

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

ACOLHIMENTO: PERSPECTIVA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0264
Autor: Müller, Simône Mar
Título: Acolhimento : perspectiva de ass

972492011 Ac. 241437
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

SIMÔNE MARCIA MÜLLER

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0264
Ex.1

FLORIANÓPOLIS
2004

SIMÔNE MARCIA MÜLLER

**ACOLHIMENTO: PERSPECTIVA DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à disciplina
Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

Supervisores: Enf. Penélope Scheidt

Enf. Alcinei José Fraga

**FLORIANÓPOLIS
2004**

Eu não vi que minha vida
Se perdia naquela despedida
Não nos dissemos nem adeus
Só fitei de longe os olhos teus.
Sem perceber que sua ausência
Me faria subsistência
Entre a angústia e a esperança
Que o sonho aos poucos lança.
Pra iludir alguém
Em ilusão que não convém
Um pingão de razão
E o tempo me faz viver em vão.
(Kheila de Jesus Amorim)

AGRADECIMENTOS

A Deus, presente em todos os dias de minha vida, pela inspiração, fortaleza e sabedoria, grande companheiro e amigo em todos os momentos.

A meu professor orientador Antônio de Miranda Wosny, que acreditou em minha capacidade e guiou os passos deste trabalho, pelo apoio, paciência, estímulo e confiança. Sem a sua ajuda eu não chegaria até aqui!

As professoras Vera Radünz e Ana Lúcia Kirchhof, pela disposição em participar da Banca de Exame de meu trabalho, pelas idéias, correções, sugestões e ensinamentos.

Aos meus supervisores Penélope Scheidt e Alcinei José Fraga, pela receptividade, atenção e disponibilidade em me acompanhar nesta trajetória. Vocês são demais!

A todos os funcionários do Serviço de Emergência Adulta do Hospital Universitário / UFSC, pela compreensão e apoio prestados em todas as atividades realizadas.

A todos os pacientes e familiares que aceitaram a minha assistência e contribuíram com a Prática Assistencial. Por vocês arrisquei este sonho!

A todos os companheiros, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho, registro aqui o meu muito obrigada!

Ao meu pai Lincolnd, pelo amor, dedicação e confiança depositada em mim. Amo você!

A minha mãe Hilda, pelo seu exemplo de amor e coragem e grande incentivo, sempre aconselhando que a educação é o bem mais valioso que alguém pode adquirir. Obrigada por estar ao meu lado batalhando pela realização dos meus sonhos. Amo você!

Aos meus irmãos Ilaine, Erni, Sidônia e Juliane, pela amizade e companheirismo, pelo amor e pelos grandes exemplos de luta e dignidade, e principalmente pelas boas lembranças que trago de um passado não muito distante onde compartilhávamos de momentos muito felizes. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos Douglas, Luana e Matheus, pelos sorrisos, abraços e beijos quando eu chegava em casa. Vocês são as mais preciosas rosas de meu jardim!

A minha avó, madrinhas, tios e tias pelos incentivos e apoio. Adoro vocês.

Aos meus companheiros do Serviço de Cardiologia do HU/UFSC, em especial a minha grande amiga Jaque, pelo convívio, ensinamentos e compreensão. Devo muito a todos vocês, acho que vou ter que fazer por merecer na minha profissão para pagar pelos grandes momentos que vivi neste setor.

A todos os funcionários do Hospital Universitário, pelo acolhimento, convívio, ajuda, pelas gargalhadas e pelos bons momentos em que pude conhecer um pouco de cada um, todos fizeram, fazem e sempre farão parte de uma grande história, a história de minha vida.

Aos meus amigos do JUC (Jovens Unidos em Cristo), do qual participei durante toda a minha graduação e que, devido ao andar da carruagem, tive que me afastar para realizar este Trabalho de Conclusão de Curso, mas que sempre estarão presentes em meu coração. Ao meu melhor amigo Giuliano, por me acolher no grupo e me motivar a seguir esta longa caminhada, pelo grande apoio e amor a mim dedicados.

A todos os amigos que fizeram parte desta trajetória, pelos anos de convivência, dividindo as alegrias e tristezas de "ser independente" e pelas festas. A todos os colegas de curso, aos grandes amigos que conheci na UFSC, pelos almoços comunitários, aos que já se formaram e aos que ainda vão se formar. Sentirei saudades!

As minhas grandes amigas Ludmila e Clair, pelo exemplo de sinceridade, coragem e força de vontade e pelos grandes momentos que passei junto a vocês, pela inspiração que me propiciaram, principalmente por me provarem que são pessoas especiais. Adorei conhecer vocês!

A minha poetiza favorita Kheila de Jesus Amorim que, apesar de não ter publicado nenhuma das poesias editadas neste trabalho, serviu-me de grande inspiração no relato da prática assistencial. Obrigada por deixar utilizá-las. Sucesso!

Ao meu grande amigo Julio César, pela força que me deu nos momentos mais difíceis de minha trajetória acadêmica, pelo amor, pelos conselhos, pelos consolos nos momentos de tristeza e pela presença nos momentos de alegria. Você foi a pessoa mais legal que conheci em toda minha vida. Te adoro!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Objetivos.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1. Infarto Agudo do Miocárdio.....	18
2.2. Acolhimento.....	22
3 MARCO CONCEITUAL.....	27
3.1 A Teórica.....	27
3.2 Principais Conceitos.....	27
3.3 Principais Pressupostos.....	31
4 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	34
4.1 Descrição da Unidade da Prática Assistencial.....	34
4.2 Os sujeitos do trabalho.....	39
4.3 Detalhamento das estratégias desenvolvidas na Prática Assistencial.....	41
4.4 Implicações Éticas.....	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES.....	62
ANEXOS	75

RESUMO

Relato do Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do Título de Enfermeiro. Teve como objetivo prestar assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e sua família, atendidos no Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário (SEAHU) - Florianópolis-SC, fundamentado na *Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy*, com princípios de *acolhimento*. Desenvolvida uma atividade educativa com pacientes e familiares, com enfoque voltado a explicações e prevenção do IAM. Salienta a importância da aplicação de um método de assistência a este tipo de pacientes, que muitas vezes defronta-se com situações adversas, com seqüelas que comprometem o ser e estar saudável, necessitando de um reforço no sentido de encontrar estratégias que lhes permitam ter uma qualidade de vida. Como resultado mostra a contextualização do atendimento de enfermagem, uma vez que este se deu de forma mais aberta, abrangeu ainda um vínculo dialógico entre a equipe multidisciplinar, pacientes e família.

"Cala-te para sempre inválido coração
Não há motivo pra continuares a bater
Pra suas batidas não há razão
Então cala-te pra calar o meu sofrer.
Não agüento mais ouvir-te em meu peito
Latente sem cessar um minuto
É cruel demais o teu efeito
Pois vivo a cada batida que escuto.
Não te suporto contínuo dentro de mim
Lembrando-me que tenho vida
Mas que o motivo de vivê-la chegou ao fim.
Maltratas meu peito com esta ferida
Seu tolo, acreditas que vivo assim
Saibas que morro em cada batida".
(Kheila de Jesus Amorim)

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de minha trajetória acadêmica, mais precisamente, nos últimos sete semestres, tive a oportunidade de conhecer e estagiar em várias áreas de atuação profissional de enfermagem. As bases teóricas das disciplinas nas primeiras fases forneceram subsídios para o meu conhecimento profissional.

No decorrer das fases comecei a relacionar a teoria à prática por meio da disciplina de Fundamentos de Enfermagem, durante o terceiro período de graduação. Este início de práticas serviu para concretizar os meus objetivos, estabelecendo um vínculo definitivo de paixão pela enfermagem.

Na quarta fase parti aos bairros conhecendo a realidade da população, com as consultas de enfermagem nos Centros de Saúde, as visitas domiciliares, as atividades educativas e as constantes orientações de educação para a saúde. Fugui da prática do modelo tradicional hospitalar e atuei diretamente na comunidade, vivenciando as dificuldades enfrentadas por cada ser humano, seja recém nascido, criança, adolescente, adulto ou idoso. Com apoio dos professores e da equipe de enfermagem do Centro de Saúde, realizei várias atividades de enfermagem, me sentia verdadeiro profissional.

Com a disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas vieram estágios, processos e as noites sem dormir, mas consegui sobreviver, firme, confiante e ansiosa para a próxima etapa.

Enfim, o sexto período me exigiu muita coragem. Inicialmente, houve muita teoria sobre assuntos fundamentais para a prática assistencial da fase. Posteriormente, aulas práticas (estágios) em Unidades de Terapia Intensiva, Clínica Cirúrgica, Centro

Cirúrgico, Emergência Pediátrica e Adulta. Fiz alguns estudos de caso, prestei orientações e assistência direta a clientes no pré e pós-operatório na Unidade de Clínica Cirúrgica, instrumentei algumas cirurgias e tive um primeiro contato com a temática escolhida, conhecendo o SEAHU e prestando assistência a pacientes com problemas cardíacos.

Contudo, chegando ao final do curso de graduação, o sétimo período, com as disciplinas de Administração, Psiquiatria e Obstetrícia. Foi um semestre diferenciado, inicialmente, por ser um dos últimos e pelas áreas serem distintas umas das outras. Me senti verdadeiro gerente assistencial e administrativo de um Unidade de Internação na disciplina de Administração. Já em Psiquiatria, aprendi de um modo aprofundado a relação pessoa-pessoa e a ver o ser humano de modo mais holístico, aprendi a me conhecer como ser único, que necessita estar em equilíbrio biopsicosocial para lidar com as outras pessoas e em Obstetrícia, assistindo o ser humano saudável e participando do momento mágico do nascimento; as orientações sobre educação para saúde foram constantes e prazerosas.

Em todas as períodos, destaquei, principalmente, as ações de humanização ressaltadas continuamente pelos docentes, que fazem a diferença em nossa vida profissional. Essa humanização deve acompanhar todo conhecimento científico, em todos os meus atos, a fim de traçar cuidados de enfermagem efetivos e integrais para cada indivíduo. Tenho consciência que sou “eterno aprendiz”, que este caminho que me leva a concluir o Curso de Graduação em Enfermagem é apenas o primeiro, dos muitos que estão por vir. A idéia da elaboração e implantação do Projeto Assistencial e escrita do Trabalho de Conclusão de Curso, inicialmente, cria um certa ansiedade e expectativa pelo fato de ser uma nova ação determinada pelo curso, mas que retrata a formação profissional recebida e absorvida por mim no transcorrer do período.

Contudo, encerrando o curso de graduação, estou aqui para apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso. Escolhi desenvolvê-lo em Emergência, inicialmente pela afinidade pela área e, em virtude de que no decorrer do curso de graduação, achei que a carga horária destinada ao tema foi restrita, considerando a amplitude que o assunto representa. Com intenção de compreender mais profundamente esta área e buscando encontrar estratégias de cuidado a estes pacientes, escolhi a *Teoria de Adaptação de Roy* com princípios teóricos de *acolhimento*. Este modelo teórico vê a

pessoa como um sistema adaptativo, estando em constante interação com o meio em mudança. Estimula os pacientes para sua capacidade de se adaptar à atual situação de saúde durante esta prática. Atuando como mediador, fazendo pelo paciente aquilo que o mesmo não pode fazer por si próprio, ensinando, orientando e estimulando o desenvolvimento das suas capacidades, juntamente com o seu familiar. Acolhendo este paciente neste novo ambiente para que o mesmo tenha mais facilidade para se adaptar a tal. A presença do familiar é imprescindível, pois o paciente encontra-se em uma nova realidade e necessita de repouso para sua melhor recuperação, sendo que este condiz ao lado físico/psicológico, necessitando de um longo período de tratamento e adaptação, seja no ambiente hospitalar ou domiciliar.

Embora não sendo referência em Cardiologia, o Hospital Universitário (HU) atende diariamente uma população significativa com problemas cardíacos sendo que, entre eles, o número de pacientes que procuram o SEAHU com sintomatologia de IAM é grande, principalmente nas épocas mais quentes do ano, período no qual foi realizado o estágio.

Segundo estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), as três doenças que mais matam no Brasil são: IAM, Insuficiência Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral. O mesmo mostra o IAM como responsável por 820 óbitos por dia e aponta os cinco fatores de risco do IAM mais comumente encontrados nos pacientes atendidos com este diagnóstico, expostos a seguir em ordem decrescente: doenças cardiovasculares, colesterol alterado, tabagismo, obesidade e hipertensão.

Em decorrência dos dados acima relacionados, percebe-se a necessidade de trabalhadores de Enfermagem especialistas para a área que possam atender com maior eficiência o paciente com diagnóstico de IAM.

O SEAHU recebe um número significativo de pacientes com demanda de cuidados cardiológicos, dentre os quais portadores de IAM. Este fato, juntamente com outras demandas absorve plenamente a atenção dos recursos humanos do setor. Esta atenção é realizada de forma rotineira e tradicional, priorizando exclusivamente aspectos clínicos dos pacientes.

Poder contar com um atendimento mais humanizado vem a melhorar o cotidiano do SEAHU. Uma vez que o trabalhador ao identificar as necessidades do paciente,

pode atuar direta ou indiretamente nestas, prestando cuidados específicos na situação de saúde apresentada. A adequação a uma nova linha de pensamentos e práticas é fundamental na adequação dos indivíduos a este novo horizonte criado.

Como concluinte do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC e estagiária do Serviço de Cardiologia do HU há três anos, optei pela realização da Prática Assistencial no SEAHU. Considerei como possibilidade aprofundar este tema estudando e aplicando-o na Prática Assistencial ao portador de IAM e família. Acredito que a proposta apresentada possa contribuir para a melhora da atual situação de saúde do paciente, favorecendo a qualidade da assistência prestada.

Em decorrência dos acontecimentos que presenciei neste longo período de permanência no Serviço de Cardiologia do HU, onde atendia também os pacientes do SEAHU com problemas cardíacos, dei conta do quanto era necessário uma atenção individualizada a cada paciente que era atendido neste setor. Por vários momentos deparei com situações que exigiam mais que um atendimento clínico, o que na maioria das vezes acabava sendo necessário devido às restrições já anteriormente citadas.

Muitas vezes, percebia a ansiedade do paciente em saber se a sua família ainda lhe aguardava na sala de espera às vezes preocupado com o horário de sua saída. Devido aos poucos recursos financeiros disponíveis pela maioria dos pacientes que ali procuram atendimento, estes se preocupavam também com o transporte de retorno ao lar, já que este hospital atende pacientes de diversas localidades de Florianópolis e o transporte urbano não tem cobertura 24 horas. Problemas não muito simples de serem resolvidas, mas que se houvesse uma atenção mais específica para tais pacientes informando-os mais freqüentemente do tempo estimado de espera ainda restante, sua ansiedade seria diminuída.

Em vários momentos no período de graduação e ao estagiar no SEAHU em 2002, pude observar que a assistência de enfermagem prestada ao paciente com IAM e familiares, não condizia com a real necessidade que os mesmos apresentavam, pois estes se encontravam "sensibilizados" pelo atual quadro de saúde. Este é um momento crítico e delicado, onde tanto o paciente como os familiares passam por mudanças imediatas de caráter fisiológico e psicológico, refletidas em alterações imprevisíveis no seu contexto de vida.

Segundo Capra (1982), o modelo biomédico, que tem como base uma concepção mecanicista e fragmentada, que separa corpo e mente, enfatizando as tecnologias médicas, considerando-a o único caminho para melhorar a saúde. A doença tem raízes causais únicas e a cura requer alguma intervenção médica, sem considerar o potencial curativo do próprio paciente.

Embora saibamos que há necessidade de exames diagnósticos cada vez mais avançados na área médica, considerando que os pacientes que nos procuram já vem com uma visão tecnicista da doença, isto é, confiam mais no diagnóstico quando este é feito através de exames (laboratório, eletrocardiograma, radiografia, etc.) e no tratamento quando o mesmo é medicamentoso. Negam o enfoque na sua capacidade de melhora, sendo que seriam capazes de reagir sozinhos a vários dos sintomas e que o seu potencial de cura é muito grande.

Segundo Silveira (2003), atualmente passamos por um período de transição onde a população convive com as contradições do velho modelo e as possibilidades de transformação do novo, precisando fazer uma mudança processual. Portanto, o modelo de saúde centrado na doença é o que ainda predomina na cultura da população e no modelo assistencial.. Esta mudança cultural do velho para o novo, tem uma dimensão ideológica que precisa passar por um novo "caminho", caminho que pode ser trilhado através do acolhimento.

Dessa forma percebo a importância de um atendimento que também contemple aspectos humanizantes da assistência, considerando que intercorrências psicossociais são componentes de extrema importância no cuidado ao paciente com IAM. Atualmente, em algumas unidades do Sistema Único de Saúde, desenvolvem-se experiências de atendimento à clientela em geral, propondo uma atenção diferenciada da atual, integrando todos os trabalhadores de saúde neste compromisso. Esta experiência tem sido denominada "*acolhimento*".

Embora seja uma estratégia recente, já se encontram alguns trabalhos científicos divulgando e avaliando experiências de *acolhimento* que estão sendo desenvolvidas em diferentes municípios brasileiros. Assim podemos destacar os trabalhos de Campos(1997), Guimarães(1997), Franco et al.(1999), Moresco et al(2000), Ramos(2001), Silva(2002), Costeira et al(s/d).

O *acolhimento* é uma estratégia de organização do processo de trabalho que pressupõe acesso universal e escuta qualificada. Uma vez que sua dialética pode estar vinculada a uma simples triagem, uma escuta humana e acolhedora, uma enorme satisfação em encaminhar resolutividade até o puro e simples cumprimento de uma tarefa. A resolutividade não significa apenas solucionar os problemas de saúde individuais ou coletivos, utilizando-se de tecnologias apropriadas, ela tem um sentido mais amplo, compreendendo um processo que impacta a produção social da saúde e da doença e perpassa a questão da co-responsabilização, do acesso e do vínculo. (Silveira, 2003).

Em minha avaliação, este *acolhimento* vem de encontro com os pressupostos da Teoria de Roy, uma vez que a teórica considera o meio em mudança como foco principal no tratamento da doença. Nesta perspectiva o ser humano permanece em constante interação com o ambiente que sofre alterações devido ao novo entendimento e condições de vida a que este é submetido.

1.1. Objetivos

Geral

Prestar assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de IAM e sua família, atendidos no SEAHU, fundamentado na *Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy*, com princípios de *acolhimento*.

Específicos

- a) Apresentar proposta de acolhimento aos trabalhadores do SEAHU, aprofundando as discussões teóricas e práticas relacionadas ao tema.
- b) Prestar assistência de enfermagem de urgência ao paciente com IAM e seus familiares.
- c) Estabelecer um vínculo dialógico com os trabalhadores, pacientes e familiares.
- d) Elaborar material educativo relativo à importância de cuidados preventivos ao IAM e divulgá-lo para pacientes e familiares.

"As pessoas vão e vêm apressadas
A vida passa...
Ninguém se conhece,
Ninguém se sente,
Ninguém se percebe...
Todos passam apressados,
Em busca do nada...
Todos correm,
Pra lugar nenhum...
Passam despercebidos,
Sem ninguém...
Todo mundo só,
Talvez porque todos...
Sejam ninguém".
(Kheila de Jesus Amorim)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresento uma breve revisão de bibliografia sobre o IAM e sobre o acolhimento, pois considero estes assuntos imprescindíveis para a prática da assistência de enfermagem.

A fundamentação teórica é de extrema importância para a prática assistencial, pois através dela, posso determinar que tipo de cuidado e orientação que cada paciente necessita. Procurei trabalhos ligados à cardiologia, e me deparei com poucos relacionados a esta temática na área da enfermagem. Contudo, desenvolvi orientações de educação para a saúde, sob o referencial da *Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy*, acolhendo o paciente com diagnóstico de IAM e familiares.

2.1. Infarto Agudo do Miocárdio

Segundo estatísticas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), o IAM é a doença de maior letalidade no país, tira mais de meio milhão de vidas todos os anos. O IAM ocorre normalmente quando um coágulo de sangue se forma no local em que uma artéria coronária ficou mais estreita devido à aterosclerose. Se o coágulo bloqueia totalmente a artéria, o fluxo sanguíneo irrigado por essa artéria é interrompido. Isso provoca um desconforto semelhante ao da angina, mas geralmente é mais severo e prolongado. Se o fornecimento de sangue é cortado por muito tempo, as células musculares cardíacas morrem. Isso pode levar à incapacidade ou morte, dependendo da quantidade de musculatura cardíaca que for perdida.

Fatores de Risco

Seguindo os estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), todos nós, independente de sexo, idade ou raça, podemos sofrer um ataque cardíaco repentinamente. Hoje, com a evolução da medicina, é possível identificar as pessoas com maior risco de doenças cardiovasculares. Certas características individuais estão fortemente relacionadas com a possibilidade ou não de vir a ter problemas posteriores. Estes são considerados os fatores de risco:

- *Sexo.:* O risco de os homens sofrerem infarto é duas ou três vezes maior do que o de mulheres antes da menopausa. Após a menopausa, o risco de as mulheres sofrerem um IAM é igual ao dos homens.
- *Idade.:* Problemas circulatórios e cardíacos são mais freqüentes em homens acima de 35 anos e em mulheres acima de 45 anos.
- *Raça.:* Estatísticas indicam que indivíduos da raça negra têm maior incidência de problemas circulatórios. Um dos motivos pode ser o fato de que a hipertensão é mais freqüente nessas pessoas.
- *História familiar de doenças circulatórias ou morte súbita.:* Pessoas com pais e/ou irmãos que morreram de doenças circulatórias antes dos 55 anos, têm maior risco de ter a mesma doença.
- *Sedentarismo.:* Pessoas com pouca atividade física regular têm maior tendência a problemas circulatórios e cardíacos. A atividade física regular melhora a circulação e ajuda no controle do colesterol.
- *Obesidade.:* Pressão alta, colesterol elevado e maiores riscos de outros problemas circulatórios e cardíacos são mais freqüentes em pessoas obesas.
- *Hipertensão Arterial.:* A pressão alta sem tratamento sobrecarrega o trabalho do coração e provoca o surgimento precoce de problemas circulatórios e cardíacos.
- *Diabetes mellitus.:* O diabetes também aumenta o risco de doenças circulatórias e cardíacas.
- *Dislipidemias.:* As dislipidemias, isto é, o aumento do colesterol e triglicérides no sangue, favorecem o aparecimento do IAM e angina, além de outras doenças circulatórias, como a aterosclerose, responsável pela isquemia das artérias coronárias.

- *Uso de anticoncepcionais orais.*: O uso de anticoncepcionais pode contribuir para o aparecimento de problemas circulatórios. Mulheres acima de 35 anos não devem fazer uso de pílulas anticoncepcionais sem acompanhamento médico.
- *Tabagismo.*: O fumante tem de três a cinco vezes mais risco de desenvolver um problema circulatório ou cardíaco que o não fumante, além do risco aumentado de câncer nos lábios, garganta, pulmões e bexiga, entre outros. O tabagismo é o principal fator de risco para IAM.

Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas mais comuns encontrados em pacientes com possível diagnóstico de IAM são:

- Dor forte ou sensação de pressão no lado esquerdo ou no meio do peito, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, sem cessar ao repouso.
- Suor frio intenso.
- Sensação de morte iminente.
- Desconforto no peito;
- Tontura;
- Desmaio;
- Náuseas;
- Dispnéia intensa.

Métodos diagnósticos e tratamento

A maioria dos IAM é provocada pela formação de coágulos de sangue nas artérias que ficarem estreitas. Para combater isso, têm-se usado drogas que dissolvem coágulos (agentes trombolíticos). Se administrados a tempo, podem reduzir o prejuízo de um IAM. Essas drogas estão atualmente disponíveis na maioria dos hospitais que oferecem serviços de emergência e dispõem de Unidade de Terapia Intensiva. Como exemplo temos a Estreptoquinase, a Heparina e o Tridil, utilizados com bastante frequência nos pacientes infartados que são atendidos no SEAHU, a opção por qual medicação destas será usada depende do tempo de início dos sintomas do IAM e da lesão que o mesmo venha a ter provocado.

Os riscos e benefícios dessas drogas em cada caso determinarão se serão administradas ou não durante um IAM. A reabilitação após um IAM é importante. Diminuir os fatores de risco é fundamental para a estabilidade do quadro de saúde. Trabalhar com este paciente e família é essencial para que os mesmos compreendam e lidem com o estresse emocional inerente a situação e entendam que a reabilitação é um processo gradual.

O plano de reabilitação, por via de regra, destaca os passos para a modificação dos fatores de risco e para a retomada da atividade física e sexual. É provável que outros aspectos também sejam revistos. Normalmente, as vítimas de IAM podem voltar ao trabalho ou a suas atividades anteriores. Mas algumas mudanças no estilo de vida podem ser necessárias.

Porém, a educação em saúde após a alta hospitalar deste paciente é uma tarefa prioritária para o não agravamento do seu prognóstico. Para tanto, é necessário uma adaptação deste com o mundo externo, uma vez que este agora necessita se restringir à algumas ações que faziam parte do seu contexto e que devido ao seu atual quadro de saúde precisa agora abrir mão e começar a inseri-los no seu estilo de vida.

Tais recomendações servem também a população em geral e sua utilização estará sendo adequada a cada caso, de acordo com as suas necessidades. São eles:

- Ter uma alimentação saudável.
- Não fumar.
- Ter uma atividade física, sair da vida sedentária, praticar esportes.
- Tentar atingir e manter o peso ideal.
- Fazer exames médicos regulares.

2.2. Acolhimento

Segundo Campos (1997), o acesso pode ser definido como a garantia da entrada do paciente no serviço de saúde; o *acolhimento* é a qualificação dessa entrada, a forma como o paciente entra e como ele é atendido. O vínculo, muito além de responsabilização, vem falar de uma relação mais personalizada, mais concreta entre trabalhador e paciente, onde estes possam, inclusive, se conhecer nominalmente.

Pressupõe um alto grau de subjetividade, uma vez que este depende, essencialmente, de como vai se estabelecer a relação. Dessa forma, pode-se entender o *acolhimento* como uma relação humanizada entre trabalhadores de uma determinada instituição, seus serviços e o paciente. É necessário que os primeiros se disponibilizem a promover uma escuta qualificada, tentando identificar as necessidades que o paciente traz. Precisa também fazer uso de todos os recursos tecnológicos disponíveis, no sentido de dar uma resposta positiva ao paciente.

“Muito além de “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”, o acolhimento é, definido como uma forma humanizada de se relacionar com o usuário que procura os serviços de saúde, ou como a “relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, tem que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles apontam.” (Campos, 1997, p.35).

Além disso, nós como Enfermeiros temos a obrigação de bem atender aos pacientes, e o *acolhimento* vem a contribuir para tal. Este descreve uma assistência individualizada onde o paciente passa a ser acompanhado e orientado sempre que necessário. Basta apenas estabelecer um vínculo dialógico com o paciente e este terá maior abertura para melhor retratar suas dificuldades, sendo que estas o fazem procurar o atendimento que o profissional está incumbido de realizar.

Modelo Assistencial

O novo modelo assistencial, denominado *acolhimento*, segundo Campos(1997) sustenta-se nas idéias de:

- Humanização da assistência;
- Organização a partir das necessidades de saúde do paciente;
- Responsabilização pelo outro;
- Assistência de qualidade;
- Que seja integral e equânime;
- Que tenha participação social;

Principais Objetivos

Segundo THOT(2002), existem estratégias básicas para a utilização do *acolhimento*, sendo que devem estar embasadas em alguns princípios éticos. São eles:

- Conscientizar as pessoas das conseqüências danosas da colocação do aspecto humano/subjetivo em um plano secundário em relação à dimensão técnica/científica/operacional das ações de saúde.
- Revelar, por meio da conscientização, os reais prejuízos oriundos da persistência desse estado de coisas.
- Deixar claro que esse fenômeno resulta da adoção predominante, em nossa cultura, do modelo mental binário (o padrão “ou/ou”), que é por definição fragmentador e excludente.
- Mostrar por meio de exemplos de iniciativas já consolidadas ou ainda em curso, que essa situação pode ser modificada – e não apenas no âmbito das ações de saúde.
- Essa mudança, em seus primeiros momentos, visa estabelecer relações de confiança, solidariedade e familiaridade entre os cidadãos usuários e os cidadãos que os atendeu, sejam profissionais de área técnica/administrativa, sejam profissionais de ajuda direta. Para tanto, é indispensável sensibilizar os servidores, desenvolver neles o potencial relacional ainda não utilizado ou subutilizado.
- Ampliar a participação da comunidade de usuários, acolher seus representantes, receber e estimular os que desejam desempenhar atividades voluntárias.
- Buscar parcerias com outras instituições, públicas ou privadas (empresas, ONGS, associações civis e assim por diante).
- E, sobretudo comunicar, informar, divulgar de modo amplo e facilmente compreensível tudo aquilo que está sendo feito pelo programa e pelas pessoas e entidades que com ele colaboram.
- A comunicação não deve se restringir ao âmbito dos usuários; as diversas unidades da SMS podem e devem comunicar-se e interagir de modo constante.
- “Comunicação” é a palavra-chave, pois o meio mais poderoso de enfrentar uma rede de conversações cujos temas básicos são o medo, a desconfiança e a separação, é criar outra rede, na qual as conversações veiculem a confiança, a participação, a inclusão – o acolhimento, enfim. (THOT,2002, p.3).

A partir de então, definidos os princípios que direcionam o desenvolvimento do novo modelo assistencial, basta realizar novas experiências e estudar novas formas de desenvolvê-lo. As mesmas já estão sendo realizadas em alguns serviços de atenção primária de saúde do país, alguns exemplos estão referenciados no Capítulo 1.

Acolhimento-diálogo

“Abordar o *acolhimento* como uma perspectiva essencialmente “comunicacional”, partindo-se de um entendimento de que é a conversa, a substância principal das atividades de um serviço de saúde” (Teixeira, 2003, pg. 1).

Seguindo ainda a análise feita por Teixeira (2003), é importante fazer uso de técnicas de conversação pois as mesmas possibilitam o melhor desempenho desse novo sistema de assistência, uma vez que se parte do pressuposto de que este é essencial para o entendimento do motivo que traz o paciente a uma unidade de saúde, conhecendo melhor o paciente que nos procura e, por conseqüência atender suas necessidades. O bom funcionamento desta nova rede de assistência depende do desempenho da recepção do paciente no serviço, visto como o primeiro espaço no entendimento das necessidades que possam vir a serem satisfeitas. Entretanto é mais do que evidente que o conteúdo que caracteriza esta atividade não se restringe apenas ao espaço e aos momentos formais da recepção, proliferando por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um paciente pelo serviço, já que não se cessa efetivamente o atendimento de suas necessidades.

A partir deste momento, devemos distinguir o primeiro contato de um paciente com o serviço de saúde, do momento em que já existe um conhecimento inicial do paciente e talvez até uma primeira idéia do motivo que o trouxe à instituição (Silveira, 2003).

O acolhimento-diálogo desempenha um papel central no funcionamento da rede, ou, exatamente, um papel original. É original, não no sentido de primeiro encontro com o serviço, mas porque traduz a ação (passível de se realizar e que se realiza em qualquer encontro através do serviço e não apenas no primeiro encontro) que origina, que defende os diferentes possíveis trânsitos dos pacientes pelo serviço, por seus diferentes “módulos de atenção”. O acolhimento-diálogo, da perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor de operador da distribuição, onipresente em todos os pontos da rede. Sendo tais encontros, momentos pautados pelo entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, nestes se destaca a trajetória “necessária” de cada usuário através do serviço (Teixeira, 2003).

Em vista disso, podemos instituir o caráter do acolhimento “moral” do paciente do serviço e suas demandas como primeiro passo da utilização do novo modelo assistencial aqui caracterizado. Após este momento receptivo, inicia-se um diálogo que parte das circunstâncias concretas analisadas pelo trabalhador da unidade onde há uma busca maior do conhecimento das necessidades de que o paciente se faz portador e dos modos de satisfazê-las. O que talvez caracterize o ponto principal deste modelo, cujas formas obtiveram o levantamento de alguns dados uma vez que as necessidades dos pacientes nem sempre são transparentes ao primeiro contado, nem jamais definitivamente definidas (Teixeira, 2003, pg. 2).

Cada paciente tem suas qualidades, e estas devem ser respeitadas no convívio desta com o atendimento na unidade de saúde onde este é atendido. O *acolhimento* serve como uma porta de entrada nesta unidade para que este sinta-se bem e satisfaça suas necessidades, sendo este o objetivo primórdio da vinda deste ao serviço. Uma vez que este é bem tratado, há um favorecimento da atuação do Enfermeiro junto ao paciente, pois este sente maior segurança do resultado deste atendimento.

Aceitar
a vida assim.
A ironia do sol nascendo
O debochar da chuva caindo
O tempo passando.
Aceitar
As pessoas assim
O egoísmo tomando conta
A fúria dominando tudo
A hipocrisia rolando solta.
Aceitar
E me aceitar assim
Alheia a tudo
A viver em outro mundo
Num refúgio sem fim.
(Kheila de Jesus Amorim)

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 A Teórica

Callista Roy é uma enfermeira americana que nasceu em 1939. Iniciou seus estudos sobre o modelo de adaptação em 1964, enquanto estudante de pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, Los Angeles, sob a orientação de Dorothy E. Johnson, e a partir da teoria de nível adaptativo de Helson e atividades da vida diária de Henderson. A partir de 1984, enfatizou a natureza holística de uma pessoa e, em 1987 e 1988 descreveu premissas humanistas (Meleis, 1991; Tiedman, 1996).

Esta teoria possui duas premissas básicas. A primeira está associada à finalidade da existência humana com seu conceito de pessoa. Roy, 1984 (apud George, 1993), afirma que o receptor do cuidado de enfermagem pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade ou sociedade. Cada um deles é considerado pela enfermeira como um sistema adaptativo holístico.

A segunda premissa está associada à teoria de nível adaptativo e a teoria dos sistemas.

3.2. Principais Conceitos

De acordo com Patrício, 1990, conceito é:

Uma idéia ou um conjunto de idéias organizadas que representa, que dão significado próprio à imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois se relaciona com outros conceitos. Podem ser modificados continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Desta forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico. (Patrício, 1990, Apud, Lindner, 2002).

a) **Pessoa.** É definido por Roy (George, 1993) como um sistema adaptativo aberto, holístico, único em sua essencialidade e que está em constante interação com o ambiente mutável que reflete a partir dos estímulos internos e externos, em dois subsistemas de enfrentamento denominados: fisiológico e cognitivo que se manifestam em quatro modos adaptativos: fisiológico (biológico), auto-conceito (psicológico), função identidade (social) e interdependência.

Em minha prática assistencial, pude perceber que o paciente está diretamente ligado a situação à qual está vivenciando. Este cria mecanismos de defesa através de sua adaptação ao novo contexto, quando é exposto a tal, passa a trilhar um caminho através do qual passa a caracterizar como alternativo para sua melhora. Embora esta adaptação seja diferenciada de paciente para paciente, devido ao contexto em que este se insere, dependendo bastante da sua relação com seus familiares, sendo estes fundamentais para o seu cuidado.

Percebi ainda que este reage de forma diferenciada ao receber um tratamento mais individualizado, passa a interagir melhor com a equipe multiprofissional e expor mais suas angústias/medos, o que favorece sua adaptação ao meio, pois este torna-se mais parecido com o ambiente familiar, ao qual está acostumado.

b) **Sistema.** Primeiramente, considera o conceito de sistema como aplicado a um indivíduo. Roy conceitua a pessoa de uma perspectiva holística. Os aspectos individuais das partes agem em conjunto para formar um ser unificado. Adicionalmente como sistemas vivos, as pessoas estão em constante interação com seus ambientes. Entre o sistema e o ambiente ocorre uma troca de informações, matéria e energia (George, 1993).

Em campo de estágio percebi a importância de um ambiente mais privativo para cada paciente, embora o mesmo se tornasse difícil pois a quantidade de pacientes atendidos no SEAHU é maior do que este suporta. No entanto, contextualizar o paciente com o ambiente em que este se encontrava foi desafiador, pelo fato de faltar iluminação, silêncio, e tudo mais que de um modo geral, influencia na adaptação dos mesmos ao ambiente. Isto poderia ter sido mais fácil se houvessem condições próprias para sua recuperação.

c) **Adaptação.** É descrita por Roy (George,1993) como uma resposta comportamental expressa pela pessoa em constante interação com o ambiente mutável, através de mecanismos de enfrentamento, refletidos a partir dos estímulos internos e externos recaídos dentro ou fora da zona de adaptação. É um reflexo da saúde, onde ocorrem liberações de energia que promovem integridade relativa do ser humano.

Trabalhando com o paciente percebi os diferentes mecanismos utilizados e a adequação pessoal adotada a partir de cada situação vivenciada. Embora estes mecanismos se diferenciasssem em cada momento, todos partiam do mesmo objetivo, a melhora. Dependendo da hora do dia, do calor, do barulho, estes mostravam-se mais agitados ou menos confiantes, em outros momentos correspondiam mais ou menos aos estímulos que lhes eram propiciados. Independente de serem respostas positivas ou negativas, estas demonstravam o quadro de adaptação destes ao atual quadro clínico.

d) **Enfermagem.** Roy considera (George, 1993) a Enfermagem como a ciência e a prática de estimular a adaptação do ser humano, família, comunidade, sociedade, promovendo sua integridade fisiológica, psíquica e social. Visa reduzir as reações ineficazes e fortalecer os mecanismos de enfrentamento ou as respostas adaptativas como comportamento de saída da pessoa, a fim de afetar positivamente a saúde.

Através do *acolhimento* propiciado aos pacientes e familiares, pude perceber a importância do papel do Enfermeiro na recuperação do paciente. Estes reagiam positiva ou negativamente aos estímulos que lhes eram propiciados. Através disto criavam mecanismos de enfrentamento para determinada situação, onde realçavam a importância da atuação do Enfermeiro neste momento de tão difícil aceitação. Cabe ao

Enfermeiro neste momento atuar como facilitador e estimulador desta adaptação, e acima de tudo, não deixar que este se perca nas reações ineficazes que comumente são encontradas.

e) **Ambiente.** Roy estabelece o ambiente como todas as condições que afetam, circundam e influenciam uma pessoa, sendo visto como entrada para a pessoa, consistindo nos estímulos internos e externos que afetam no seu desenvolvimento e comportamento.

Apesar de o atendimento não ser feito num local apropriado para o favorecimento da melhor atuação do Enfermeiro como co-autor na adaptação dos pacientes ao quadro clínico apresentado, os estímulos internos e externos muitas vezes não serem propícios à sua melhora, estes reagem conforme suas necessidades, as vezes melhorando o quadro clínico, as vezes piorando. O envolvimento destes ao meio em que estavam inseridos foi essencial, embora nem sempre a resposta tenha sido positiva, mas sempre houve reação aos estímulos, por menores que tenham sido.

f) **Saúde/Doença.** Segundo Roy (George, 1993), é um estado e um processo de tornar-se uma pessoa integrada e total, com potencial para estabelecer metas, a fim de obter respostas adaptativas. Saúde é definida sem referência à doença, dando ênfase aos estados de bem estar.

Assim como Roy que descreve saúde sem comparar com doença, percebi que os pacientes apresentavam formas de adaptação que atuavam diretamente no seu comportamento e que auxiliavam no seu tratamento, independentemente do seu quadro clínico todos criavam mecanismos de defesa próprios, estabelecendo metas para sua melhor adaptação. Saúde é definida então como um processo de interação entre ser humano/ambiente/enfermagem/sistema onde objetiva-se uma progressão do quadro clínico e o bem estar do paciente e família.

3.3. Principais Pressupostos

Roy expôs seus principais pressupostos na Conferência Internacional de Enfermagem em Edmonton em maio de 1984, esses pressupostos derivam da teoria de nível de adaptação de Helson e de pressupostos filosóficos a partir de valores humanísticos. Conforme Mariner-Tomey (1997), são eles:

Pressupostos da Teoria de Sistemas

- Um sistema é um conjunto de unidades relacionadas ou conectadas entre si para formar uma unidade ou uma totalidade.
- Um sistema é uma totalidade que funciona como tal em virtude da interdependência de suas partes.
- Os sistemas tem entradas, saídas e processos de controle e de retro alimentação.

Através do que está acima descrito, podemos analisar o sistema como um conjunto de unidades que estão conectadas e relacionadas, objetivando a formação de uma unidade, embora exista uma interdependência positiva entre elas.

Pressupostos derivados da Teoria de Helson.

- A conduta humana representa a adaptação das forças de controle do organismo.
- A conduta adaptativa é uma função dos estímulos e do nível de adaptação, o efeito acumulado dos estímulos focais, contextuais e residuais.
- A adaptação é um processo de resposta positiva para as modificações de controle. Esta resposta positiva diminui a resposta necessária para fazer frente aos estímulos e aumenta a sensibilidade para responder a outros estímulos.
- As respostas refletem o estado do organismo e as propriedades dos estímulos, por que se consideram processo ativos (Mariner-Tomey, 1997).

De acordo com os pressupostos da Teoria de Helson, percebe-se a necessidade de uma resposta adaptativa às modificações vivenciadas pelo paciente, esta resposta esta diretamente vinculada aos estímulos que lhes são fornecidos. A adaptação deste diminui a resposta necessária para enfrentar aos estímulos e aumenta a sensibilidade para fazer frente a outros.

Pressupostos derivados do Humanismo

- As pessoas possuem sua própria capacidade criativa.
- A pessoa é holística.

- As opiniões e pontos de vista de uma pessoa tem valor.
- As relações interpessoais são importantes (Mariner-Tomey, 1997).

De acordo com estes pressupostos podemos definir o paciente como um ser capaz de criar mecanismos de enfrentamento próprios de acordo com a situação vivenciada, valorizando assim sua capacidade de se relacionar com a equipe de Enfermagem e com sua família, bem como com a sociedade em geral. Devemos a partir daí dar valor às opiniões e pontos de vista do paciente já que este é o objeto principal na sua recuperação.

O marco conceitual de Roy aplicado à situação de *acolhimento* do paciente com diagnóstico de IAM vem a contribuir de forma complementar na assistência deste paciente, uma vez que embasa a Prática Assistencial utilizada no atendimento aos mesmos, melhorando assim a adaptação e boa recuperação destes.

"O tempo tão senhor e dono de tudo
Sempre tão frio e determinante
Brinca sarcástico, agindo mudo
Torna-me perdedora num instante.

O tempo, por vezes, meu único aliado
Ironiza de mim, jogando comigo
Se faz longo, se esquece parado
Não passa, se contradiz de amigo.

Se curto, passa, corre depressa
Dá segundos quando quero horas
E fica lento se eu tenho pressa.

Caprichoso me escraviza e domina
Teima que fica e acaba indo embora
Foge, mas me torna heroína".

(Kheila de Jesus Amorim)

4 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL

4.1 Descrevendo o local de Estágio

O Hospital Universitário/UFSC é uma unidade de referência pública, integrante do Sistema Único de Saúde, o qual tem como princípios doutrinários: Universalização, Eqüidade, Integralidade; e como princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular.

As obras de construção HU, iniciaram-se em 1964, no Campus Universitário da Trindade, mas somente se tornou realidade em 1980, após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração, em maio de 1980.

Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente , em 1996, a Maternidade.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o HU completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em Outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento.

Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

A Área de Ensino/Pesquisa e assistência em que o HU mais se destaca e que o faz ser reconhecido como referência aqui em Florianópolis são:

- Destaque à Maternidade pelo seu caráter a assistência humanizada
- Hospital Amigo da Criança
- Maternidade Segura (Processo em andamento)
- Programa Capital Criança
- Internato da 10ª fase em Programas de Saúde Comunitária e Programa de Saúde da Família.

O Serviço de Emergência Adulto está situada no andar térreo do HU, com entrada própria. Está dividida em duas partes para o atendimento externo ao público:

- Pronto Atendimento (PA): É constituído por três consultórios médicos, uma sala de preparo e administração de medicações e um expurgo.
- Serviço de Emergência Interna (SEI): É onde são realizados os atendimentos cirúrgicos e os atendimentos clínicos emergenciais. O SEI é composto por quatro consultórios médicos, um posto de enfermagem, uma sala de reanimação, almoxarifado e duas salas cirúrgicas. Uma sala de medicação e um banheiro para pacientes. Há ainda um isolamento, com um leito e instalações sanitárias para uso privativo do paciente isolado.

Na entrada do SEAHU fica localizada a recepção, onde são preenchidas as fichas clínicas (PA ou SEI), médica ou cirúrgicas, para a emergência Adulto, Pediátrica e para a Maternidade.

Ainda no setor, existe o “repouso” onde ficam os pacientes internados aguardando vagas para outras unidades de internação, transferência, ou alta. É constituído por sete leitos, instalações sanitárias, posto de enfermagem e balcão para a parte burocrática do setor.

Na parte administrativa do SEAHU, há a sala de Chefia de Enfermagem, uma sala de estar para os médicos e chefia médica, uma sala de estar para Enfermagem e dois quartos de repouso médico.

O SEAHU possui área física de 417,93m², distribuídos conforme Apêndice A.

A sala de reanimação do SEAHU, onde a Prática Assistencial foi desenvolvida, localiza-se próxima a entrada geral. Esta sala deveria ser utilizada apenas em atendimentos emergenciais, contudo, devido ao espaço físico restrito a grande

demanda de pacientes acaba sendo utilizada também como abrigo a pacientes acamados que necessitam de repouso e controle mais intenso do seu quadro de saúde. Dentre estes, posso citar pacientes com diagnóstico de IAM que permanecem ali devido –principalmente- à necessidade de monitorização cardíaca, repouso e uso de O2 contínuo, cujos equipamentos necessários para a execução de tais atividades encontram-se nesta sala.

Na sala de reanimação encontram-se três macas: uma é de uso exclusivo para episódios de reanimação (Parada Cardiorrespiratória, IAM, afogamentos, acidentes, entre outros), outra serve para “abrigar” pacientes dos mais variados diagnósticos (intoxicação, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, angina, etc.) e a última seria de uso exclusivo para a realização de eletrocardiogramas, mas dificilmente está vaga para o fim destinado.

Ainda nesta sala encontram-se: duas escadas para pacientes; três balcões de madeira; um desfibrilador cardíaco; um monitor cardíaco; um aparelho de ar condicionado; um aspirador compressos cirúrgico; uma lixeira grande; uma lixeira para material pérfuro-cortante; espátulas; uma caixa de luvas de procedimento, luvas estéreis de tamanhos diferentes; máscaras de proteção; soro fisiológico e glicosado; um esfigmomanômetro móvel; uma pia (cujo balcão armazena roupas de cama, aventais, fronhas, etc.); um aparelho eletrocardiógrafo; um hamper; um biombo; um negatoscópio de parede. Além disso ainda vemos as instalações elétricas e entradas de Ar Comprimido e Oxigênio.

Além de todos estes itens acima citados, a sala de reanimação ainda serve como depósito para materiais utilizados durante episódios de reanimação e demais atendimentos. Porém, existe um número ideal de determinados materiais que geralmente não condizem com o mínimo que está instituído como necessário para uma sala de reanimação (Anexo 1). Existe um controle diário, cuja averiguação é feita pela equipe de enfermagem, onde são registrados todos os materiais presentes na sala para encaminhar reposição dos mesmos embora haja um déficit significativo de materiais rotineiramente. Ainda na sala de reanimação, há um estoque de medicações que são utilizadas em episódios de reanimação, e de materiais de uso geral para preparo e administração de medicamentos, estão listados em Anexo 2.

Os pacientes são atendidos conforme seus problemas das seguintes formas:

O paciente chega no SEAHU fornece informações para o preenchimento da ficha de atendimento na recepção (Anexo 3) e aguarda na sala de espera, para que o clínico plantonista o chame e o atenda em um dos consultórios. O clínico geralmente é um acadêmico da 12ª fase de medicina, sob a orientação de um médico responsável. Este clínico realiza a anamnese, prescreve e mantém ou libera o paciente, dependendo do quadro clínico do paciente. É o clínico do SEAHU quem solicita exames, realiza a terapêutica, mantém o paciente no setor, transfere, interna ou dá alta. Se houver necessidade de permanência no setor, o paciente recebe os cuidados da equipe de Enfermagem, seguindo a prescrição médica e de Enfermagem.

O paciente que permanece internado no SEAHU, tem direito a visitas nos seguintes horários: Manhã das 11:00 às 11:30 horas e tarde das 16:00 às 16:30 horas. E direito as refeições nestes outros horários: 07:30hs café da manhã, 11:00hs almoço, 14:00hs café, 17:00hs janta, 21:00hs lanche.

No SEAHU não é permitido a permanência de visitantes menores que 18 anos. É ainda proibido fumar ou ingerir bebidas alcoólicas no local.

- No PA, os pacientes são atendidos e encaminhados às diferentes especialidades ou aos postos de saúde de referência, conforme a necessidade.
- O SEI tem o atendimento clínico e cirúrgico. O atendimento clínico ocorre na sala de reanimação, nos consultórios ou na sala de medicação. O atendimento cirúrgico pode se dar nas salas cirúrgicas ou na sala de reanimação. Quando há necessidade do paciente permanecer internado, o mesmo pode ser encaminhado às clínicas de internação ou transferido para outro hospital. Caso não haja vagas ou as condições clínicas do paciente não sejam propícias, o mesmo permanece internado no Setor de Repouso.

O horário de atendimento no SEAHU é de vinte e quatro horas, sendo que o serviço de Pronto Atendimento e consultas, funciona das oito às vinte horas. Após este período todo o atendimento ocorre no SEI.

O Serviço de Enfermagem do SEAHU conta com 95 funcionários ao todo, sendo que destes, alguns trabalham todos os dias ou em escalas de duplo horário, o que dá um total de apenas 66 funcionários ao dia, com a seguinte distribuição, segundo o quadro abaixo:

QUADRO 01: Distribuição diária dos funcionários que trabalham no SEAHU.

Profissionais	MATUTINO	VESPERTINO	NOTURNO
MÉDICO	04	05	03
ENFERMEIRA	01	01	01
TEC.DE ENFERM.	06	06	06
ESCRITURÁRIO	02	02	02
ACAD. MEDICINA	04	04	03
SERVIÇO GERAL	02	02	02
VIGILANTE	01	01	02
TOTAL	20	21	19

O regime de trabalho da Equipe de Enfermagem é de trinta e seis horas semanais, e há necessidade de cobertura para folgas, abono de 15 dias, férias, licenças, atestados de saúde, o que acaba por reduzir a equipe significativamente em número. Assim são considerados imprescindíveis na equipe de enfermagem por turno, seis auxiliares ou técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

Os horários das Equipes de Enfermagem são:

Matutino: Das sete às treze horas;

Vespertino: Das treze às dezenove horas;

Noturno: Das dezenove às sete horas do dia seguinte.

Nos finais de semana ocorre o revezamento entre turmas do matutino e vespertino num plantão diurno das sete às dezenove horas. Por exemplo: Sábado é plantão do turno matutino e no Domingo do turno vespertino; no próximo final de semana, sábado é plantão do turno vespertino e Domingo do turno matutino.

4.2. Os sujeitos do trabalho

Minha prática assistencial esteve voltada para os pacientes com diagnóstico de IAM e família no SEAHU, preferencialmente os que se encontrarem na Sala de

Reanimação; devido à baixa demanda, esta prática estendeu-se esta prática, aos pacientes com o mesmo diagnóstico que estavam internados no Setor de Repouso do SEAHU

Realizei um trabalho de Educação em Saúde com a comunidade em geral que foi atendida no HU, com enfoque na prevenção e esclarecimentos sobre IAM.

Achei interessante ainda fazer um levantamento acerca do perfil do paciente com diagnóstico de IAM atendido no SEAHU.

Para tal, inicialmente busquei identificar nas fichas de internação, evolução médica e de enfermagem os dados qualitativos, tais como: sexo, idade e procedência. O levantamento de dados procedeu-se diariamente, no campo de estágio, como complemento da assistência de Enfermagem, já que estes dados fariam parte do Processo de Enfermagem e da evolução diária do paciente.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em uma tabela com colunas específicas para o preenchimento com as informações de cada variável, sendo elas: número da coleta, número de registro de internação, nome do cliente, profissão, idade em anos, sexo, procedência e data de internação (Apêndice B).

Após realizar a primeira etapa de levantamento de dados, fiz o processamento e tabulação destas informações, distribuindo em tabelas de frequência absoluta e relativa, apresentando separadamente as variáveis: idade, sexo, procedência e profissão.

TABELA 1 – Número de pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no SEAHU–UFSC, segundo o sexo, no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003 em Florianópolis.

Sexo	Número	Frequência (%)
Masculino	6	75
Feminino	2	25
Total	8	100

De acordo com a TABELA 1, vemos que a incidência de casos de IAM atendidos no SEAHU foi bem maior em pacientes do sexo masculino, o que confirma a

literatura anteriormente estudada, onde a incidência é maior no sexo masculino (3 vezes mais homens que mulheres sofrem IAM).

TABELA 2– Número de pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no SEAHU–UFSC, segundo a idade, no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003 em Florianópolis.

Idade	Número	Frequência (%)
48 - 53	5	62,5
54 - 59	2	25
60 - 83	1	12,5
Total	8	100

Conforme dados analisados na TABELA 2, vê-se um número considerável de pacientes com idade inferior a 53 anos infartados, mostrando um fator de risco cada vez mais comum entre a pacientes mais jovens expostos a este tipo de afecção.

TABELA 3 – Número de pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no SEAHU–UFSC, segundo a profissão, no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003 em Florianópolis.

Profissão	Número	Frequência (%)
Técnico de Enfermagem	1	12,5
Aposentado	2	25
Desempregado	2	25
Faxineiro	1	12,5
Vigilante	2	25
Total	8	100

Analisando a TABELA 3, percebi que profissionais de diferentes áreas estão propensos a sofrerem um IAM, independente de classe social ou religião, embora algumas profissões tenham se repetidos nos dados obtidos, como exemplo os

vigilantes. Comparando a literatura referenciada não existe profissão de risco e sim o fator hereditário, a partir do qual existe a possibilidade de adaptar o estilo de vida conforme necessidades de precauções, como por exemplo, profissões que estressam muito o paciente, ou ainda exigem muito esforço físico do mesmo, devem ser evitadas.

TABELA 4 – Número de pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no SEAHU – UFSC, segundo a procedência, no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003 em Florianópolis.

Procedência	Número	Frequência (%)
Ribeirão da Ilha	2	25
Saco dos Limões	1	12,5
Monte Verde	1	12,5
Cachoeira do Bom Jesus	2	25
Saco Grande	1	12,5
Ingleses	1	12,5
Total	8	100

Observando a TABELA 4; é visível que todos os pacientes atendidos no período em que foi realizada a Prática Assistencial residem atualmente em Florianópolis, nas proximidades do HU.

4.3 Detalhamento das estratégias desenvolvidas na Prática Assistencial

Desenvolvi a Assistência de Enfermagem aos pacientes com diagnóstico de IAM e seus familiares, estimulando-os e realizando ações que promovessem a adaptação destes ao novo contexto de vida, juntamente com a equipe multidisciplinar.

Aprimorei minha capacidade para identificar déficits de adaptação requeridas pelos pacientes e implementar as medidas de ajuda para suprir estas necessidades, através dos sistemas de compensação total, parcial e suporte educacional.

A população alvo deste estudo foi constituída por (08) oito pacientes com diagnóstico de IAM e familiares atendidos no SEAHU de Florianópolis, no período de nove de outubro a nove de dezembro de 2003 (Apêndice C).

a) Apresentando proposta de acolhimento aos trabalhadores do SEAHU, aprofundando as discussões teóricas e práticas relacionadas ao tema.

De acordo com o Projeto Assistencial, marquei uma reunião com os trabalhadores do SEAHU, buscando um horário conveniente a todos. Neste momento busquei sintetizar o conteúdo teórico, sendo clara e objetiva na explanação do mesmo, deixando claros os objetivos do trabalho, buscando aperfeiçoá-los de acordo com as necessidades dos trabalhadores e esclarecendo dúvidas dos mesmos em relação ao Projeto Assistencial.

Este objetivo foi alcançado em partes, pois o tempo disponibilizado para tal foi curto não tendo oportunidade de expor por completo o que era aquele acolhimento que estava sendo trabalhado por mim, embora aos poucos os funcionários faziam questionamentos a respeito do assunto, podendo então falar melhor do meu Projeto Assistencial.

b) Prestando assistência de enfermagem de urgência ao portador de Infarto Agudo do Miocárdio e familiares.

Acredito que a presença do familiar é de extrema importância para o tratamento e reabilitação do paciente, sendo que na maioria dos casos, ele necessita da ajuda de pessoas na realização de suas atividades rotineiras. Ao mesmo tempo esta presença de algum familiar permite uma recuperação mais rápida, uma vez que este paciente já conhece esta pessoa que o está acompanhando, a introdução de uma nova pessoa neste contexto pode não ser tão eficaz.

Este paciente precisa primeiramente conhecer este profissional para futuramente se adaptar, sem falar que o familiar interage mais facilmente com este paciente, pois o

mesmo está passando pela mesma fase, sofrendo juntamente com este a nova situação saúde/doença vivenciada por ambos. Por outro lado, o número de funcionários é muito pequeno para se dar uma atenção individualizada a este paciente, deixando a desejar nesta questão.

Durante esta assistência, primeiramente, estive preocupada em desenvolver os planos traçados no Projeto Assistencial. Para tal: estive atenta aos sinais e sintomas de IAM, tal qual ao agravamento dos mesmos; busquei suprir as necessidades fisiológicas e psicológicas do cliente; controlei intensamente os sinais vitais, dando ênfase a temperatura e função cardíaca; realizei Eletrocardiograma e administrei medicações conforme indicação médica; preparei material necessário caso houvesse agravamento do quadro clínico do paciente; conversei com o paciente buscando aliviar a tensão do momento, já que o mesmo encontra-se inquieto devido a dor intensa que está sentindo.

Este objetivo foi alcançado pois os pacientes apresentaram uma melhora significativa do quadro clínico, diminuindo ainda os riscos de seu agravamento e houve uma estabilização dos seus sinais vitais, principalmente de sua função cardíaca.

Abaixo descrevo os Processos de Enfermagem que desenvolvi a partir dos atendimentos realizados durante a Prática Assistencial. Devido a grande demanda de pacientes com IAM neste período, selecionei três destes para inserir no Relatório da Prática Assistencial, são eles: *Feliz*, *Preocupada* e *Orgulhoso*.

❖ **FELIZ**

Feliz, sexo feminino, 49 anos, natural e procedente do Ribeirão da Ilha, Florianópolis, divorciada, faxineira, 6 filhos, mora com dois deles (um filho de 20 anos e uma filha de 15 anos).

Deu entrada no SEAHU em 12 de outubro de 2003 às 17:30h, deambulando, acompanhada de sua filha, com episódio álgico retroesternal com irradiação para braço esquerdo que ficou temporariamente dormente. *Feliz*, refere ainda dispnéia associada à dor, tontura, sudorese, palidez e dor epigástrica "ruim".

Segundo *Feliz*, a dor iniciou por volta das 17h quando subia o morro que dá acesso a sua casa. Ela é portadora de *diabetes mellitus* há 8 anos e hipertensa, tratados com: metformina 850 mg 1 cp./dia; HCTZ 50 mg 1 cp./dia e captopril 25 mg 2

cp. pela manhã e 2cp. à noite, embora a paciente relate não os tomar rigorosamente e que fez uso dos mesmos 12h antes do início da dor.

Quanto à história de doenças familiares, *Feliz* relata que o pai faleceu de derrame e fazia uso constante de bebidas alcoólicas; seu ex-marido era portador de tuberculose e um dos filhos teve pneumonia quando criança.

Feliz frequenta a Igreja Assembléia de Deus, é analfabeta e faz faxina uma vez por semana. A mesma tem que subir o morro todos os dias e isso a cansa bastante, pois não têm condições financeiras para morar em outro lugar.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde costuma visitá-la mensalmente. *Feliz* mostrou-se ansiosa em relação à internação, embora tentasse disfarçar.

Feliz apresenta-se orientada, fala clara e lúcida. Os órgãos dos sentidos funcionam bem, é independente e não faz uso de próteses. O tempo diário de sono é de 6h/dia, não apresenta lesões de pele, curativos ou tosse.

Refere quadros de dispnéia aos esforços, fuma há 8 anos, em média 15 cigarros/dia. Faz uso de cateter nasal de O₂ 2 litros contínuo.

Em relação às eliminações, *Feliz* apresenta abdome distendido, sons intestinais ausentes, última evacuação com cor, odor e forma característicos, padrão intestinal normal e dificuldade para iniciar o fluxo vesical.

A dieta atual é pobre em gordura saturada, para DM, com 2g de sal, sendo obedecida sem dificuldades. *Feliz* relata ter perdido peso nas últimas semanas. Costuma consumir 10 xícaras de café/dia (sem leite) e faz uso exagerado de coca-cola.

Atualmente recebe heparina em bomba de infusão contínua e monitorização cardíaca rigorosa. Quanto ao sistema endócrino, *Feliz* passou pela menopausa há 4 anos, não realizou Esfregaço de Pap nem auto-exame de mamas.

Feliz permaneceu seis horas na sala de reanimação, acompanhada de seu filho mais novo, o que mostrava-se prostrado com a situação de saúde de sua mãe. Primeiramente, me apresentei seguindo prestando assistência de Enfermagem de urgência pois a mesma necessitava de cuidados rigorosos. Apesar do quadro clínico, *Feliz* demonstrava estar se sentindo bem. Foram longas horas de conversas com ambos, onde se estabeleceu uma melhora do quadro adaptativo da paciente, uma vez que os estímulos focais e contextuais tiveram sucesso em sua adequação.

Feliz foi transferida para a Clínica Médica II, às 22:30hs para continuar tratamento. Acompanhei a mesma até a clínica, providenciando a internação da mesma na unidade, passando o plantão à equipe de Enfermagem. Antes de sair de lá, *Feliz* revelou ter achado muito interessante a experiência da qual a mesma fazia parte. Seu filho disse que nunca tinha visto sua mãe tão feliz diante do seu quadro clínico. Após isso, fiz duas visitas para *Feliz* questionando-a sobre sua recuperação e observando seu comportamento referente a metodologia do estudo aqui descrito. *Feliz* permaneceu mais dez dias internada nesta unidade, quando recebeu alta, após realização de vários exames complementares, os quais demonstraram melhora significativa do seu quadro.

❖ **PREOCUPADA**

Preocupada, 51 anos, casada, 3 filhos, técnica de enfermagem, católica, natural e procedente de Florianópolis onde reside com a família. É hipertensa há 22 anos, fazendo uso de medicação antihipertensiva, tendo abandonado a dieta. Tem história de cesáreas anteriores e internação no Hospital de Caridade por IAM.

Nega alergias medicamentosas, tabagismo, etilismo e *Diabetes Mellitus*. Afirma ter história de depressão, não fazendo uso de medicação para esta. *Preocupada* relata não conseguir dormir bem há algum tempo.

Foi admitida na SEAHU em 5 de novembro de 2003, trazida pela funcionária do plantão noturno, com queixas de dor precordial em queimação de forte intensidade irradiada para membro superior esquerdo, acompanhada de náuseas. Feito Eletrocardiograma e colhidas enzimas (CK, CK-MB), medicada com AAS, Isordil, dipirona, instalado O₂ por catéter extra-nasal 3 litros. PA = 150/90 mmHg.

Transferida para o repouso em 06/11/2003 às 18h em maca, acompanhada do marido, apresentando-se lúcida, orientada, sem queixas de precordialgia (última às 2h AM), obesa, em heparinização plena, monitorização cardíaca (ritmo sinusal, regular, Freqüência Cardíaca = 77 bpm), em fluidoterapia com acesso venoso em Membro Superior Direito.

Aceitando parte da dieta, eliminações vesicais presentes, não evacuou no período. Diagnóstico médico: IAM sem supra de ST e fatores de risco cardiovascular.

Preocupada permaneceu internada três dias no setor de repouso acompanhada de sua filha. Primeiramente fiz um breve histórico de saúde a partir dos dados

considerados por Roy importantes para uma avaliação geral do quadro adaptativo da paciente, seguindo depois para a implementação do Projeto Assistencial, onde enfoquei o acolhimento como subsídio para realçar os estímulos focais e contextuais que estavam presentes, mas que não se sobressaíam, devido principalmente á paciente, pois a mesma trabalhava como técnica de enfermagem, dando pouca abertura, pois passou a maior parte do tempo concentrada em não deixar ninguém fazer um procedimento de forma errada, a mesma avaliava todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Após um longo período de acompanhamento, *Preocupada* passou a abrir mão de seus receios, interagindo melhor com o atendimento proposto.

A evolução diária era bastante significativa. A presença de sua filha, que no início, não contentava *Preocupada* agora era tida como algo bom. Agora a paciente estava ajudando no seu tratamento. Com sua ajuda o autocuidado ficou bem mais visível e a recuperação foi bem mais rápida. A participação de sua família no tratamento foi muito importante e a ambientalização adequada para a adaptação dos mesmos ao novo estilo de vida, já que este deve ser adaptado ao quadro clínico de *Preocupada*.

❖ **ORGULHOSO**

Orgulhoso, sexo masculino, 49 anos, vigilante, casado, um filho, católico, segundo grau incompleto, natural de Ituporanga e procedente do bairro Monte Verde-Florianópolis, onde reside com esposa e enteado.

Deu entrada no SEAHU no dia 27/10/2003 às 13hs. Veio deambulando, lúcido, orientado, contactuante, com queixa de dor retroesternal tipo aperto, queimor, que iniciou as 4hs com irradiação para membro superior esquerdo, cessando aos poucos durante o dia. Pressão arterial 140/90mmHg. Diagnosticado IAM.

Já esteve internado anteriormente neste hospital em junho/1998, permanecendo aqui durante 15 dias. Realizou cateterismo nesta época com resultado normal.

Tabagista há aproximadamente 40 anos, atualmente faz uso de uma carteira por dia. Etilista social, relata fazer uso de um litro de café por dia.

Pressão arterial = 110/70mmHg; frequência cardíaca = 64bpm; frequência respiratória = 20mpm; temperatura = 36,4°C.

Eliminações vesicais e intestinais presentes e em bom volume.

Uso regular de HCTZ. Dieta hipossódica, não obedecida. No momento, aguarda alimentação pois (SIC) está sem comer desde a noite anterior.

Punção venosa em Membro Superior Direito, com Abocath18, recebendo heparina por Bomba de Infusão Contínua, Monocordil e KCl.

Paciente relata história familiar de tabagismo, seu pai foi vítima de dois Infarto Agudo do Miocárdio e câncer de pulmão, mãe teve litíase renal. *Orgulhoso* realizou anteriormente apendicectomia e cirurgia prostática.

Evolução de Enfermagem (28/10/2003)

S- Paciente sem queixas no período.

O- Paciente lúcido, orientado, contactuante, em uso de catéter de O2 tipo óculos, segue com heparina em BIC e fluidoterapia em membro superior direito. Ao monitor cardíaco, ritmo sinusal com frequência cardíaca variando entre 64 e 72bpm. Aceitando bem a dieta. Recebeu cuidados de higiene e conforto no leito. Eliminações vesicais presentes e em bom volume. Não evacuou no período. Sinais vitais estáveis.

A- Paciente com IAM, sem precordialgia.

Paciente hipertenso com níveis tensionais dentro dos limites da normalidade.

Orgulhoso permaneceu oito horas internado no repouso acompanhado de seu enteado, o qual mostrou bastante interesse na recuperação do quadro clínico. Este fez questão de participar da assistência de Enfermagem prestada, estimulando em várias situações *Orgulhoso* a participar do seu tratamento. *Orgulhoso* mostrou-se um tanto triste pela situação que vivenciava, embora correspondesse aos estímulos focais e contextuais, ambientalizando-se rapidamente e facilitando sua adaptação com posterior melhora significativa do quadro. Seu enteado participou de várias atividades que promovi para que *Orgulhoso* se fizesse presente no seu cuidado, fez uso das revistas que lhe ofereci e enquanto *Orgulhoso* descansava este questionava comigo a respeito da recuperação, sempre dialogando comigo e com a equipe de Enfermagem, mostrando-se apto a auxiliar no que fosse necessário.

Orgulhoso foi transferido no dia 28/10/2003 às 14 horas para a Clínica Médica II, onde seguiu-se o tratamento, com um ambiente mais propício para sua recuperação. Ao sair da unidade, agradecido pelo atendimento prioritário, ele e seu enteado falaram que foi muito bom ter estado conosco.

c) Estabelecendo um vínculo dialógico com os trabalhadores, clientes e familiares.

Iniciei as atividades me inteirando do processo de cuidar desenvolvido pela equipe multidisciplinar, aos pacientes com diagnóstico de IAM e familiares.

Para isso, devido a pouca demanda de pacientes, fiquei três dias observando a equipe e a rotina da unidade, conhecendo os profissionais e acompanhando as suas atividades diárias. Entre estas venho citar a realização da passagem de plantão, a forma como os procedimentos de Enfermagem são realizados pela equipe (cateterismo vesical, administração de medicação, sondagens, etc.), as orientações para a alta hospitalar, a rotina diária do Enfermeiro na unidade, entre outros.

Durante os primeiros dias me senti um pouco desamparada, pois estava em um ambiente diferente, trabalhando com pessoas diferentes. Com a participação do Enfermeiros Supervisores, me apresentei à equipe multidisciplinar, falei sobre os objetivos do Projeto Assistencial e salientei que estaria auxiliando no que fosse necessário e que esperava o mesmo da equipe.

Esta relação foi estendida ainda ao objeto principal do presente estudo, o paciente. Aos quais fiz uma breve apresentação, solicitando que os mesmos e seus familiares também o fizessem, buscando conhecer os mesmos. A partir de então busquei atender as necessidades dos pacientes e familiares, quando possível e mantive um contato fraterno com os mesmos buscando sempre uma relação de ajuda entre ambas as partes, objetivando em primeiro lugar a estabilidade do quadro clínico do paciente.

Me senti bastante acolhida pela equipe, embora por alguns momentos, percebia que a equipe testava meus conhecimentos, não que isso fosse ruim, ao contrário, acho que isto me deu chance de mostrar quem eu sou e os motivos que me fizeram estar com eles naquele momento. Com o passar do tempo, a convivência com a equipe tornou-se prazerosa e todos estavam acostumados comigo. Esta ambientalização foi muito importante para que eu pudesse vencer a insegurança e serviu de impulso para a concretização das minhas atividades práticas.

A equipe de Enfermagem demonstrou comprometimento com a assistência aos pacientes e familiares atendidos no SEAHU. Percebi que todos os funcionários que ali

trabalham, gostam realmente do que fazem, talvez por se tratar de servidores mais antigos da unidade.

A equipe médica, no início do estágio, mostrou-se distante e desinteressada de minhas atividades, porém, no decorrer do período, ao perceberem a minha presença constante na unidade e assistência prática, passaram a interagir, esclarecer dúvidas, aceitar sugestões, solicitar auxílio e demonstrar interesse pelo meu trabalho.

Este objetivo foi alcançado pois houve abertura dialógica entre ambas as partes e a partir disso a assistência de enfermagem prestada esteve de acordo com as necessidades dos pacientes e familiares.

d) Elaborando material educativo relativo à importância de cuidados preventivos ao Infarto Agudo do Miocárdio e divulgando à pacientes e familiares.

Como passo inicial observei na população que procurava o SEAHU os fatores de risco mais comuns que podem vir a acarretar em problemas cardiovasculares. A partir de então fiz um estudo mais aprofundado sobre o IAM, buscando embasamento em literaturas atuais e específicas, onde busquei sintetizar ao máximo o conteúdo, deixando-o bem claro e sucinto para que o mesmo fosse bem entendido pelos clientes que procuravam o SEAHU.

Após longo período de estudo, montei um panfleto utilizando técnicas apropriadas para que o mesmo fosse atraente aos olhos da clientela para despertar interesse da mesma em relação a leitura do material. Ao entregar o material aos pacientes que se encontravam na sala de espera, fiz uma explanação oral individual à clientela referente ao material para despertar a curiosidade da mesma e evitar que pessoas analfabetas não tenham tido acesso as informações contidas no panfleto. A medida que fui entregando os panfletos surgiram as dúvidas da clientela, às quais tentei esclarecer, com sucesso, segundo comentários feitos pelos pacientes que ali estavam.

Este objetivo foi alcançado no momento em que o material foi entregue aos pacientes e familiares que procuram o SEAHU e que o mesmo serviu como instrumento de educação em saúde para estes pacientes. O resultado deste trabalho está em Apêndice D.

4.4 Implicações éticas

Quando pensei nos aspectos éticos de uma prática assistencial, principalmente quando desenvolvi tal reflexão como uma tarefa acadêmica, lembrei dos cuidados “éticos” que terei que tomar, como aqueles relacionados aos direitos dos clientes ou os deveres e responsabilidades que fazem parte de nosso estatuto profissional.

Ao se falar sobre o acolhimento, pode-se destacar um parágrafo de Mariotti, Aguiar (2002) que expõe alguns itens necessários para utilização do mesmo no serviço de saúde:

“A saúde é um direito de cidadania e um bem público. Cuidar dela é valorizar a vida. Os esforços individuais e coletivos nesta direção devem ser considerados um exercício de cidadania. A humanização dos relacionamentos pessoais e profissionais é uma das alavancas para a criação de espaços de convívio nos quais a competência lógica e os sentimento não se excluem mutuamente. Humanizamo-nos na medida em que compartilhamos espaço, convivência, intimidade e cuidados. Somos filhos do cuidado, sem ele, não existiria a espécie humana”.

Na área da saúde, as questões éticas envolvem um universo composto por pessoas, em sua maioria, implicando situações de caráter ético e profissional, pela própria característica dessa área, pessoas que trabalham com, na, pela e para as pessoas. No seu trabalho diário, a equipe de enfermagem vive dilemas éticos relacionados às decisões que necessitam ser tomadas diante de algumas situações.

Segundo Brunner & Suddarth (1998), existe um relacionamento recíproco entre a profissão de Enfermagem e a sociedade: as enfermeiras prestam cuidados contínuos a todas as pessoas independentemente da doença e estado social. Por outro lado há um reconhecimento social e uma expectativa em torno da profissão, já que os seus membros deveriam atuar com responsabilidade e de acordo com o código de ética.

No entanto há desafios éticos negligenciados nas atividades rotineiras comuns do dia-a-dia da prática profissional, e estas não tem sido profundamente examinadas. Em tempos de crise o comportamento ético não está exposto na retidão moral da pessoa. É a expressão do dia-a-dia do compromisso das pessoas umas com as outras e a forma como os seres humanos se relacionam uns com os outros em suas interações diárias. Esta perspectiva sustenta a estrutura básica da profissão de

Enfermagem: o fenômeno do cuidado humano. As teorias de enfermagem que incorporam as dimensões biopsicossocioespirituais retratam uma estrutura holística com humanismo ou cuidado como núcleo. Como a profissão de Enfermagem se empenha em delinear sua própria teoria ética, o cuidado é, com frequência, citado como o fundamento moral. Para os Enfermeiros abraçarem os Ethos da profissão, é necessário estarem conscientes não só dos principais dilemas éticos, mas também das interações diárias com os consumidores da assistência à saúde que frequentemente dão origem aos desafios éticos não facilmente identificados.

Seguindo ainda a literatura descrita por Brunner & Suddarth (1998), os princípios éticos comuns que se aplicam na Enfermagem incluem:

1. Autonomia

Refere-se as regras próprias, direitos individuais, privacidade e opção. Implica na capacidade de fazer opções livres de pressões externas.

2. Beneficência

O dever de fazer o bem e a promoção ativa do ato de benevolência. Também pode incluir a injunção de não infligir danos.

3. Confidencialidade

A informação obtida de uma pessoa não é revelada para outros a menos que beneficie a pessoa ou exista uma ameaça direta ao bem social.

4. Duplo efeito

Um princípio que pode moralmente justificar algumas ações passíveis de produzir efeito do bem e do mal. Todos os seguintes critérios devem ser preenchidos:

- A própria ação é de bem ou normalmente neutra;
- O agente sinceramente visa aos efeitos do bem, e não aos do mal;
- O efeito do bem não é alcançado por meio do efeito do mal;
- Há equilíbrio proporcional ou favorável do bem sobre o mal.

5. Fidelidade

Manutenção da promessa. O dever de ser leal com a confiança depositada pela pessoa, inclui promessas implícitas e explícitas aos outros.

6. Justiça

Casos parecidos devem ser tratados da mesma maneira.

7. Não maleficência

O dever não inflige do mesmo modo que previne e retira o dano. Pode ser incluído no princípio de beneficência, caso em que a não maleficência estaria mais ligada.

8. Paternalismo

A limitação intencional da autonomia de outros justifica-se por uma aparência de beneficência ou bem estar ou necessidades de outro. Portanto a prevenção de quaisquer males ou danos é maior que qualquer potencial de mal causado pela interferência da autonomia ou liberdade da pessoa.

9. Respeito às pessoas

Vai além da aceitação da noção ou atitude de que as pessoas têm autonomia de escolha para tratar os outros.

10. Santificação da vida

A perspectiva de que a vida é o bem maior. Portanto, todas as formas de vida, incluindo a mera existência biológica, devem tomar procedência sobre critérios externos para julgar a qualidade de vida.

11. Veracidade

A obrigação de dizer a verdade e não mentir nem desmerecer os outros.

O dia amanheceu
e foi um amanhecer igual
ao de qualquer outro dia.
É certo que os instantes eram horas,
e as horas agressivas
cuspiam em mim
os meus próprios escárnios.
Saboreei o desabrochar do dia
como majestade que acorda
à insignificância profana
de um ser que sangra.
Uma profecia secular
que nos condena ao nada.
(Kheila de Jesus Amorim)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao escrever este capítulo, uma parte dos meus sonhos se concretiza e outra emerge de forma avassaladora, diante do vasto campo profissional que a enfermagem nos proporciona. Neste momento, estamos na expectativa perante o futuro de traçar novos objetivos, concretizar novos sonhos, descobrir novos caminhos, buscando a realização pessoal e satisfação profissional. Saliento que a construção e implementação deste Trabalho de Conclusão de Curso me fez vivenciar diversas experiências, as quais ficarão registradas como uma etapa de vida concretizada, que constitui o guiar de nosso futuro profissional.

O desenvolvimento das atividades práticas, guiadas pela Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy com princípios teóricos de acolhimento foi desafiador, porém, mais acessível do que imaginava. As conversas, estímulos, idéias e sugestões dos pacientes, dos enfermeiros supervisores, da equipe de enfermagem do SEAHU e de meu docente orientador foram fundamentais para o desenvolvimento do mesmo.

Segundo Schier(2001), as ações de enfermagem não devem ser um prolongamento da ação do médico, mas um cuidado que “consiste em fazer pelos doentes o que eles fariam se tivessem para isso a força, a vontade e o saber”, numa relação personalizada e de parceria. No decorrer das atividades práticas, percebi que muitas ações do dia-a-dia do enfermeiro e da sua equipe se encaixam nos pressupostos da adaptação, porém, sem uma metodologia registrada, sendo que uma valorização do ser humano como um ser biopsicosocial é imprescindível para tal fato.

O desenvolvimento dos objetivos propostos pelo Projeto Assistencial foi diferente e instigante, afinal eu os estabeleci, quando até então, os objetivos sempre eram estabelecidos pelos docentes. Consegui realizá-los dentro do prazo previsto, sendo que

o mais desafiante foi a aplicação do Processo de Enfermagem de Sister Callista Roy, exatamente pela necessidade de conhecer o universo de valores de cada paciente. Destinei um tempo maior para a realização desta interação e avaliação dos potenciais de cada um, prestando apoio e educação, quando julgado necessário, conforme as necessidades apresentadas pelo paciente e familiar.

Em todos os momentos busquei respeito por minha atuação. Me senti acolhida pela equipe multiprofissional do SEAHU, embora meu espaço tenha sido conquistado aos poucos e com apoio de meus supervisores. No início, eles acompanharam as minhas atividades práticas e no decorrer dos dias passei a assumir ações delegadas por eles, gerando oportunidade, confiança e segurança para promover a assistência de Enfermagem.

Estou consciente de que esta foi apenas a primeira, das muitas jornadas que a vida me reserva, pois interagir com o ser humano é sempre uma surpresa; diante da integridade de cada um, mergulhei num universo de valores. As minhas pretensões foram de fortalecer a autonomia e confiança dos pacientes e familiares, acreditando que estes são capazes de se adaptarem as novas condições de vida que lhe são impostas, diferenciadamente, valorizando a capacidade, o conhecimento e respeitando os limites de cada um. No caminho desta realização, encontrei vários obstáculos, mas fui feliz e tentei afastá-los, um a um, gradativamente.

Acredito que a equipe de saúde do SEAHU vivenciou comigo momentos que deixarão marcas no atendimento aos pacientes, houve um entrosamento muito grande desta equipe em minha assistência o que facilitará uma melhora deste atendimento. Espero que esta equipe continue contribuindo para a implementação do *acolhimento* na rede de saúde pública, pois a mesma se vê necessária nos dias atuais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C.. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 209p.

BEYERS, M.; DUDAS, S.. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Tratado de prática clínica**. v.4. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. In: O modelo biomédico. São Paulo: Cultrix, 1982, p.115-116.

CAMPOS, MC. **Acolhimento: uma proposta, um desafio- análise de uma tendência**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1997, 68f.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **COREN-SC em busca da conscientização**. Florianópolis, 1998.

COSTEIRA, A. A . M. F. et al. **A organização do serviço de saúde a partir do acolhimento dos usuários- a experiência da unidade mista / PSF do Sinha Sabóia**, Sobral- CE.

FRANCO, J.B. ; BUENO, W.S.; MERHY, E.E.. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. v.15, n.2, p.345-353.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

GONZAGA, A. A. . **Educação Popular em Saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas em saúde.** 1994. 86fs.. Dissertação (Mestre em Enfermagem), Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis.

GUIMARÃES, E.. **Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolutividade.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1997. 47fs.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e sociedade.** Tradução Eliane Mussmich. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

<http://www.sbc.com.br/cardiol.br>. 2003, 1º outubro .

LAZARUS, R.S. **Personalidade e adaptação.** Rio Grande do Sul: Zahor editores, 1974.

LEOPARDI, M.T.. **Teorias de Enfermagem.** Florianópolis: Papa Livros, 1999. p.74-87.

MARIOTTI, H.; AGUIAR, J.R.. **As paixões do ego: Complexidade, Público e Solidariedade.** São Paulo. Polas Atheneu, 2000, p. 68.

MARRINER, A . **Nursing Theorists and. Their Work,** St. Louis: C.V.Mosby, 1986.

MELEIS, A . J. **Theoretical Nursing: Development & Progress.** Philadelphia, Lipincott, 1985.

MORESCO, P.M.; SOUZA, I.G.; PIMENTEL, R.M.. **Avaliação da informação e do acolhimento solidário na unidade de saúde Vila Clarice.** In: Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro ,n.19, p.40-43 nov.2000.

PRADO, L.P.; GELBCKE, F.L. (org). **Fundamentos de Enfermagem.** 2ª ed. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002. 350p.

RAMOS, D.D.. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da Municipalização.** 2001. 129fs. Dissertação (Mestre em enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RINALDI, D.. **O acolhimento , a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura.** Em pauta - Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n.16, p.7 – 18, jan./jul. de 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **SUS- Sistema Único de Saúde, Legislação Básica.** Florianópolis, 2001.

SCHIER, J. **“Grupo Aqui e Agora”:** Uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar/acompanhante. Florianópolis:2001. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 190p.

SILVA, C.M.. **Da condição de patinho feio ao sonho da transformação em cisne: um estudo sobre a recepção aos pacientes ambulatoriais numa Unidade de Saúde do Rio de Janeiro.** 2002, 50fs. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro , Rio de Janeiro.

SILVEIRA, E.R. **Acolhimento: acesso, resolutividade e vínculo – uma reorientação para a Estratégia Saúde da Família.** Residência em Saúde Pública, UFSC, Florianópolis. 2003, 90p.

SMETTZER, S.C. ; BARE, B.G.. **Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8ªed. v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998, 369p.

TEIXEIRA, R.R.. **Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** http://www.projedoradix.org/artigos_23.htm. 19 de setembro de 2003.

THOT, Revista. **Ética do acolhimento.** São Paulo, n. 77, p. 63-69, maio de 2002.

TRENTINI, M.: PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: UFSC, 1999, 162p.

ZIMERMAN, D. E.. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999, 478p.

APÊNDICES

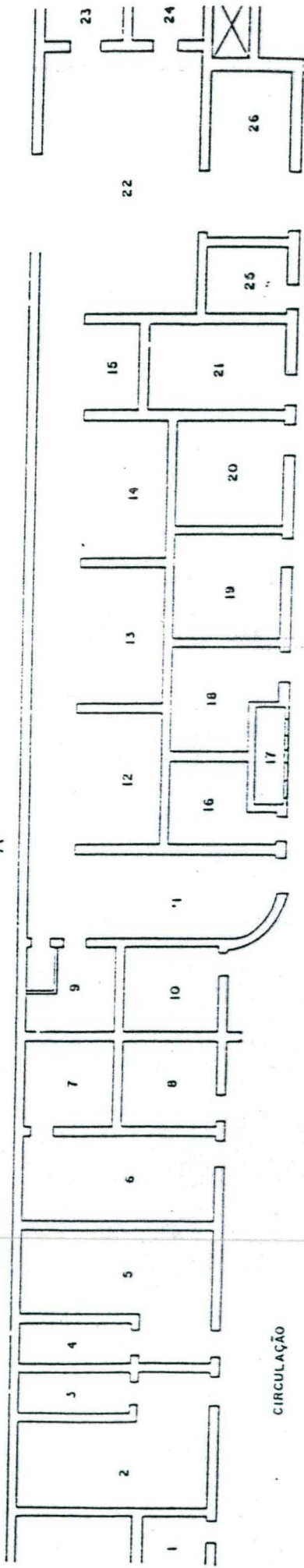
Apêndice A

**PLANTA FÍSICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC COM
LEGENDA**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (BLOCO B-1) PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO — EMERGÊNCIA

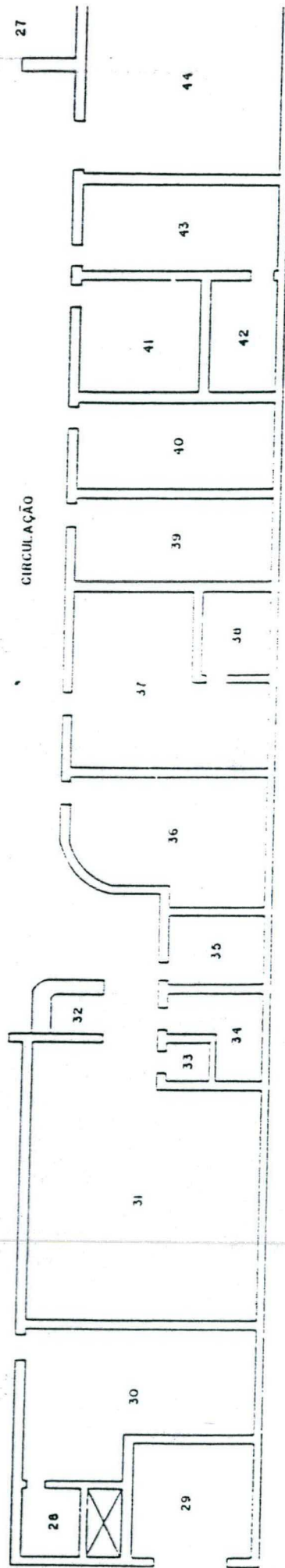
APÊNDICE 01

"A"



CIRCULAÇÃO

"B"



OBS. NAS LATERAIS "A" • "B" EXISTEM JANELAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES NESTE DESENHO.

LEGENDA (Planta Física):

- 1- almoxarifado
- 2- plantão médico feminino
- 3- WC médico feminino
- 4- WC médico masculino
- 5- plantão médico masculino
- 6- sala de estar médica
- 7- chefia médica
- 8- chefia de enfermagem
- 9- WC pediatria
- 10- copa
- 11-
- 12- consultório pediátrico
- 13- consultório pediátrico
- 14- consultório pediátrico
- 15- sala de espera infantil
- 16- rouparia
- 17- Q.E. (quadro de eletricidade)
- 18- ~~consultório médico~~
- 19- consultório médico
- 20- consultório médico
- 21- admissão
- 22- sala de espera adultos
- 23- WC feminino
- 24- WC masculino
- 25- sala do serviço social

- 27- sala de preparo de medicação (pronto-atendimento)
- 28- WC funcionários
- 29- elevador
- 30- sala de estar da enfermagem
- 31- repouso
- 32- posto de enfermagem
- 33- expurgo
- 34- WC - pacientes
- 35- sala de preparo de medicação (repouso)
- 36- sala de procedimentos
- 37- raio X
- 38- câmara escura
- 39- sala cirúrgica asséptica
- 40- sala cirúrgica séptica
- 41- consultório cirúrgico
- 42- pacientes
- 43- sala de ministração de medicamentos
- 44- sala de reanimação cárdio-respiratória.

OBS.: Área de circulação = 96,98 m²

(corredores)

Apêndice D

**PANFLETO EDUCATIVO REFERENTE AO INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem

**ACOLHIMENTO:
PERSPECTIVA DE ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO PACIENTE
COM DIAGNÓSTICO DE
INFARTO AGUDO
DO MIOCÁRDIO.**

PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO, 2003

ACADÊMICA: Simône Marcia Müller

ORIENTADOR:
Prof. Antônio de Miranda Wosny

Infarto Agudo do Miocárdio:

O que fazer?

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

❖ O que é?

O **Infarto do Miocárdio** ocorre normalmente quando um coágulo de sangue se forma no local em que uma artéria coronária ficou mais estreita devido à aterosclerose. Se o coágulo bloqueia totalmente a artéria, o fluxo sanguíneo irrigada por essa artéria é interrompida. Isso provoca um desconforto semelhante ao da angina, mas geralmente é mais severo e prolongado. Se o fornecimento de sangue é cortado por muito tempo, as células musculares cardíacas morrem. Isso pode levar à incapacidade ou morte, dependendo da quantidade de musculatura cardíaca que for perdida.

❖ O que leva ao IAM?

Certas características individuais estão fortemente relacionadas com a maior incidência de problemas circulatorios e cardíacos, estas são chamadas **fatores de risco**

Sexo: O risco em homens é duas ou três vezes maior do que o de mulheres antes da menopausa. Após a menopausa, o risco é o mesmo.
Idade: Em homens acima de 35 anos e em mulheres acima de 45 anos.
Raça: A raça negra, devido aos casos de Hipertensão que são mais frequentes nessas pessoas.

História familiar de doenças circulatorias ou morte súbita: Pessoas com pais e/ou irmãos que morreram de doenças circulatorias antes dos 55 anos.

Sedentarismo: A atividade física regular melhora a circulação e ajuda no controle do colesterol.

Hipertensão Arterial: A pressão alta sem tratamento sobrecarrega o trabalho do coração.

Diabetes mellitus

Dislipidemias: (aumento do colesterol e triglicérides).

Obesidade: Pressão alta, colesterol elevado e maior riscos de outros problemas circulatorios e cardíacos são mais frequentes em pessoas gordas.

Tabagismo: O fumante tem de três a cinco vezes mais risco de desenvolver um problema circulatorio ou cardíaco que o não fumante. O tabagismo é o principal fator de risco para Infarto.

Uso de anticoncepcionais orais: O uso de anticoncepcionais pode contribuir para o aparecimento de problemas circulatorios. Mulheres acima de 35 anos não devem fazer uso de pílulas anticoncepcionais sem acompanhamento médico.

❖ Como saber se você está infartando?

É muito importante saber quais são os sinais de advertência de um ataque cardíaco.

- Dor forte ou sensação de opressão no lado esquerdo ou no meio do peito, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, sem melhora com repouso.
- Suor frio intenso.
- **Sensação de morte iminente.**
- **Desconforto no peito acompanhado de tontura, desmaio, sudorese, náuseas ou falta de ar.**

❖ O que você pode fazer para evitar um Infarto?

- Tenha uma alimentação saudável.
 - Não fume.
- Tenha uma atividade física, saia da vida sedentária, pratique esporte.
 - Tente atingir e manter o seu peso ideal.
 - Faça exames médicos regulares

ANEXOS

Anexo 1

LISTA DE MATERIAIS ENCONTRADOS NA SALA DE REANIMAÇÃO COM QUANTIDADE IDEAL PARA CADA ÍTEM.

NOME DO MATERIAL	Nº
Cabo de Laringo	1
Lâmina	10
Bico de Guedel	9
Guia	1
Cânula Endotraquial 1 de cada nº de 7,0 à 9,5	1 de cada
Cadarço	2
Xilocaína Spray	1
Xilocaína Geléia	2
Ambú Adulto	2
Tesoura Servente	1
Torpedo de O2 pequeno	1
Dissecção venosa	2
Drenagem de Tórax	2
Cateterismo Vesical	3
Toracotomia	1
Cuba Rim	2
Dreno Tórax 1 de cada: 24, 28, 30, 32, 34,36	1 de cada
Frasco de Drenagem de Tórax	2
Trocâter 4 pontas	1
Pinça Manguil	2
Campo: Aberto/Fechado	3 de cada
Avental Estéril	3
Colar Cervical	2
Intermediário de O2	12
Catéter Subclávia	2

Anexo 2

**LISTA DE MEDICAÇÕES ENCONTRADAS NA SALA DE REANIMAÇÃO
COM POSTERIOR INDICAÇÃO E PRECAUÇÕES DE
USO.**

NOME	AÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÕES	REAÇÕES ADVERSAS
Lidocaína	Anestesia por bloqueio nervoso	Anestésico local parenteral	Hipersensibilidade ao produto	Calor, confusão mental, contração muscular, convulsão, euforia, formigamento, frio, inconsciência, tontura, tremor, visão dupla.
Adrenalin a	Antiasmático, vasoconstritor, broncodilatador	Asma brônquica, choque anafilático, PCR	Arritmia, aterosclerose cerebral, choque, crianças prematuras e recém nascidos, dano cerebral orgânico, dilatação cardíaca.	Agitação psicomotora, alteração no eletrocardiograma,, alucinação, angina, ansiedade, arritmia cardíaca, aumento da PA, confusão mental, desconforto ocular, desmaio, cefaléia, dilatação das pupilas, dificuldade para respirar, erupção na pele.
Dexametasona	Antiinflamatório esteróide, antialérgico, corticosteróide, imunossupressor	Choque, edema cerebral, reação alérgica.	Infecção fúngica sistêmica, hipersensibilidade a corticosteróide, infecção bacteriana ou viral não controladas por agente antiinfecioso.	Alteração de personalidade, aumento da necessidade de insulina e hipoglicemiantes orais em diabéticos, aumento da PA, aumento da pressão intracraniana, aumento na sudorese, catabolismo protéico, catarata, choque anafilático, convulsões, depressão, diarreia, distensão abdominal, cefaléia.
Aerolin	Broncodilatador	Broncoespasmo diurno e noturno, associado com asma, bronquite e enfisema.	Crianças menores de 6 anos (formas normais) ou menores de 12 anos (formas retardadas), diante de aborto iminente, hipersensibilidade a simpatetocomicimético.	Angina, aumento do apetite, aumento dos batimentos cardíacos, aumento ou diminuição da PA, câibras, comportamento irritável, dificuldade para urinar, dilatação das pupilas, dor no tórax, erupção na pele, estreitamento dos brônquios, excitação, fraqueza, hiperatividade, insônia, náusea, nervosismo, paladar estranho.
Bricanyl	broncodilatador	Bronquite, congestão nasal, enfisema pulmonar.	Arritmia cardíaca associada a taquicardia, crianças menores de 12 anos, taquicardia causada por intoxicação digitalica.	Alteração na PA, ansiedade, apreensão, arritmia cardíaca, aumento dos batimentos cardíacos, azia, câibras musculares, confusão mental, contração ventricular prematura, , dificuldade ou dor para urinar, dificuldade respiratória, diminuição do K no sangue, fraqueza.
Nipride	Antihipertensivo , vasodilatador.	Hipertensão arterial em casos emergenciais.	HAS secundária devido a um desvio arteriovenoso ou à coarctação da aorta.	Acidose metabólica, agravamento da insuficiência renal, ataxia, ausência de reflexos, coloração rósea da pele, coma, contração muscular, dilatação acentuada das pupilas.
Heparina	Antihipertensivo	Coagulação intravascular disseminada, tromboembolismo, trombose venosa profunda.	Alterações no sangue, área extensa sem pele, choque, coagulopatia grave, condições outras que causem permeabilidade capilar	Aumento de K e lipídeos no sangue, coccera, diminuição das plaquetas no sangue, dor moderada, hemorragia, irritações nas veias, manchas na pele, osteoporose,, perda de cabelos, reações de hipersensibilidade, supressão da função dos rins, tempo de coagulação do sangue muito prolongado.
Revivan	Vasopressor	Agente pressor em choque, choque	Feocromocitoma, fibrilação ventricular Taquiarritmia.	Angina, anormalidade na condução cardíaca, ansiedade, aumento de nitrogênio no sangue, aumento dos batimentos cardíacos, aumento ou queda da PA, batimento cardíaco irregular, diminuição dos batimentos cardíacos, cefaléia, ereção dos pêlos, falta de ar.
Seloken	Anti-hipertensivo, antianginoso Antiarrítmico.	Angina do peito, arritmia cardíaca, HAS, IAM.	BAV de 2° ou 3° graus, bradicardia sinusal, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca.	Alteração do desejo sexual, alucinação, arritmia cardíaca, artrite, aumento do peso, broncoespasmo, câibras musculares, confusão mental, depressão mental, diarreia, dificuldade para respirar.

NOME	AÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÕES	REAÇÕES ADVERSAS
Naloxona	Antagonista dos opiáceos e de narcóticos.	Reversão da depressão narcótica, incluindo a depressão respiratória.	Hipersensibilidade a droga.	Aumento PA, aumento dos batimentos cardíacos, edema pulmonar, náusea, sudorese, tremores, vômito.
Fentamil	Analgésico narcótico.	Analgésia de curta duração durante o período anestésico, analgesia no pós-operatório imediato, adjuvante da anestesia geral.	Criança com menos de 2 anos de idade, paciente que esteja usando IMAO ou tenham deixado de usá-los a menos de 14 dias.	Agitação, aumento ou diminuição dos batimentos cardíacos, boca seca, choque, coceira, cólica de fígado, confusão mental, constipação intestinal, convulsões, depressão respiratória, diminuição do desejo sexual, insônia, inchaço.
Lanexat	Antídoto	Reversão dos efeitos sedativos dos benzodiazepínicos	Superdosagem por antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos, hipersensibilidade aos benzodiazepínicos.	Agitação, arritmia cardíaca, ataque epilético, cefaléia, dor no local da injeção, fadiga, labilidade emocional, náusea, sudorese aumentada, tontura, vasodilatação cutânea, visão borrada, vômito.
Capoten	Anti-hipertensivo	HAS, insuficiência cardíaca.	Gestação, hipersensibilidade a produto inibidor da enzima conversora da angiotensina.	Alterações no sangue, angina, problema respiratório, queda de pressão arterial, síndrome de Raynaud, tosse seca, visão turva.
AAS	Analgésico não-narcótico, antiinflamatório não esteroide, antitérmico, antiagregante plaquetário.	Dor, dor pós-cirúrgica, febre, inflamação, agregação plaquetária.	Alergia a tartrazina, criança com menos de 1 ano, criança e adolescente com febre de origem virótica, desidratação, diminuição das plaquetas no sangue, gestação, hemofilia, hemorragia.	Alterações no sangue, erupção na pele, estreitamento dos brônquios, irritação no estômago, má digestão, náusea, problema renal, rinite, sangramento gengival, urticária.
Isordil	Antianginoso.	Angina do peito	Ataque agudo de angina, criança, IAM, ICC, hipersensibilidade aos nitratos, queda acentuada da PA.	Taquicardia, boca seca, cansaço, desmaio, cefaléia, fraqueza, hipersensibilidade, inchaço no tornozelo, insônia, náusea, palidez, palpitação, queda de PA, queimação sublingual, sudorese, tontura, vertigem, visão borrada, vômito.
Monocordil	Antianginoso	Angina do peito crônica.	Ataque agudo da angina, criança, IAM, ICC, queda acentuada da PA, hipersensibilidade aos nitratos.	Taquicardia, coceira, diarreia, dor abdominal, cefaléia, dor no corpo e no tórax, erupção na pele, fadiga, infecção do trato aéreo superior, labilidade emocional, náusea, queda da PA, alergia.
Dilacoron	Antianginoso	HAS, angina do peito crônica estável, taquicardia supraventricular.	BAV de 2° ou 3° graus, criança e adolescente com menos de 18 anos, hipotensão grave, mulher amamentando.	Arritmia cardíaca, batimentos cardíacos menores do que 50 por minuto, BAV, BAV de 3° grau. constipação intestinal, diminuição dos batimentos cardíacos, cefaléia.
Atlansil	Antiarritmico	Arritmia cardíaca ventricular.	BAV de 2° ou 3° graus, criança e adolescente com menos de 18 anos, hipotensão grave, mulher amamentando.	Arritmia cardíaca, batimentos cardíacos menores do que 50 por minuto, BAV, BAV de 3° grau. constipação intestinal, diminuição dos batimentos cardíacos, cefaléia.

ANEXO 3

**FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO
HU/UFSC**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial