contribuiu de forma significativa para nosso crescimento pessoal e profissional.

Para finalizar, sugerimos que este trabalho com pacientes neurocirúrgicos continue a despertar nos alunos maior interesse de estudo e pesquisa sobre este assunto, sendo este um tema não trabalhado durante o período de academia.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, Ceslie D. & MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1989.

BELAND, Irene L. Enfermagem Clínica. EPU, São Paulo, 1.º Vol, 1979.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2º vol., 1994.

DARELLA, Nieti Bolan et alii. Normas Administrativas; um programa do serviço de enfermagem para o hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, 1992.

DANIEL, Liliana Felcher. Enfermagem planejada. EPU, 3ª ed. São Paulo, 1981.

DORETTO, Dario Fisiopatologia Clínica do Sistema Nervoso. 2ª ed. Editora Atheneu, 1996.

DUDAS, Susan & BEYERS, Mayorie. Enfermagem médico-cirúrgica. 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 4º vol., 1989.

FERNER, H. & STAUBESAND, J. Atlas de anatomia humana. 18ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1º vol., 1984.

GOFFI, F. S. Técnica cirúrgica. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1980.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. EPU, São Paulo, 1979.



INDICADORES hospitalares. Setor de estatística do hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, mês de junho, 1997.

O TRAUMA como principal causa de morte entre as pessoas abaixo de 40 anos. Jornal do Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, Junho/Julho, 1997. p.7.

Material da disciplina INT 5132 - Enfermagem nas Intercorrências Clínicas Médicas, Porto Alegre, 1991.

SIMON & GREENBERG. Neurologia Clínica e Terapêutica. 18ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1º vol., 1984.

SOUZA e Cols. Humanizando a assistência de Enfermagem a pacientes intimados em VII e seus familiares, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta: UFSC, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

## **9. ANEXOS**

## **ANEXO 01 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

## I. Identificação do Paciente

- Nome completo ou sem nome (a colocação do nome é opcional, pois o impresso deve estar identificado com o mesmo)
- Idade:
- Religião:
- Procedência:
- Data e hora da chegada no setor de internação através do ambulatório, emergência, transferência interna ou encaminhamento externo.
- Diagnóstico Médico

## II. Percepção e/ou Expectativa

- Queixas, medos, preocupações, hábitos, vícios, etc..
- Conhecimento sobre a sua doença atual
- Experiência(s) anterior(es) com entidade(s) de saúde, número de internações
- Abertura para o paciente fazer perguntas

## III. Problemas Relacionados com as Necessidades Humanas Básicas

### Necessidades Psicobiológicas

#### 1. Oxigenação

- Respiração
- Tosse
- Expectoração
- Oxigenoterapia

## 2. Hidratação

- Volume
- Frequência
- Preferência

## 3. Alimentação

- Appetite
- Intolerância
- Mastigação
- Hábitos alimentares
- Dependência na alimentação
- Deglutição e digestão

## 4. Eliminação

- Intestinal
- Urinária
- Menstrual
- Drenagens
- Vômitos

## 5. Sono e Repouso

- Características
- Hábitos relacionados
- Problemas que dificultam

- Outros problemas relacionados

## 6. Atividades Físicas

- Exercícios e atividades físicas praticadas
- Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas.
- Mecânica corporal (postura, atividade motora)

## 7. Integridade Física

- Amputação
- Deformidades
- Próteses
- Problemas relacionados ao uso de próteses

## 8. Integridade Cutâneo-Mucosa

- Pele
- Couro cabeludo
- Olhos e pálpebras
- Ouvidos
- Boca
- Nariz
- Língua
- Dentes
- Garganta

- Ânus
- Órgãos genitais
- Abdome

## 9. Cuidado Corporal

- Necessidade higiênica
- Necessidade de tricotomia

## 10. Regulações

### Térmica

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




### Hormonal

- Alterações
- Problemas terapêuticos relacionados
- Outros problemas relacionados

### Neurológica

- Exame neurológico/Níveis de consciência
- Convulsões
- Crises conversivas
- Vertigens

## II Exame Físico do Paciente

<b>A - Nível de Consciência (Glasgow)</b> Abertura Espontânea 4 <input type="checkbox"/> Ocular À Voz 3 <input type="checkbox"/> À Dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> Melhor Orientado 5 <input type="checkbox"/> Resposta Confuso 4 <input type="checkbox"/> Verbal Palavras Inaprop. 3 <input type="checkbox"/> Sons 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> Melhor Obedece Comando 6 <input type="checkbox"/> Resposta Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Motora Flexão Normal 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão à Dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/>  Total de A (3-15) _____		<b>B - Frequência</b> 10 - 29 4 <input type="checkbox"/> <b>Respiratória</b> > 29 3 <input type="checkbox"/> 06 - 29 2 <input type="checkbox"/> 01 - 05 1 <input type="checkbox"/> 0 0 <input type="checkbox"/>  <b>C - Pressão</b> > 89 4 <input type="checkbox"/> <b>Arterial</b> 76 - 89 3 <input type="checkbox"/> <b>Sisólica</b> 50 - 75 2 <input type="checkbox"/> 01 - 49 1 <input type="checkbox"/> 0 0 <input type="checkbox"/>  <b>D - Nível de</b> 13 - 15 5 <input type="checkbox"/> <b>Consciência</b> 09 - 12 4 <input type="checkbox"/> 06 - 08 3 <input type="checkbox"/> 04 - 05 2 <input type="checkbox"/> 03 1 <input type="checkbox"/>  Total Trauma Score (1 -13) _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Medida Pupilar (mm)</b>            2 3 4 5              6 7 8              9   </div> Diâmetro D _____ Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Diâmetro E _____ Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	---

Miose ( ); Midríase( ); Reflexo fotomotor Direito ( ) Esquerdo ( )

Reflexo córneo-palpebral Direito ( ) Esquerdo ( )

Hidroeletrolítica

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

Vascular

- Pulso
- Pressão arterial
- Pressão venosa central



## 11. Percepção dos órgãos dos sentidos

- Visual
- Auditiva
- Olfativa
- Tátil
- Gustativa
- Dolorosa

## 12. Terapêutica

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

## 13. Sexualidade

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

## 14. Segurança Física

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

## 15. Meio Ambiente

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

## Necessidades Psicossociais e Espirituais

### 16. Segurança emocional

#### a) Manifestações de insegurança

- Saudade do lar
- Mudança de ambiente

### 17. Amor, afeto, atenção

#### a) Manifestações de carência

- Agressividade, ansiedade, agitação
- Depressão, instabilidade, choros frequentes

### 18. Auto-imagem, aceitação, auto-estima

### 19. Liberdade e participação

### 20. Comunicação

### 21. Gregária

#### a) Recebimento de visitas

Isolamento ou não

Mantém diálogo ou não

### 22. Educação para a saúde - aprendizagem

### 23. Religiosa, ética

### 24. Família

#### a) Expectativa

#### b) Conhecimentos sobre saúde - doença e cuidado

**ANEXO 02 - ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DO PACIENTE  
NEUROCIRÚRGICO**

## PRÉ-OPERATÓRIO

Nome : Registro: Leito:

Idade: Sexo: Data de admissão: Data da cirurgia:

Endereço para contato:

Diagnóstico: Alérgico: ----- X -----

Tipo de cirurgia:

Desnutrição ( ) Emagrecimento ( ) Diabetes ( ) Obeso ( )

Imunossuprimido ( ) Insuficiência renal ( ) Corticosteróide ( ) Infecção ( )

Está em jejum? Sim ( ) Não ( )

Feito o preparo intestinal ? Sim ( ) Não ( )

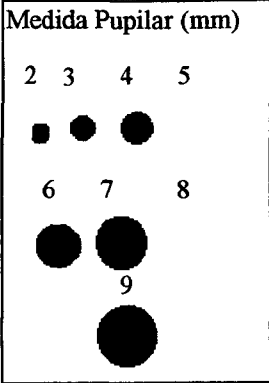
Obs:.....

Feito tricotomia? Sim ( ) Não ( ) Centro cirúrgico ( ) Quantas horas antes:...

Fez higiene corporal? Véspera ( ) Hoje ( ) Sabão ( ) Antisséptico ( )

Sinais vitais: PA:.....; P:.....; T:.....

## II Exame Físico do Paciente

<b>A - Nível de Consciência (Glasgow)</b>		<b>B - Frequência</b> 10 - 29 4 <input type="checkbox"/>	<b>Medida Pupilar (mm)</b> 
Abertura Espontânea	4 <input type="checkbox"/>	Respiratória > 29 3 <input type="checkbox"/>	
Ocular À Voz	3 <input type="checkbox"/>	06 - 29 2 <input type="checkbox"/>	
À Dor	2 <input type="checkbox"/>	01 - 05 1 <input type="checkbox"/>	
Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>	
Melhor Orientado	5 <input type="checkbox"/>	<b>C - Pressão</b> > 89 4 <input type="checkbox"/>	
Resposta Confuso	4 <input type="checkbox"/>	Arterial 76 - 89 3 <input type="checkbox"/>	
Verbal Palavras Inaprop.	3 <input type="checkbox"/>	Sisólica 50 - 75 2 <input type="checkbox"/>	
Sons	2 <input type="checkbox"/>	01 - 49 1 <input type="checkbox"/>	
Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>	
Melhor Obedece Comando	6 <input type="checkbox"/>	<b>D - Nível de</b> 13 - 15 5 <input type="checkbox"/>	Diâmetro D _____
Resposta Localiza Dor	5 <input type="checkbox"/>	Consciência 09 - 12 4 <input type="checkbox"/>	Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/>
Motora Flexão Normal	4 <input type="checkbox"/>	06 - 08 3 <input type="checkbox"/>	Diâmetro E _____
Flexão Anormal	3 <input type="checkbox"/>	04 - 05 2 <input type="checkbox"/>	Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/>
Extensão à Dor	2 <input type="checkbox"/>	03 1 <input type="checkbox"/>	Isocóricas <input type="checkbox"/>
Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>		Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Total de A (3-15) .....		Total	
		Trauma Score (1 -13) _____	

Administrado pré-anestésico: Sim ( ) Não ( )

Administrado antibióticoprofilaxia: Sim ( ) Não ( ) Nome: -----

Dosagem: -----

Foi retirado prótese dentária, jóias, lentes de contato, esmalte e peças íntimas?

Sim ( ) Não ( )

Exames e radiografias estão em anexo?.....

Paciente sondado?..... Tem ferida contaminada?.....

Nome de quem preencheu os dados:

Observação:

## TRANS-OPERATÓRIO

Médico Cirurgião:

Médico auxiliar:

Médico anestesista:

Instrumentador:

Circulante:

Estagiários:

Duração da cirurgia: Início: Término:

Degermação da equipe cirúrgica: Escovação ( ); PVPI ( );

Álcool ( ); Clorexidina ( )

Degermação da pele do paciente: PVPI ( ) Clorexidine ( ) Outros:

Uso de máscara na sala: Sim ( ) Não ( )

Entrada de objetos estranhos na sala: Sim ( ) Não ( )

Houve trocas de luva após duas horas de cirurgia: Sim ( ) Não ( )

Tipo de anestesia: Local ( ); Raque ( ); Peridural ( ); Geral ( );

Inalatória ( ) Bloqueio ( ); Endovenosa ( )

Placa de cautério localizada em:.....

Potencial de contaminação: Limpa ( ); Infectada ( ); Contaminada ( );

Potencialmente contaminada ( )

Sinais vitais: PA:.....; P:.....;R:.....;T.....

Sinais de sangramento:.....

Recebeu sangue: Sim ( ) Não ( )

Cuidado especial: .....

Punção venosa com:.....

Dreno : ( ) Tubular ( ); Penrose ( )

Sonda: ( ) Vesical ( ); SNG ( ) ; Outros ( )

Nome de quem preencheu os dados:

**Pós- operatório 26/10 imediato**

1. Quanto ao posicionamento do paciente

( ) Imóvel

( ) Movimentação ativa dos MMII

( ) Movimentação ativa dos MMSS

( ) Fazer mudança de decúbito

( ) Movimentação passiva MMII

( ) Movimentação passiva MMSS

Outras: Movimentação ativa do MSE. Hemipausa D. Não movimenta o MID (hemiplegia).

2. Quanto ao nível de consciência:

( ) Consciente

( ) Agitado

( ) Semiconsciente

( ) Prostrado

( ) Inconsciente

## II Exame Físico do Paciente

<b>A - Nível de Consciência (Glasgow)</b>	<b>B - Frequência</b> 10 - 29 4 <input type="checkbox"/>	<b>Medida Pupilar (mm)</b> <table border="1"><tr><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td></td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>9</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr></table>	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			6	7	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				9				<input type="checkbox"/>	
2	3		4	5																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																							
	6		7	8																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																							
			9																							
			<input type="checkbox"/>																							
Abertura Espontânea 4 <input type="checkbox"/>	Respiratória > 29 3 <input type="checkbox"/>																									
Ocular À Voz 3 <input type="checkbox"/>	06 - 29 2 <input type="checkbox"/>																									
À Dor 2 <input type="checkbox"/>	01 - 05 1 <input type="checkbox"/>																									
Nenhuma 1 <input type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>																									
Melhor Orientado 5 <input type="checkbox"/>	<b>C - Pressão</b> > 89 4 <input type="checkbox"/>																									
Resposta Confuso 4 <input type="checkbox"/>	Arterial 76 - 89 3 <input type="checkbox"/>																									
Verbal Palavras Inaprop. 3 <input type="checkbox"/>	Sisólica 50 - 75 2 <input type="checkbox"/>																									
Sons 2 <input type="checkbox"/>	01 - 49 1 <input type="checkbox"/>																									
Nenhuma 1 <input type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>																									
Melhor Obedece Comando 6 <input type="checkbox"/>	<b>D - Nível de</b> 13 - 15 5 <input type="checkbox"/>																									
Resposta Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/>	Consciência 09 - 12 4 <input type="checkbox"/>																									
Motora Flexão Normal 4 <input type="checkbox"/>	06 - 08 3 <input type="checkbox"/>																									
Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/>	04 - 05 2 <input type="checkbox"/>																									
Extensão à Dor 2 <input type="checkbox"/>	03 1 <input type="checkbox"/>																									
Nenhuma 1 <input type="checkbox"/>	<b>Total</b>																									
Total de A (3-15) _____	Trauma Score (1 -13) _____																									

### 1. Quanto a sondas e catéteres

a) Sonda nasogástrica

b) Sonda vesical

c) catéter de O<sub>2</sub>

( ) Sifonagem

( ) de demora

( ) Sim

( ) Fechada

( ) intermitente

( ) Não

( ) Gavagem

( ) sem problemas

( ) Para alimentação



## 2. Quanto a fluidoterapia

- |  |  |                                  |   |
|--|--|----------------------------------|---|
| a) Local da punção                     | b) Equipamento                                       | c) Gotejamento                   | d) Reação pirogênica                    |
| <input type="checkbox"/> Sem problemas | <input type="checkbox"/> Apresenta vazamento         | <input type="checkbox"/> Correto | <input type="checkbox"/> Apresentou     |
| <input type="checkbox"/> Soroma        | <input type="checkbox"/> Apresenta reflexo de sangue | <input type="checkbox"/> Rápido  | <input type="checkbox"/> Não apresentou |
| <input type="checkbox"/> Flebite       |  | <input type="checkbox"/> Lento   |   |
| <input type="checkbox"/> Hematoma      | <input type="checkbox"/> Sem problemas               |                                  |   |

## 3. Drenos

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Com drenagem | <input type="checkbox"/> Penrose |
| <input type="checkbox"/> Sem drenagem | <input type="checkbox"/> Tubular |

## 4. Quanto a cavidade oral

- Lábios ressequidos
- Halitose
- Sem problemas
- Outros

Qual?

## 5. Quanto as secreções gástricas (vômitos). Exemplos: borra de café, com sangue, esverdeado, esbranquiçado, resíduos alimentares.

- Apresentou
- Não apresentou

6. Quanto ao local da incisão:

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| a) Curativo                          | b) Incisão  | c) Tipo de secreção no local do dreno         |
| <input type="checkbox"/> Sangramento | <input type="checkbox"/> Abaulamento                                  | <input type="checkbox"/> Serosanguinolenta    |
| <input type="checkbox"/> Secreção    | <input type="checkbox"/> Secreção                                     | <input type="checkbox"/> Sanguinolenta        |
| <input type="checkbox"/> Seco        | <input type="checkbox"/> Sangramento                                  | <input type="checkbox"/> Serosa               |
|                                      | <input type="checkbox"/> Descência                                    | <input type="checkbox"/> Seropiosanguinolenta |
|                                      | <input type="checkbox"/> Não foi possível observar devido ao curativo | <input type="checkbox"/> Piosanguinolenta     |
|                                      |   | <input type="checkbox"/> Sem secreção         |

7. Quanto a dor

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| a) Tipo   | b) Localização                       | c) Fatores relacionados ao aparecimento                | d) A Expressão de dor                          |
| <input type="checkbox"/> Intensa  | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Exercício                     | <input type="checkbox"/> Gemido                |
| <input type="checkbox"/> Em pontada   | <input type="checkbox"/> Profunda    | <input type="checkbox"/> Posição                       | <input type="checkbox"/> Grito                 |
| <input type="checkbox"/> Intermitente   |                                      | <input type="checkbox"/> Tosse                         | <input type="checkbox"/> Choro                 |
| <input type="checkbox"/> Latejante  |                                      | <input type="checkbox"/> Alimentação                   | <input type="checkbox"/> Movimentação do corpo |
| <input type="checkbox"/> Outros. Não apresenta revesta verbal devido a entubação. |                                      | <input type="checkbox"/> Outros. Quais? Não apresenta. | <input type="checkbox"/> Contorção do corpo    |
|   |                                      |  | <input type="checkbox"/> Expressão do rosto    |

8. Quanto as eliminações

- a) Intestinais

- Diarréia
- Endurecidas e ressequidas
- Constipação
- Normais (pastosas)
- Outros. Não havia evacuado no período.

b) Urinária

- Hematúria
- Límpida (urina clara)
- Com depósito
- Turva
- Disúria
- Colúria

## **ANEXO 3 - ORGANOGRAMA**

SUBSISTEMAS NOTURNOS

- CENTRO DE ESTUDOS
- S.C.I.H. (1)
- COORD. QUALIDADE (13)

- COORD. CORPO CLINICO
- SECRETARIA
- ASSISTENTE DE DIREÇÃO

- COMISSÕES

**DIVISÃO DE ENFERMAGEM**

- CE 7a Andar (11)
- CE 4a Andar
- CE 2a Andar
- CE U.I. Neuro/Traumatologia
- CE Unidade de Emergência
- CE U. Terapia Intensiva
- CE Unidade de Rim
- CE Centro Cirúrgico
- CE C.M.E. (12)
- CE Ambulatório
- CE Neurologia

**DIVISÃO MEDICO-TECNICA**

- CM de U.I. Clínicas e APTOS (6,7)
- CM C.C. e U.I. CIRURGICAS (8)
- CM Unidade de Emergência
- CM U.T.I. (9)
- CM Unidade de Rim
- CM Serviço de N.R./T.C. (10)
- CM Serviço de Ambulatório
- CM Serviço Diag. Imagem
- Coord. Serviços Técnicos

**DIVISÃO ADMINISTRATIVA**

- Assessor de Atividades Administrativas
- S.N.D. (2)
  - Seção de abastecimento
  - Seção de Produção
  - Seção de Dietética
- Serviço de Farmácia
- Seção de Almozarifado
- S. Material/Patrimônio
- Seção de Controle e Reposição
- Seção de Almozarifado
- S.A.M.E. (3)
  - Seção de Registro Geral
  - Seção de Arquivo Médico e Estatística
- Serviços Gerais
  - Seção de Higieneização e

- Limpeza
- Seção de Manutenção e Reparos
- Seção de Comunicação e Transporte
- Seção de Portaria e Protocolo
- S. Processamento Roupas
  - Seção de Lavanderia
  - Seção de Rouparia e Costura
- S. Admin./Financeiro
  - Seção de Faturamento
  - Seção de Orcamento/NIG (4)
- S. Adm. Recursos Humanos

**ORGANOGRAMA DO H.G.C.R.**

LEGENDAS:

- 1 S.C.I.H.
  - 2 S.N.D.
  - 3 S.A.M.E.
  - 4 N.I.G.
  - 5 R.H.
  - 6 C.M.
  - 7 U.I.
  - 8 C.C.
  - 9 U.T.I.
  - 10 N.R./T.C.
  - 11 C.M.E.
  - 12 C.M.E.
  - 13 COORD.
- ..... Serviço de Controle de Infecções Hospitalares
  - ..... Serviço de Nutrição e Dietética
  - ..... Serviço de Arquivo Médico e Estatística
  - ..... Núcleo de Informações Gerenciais
  - ..... Recursos Humanos
  - ..... Coordenador Médico
  - ..... Unidade de Internação
  - ..... Centro Cirúrgico
  - ..... Unidade de Terapia Intensiva
  - ..... Neuro-Radiologia / Tomografia Computadorizada
  - ..... Coordenador de Enfermagem
  - ..... Centro de Material e Esterilização
  - ..... Coordenadoria de Controle e Qualidade

## **ANEXO 4 - RELATÓRIO DE VISITA A CLÍNICA IMAGEM**

## RELATÓRIO DE VISITA A CLÍNICA SITUADA EM FLORIANÓPOLIS

A clínica Imagem, encontra-se situada junto ao Hospital de Caridade na rua menino Deus s/n°. Esta clínica, realiza exames como: ressonância magnética, tomografia computadorizada, angiografia digital, ultra-sonografia, doppler colorido, ecocardiografia, além de possuir serviço de neurocirurgia e serviço de ambulância.

A clínica neurocirúrgica é constituída por uma equipe médica que também atendem no Hospital Governador Celso Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão.

A clínica possui normas e rotinas para a realização destes exames. Citaremos a seguir os procedimentos realizados para a realização de exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética, arteriografia digital cerebral, angiografia digital e cuidados pós angiografia digital.

### 1- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- Marcação de 45 em 45 minutos.
- Não precisa de jejum.
- Se precisar de sedação, aí sim, ficará 8 horas em jejum.
- Crianças marcadas com sedação serão marcadas nas terças-feiras pela manhã de 50 em 50 minutos. Tem que anotar a idade no computador e na agenda de anestesia. Verificar qual o jejum que está numa tabela na recepção.
- No período da manhã, serão marcados os exames de corpo como tórax, abdome, pelvis, membros inferiores e superiores inclusive joelho que terá que chegar 30 minutos antes.
- Terá que avisar ao paciente que ele deverá chegar na clínica 45 minutos antes do horário marcado.
- No período da tarde, serão marcados os exames de crânio e coluna.
- Quando for paciente internado, seus documentos ficarão em hospital, a unidade e quem está marcado. Ex: HC - ala São José - Andréia.
- Exame pelo SUS será marcado aos sábados seguindo a sequência de marcação.

## 2- ARTERIOGRAFIA DIGITAL CEREBRAL:

- Marcar uma consulta antes de marcar o exame. Esta terá que ser anotado na agenda que fica sempre na recepção.
- No dia do exame a recepcionista deverá entrar em contato com a internação do Hospital de Caridade (HC) para, se necessário, reservar quarto para o paciente. Caso contrário o paciente fica em observação na clínica até a noite e terá que voltar para casa em um carro que o banco possa reclinar totalmente (terá que voltar deitado).
- O paciente deve sempre trazer acompanhante.
- Se não for ficar internado, terá que trazer Alimentação líquida ou uma comida leve (sopa, iogurte, suco, etc.).

## 3- ANGIOGRAFIA DIGITAL:

- ◆ Receber o pasta da recepção e observar correto preenchimento do pedido e dados do paciente.
- ◆ Chamar o paciente e encaminhá-lo ao vestiário para trocar a roupa, orientando-lhe que a camisola deverá ser com a abertura para frente e colocar pelo pé.
- ◆ Encaminhar para a sala de exames e colocá-los na mesa.
- ◆ Anotar no caderno de registro dos exames, o nome do paciente, médico, auxiliar e convênio.
- ◆ Retirar prótese dentária, quando necessário.
- ◆ Verificar e anotar pressão arterial.
- ◆ Puncionar veia periférica.
- ◆ Realizar tricotomia inguinal bilateral quando necessário.
- ◆ Iniciar procedimentos relativos ao exame propriamente dito: Abertura e colocação de material na mesa de procedimento.
- ◆ Anotar gastos na folha de gasto.
- ◆ Auxiliar ao médico quanto a gravação das imagens no aparelho.



- ♦ Ao final do exame, realizar curativo no local da punção, retirar campos cirúrgicos e transferir o paciente para a sala de repouso ou solicitar que o hospital responsável venha buscá-lo, orientado-lhe quanto aos cuidados pós exames.

**Importante:**

- Verificar se o paciente trouxe acompanhante e se foi orientado quanto a volta à casa (de ambulância ou carro próprio, com banco reclinável).
- Manter sala limpa e organizada, sempre preparada para o próximo atendimento.
- Anotar no caderno de material a utilização dos mesmos (guia, cateter, etc...).

PROCEDIMENTO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- Marcação de 30 em 30 minutos.
- Jejum de 4 horas.
- Verificar sempre se o paciente é adulto ou criança.
- Crianças com sedação serão marcadas nas terças-feiras à tarde. Tem que anotar a idade no campo de observação do computador e na agenda de anestesia. A criança não pode estar resfriada.
- No período da tarde será crânio e coluna.
- Anotar sempre no campo de observação se o paciente é internado, a ala e quem está marcado. Se for do HC, verificar se precisa de ambulância (das 10:00 às 19:00 horas).
- Verificar o convênio do paciente, se precisa de autorização.
- O paciente deverá ser avisado para chegar 30 minutos antes do exame.

4- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ❖ Receber a pasta da recepção, conferir o questionário e checar na agenda de marcação diária.
- ❖ Chamar o paciente:

Repetir as perguntas quanto as alergias, asma brônquica, procurando recolher os melhores dados possíveis de cada caso, anotando na ficha do paciente.

Quando for paciente internado verificar resultados laboratoriais de uréia e creatinina e anotar na ficha do paciente.

- ❖ Auxiliar na troca de roupa e guarda de pertencentes.
- ❖ Quando for necessário o uso de contraste ORAL, estimular o paciente a beber e conscientizá-lo da importância e necessidade do mesmo.
- ❖ Posicioná-lo no aparelho, orientando-o sobre a posição, o tempo do exame e possível uso do contraste EV.
- ❖ Quando solicitado contraste EV., puncionar o paciente e administrar, observando possíveis reações alérgicas e havendo necessidade, chamar o médico responsável pelo exame.
- ❖ Anotar gasto de contraste na folha do paciente.
- ❖ Ao término do exame, retirar o paciente do aparelho e encaminhá-lo a recepção, orientando quanto a data da entrega do exame.

**Importante:**

- Verificar e confirmar o correto preenchimento do questionário.
- Manter contato direto com a técnica de TC para ajustar horários e posicionamento e outras alterações que forem necessárias.
- Manter a sala limpa e organizada, sempre preparada para o próximo exame.

**5- CUIDADOS PÓS ANGIOGRAFIA DIGITAL**

**CUIDADOS PÓS-CATETERISMO FEMURAIS, BRAQUIAIS E AXILARES**

- ⇒ Dieta líquida nas primeiras 4 horas (estimular ingestão hídrica), após dieta geral.
- ⇒ Repouso no leito por 24 horas.
- ⇒ Manter o membro estendido durante 8 horas sem flexioná-lo.
- ⇒ S.V. 15/15 por duas horas, após 2/2 horas por 6 ou 4/4 horas até o dia seguinte.
- ⇒ Controlar as pupilas ou a movimentação.

⇒ Anotar no prontuário qualquer anormalidade.

⇒ Surgindo qualquer problema chame o médico de plantão.

A Clínica Imagem possui o setor de enfermagem que apresenta suas funções e sua dinâmica que serão descritos a seguir:

**Função-Enfermagem:**

O setor de enfermagem ocupa o espaço intermediário dentro da Clínica Imagem, isto é, recebe o paciente após haver passado pela recepção e o encaminha para a sala de exames.

É composto atualmente, por 7 (sete) funcionários, distribuídos em 3 (três) turnos de trabalho.

a) Matutino: (7:00 às 13:00 h)

- 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem.

**Dinâmica:**

Cada sala de exames tem sempre um responsável por turno. Esta pessoa deve chamar o paciente, recepcioná-lo, solicitá-lo a trocar de roupa, encaminhá-lo à sala de exames e posicioná-lo corretamente.

Quando alguns exames necessitam de contraste, esta pessoa aplica, sendo importante orientar corretamente o paciente durante a injeção do contraste para diminuir a tensão.

Após o exame, recolocar sua roupa, recolher seus pertences e encaminhá-lo à recepção para que se faça uma folha de gastos, anotando o que foi utilizado no exame.

A responsabilidade pelo funcionamento conjunto de todo o setor e resolução das emergências é da enfermeira de cada turno.

**ANEXO 5 - NORMAS E ROTINAS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES DO  
H.G.C.R.**

## A ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS EXAME NEURO-RADIOLÓGICO

### 1- CUIDADOS NO PRÉ-EXAME:

#### 1) Cuidados Gerais:

- Encaminhar requisição do exame, logo após a solicitação do médico. A requisição deverá estar preenchida corretamente e assinada pelo médico assistente. Deverão constar os dados clínicos mais importantes (Quando iniciou? Como iniciou? Como evoluiu?), e, quando presentes, as alterações ELETRO-CARDIOGRAFIAS e eletroencefalografias.
- Orientar no banho de chuveiro pela manhã, ou no leito se for o caso.
- Orientar ou fazer a higiene oral, 1 hora antes do exame.
- Observar a movimentação dos quatro membros, condições das pupilas, e nível de consciência.
- Remover prótese dentária, jóias, grampos ou prendedor de cabelo, esmalte das unhas, relógios e qualquer outro objeto de uso pessoal.
- Encaminhar o paciente ao serviço de radiologia, no horário previsto, com camisola e em maca.

#### 2) Cuidados Específicos:

##### a) Angiografias cerebrais por punção direta:

- Soro 5% uma hora antes do exame planejado (24 gotas por minuto). Caso o paciente seja diabético, usar soro fisiológico.
- Tricotomia da região antero-lateral do pescoço.
- Dieta geral até as 08 horas antes do exame, e líquido até 06 horas antes. Após dieta zero.

##### b) Angiografias cerebrais por punção direta:

- Dieta líquida nas primeiras 4 horas e pastosa até 24 horas após o exame, estimular a ingestão hídrica nas primeiras 06 horas.
- Sinais Vitais de 15/15 min. por 2 horas, após 2/2 horas por 6 horas e 4/4 horas até o dia seguinte: 8 x 15/15 min.

3 x 2/2 horas.

4 x 4/4 horas.

- Repouso no leito por 12 horas.
- Observar o local da punção a cada 30' por 4 horas após o exame, caso ocorra hematoma e/ou sangramento, comprimir levemente o local e comunicar imediatamente o médico de plantão:

- Observar dispnéia e/ou desvio de traquéia.
- Novalgina 2 ml E.V. se necessário.
- Trocar o curativo após 24 horas ou se necessário.
- Manter a medicação prescrita pelo neurologista ou neuro-cirurgião.
- Surgindo qualquer problema chame imediatamente o médico de plantão.

Em caso de dúvidas, telefonar para o neuro-radiologista 23-3042.

**Nota:** As alterações na rotina serão acrescentadas na folha de prescrição.

**ANEXO 06 - ROTINAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E EXAMES  
NEUROLÓGICOS DO H.G.C.R.**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

ROTINAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
E EXAMES NEUROLÓGICOS

**Finalidade do Serviço :**

O Serviço de Neuroradiologia e Tomografia Computadorizada tem por finalidade a elaboração dos procedimentos diagnósticos, realização, processamento e interpretação das imagens obtidas dos exames realizados através de métodos específicos, garantindo subsídios diagnósticos e terapêuticos para as diversas especialidades.

**Tipos de Exames Realizados:**

- a) Cateterismo femoral braquiais e axilares;
- b) Mielografias;
- c) Flebografias peridural lombar, cervical ou sinografias orbitárias;
- d) Flebografias orbitárias;
- e) Punção, biópsia óssea ou de partes moles por agulhas;
- f) Terapia Periradicular (T.P.R.);
- g) Cateterismo femoral, braquiais e axilares.

**Assistência de Enfermagem no Pré, Trans e Pós Exames de Pacientes Internados:**

**Pre - Exame:**

- Orientação quanto a higiene corporal.
- Observar o movimento dos quatro membros, pupilas e nível de consciência.
- Verificar sinais vitais.
- Remover prótese dentária , jóias, grampos ou prendedores de cabelos, esmalte de unhas, relógio, etc...;
- Observar cuidados específicos de cada exame;
- Fazer evolução de Enfermagem
- Deixar prontuário completo com todos os exames.



### **Trans - Exame:**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento.
- Conferir o nome do paciente e exame.
- Observar nível de consciência.
- Posicionar o paciente.
- Administrar medicação (contraste), somente na presença do médico neuroradiologista.
- Evoluir procedimentos de enfermagem
- Colar no prontuário os cuidados específicos dos exames.

### **Pós - Exame:**

- Comunicar recepcionista do término do exame.
- Recepcionista comunica andar ou maqueiro para buscar o paciente.
- Setor de internação deverá observar os cuidados específicos para cada tipo de exame.
- Pegar rotina dos cuidados das unidades.

### **Assistência de Enfermagem no Pré, Trans e pós exames de pacientes Externos:**

- Os cuidados são os mesmos, lembrando que a orientação dos cuidados específicos dos exames devem ser dada quando da marcação do mesmo.
- O paciente só irá sair da unidade pós exame quando:
  - \* Sinais vitais estáveis;
  - \* Sem sinais de sangramento no local da punção;
  - \* Prescrição médica de alta.
- Qualquer alteração comunicar ao médico neuro-radiologista ou de plantão.

**ANEXO 7 - REGISTRO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS COM AS  
FAMÍLIAS**

Duridas: Inau o motivo desta  
demora Porque a primeira cirurgia  
nem deu certo  
Porque outras pacientes com neurisma  
fazem a cirurgia e sai bem  
com o motivo desta demora da cirur-  
gia do, mas sera mesmo foto de  
roga na uter ou a um motivo  
maior que o medico nao quer re-  
velar

Eu espero que meu pai faça logo a cirurgia  
& fique bem logo para voltar para casa, pois  
eu tenho certeza que ele muito menos nos  
da familia ja' mais perdemos a esperanca,  
ele e' ~~uma~~ uma pessoa muito forte, e de muito  
fe', e ele tambem sabe que tem uma familia  
que da' a vida por ele. Eu por exemplo tenho  
marido e 3 filhos para cuidar e dar toda atencao  
que ele precisa e merece.

- > Que cada dia melhore;
- > Esta sendo dificil ficar  
junto no hospital;
- > O' complicado deixara casa  
sozinha

espero melhoras rapidas que da  
pessoa saia o mais rapido  
possivel, e sai daqui logo, o tra-  
tamento e' ótimo os enfermeiros  
cuidam super bem mais e' um  
ambiente muito pensado pra  
mim.

**ANEXO 8 - REGISTRO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS FEITAS  
COM OS FUNCIONÁRIOS**

Descreva o seu jeio de ser, e o que mais gosta de fazer.

Algu,  
Sociedade.  
Adoro animais  
Adoro viajar  
Adoro conversar



Descreva o seu jeio de ser, e o que mais gosta de fazer.

É a praia  
Sou a noite para  
dançar.  
Não gosto de  
pessoas falsas.  
Sou muito  
tímido.



**ANEXO 9 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DAS  
ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM**

ATRAVES DESTE INSTRUMENTO QUEREMOS AVALIAR O DESEMPENHO DAS ACADEMICAS DE ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES REALIZADAS, NO PERIODO DE 01/09/97 A 05/11/97 NA UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA.

1. IDENTIFICACAO

1.1 Nome (opcional):

1.2 Profissao:

1.3 Cargo que ocupa:

1.4 Período:

1.5 Tempo de trabalho na unidade de neurotraumatologia:

2. AVALIACAO

2.1 Como foi o seu relacionamento profissional com as academicas?

( ) Otimo

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

Em que sentido?

2.2 As atividades desenvolvidas pelas academicas contribuíram no funcionamento da unidade?

( ) Sim ( ) Não

Em que sentido?

2.3 As atividades educativas favoreceram positivamente em seu ambiente de trabalho?

( ) Sim ( ) Não

Em que situação?

2.4 As academicas interagiram de forma correta com a equipe de enfermagem?

( ) Sim ( ) Não

Em que situação?

2.5 Como foi a interação das academicas com o paciente e familiares?

( ) Otimo

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

2.6 As academicas mostraram-se dispostas a contribuir nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes?

( ) Sim ( ) Não

Em que sentido?

2.7 Acha positivo a realização de projetos de enfermagem nesta

( ) Sim ( ) Não

Em que sentido?

2.8 Que sugestões daria na realização de projetos de enfermagem na unidade?

**ANEXO 10 - AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTES DE  
PACIENTES INTERNADOS**



**S.E.S. - HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**  
**SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA**

A autorização será permitida para parentes mais próximo da família, nos seguintes casos:

- 01 - T.R.M.
- 02 - Deficiência física, mental.
- 03 - Menor de 21 anos.
- 04 - Idoso com idade igual ou maior de 65 anos.
- 05 - T.C.E. grave.

**AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNADO**

Autorizo a permanência do(a) \_\_\_\_\_  
RG.nº \_\_\_\_\_ e/ou \_\_\_\_\_ RG.nº \_\_\_\_\_,  
acompanhante para o paciente \_\_\_\_\_.  
Internado no leito \_\_\_\_\_  
Autorização válida por \_\_\_\_\_ dias.  
Data da autorização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Responsável pela autorização \_\_\_\_\_  
Horário do acompanhante \_\_\_\_\_ horas.

**Deveres do Acompanhante:**

- 1º - Evitar circular desnecessariamente pelo setor.
- 2º - Proibido o uso de roupa hospitalar.
- 3º - Não intervir nos cuidados da enfermagem.
- 4º - Proibido entrar em área restrita do servidor.
- 5º - Comunicar a equipe de enfermagem qualquer intercorrência.
- 6º - Obedecer o horário de acompanhante.

**Observação:** Esta autorização é válida somente com a apresentação da cedula \_\_\_\_\_ de Identidade.

- Lavar sempre as mãos quando em contato com o paciente.
- O não cumprimento das normas acima descritas, implicará no cancelamento da autorização.

Enfº Eder Foresti

**ANEXO 11- AUTORIZAÇÃO DOS PACIENTES PARA PUBLICAÇÃO  
DAS FOTOS**

COMUNICAÇÃO INTERNA

DE

PARA

ASSUNTO

AutORIZAÇÃO

Eu Níomar Maria Zandonai autorizo a acadêmica Elita de Pinho a tirar foto da minha pessoa para estudos e para futura apresentação do projeto de conclusão do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Níomar Maria Zandonai

18-09-97

COMUNICAÇÃO INTERNA

DE

PARA

ASSUNTO

AutORIZAÇÃO

AutORIZO a acadêmica de enfermagem de 3ª fase a tirar fotos da minha pessoa para a realização do projeto de Conclusão de curso.

Acad. inf. Tereza de Pinho  
Pati: Edith Cardese Luise  
Edith Cardese Luise

Nº

DATA

08/10/97

DE

PARA

ASSUNTO

Autorização

Eu Hadir Silva Siqueira autorizo a acadêmica Fabíola Gonçalves de Castro a tirar foto da minha pessoa para estudos e para apresentação do projeto de conclusão do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Hadir Silva Siqueira

18-09-97

BS

DE

PARA

ASSUNTO

Autorização - retirada de fotos.

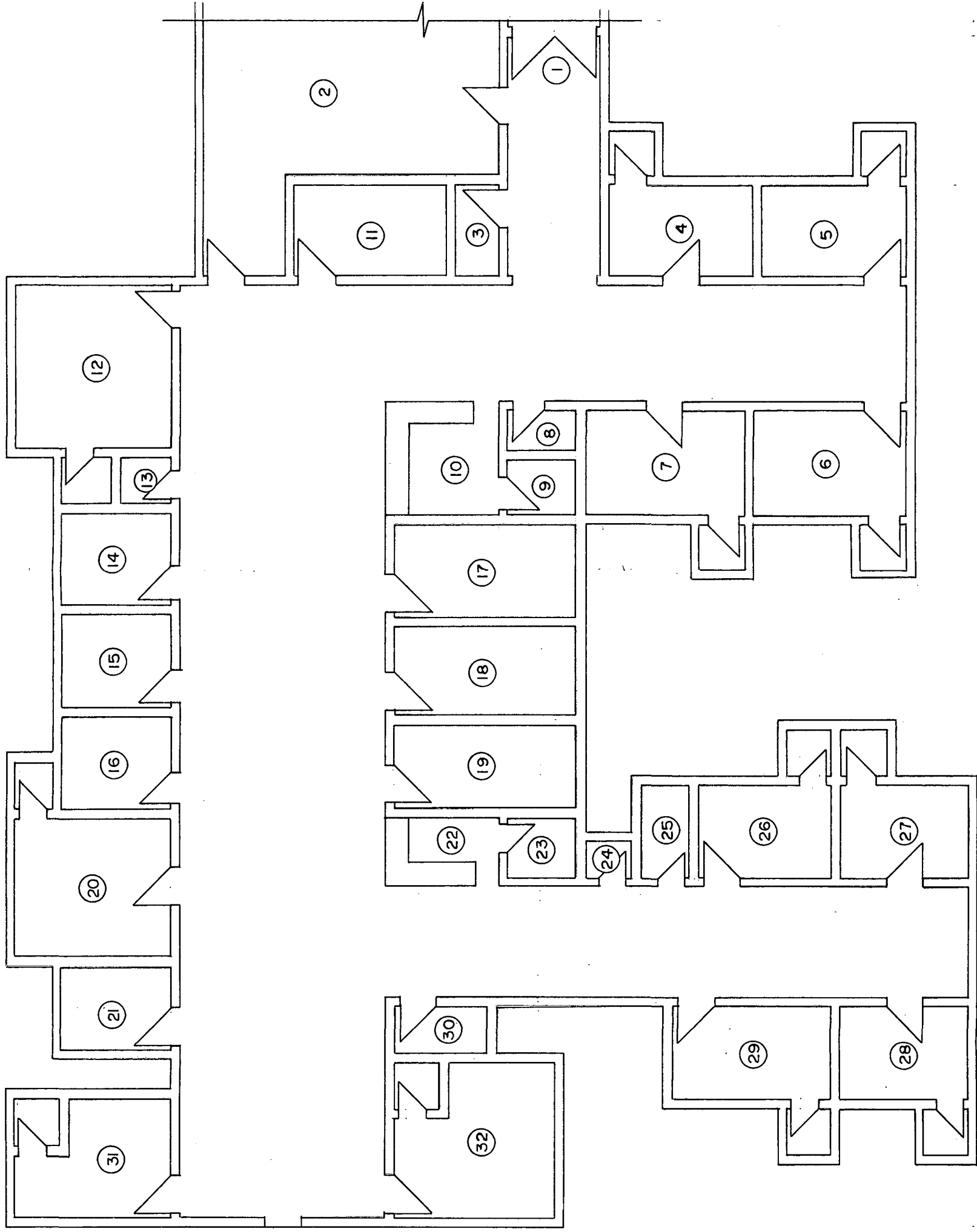
Eu Ricardo Ipaiva autorizo a acadêmica de enfermagem Bibéle Fickler Bumbha a tirar fotografias de minha pessoa, para estudo e futura apresentação de seu projeto de 8º fase.

Ricardo Bumbha

DATA

15/09/97

**ANEXO 12 - PLANTA FÍSICA DA UNIDADE DE  
NEUROTRAUMATOLOGIA**



OBSERVAÇÃO:

PARA NOMENCLATURA DOS RECINTOS  
VER PÁGINA SEGUINTE

PLANTA DO SETOR DE  
NEUROTRAUMATOLOGIA

## NOMENCLATURA DOS RECINTOS DA UNIDADE DE NEUROTRAUMATOLOGIA

1. Entrada para a Unidade de Neurotraumatologia
2. Consultórios de ortopedia
3. Depósito de roupa suja
4. Quarto com quatro leitos (3A)
5. Quarto com quatro leitos (1A)
6. Sala de fisioterapia
7. Quarto com quatro leitos (4A)
8. Sala de prescrição médica
9. Sala de medicação
10. Posto de enfermagem/ortopedia
11. Sala do pessoal de limpeza
12. Quarto com seis leitos (5A)
13. Rouparia
14. Sala de curativos
15. Expurgo
16. Sala de utilidades
17. Copa
18. Sala de Nutricionista
19. Copa de lavação
20. Quarto de cuidados intermediários com seis leitos
21. Depósito/rouparia
22. Posto de enfermagem/neurocirurgia
23. Sala de medicação
24. Sala de prescrição

- 25. Banheiro dos funcionários
- 26. Quarto com quatro leitos (3B)
- 27. Quarto com quatro leitos (1B)
- 28. Quarto com quatro leitos (2B)
- 29. Quarto com quatro leitos (4B)
- 30. Depósito
- 31. Quarto com seis leitos (6B)
- 32. Quarto com seis leitos (5B)



## **ANEXO 13 - PROCESSOS DE ENFERMAGEM**

NOME:

REGISTRO:

UNIDADE:

QUARTO:

LEITO:

IDADE:

Residência de Lameragem

I - Identificação

6.C.V., sexo feminino, cor branca, 45 anos, casada, cinco filhos, sua religião é a cristã de Jesus e trabalha como costureira. Residente de Barreiros - São José - SC, à sua Pandi de Amare Damascio nº 1858. Chegou na Unidade de Neurotraumatologia no dia 19/09/97, proveniente da emergência interna. Temdo como diagnósticos médicos: Aneurisma na ACP (E) e aneurisma na ACP (D) e vasospasmo.

II - Preocupação e/ou expectativa

Relata estar preocupada quanto a sua recuperação e o ato cirúrgico. Não tem conhecimento sobre sua doença. Refere que esta é sua primeira internação. Diz ser hipertensa há 17 anos.

III - Preliminares relacionadas com as necessidades fundamentais Básicas.

Necessidades Psicológicas

1. Originação - sem alterações
2. Hidratação - Refere ingerir pouco líquido, ± uns 200ml de água
3. Alimentação - sem alterações, mas depende de ajuda para alimentar-se.
4. Eliminação - Relata constipação há 8 dias. Urina 3 vezes ao dia, de característica amarela escura. Quando as períodos menstrual, a última foi no dia 19/09/97.

DATA:

ENFERMEIRO(A):

NOME:

REGISTRO:

UNIDADE:

QUARTO:

LEITO:

IDADE:

5. Sono e repouso - Diz ter dificuldade para dormir no período da noite, não especificando a causa.

6. Atividade física - Relata que nunca teve tempo para praticar esportes.

7. Integridade cutânea/mucosa

Pele: presença de hematoma em MSD e MSE (ruínas de antibracos) e rugas dorsal da mão D e E.

Abdomem: distendido com presença de ruídos hidroaéres audíveis a ausculta e a palpação apresenta sons timpânicos.

8. Regulações

Térmicas -  $36.5^{\circ}\text{C}$

Neurológica - nível de consciência glasgow = 14

Trauma score = 13

Pupilas: - diâmetro D = 4mm, reagentes

- diâmetro E = 4mm, reagentes

- Isocéricas

- mióticas

- Reflexo fotométrico e reflexo

corno palpebral presentes.

Vascular: Pulso: 68bpm

Pressão arterial = 160/100mmHg

9. Percussão dos órgãos dos sentidos

Dolorosa: mal estar abdominal

10. Triapêntica - apresenta fragilidade capilar e de

no local da punção.

Faz uso de: dipirena (ev) exigem

(VO), tagamet 200 (VO), capetina (VO)

adalat e kalmeal e SG.

11. Sexualidade: Relata que está casada há um ano e quatro meses, mantendo um

DATA:

ENFERMEIRO(A):

NOME:		REGISTRO:	
UNIDADE:	QUARTO:	LEITO:	IDADE:
bem relacionamento com o marido			
12. Meio Ambiente - necessita de ambiente tranquilo			
Necessidades Psicosociais e Espirituais			
13. Segurança emocional			
a) manifestações de segurança afetada relacionada a <u>saúde da família</u>			
14. Amor, afeto, atenção			
a) Apresenta manifestações de carência expressada por <u>choros frequentes</u>			
15. Autuidade e participações			
Participa de auto-uidade			
16. Comunicação			
Tem dificuldades para expressar-se, pois tem períodos de confusão e esquecimento relacionado com o diagnóstico médico: <u>aneurisma cerebral</u> .			
17. Grupos			
Mostra-se receptiva em receber visitas principalmente das irmãs, filhas e mãe			
18. Educação para a saúde			
Necessita de informações acerca de seu quadro ( <u>aneurisma cerebral</u> )			
19. Família			
Mostra-se ansiosa em relação ao ato cirúrgico, na possibilidade de algum seqüela. Conhecem pouco sobre a doença mas estão cientes sobre o cuidado.			
Data 08/10/97 - Acad. Confirmação Solita de Pinho			

NOME:

REGISTRO:

UNIDADE:

QUARTO:

LEITO:

IDADE:

Diagnósticos de enfermagem

- Potencial para alteração da pressão arterial relacionada aos níveis da pressão sistólica encontradas
- Alteração da eliminação intestinal (constipação) relacionada a imobilidade no leito
- Comunicação deficiente relacionada a sequelas neurológicas
- Mudança relacionada aos riscos cirúrgicos e medicamentosa
- Deficit de conhecimento sobre a doença relacionada a insustentabilidade de experiência com esta doença
- Distúrbio do padrão do sono relacionado à mudança de ambiente
- Danos a mobilidade física relacionados à terapêutica indicada em suas situações clínicas

Plano de Cuidados

- Monitorização neurológica e dos sinais vitais
- Avisar o médico acerca de qualquer mudança dos sinais vitais
- Reposicionar o paciente no leito no mínimo a cada duas horas
- Proporcionar ambiente tranquilo
- Comunicar ao médico para ver a possibilidade de prescrever um óleo mineral
- Explicar sobre as causas e consequências do aneurisma
- Oferecer apoio ao paciente e familiares

DATA:

ENFERMEIRO(A):

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:		REGISTRO:	
UNIDADE:	QUARTO:	LEITO:	IDADE:
09/10/97 - S. Refere desconforto abdominal, dificuldade de iniciar o sono no período da noite e saudades de lar.			
O. Apresenta períodos de confusão, esquivamente, obedece a comandos motores, Glasgow 4+4+6=14. Pupilas isocóricas e fetivas e reflexo córneo palpebral presentes. Acuta a alimentação oferecida e ingere pouco líquido. A ausculta, apresenta ruídos hidroáuricos e a palpação, abdômen distendido com sons timpânicos. Não evacua e urina espontaneamente de característica amarelo claro. SV: T=36.5°C, PA=160/100mmHg, R=16mpm, P=68bpm.			
A - Necessidade de sono e repouso afetada relacionada possivelmente a mudança de ambiente.			
- Necessidade de segurança emocional afetada relacionada provavelmente ao afastamento familiar e ao diagnóstico.			
- Necessidade de comunicação afetada relacionada possivelmente a construção do vaso.			
- Necessidade de eliminação afetada relacionada provavelmente a imobilidade no leito.			
- Persiste alterações dos níveis tensionais que pode estar relacionada ao stress de diagnóstico.			
P - monitorizar o nível de consciência e os sinais vitais			
- Anusuar os agentes, que causam dificuldade para iniciar o sono			
- Verificar a possibilidade junto ao médico de uma dieta laxativa.			
- Oferecer apoio ao paciente, ouvindo seus medos e dúvidas acerca da doença.			
- Previdências acompanhamentos familiares			
DATA:	ENFERMEIRO(A): DE de inf. Talita de Pinh		



NOME: H. A. M. | REGISTRO: | UNIDADE: neurotraumatologia | QUARTO: 4B | LEITO: 3 | IDADE: 66a

Histórico de Enfermagem

I - Identificação

H. A. M, sexo masculino, cor branca, 66a, nascido em 10.10.1931, casado, 3 filhos, católico, zelador e residente à rua São Cristóvão, 473 bairro Louveiros - Florianópolis. Chegou a unidade de neurotraumatologia no dia 22.10.97 sendo encaminhado da emergência interna, não apresentava sinais e sintomas aparentes. Ficou internado 20 dias no HU, lá foram realizadas várias exames. Há ± 1 ano apresentou um episódio de cefaléia interna com náuseas e vômitos, foi atendido início H.R.S.J sendo medicado e liberado com diagnóstico de início de derrame do S.I.C. Internou em 30.09.97 no HU de madrugada, quando foi encontrado disacordado apresentando confusão mental, desorientação, náuseas, vômitos e cefaléia intensa e hemiparesia esquerda. Fez TC de crânio em 01/10/97 que mostrou sinais de H.S.A com presença de sangue nos sistemas basais. Diagnóstico médico: H.S.A por ruptura de aneurisma labral.

II - Percepção e/ou Expectativas

Relatou que depois que desmaiou no trabalho não lembra mais de nada. Quando acordou estava no H.U, as vezes se lembrava dos familiares, outras vezes não. Hoje não sente nada quando estava no outro hospital ficava preocupado das coisas, mais hoje está bem. Foi tabagista durante muito tempo, mas está 30 anos sem fumar. É a sua 1ª internação, relatou que há 02 anos atrás teve início de derrame mais foi ao hospital sendo medicado, não passou ser internado. Está se sentindo melhor, só quer operar logo para ir embora para casa.

DATA: 22.10.97

ENFERMEIRO(A):



NOME:

REGISTRO:

UNIDADE:

QUARTO:

LEITO:

IDADE:

III - Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas.

Necessidades Psicológicas:

1. Orientação: não apresenta problemas relacionados com a orientação. R: 20 mpm.

2. Hidratação: Ingerir de 2 a 3 copos de H<sub>2</sub>O por dia. Nunca foi de tomar muito líquido. Tem preferência por H<sub>2</sub>O.

3. Alimentação: não apresenta problemas relacionados a mastigação, deglutição e acitação alimentar. Se alimentava bem em casa, e no hospital aceita a dieta oferecida.

4. Eliminação: Urina de 2 a 3 x por dia está 04 dias sem evacuar, em casa evacuava todos os dias, não consegue evacuar na unidade.

5. Sono e repouso: dorme bem durante a noite. Não apresenta problemas que possam dificultar o sono.

6. Atividade física: trabalhava bastante para o trabalho, não apresentava problemas que dificultava a prática.

7. Integridade física: Apresenta prótese dentária em arcada superior.

8. Integridade cutâneo-mucosa: Apresenta estes alívios em arcada dentária e abdômen distendido por apresentar movimentos peristálticos. Sem mais problemas.

9. Cuidado corporal: Barba para fazer.

10. Regulações: T: 36,5

Hormonal: Sem problemas aparentes

Neurológica: Apresenta abutua ocular espontânea, está orientado em tempo e espaço, obedece a comandos. Escala de Glasgow 4+5+6=15. Apresenta pupilas micticas e diâmetros aproximadamente de 4 mm, RFM (+), reflexo corneal palpebral presentes. Sem demais alterações.

Vascular: P: 98 bpm.

PA: 170/80 mmHg.

DATA:

ENFERMEIRO(A):

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

11. Percepção dos órgãos dos sentidos  
 não apresenta problemas visuais, auditivos, olfativos, táteis, gustativos e percepção dolorosa.

12. Terapêutica: Boas condições para terapia IM e EV. Faz uso de Capoten 25mg 1cp; hevalgina 40 gts vo.

13. Sexualidade: Sem problemas.

14. Segurança física: Paciente orientado quanto ao tratamento e normas e rotinas do hospital.

15. Meio ambiente: Sem problemas.

16. Segurança emocional: Não saudados do lar.

17. Amor, afeto, atenção: Não possui problemas recebe bastante amor e atenção dos seus familiares.

18. Auto-estima; auto-estima; auto-estima: Sem problemas.

19. Liberdade e participação: Toma banho no leito, não compreende o que se passa no leito.

20. Comunicação: Comunica-se bastante.

21. Grupagem: Recebe visitas dos familiares mantendo diálogos.

22. Educação para a saúde - aprendizagem: Não tem conhecimento sobre seu diagnóstico.

23. Religiosa ética: Católico praticante.

24. Família:  
 Expectativa: "Tive que largar casa e filhos para vir cuidar de meu pai quero que ele faça a cirurgia e fique bem que possa voltar a trabalhar e fazer tudo o que ele fazia antes meu pai sempre foi bastante trabalhador, se Deus quiser ele vai ficar bem, eu tenho bastante fé."

Conhecimento sobre saúde-doença e cuidados: "Não sei o que é esse Anemia, não entendo porque ele tem que ficar só na cama lá no outro hospital ele levantava e ia no banheiro sozinho tomava banho, e aqui ele não pode..."

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem:

- Limitação intestinal relacionada a dificuldade de usar a cama.
- Dificult. de auto-cuidado relacionado possivelmente com hospitalização.
- Dificult. de atividades para distração relacionado ao tempo de espera para a cirurgia.
- Dificult. de conhecimento a respeito do diagnóstico relacionado com as dúvidas apresentadas por ele.
- Enfrentamento familiar insuficiente-comprometido relacionado por desconhecimento da doença e do tratamento e também por sobrecarga de um membro da família.
- Ansiedade emocional agitada relacionada com saudades do lar.

Plano de cuidados

- Comunicar ao médico para ver a possibilidade de uma dieta laxotiva e Iou óleo mineral.
- Realizar higiene oral.
- Realizar banho no leito.
- Realizar tricotomia da região facial.
- Verificar SV 4x ao dia.
- Oferecer apoio emocional.
- Dialogar a respeito do diagnóstico e repouso no leito.
- Dialogar com a família a respeito do diagnóstico e cuidados.
- Conversar com a família para ver a possibilidade de visita de táxi.

Aid. Enf. Fabíola

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: H. A. M

REGISTRO:

UNIDADE: Neurotraumatologia

QUARTO: 4B

LEITO: 3

IDADE: 66a

23-10-97

5- não relatou queixas de dor. Quer sair logo e ir emba para casa.

0- Paciente lúcido orientado e contactante. Apresenta pupilas isocóricas, fotomacintas, RNM(+). Glasgow 4+5+6=15. Aceitou toda a dieta oferecida. Apresenta abdômen flácido e distendido a palpação, movimentos peristálticos presentes. Urina 2x no período em popoção, não evacua. Está bastante ansioso em relação à cirurgia. Não apresenta déficits motores. Sinais vitais estáveis. Sem demais alterações.

A- Regulação renalógica sem problemas;

- Apresenta abdômen flácido e distendido a palpação, relacionado com a dificuldade de evacuar;
- Paciente ansioso e preocupado provavelmente relacionado com a espera da cirurgia;

P- Verificaçãõ SU 4x ao dia;

- Oferecer dieta laxativa e/ou óleo mineral;
- Oferecer apoio emocional;
- Diálogo com o paciente a respeito da espera da cirurgia.

Acc. Enf. Fabiôla

DATA:

ENFERMEIRO(A):



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: H.A.M

REGISTRO:

UNIDADE: U.T.I - 1º P.O

QUARTO:

LEITO: 10

IDADE: 66 a

30-10-97

S. Paciente intubado.

O. Paciente com TOT, apresentando secreção mucopurulenta. Edema palpebral à D, mucosas desidratadas, acianóticas, hidratado, sem déficit motor. Pupilas isocônicas, hetero-reativas, reage ao chamado e cumpre ordens movi-mentando os MMSS e MMII. Glasgow 3+1+6=10.

Insua de coloração amarelada, não evacua.

PA: 130x80 mmHg; FC: 64bpm; T: 36,7; R: 17 mpm.

A. Presença de secreção mucopurulenta relacionado possivel-mente ao TOT.

- Edema palpebral à D, relacionado possivelmente ao tempo que o paciente permaneceu na mesma posição durante o ato cirúrgico.

- Estado neurológico favorável.

- Sinais vitais estáveis.

P. - Observar débito urinário;

- Observar evolução do edema palpebral à D.

- Realizar exame neurológico 4x ao dia.

- Verificar SU 4x ao dia;

- Observar a presença de secreção no TOT e anotar características;

- Observar se o paciente evacua e anotar características das fezes;

- Observar sinais de edema e sangramento da inserção;

- Elevar a cabeceira 30°.

Acc. Enf. Fabiela

DATA:

ENFERMEIRO(A):



NOME: Muriilo H. S.

REGISTRO:

UNIDADE: UNCT

QUARTO: 7

LEITO: 6

IDADE: 18 anos

## Histórico de Enfermagem.

### I - Identificação:

M. H. S., Sexo masculino, cor branca, 18 anos, bol-turo, religião católica, trabalha com seu pai de ajudante de pedreiro. Procedente de Inguazeiro, natural de Floresta, SC.

chegou a unidade de neurotraumatologia em 28/9/9 tendo como diagnóstico médico politrauma + TCE.

### II - Percepção e/ou expectativas:

Paciente não se comunica verbalmente por problemas neurológicos.

### III - Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas:

(1) Oxigenação: apresenta necessidade de estar com cateter de O<sub>2</sub>,

apresenta presença de tosse produtiva.

(2) Alimentação: apresenta dependência na alimentação presença de sonda nasogástrica.

(3) Hidratação: Paciente não ingere líquidos está recebendo soro endovenoso

(4) Eliminação: Intestinal - evacuou 1x no dia.  
Urina - está com jontex e urina amarelo claro.

DATA:

ENFERMEIRO(A):



NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

(5) Sono e Repouso: Dificuldade para dormir, apesar de se agitado

(6) Atividade física: mecânica corporal, apresenta-se restrito ao leito.

(7) Integridade física: Apresenta deformidade em polegar.

(8) Integridade Cutâneo-mucosa:

Pele: apresenta escoriações em região da patela direita

couro cabeludo: íntegro

olhos e pálpebras: hematoma palpebral à esquerda

ouvidos: parvilhão auditivo íntegro

boca: apresenta boca seca.

(9) Cuidado Corporal: Apresenta bom estado de higiene.

(10) Regulação: temperatura = 36,4°C

neurológica = nível de consciência - Glasgow

GOW = 14

trauma score = 13

diâmetro direito = 4 mm, reagente.

diâmetro esquerdo = 4 mm, reagente.

iscóricas

músculas

Reflexo fotomotor e reflexo córneo palpebral presentes

vascular = pulso = 90 bpm

PA = 130 x 70 mmHg.

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

- Família com estado emocional abalado relacionado as expectativas de melhora do filho.

Plano de Cuidados.

- Incentivar paciente a ingestão oral
- Observar a comunicação.
- Observar e comunicar ao médico qualquer alteração neurológica.
- Realizar curativo em escoriações.
- Incentivar a urinar no papagáio, retirando janteira.
- Incentivar e observar a comunicação não verbal.

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

NOME:

REGISTRO:

UNIDADE:

QUARTO:

LEITO:

IDADE:

(11) Recepção dos Órgãos dos Sentidos: Tátil presente  
 gustativa = sonda nazogástrica.  
 dolorosa = apresenta reação aos estímulos.

(12) Terapêutica = apresenta fragilidade venosa, boas condições para injeção IM.

(13) Sexualidade = Não fala.

(14) Segurança física = necessidade de prevenção a quedas (grades no leito e retenção de mãos)

(15) meio ambiente = necessidade inalterada

(16) Segurança emocional = mudança de ambiente.

(17) Comer, agir, atenção = apresenta agitação e irritabilidade

(18) Família = expectativa de melhora para alta e mais breve para casa

### Diagnóstico de enfermagem.

- Nutrição alterada relacionada a capacidade de se adaptar.
- Integridade de tecidos alterados relacionados a lesões em pele.
- Incontinência urinária relacionada a liberação involuntária dos esfíncteres.

DATA: \_

ENFERMEIRO(A):

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ QUARTO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Inscrição de enfermagem p/ 29/9/97.

- Verificar SV 3x ao dia
- Realizar banho de leito
- Realizar curativo em lesões 1x ao dia
- Troca de cateter de O<sub>2</sub> 1x ao dia
- Restringir paciente ao leito
- Orientar a família quanto ao seu estado geral.

DATA: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

NOME: murilo | REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 UNIDADE: UNCT | QUARTO: 7 | LEITO: 6 | IDADE: 18

SOAP

S →

O → Paciente permanece com sonda nasogástrica. Face com pequenas escoriações. Permanece com cateter de O<sub>2</sub>, não se comunica. Abdômen flácido, fígado palpável.

Restrito em leito, encontra-se agitado

Apresenta escoriações em MMII e MMSS.

Permanece com acompanhante no quarto.

A → Pte com sonda nasogástrica possivelmente relacionado a sua incapacidade de mastigação

Escoriações em face relacionado ao seu trauma automobilístico

Cateter de O<sub>2</sub>, possivelmente relacionado a sua dificuldade respiratória

Pte não fala (ausência de fala) possivelmente relacionado ao trauma neurológico.

Restrito em leito por estar muito agitado possivelmente relacionado a trauma neurológico.

Escoriações em MMII e MMSS relacionado a queda automobilístico

P → Cuidadores de enfermagem com sonda nasogástrica. Incentivar a alimentação oral.

Realizar curativos em face, MMII e MMSS.

Verificar oxigenação, com feir litros necessários de O<sub>2</sub>. Estimular a fala, conversar com o paciente.

Verificar nível de consciência, e se necessário permanecer restrito ao leito.

Estimular / incentivar a família a comunicação verbal.

DATA:

ENFERMEIRO(A):