

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

*Agentes Estressores em Terapia Intensiva:  
uma Proposta Assistencial de Enfermagem*

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2000.**

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

*Agentes Estressores em Terapia Intensiva:  
uma Proposta Assistencial de Enfermagem*

Relatório de Conclusão da Disciplina  
Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso  
de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2000.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Agentes Estressores em Terapia Intensiva:  
uma Proposta Assistencial de Enfermagem*

N.Cham. TCC UFSC ENF 0327

Autor: Alcântara, Márcia

Título: Agentes estressores em terapia i



972492425 Ac. 241545

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**Acadêmicas:** Márcia Guimarães Alcântara  
Wanise Carla Tamanini

**Orientadora:** Sayonara de Fatima F. Barbosa

**Supervisoras:** Lucia Marcon

Rosa Claudia Onzi

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0327

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2000.

*Riscos...*

*Rir é correr o risco de parecer tolo.*

*Chorar é correr o risco de parecer sentimental.*

*Estender a mão é correr o risco de se envolver.*

*Expor seus sentimentos é correr o risco de mostrar seu verdadeiro eu.*

*Defender seus sonhos e idéias diante da multidão*

*é correr o risco de perder as pessoas.*

*Amar é correr o risco de não ser correspondido ou de sofrer.*

*Viver é correr o risco de morrer.*

*Confiar é correr o risco de se decepcionar.*

*Tentar é correr o risco de fracassar.*

*Mas os riscos devem ser corridos, porque o maior perigo  
de não arriscar nada, é não ter nada.*

*As pessoas que não correm nenhum risco, não fazem nada,  
não tem nada e não são nada.*

*Elas podem até evitar sofrimentos e decepções,*

*Mas não conseguem nada, não sentem, não mudam,  
não crescem, não amam, não vivem.*

*Acorrentadas por suas atitudes, elas viram escravas,  
privam-se de sua liberdade.*

*E não sabem que somente a pessoa que corre riscos é livre!*



## AGRADECIMENTOS

Desejamos manifestar nossos agradecimentos à todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Em especial:

À *Deus*, nossa gratidão maior por nos ter dado a oportunidade de iniciar e concluir esta etapa tão importante de nossas vidas;

Aos *Nossos Pais*, que tanto nos ensinaram nesta escola da vida, pois além de educadores foram sempre nossos melhores amigos, souberam nos dar muito amor, compreensão, sensibilidade e compaixão ao próximo. Que Deus os abençoe!

Aos nossos amores *Vitor Hugo Alcântara* e *Waldemar Ernesto*, pelo amor, pela compreensão nas nossas ausências, pela dedicação e apoio em todos os momentos desta caminhada;

À Professora Orientadora *Sayonara de Fátima F. Barbosa*, por acreditar em nosso potencial e por ter dedicado seu tempo, sua experiência e conhecimento;

Às Supervisoras *Lúcia Marcon* e *Rosa Claudia Onzi*, pelo compartilhar de seus conhecimentos e pelos momentos de construção coletiva, estimulando-nos a crescer;

À Professora *Eliane Regina Pereira do Nascimento*, membro da banca examinadora, pela pronta aceitação do convite, pelo apoio e pela importante colaboração ao nosso trabalho;

Aos *Funcionários* do Hospital Governador Celso Ramos, pela participação nesta conquista;

Aos *Pacientes*, com os quais interagimos durante nossa Prática Assistencial, pela disponibilidade, paciência e compreensão;

À equipe do Grupo de Pesquisas em Engenharia Biomédica - GPB do Hospital Universitário, em especial ao Centro Local de Engenharia Clínica - CELC do Hospital Governador Celso Ramos, pela disponibilidade e valiosa colaboração ao nosso trabalho;

À Professora Dra. *Rosita Saupe*, exemplo de pessoa e profissional competente, pela sua amizade e ensinamentos;

Aos nossos *Amigos e Colegas de Curso*, pelas experiências compartilhadas e momentos de convívio, o nosso carinho. Saibam que vocês ficarão eternamente em nosso pensamento e em nosso coração;

E a todos os nossos *Familiares*, pelo bem querer e presença certa em nossas vidas.

## RESUMO

O presente estudo relata a assistência de enfermagem prestada ao paciente na unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos, procurando no decorrer da assistência, identificar, buscar e implementar medidas para minimizar os estressores atuantes sobre estes pacientes. Relata ainda o caminho percorrido para aquisição de habilidades técnicas e conhecimentos acerca dos componentes administrativos, operacionais e recursos humanos desta unidade. O desenvolvimento da assistência teve como referencial a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, e sua implementação foi realizada na íntegra junto a dois pacientes através da aplicação de três etapas do processo de enfermagem, o histórico, a prescrição e a evolução de enfermagem, segundo essa teorista, juntamente com os diagnósticos propostos pela North American Nursing Diagnosis Association. No decorrer da assistência aplicamos um instrumento constituído de 38 questões fechadas, adaptado do original proposto por Cochran & Ganong (1989), junto a 10 pacientes que ali estiveram internados, com o objetivo de identificar os agentes estressores. Como nosso estudo revelou ser o ruído uma importante fonte de estresse, decidimos mensurar através de um aparelho chamado Decibelímetro, o nível de ruído desta UTI. A partir das reflexões das experiências vivenciadas nesta prática assistencial, nos foi possível observar que muitos estressores que afetam o paciente são inerentes ao próprio ambiente e tratamento, no entanto muitos outros requerem um trabalho de conscientização junto aos profissionais que trabalham nesta unidade, para que sejam minimizados. Neste sentido, ficou claro o valor de todo este aprendizado, pois percebemos que a partir da implementação de algumas medidas conseguimos despertar o interesse por mudanças na maneira de assistir o paciente.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<i>1.1 Justificativa</i>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<i>2.1 - Objetivo Geral</i>	<b>12</b>
<i>2.2 - Objetivo Específico</i>	<b>12</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<i>3.1 - Conceitos Componentes do Marco de Referência</i>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<i>4.1 Caracterização da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos</i>	<b>21</b>
<i>4.2 População Alvo</i>	<b>22</b>
<i>4.3 Aspectos Éticos Relacionados ao Projeto.</i>	<b>22</b>
<i>4.4 Plano de Ação</i>	<b>22</b>
<b>5. BUSCANDO NA LITERATURA CONHECIMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA ASSISTENCIAL</b>	<b>25</b>
<i>5.1 Unidade de Terapia Intensiva</i>	<b>25</b>
<i>5.2 Estresse</i>	<b>26</b>
<i>5.3 Adaptação</i>	<b>37</b>
<b>6. AVALIANDO OS RESULTADOS DA PROPOSTA ASSISTENCIAL</b>	<b>39</b>
<i>6.1 Desvendando um Novo Universo: o cenário da UTI</i>	<b>39</b>
<i>6.2 Desenvolvendo e Aprimorando Habilidades Técnicas no Cuidado ao Paciente em UTI</i>	<b>55</b>
<i>6.3 Implementando um Processo Assistencial</i>	<b>59</b>

<i>6.4 Identificando os Agentes Estressores</i>	<i>94</i>
<i>6.5 Buscando e Implementado Medidas para Minimizar os Agentes Estressores</i>	<i>103</i>
<i>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	<i>108</i>
<i>8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>111</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>113</i>
<i>PARECER DO ORIENTADOR</i>	<i>124</i>

# 1. INTRODUÇÃO

*“Procura a todo instante dar qualquer coisa de que uma pessoa precise. O importante é fazer algo e demonstrar com fatos que queremos bem. Não há dúvida de que o que fazemos é só uma gota no oceano, mais sem essa gota, o oceano seria menor” (Madre Tereza de Calcutá).*

## 1.1 Justificativa

**E**ste trabalho trata da implementação de um projeto assistencial, que foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, do Hospital Governador Celso Ramos - HGCR, no período de 27 de março à 06 de junho de 2000 e refere-se ao desenvolvimento do estágio curricular da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem.

Sabe-se que a UTI é um local do hospital destinado a recuperação de pacientes em situação crítica, passíveis de recuperação, e que necessitam de vigilância contínua. Sendo que, para tornar-se eficaz este tipo de assistência, a tecnologia e terapêutica oferecidas neste ambiente são imprescindíveis.

A existência de um ambiente físico e psicológico adequado é essencial para que cada membro da equipe possa aproveitar as facilidades propiciadas pelo avanço tecnológico, para uma maior agilidade no atendimento, proporcionando assim uma melhor qualidade na assistência prestada aos pacientes.

O paciente em UTI está sujeito a diversas situações e condições, que causam alterações fisiológicas e psicológicas importantes, e que podem freqüentemente ocorrer em consequência dessa tecnologia. As respostas psicológicas mais facilmente observadas são a ansiedade, depressão e até mesmo delírium. Já grande parte das respostas fisiológicas ocorre no Sistema Nervoso Autônomo, com mudanças nas respostas endócrinas tais como,



o aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, aumento da glicose no sangue e dilatação pupilar. (Novaes, Romano e Lage, 1996).

É preciso salientar que todas as situações ou condições (desafiadoras ou lesivas) que exijam uma resposta do organismo são agentes estressores, isto é, fontes de estresse.

Acreditamos que ao compreendermos melhor como se sente um paciente na UTI e os fatores que tem o potencial de agir como estressores, torna possível a minimização desses fatores desconfortáveis, permitindo-nos tornar o ambiente mais adequado e agradável, e conseqüentemente, proporcionar uma assistência de enfermagem de melhor qualidade. Por esta razão, este trabalho teve o propósito de desenvolver uma prática assistencial que também buscasse identificar os agentes estressores que afetam o paciente na UTI, buscando alternativas afim de minimizá-los.

A opção pelo desenvolvimento de nossas atividades na UTI se justifica pela percepção que tivemos durante a VI Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, pois observamos tratar-se de um ambiente altamente estressante em conseqüência da alta movimentação de pessoas, do corre-corre frenético na realização dos cuidados, do ruído constante provocado por alarmes de equipamentos e conversas da equipe interdisciplinar, sem esquecer a alta tecnologia empregada, que torna o ambiente esteticamente frio e ameaçador. Além disso, tínhamos o desejo de aprimorar habilidades técnicas e conhecimento científico, e a UTI entendemos ser o local ideal para atender esse objetivo.

Optamos pela UTI do HGCR, por ser esta uma unidade de referência no atendimento a pacientes neurológicos e politraumatizados. Esse tipo de paciente, está mais sujeito ao estresse, pois geralmente é acometido subitamente pela experiência da hospitalização.

Neste sentido, vários autores referem-se a hospitalização como uma situação de alto nível de estresse, e que afeta seu processo de recuperação da saúde (Murray e Volicer apud Farias, 1981).

Conscientes disso, entendemos ser também função do enfermeiro identificar, controlar e avaliar as fontes de estresse que afetam o paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva.

## 2. OBJETIVOS

*"Aquele que não tem um objetivo, raramente sente prazer em qualquer empreendimento."  
(Giacomo Leopardi).*

### 2.1 - Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva, buscando alternativas para minimizar os estressores atuantes afim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

### 2.2 - Objetivo Específico

- Prestar assistência de enfermagem ao paciente em UTI utilizando um referencial teórico e processo de enfermagem norteados pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo Wanda de Aguiar Horta;
- Identificar os agentes estressores presentes na UTI, que atuam sobre o paciente;
- Buscar alternativas para minimizar os agentes estressores identificados, visando uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem;
- Implementar medidas para diminuir o stress avaliando seus resultados;
- Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas específicas e gerais de enfermagem no cuidado ao paciente em terapia intensiva;
- Conhecer os componentes administrativos, operacionais e recursos humanos da UTI do Hospital Governador Celso Ramos.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

*"Sonhos se tornam realidade.  
Sem essa possibilidade, a natureza  
não nos incentivaria a tê-los."  
(John Updike ) escritor americano*

**R**eferencial teórico ou marco conceitual “é um conjunto de conceitos, suas definições e proposições, inter-relacionados entre si, objetivando apresentação de formas para perceber um fenômeno e guiar a prática” (Penna apud Bettinelli, 1998, p.30).

Ao conceituar o marco de referência voltado para o paciente de UTI, com suas Necessidades Humanas Básicas - NHBs afetadas, Felisbino (1994, p.13) refere ser este “o conjunto de pressupostos, conceitos e processo de enfermagem elaborados à luz da Teoria das NHBs e que servem de guia para levantar dados, identificar problemas, diagnosticar necessidades afetadas e planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem prestada ao paciente de Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) e seus familiares”.

Para nortear a prática assistencial escolhemos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, por dois motivos: primeiro, porque durante nossa vida acadêmica esta foi a teoria mais utilizada, e em segundo, porque essa teoria nos possibilita atender o indivíduo nas suas necessidades bio-psico-sócio-espiritual (*quadro I*). Sabemos que o paciente em UTI, está submetido à uma condição de estresse, a qual o leva à uma perda da sua capacidade natural de adaptação. Isso ameaça e interfere na sua homeostase bem como na satisfação das suas necessidades.

Utilizamos para a formulação do diagnóstico de enfermagem, a classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e para operacionarmos uma das etapas do processo de enfermagem, usamos para o registro dos dados de evolução, a avaliação proposta por Lawrence Weed cujas anotações são divididas

em quatro partes: Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano, denominada – SOAP. As demais etapas foram de acordo com a Teoria das NHBs, conforme descrito no capítulo seis.

**Quadro I**

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	<b>Necessidades Psicossociais</b>	<b>Necessidades Psicoespirituais</b>
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercícios e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Integridade cutâneo mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrosalina, crescimento celular e vascular. Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa. Ambiente Terapêutica	Segurança Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem Gregária Recreação Laser Espaço Orientação no tempo e no espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou filosofia de vida

### **3.1 - Conceitos Componentes do Marco de Referência**

De acordo com George (1993) os conceitos referem-se à palavras, que descrevem objetos, propriedades, acontecimentos e significados, e que traduzem em idéias e definições, as impressões recebidas por nós a partir das reações despertadas pelo ambiente.

De modo a guiarmos nossa prática assistencial, utilizamos os conceitos de Horta (1979) adaptados ao contexto da UTI. Também foram incluídos conceitos de outros autores como Bettinelli (1998), Lipp & Cols (1990), Potter (1996), Brunner & Suddarth (1993) e Benedet & Bub (1998).

## **Enfermagem**

*“É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psico-sociais” (Horta, 1979, p.29).*

Para nossa prática, definimos enfermagem junto ao paciente de U.T.I como um processo de cuidar do ser humano em estado crítico, que possui necessidades básicas afetadas, podendo este, estar total ou parcialmente dependente desta assistência, onde a enfermagem possui funções de natureza simples e complexas, com conhecimento científico, julgamento e decisão.

## **Ser Humano**

*“O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço; está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e de desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes e inconscientes, que o levam a buscar a satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p.28).*

Com base nesta definição, entendemos paciente na U.T.I como: um ser que está apresentando algum distúrbio psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual com necessidade de cuidados intensivos; e que quando possível pode participar como elemento ativo na busca da satisfação de suas necessidades, afim de recuperar seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

## **Necessidades Humanas Básicas**

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

Dentro da U.T.I, as N.H.B, são manifestações do organismo em decorrência de estados de desequilíbrio, agravados pelos agentes estressantes da hospitalização neste ambiente, que afetam tanto a nível psicoespiritual, quanto psicobiológico ou psicosocial.

## **Saúde**

*“Estar com saúde, é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (Horta, 1979, p. 29).*

Para nós estar com saúde na U.T.I é recuperar o equilíbrio nas N.H.B com o meio e consigo mesmo, que é alcançado pela sua capacidade de auto-cuidado e dos cuidados intensivos da equipe interdisciplinar.

## **Doença**

*“É o estado de desequilíbrio, devido ao desconforto prolongado pelo não atendimento ou atendimento inadequado das N.H.B” (Horta, 1979, p. 29).*

Entendemos doença na U.T.I como sendo um agravamento súbito do desequilíbrio das N.H.B já anteriormente estabelecido, trazendo risco para vida, porém passível de recuperação (equilíbrio).

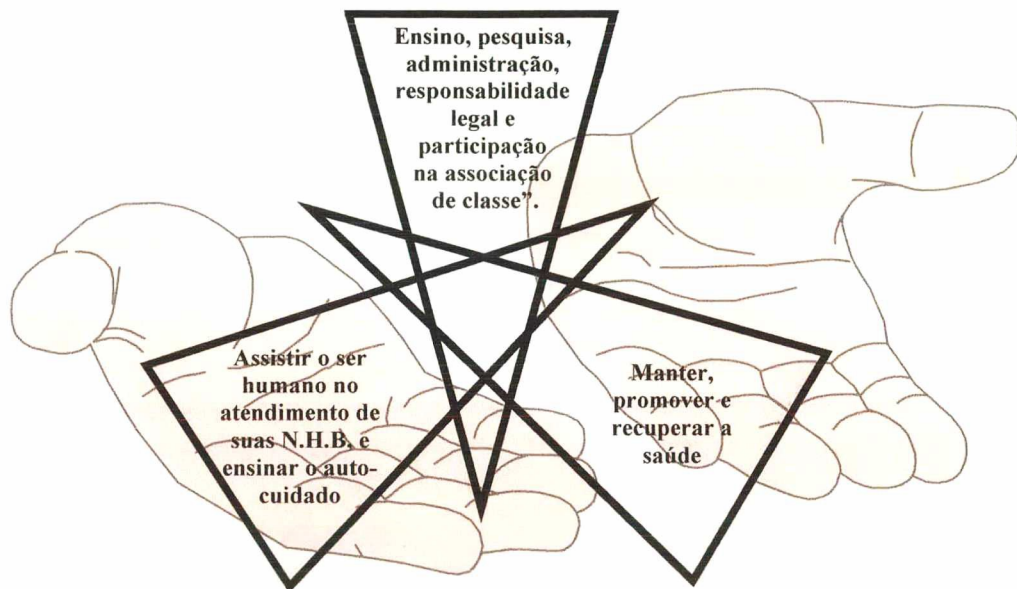
## **Enfermeiro**

*“É parte integrante da equipe de enfermagem”, (Horta,1979, p.30) tendo como função:*

- *Assistir o ser humano no atendimento de suas N.H.B, e ensinar o auto-cuidado;*
- *Manter, promover e recuperar a saúde;*
- *Ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe”.*



Essas funções mostram-se interligadas, conforme figura abaixo:



Na U.T.I, o enfermeiro é um indivíduo que possui conhecimentos técnico-científicos bem como habilidades específicas para planejar, executar e avaliar o processo de assistência às necessidades básicas afetadas, procurando sempre que possível orientar para o auto-cuidado, bem como estabelecer relações favoráveis entre paciente, família e equipe interdisciplinar.

### **Assistir em Enfermagem**

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

Assistir em enfermagem na U.T.I é estar capacitado para atender as N.H.B afetadas do paciente com iniciativa e segurança. Ensinar, orientar e executar, quando o mesmo não é capaz de atender as suas próprias necessidades.

### **Diagnóstico de Enfermagem**

“É o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para

seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Benedet & Bub, 1998, p. 12).

Na UTI , diagnósticos de enfermagem são os problemas identificados a partir das necessidades básicas do paciente que encontram-se afetadas, exigindo intervenção imediata por parte do enfermeiro através das prescrições de enfermagem.

### **Cuidado de Enfermagem**

*“É toda ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano” (Horta, 1979, p. 30).*

São todas as formas de atuação da equipe de enfermagem, afim de prevenir, diminuir ou eliminar fatores que afetam as NHB do paciente da U.T.I. tratando suas conseqüências, podendo estas ações serem realizadas junto ao paciente ou não.

### **Ambiente**

Para Bettinelli (1998, p. 40), ambiente de relações *“é o espaço físico, social, cultural e simbólico, onde os profissionais de enfermagem, o paciente e família estão inseridos, provocando uma interação ao mesmo tempo que influenciam e são influenciadas por ele. Esta interação ser humano/ambiente produz um determinado processo e um determinado modo de dizer”*.

O ambiente da UTI é o meio em que está inserido o paciente, seus familiares e toda a equipe interdisciplinar e que os envolve direta ou indiretamente. Este ambiente pode ser visto como um lugar altamente estressante, devido aos sons de equipamentos, movimentação de pessoas, iluminação, e alta tecnologia empregada.

### **Agente Estressor**

*“São fontes externas ou internas capazes de originar o stress; as externas (agentes externos) são os acontecimentos da vida, trabalho, família em desarmonia, acidentes entre outros. Os agentes internos são aqueles que se referem às crenças e valores, que temos e como interpretamos o mundo ao nosso redor”*. (Lipp & Cols, 1990, p.30-31)

Se os agentes estressores (fontes externas e internas) desaparecerem, o organismo tende a se recuperar, porém se eles permanecem, o organismo tem que manter um esforço de adaptação, que traz conseqüências desastrosas para a saúde.

Assim podemos considerar, como agentes estressores quaisquer agressor do ambiente interno ou externo a ele, que desencadeie situações de desequilíbrio e exija do paciente de UTI uma adaptação ou superação desta condição.

## **Adaptação**

*“É o processo pelo qual a pessoa, em uma ou mais dimensões, altera sua resposta ao estresse” (Potter, 1996, p.55).*

Para Brunner & Suddarth (1993, p.100), a adaptação *“é um processo contínuo e constante que ocorre ao longo do tempo, começando no nascimento e terminando com a morte”*.

Entendemos, adaptação do paciente em UTI como um ajustamento realizado pelo organismo, frente a uma nova situação.

Todos nós estamos constantemente nos adaptando a mudanças, porém esta adaptação pode ser insatisfatória, levando-nos a estados doentios. Neste sentido, a enfermagem pode ter uma grande atuação, buscando conhecer os mecanismos de adaptação do paciente, intervindo sobre estes quando o mesmo não for capaz para tal.

## **Estresse**

Brunner & Suddarth (1993, p. 100-101) definem estresse como sendo *“um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa (...) A mudança ou estímulo que provoca este estado é o agente agressor”*.

Lipp apud Maia (1999), define estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, resultantes de fatores internos e externos, capazes de alterar o equilíbrio físico e mental do indivíduo, provocando estímulos que irritam, apavoram ou confundem.

Na UTI, o estresse é uma resposta do organismo, possuindo componentes tanto fisiológicos quanto psicológicos, a situações de desgaste do corpo e da mente. Essa resposta exigirá do organismo, uma adaptação ou superação de modo que a pessoa possa readquirir o equilíbrio. A sensação de estar debilitado pode trazer para o paciente percepções desse estresse.

## 4. METODOLOGIA

*“Aquilo que dás é teu para sempre.  
Não é teu, aquilo que guardas para ti”.*  
(Mahatma Gandhi)

### 4.1 Caracterização da UTI do Hospital Governador Celso Ramos

O Hospital Governador Celso Ramos – HGCR é um órgão público vinculado a Secretaria Estadual de Saúde, e localiza-se a Rua Irmã Benwarda, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Neste hospital são atendidos pacientes adultos, nas áreas de cirurgia geral, clínica médica, traumatologia, ortopedia, nefrologia, pneumologia, neurologia, neurocirurgia, dentre outros. Presta assistência de saúde a todo o estado de Santa Catarina, principalmente pelo Sistema Único de Saúde, embora também atenda pacientes que possuam convênios de planos de saúde.

No que tange ao aspecto de formação profissional, o hospital possui residência médica em várias áreas, também sendo utilizado para a realização de estágio curricular dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina.

A UTI deste hospital é uma unidade técnico-assistencial-administrativa diretamente subordinada a divisão de enfermagem. Esta UTI é de referência no atendimento a pacientes neurológicos e politraumatizados, porém atende também pacientes com outras intercorrências. Diferencia-se das outras, por oferecer aos pacientes internados através do Sistema Único de Saúde - SUS, serviços de monitorização intracraniana e tomografia computadorizada.

## **4.2 População Alvo**

A amostra foi constituída por todos os pacientes internados na UTI do Hospital Governador Celso Ramos, no período de 27 de março à 06 de junho de 2000.

## **4.3 Aspectos Éticos Relacionados ao Projeto.**

A palavra ética, origina-se do grego “ethos”, que significa costume. Potter (1996, p. 68) define ética como “princípios e padrões que determinam a conduta apropriada. A ética refere-se ao que é certo e ao que é errado, o que é dever ou obrigação”

A ética está presente em todas as profissões. O profissional de enfermagem, por exemplo, atua sobre um conjunto de valores pessoais e profissionais quando presta atendimento ao paciente. O código de ética profissional reúne princípios e normas, deveres e direitos, relacionados a conduta ética que deverá ser seguida por todos os profissionais.

Todos os profissionais de enfermagem das UTIs devem estar cientes dos valores que motivam o comportamento pessoal e profissional, e preparados para lidar com dilemas éticos que vão de encontro aos seus valores.

Acreditamos que o princípio norteador da ética da enfermagem em UTI é a valorização da vida com qualidade; respeito ao ser humano; respeito a cultura, às crenças e aos valores de cada indivíduo.

Por isso, a inclusão dos pacientes no estudo, se deu após a informação dos objetivos do projeto, seguido da assinatura do consentimento informado (*Anexo I*) adaptado a partir de Bettinelli (1998) para este fim. Foi assegurado aos paciente o anonimato das informações por eles fornecidas, bem como respeitado seus direitos de retirarem-se do estudo se assim o desejassem.

## **4.4 Plano de Ação**

Com o objetivo de prestar cuidados integrais, cada uma de nós se propôs a assistir um paciente por dia desenvolvendo atividades nos três turnos (M/T/N), conforme escala estabelecida com as supervisoras. No decorrer do período foi aplicado um instrumento



(Anexo 2) elaborado a partir da adaptação do original proposto por Cochran e Ganong (1989), junto aos pacientes que de alguma forma pudessem se comunicar. O instrumento teve por objetivo identificar os agentes estressores do ambiente que atuam sobre o paciente.

Para podermos alcançar os objetivos propostos no projeto foi elaborado um quadro com o seguinte plano de ação:

<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>AValiação</b>
<b><i>1 - Conhecer os componentes administrativos, operacionais e recursos humanos da UTI do HGCR</i></b>	<p>Apresentar os objetivos do projeto de forma simplificada para equipe de enfermagem da Unidade;</p> <p>Conhecer a área física e serviços oferecidos na UTI;</p> <p>Conhecer a equipe interdisciplinar, a sua distribuição por turno de trabalho, bem como as normas e rotinas técnico-administrativas;</p> <p>Acompanhar a rotina da enfermeira administrativa e assistencial, e se familiarizar com os impressos utilizados na UTI.</p>	<p>O objetivo será alcançado se ao final do estágio soubermos diferenciar as atividades da enfermeira administrativa e das enfermeiras assistenciais.</p> <p>Descrever e reconhecer, as rotinas técnico-administrativas, e componentes da equipe interdisciplinar. Além do conhecimento da área física da Unidade.</p>
<b><i>2 - Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas específicas e gerais de enfermagem no cuidado ao paciente em terapia intensiva</i></b>	<p>Executar técnicas gerais e específicas da enfermeira na UTI;</p> <p>Aprimorar conhecimentos teóricos sobre execução das técnicas e a utilização de equipamentos.</p>	<p>Este objetivo será alcançado, se ao final do estágio estivermos seguras para executar procedimentos específicos e gerais da UTI.</p>

<p><b>3 - Prestar assistência de enfermagem ao paciente em UTI, utilizando um referencial teórico e processo de enfermagem, norteados pela Teoria das NHB segundo Horta</b></p>	<p>Proporcionar uma assistência alicerçada nos conceitos estabelecidos no marco referencial;</p> <p>Utilizar todas as fases do processo proposto no projeto, com dois pacientes, afim de prestar uma assistência de forma integral, baseado nas NHB;</p> <p>Assistir o paciente de UTI, num todo, um ser humano com necessidades biopsicosócioespirituais.</p>	<p>O alcance deste objetivo será possível se apresentarmos, no relatório, dois processos, de acordo com o referencial teórico escolhido.</p>
<p><b>4 - Identificar os agentes estressores presentes na UTI, que atuam sobre o paciente</b></p>	<p>Aplicar o instrumento proposto junto aos pacientes que puderem se comunicar e que se recordem de sua internação na UTI.</p> <p>;</p> <p>Fazer uso da observação afim de identificar agentes estressantes que afetam o paciente;</p>	<p>O objetivo será alcançado se ao final do estágio identificarmos os agentes estressores atuantes no ambiente da UTI, que afetam o paciente.</p>
<p><b>5 - Buscar alternativas para minimizar os agentes estressores identificados, visando uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem</b></p>	<p>Priorizar os agentes estressantes predominantes de acordo com os resultados obtidos;</p> <p>Refletir com a equipe de enfermagem sobre as possibilidades de mudança de comportamento a partir dos estressores identificados;</p> <p>Repassar a equipe de enfermagem conhecimento técnico-científico sobre os agentes estressores e seus efeitos para o paciente;</p>	<p>Este objetivo será alcançado se conseguirmos estabelecer um vínculo de afetividade e profissionalismo junto ao paciente e equipe;</p> <p>Se priorizarmos os agentes estressores, refletirmos e repassarmos conhecimento técnico-científico sobre os agentes estressores para a equipe</p>
<p><b>6 - Implementar medidas para diminuir o estresse, avaliando seus resultados</b></p>	<p>Realizar atividades ambientais e comportamentais, a partir das alternativas identificadas;</p> <p>Utilizar a observação e diálogo entre equipe interdisciplinar e paciente, avaliando as medidas implementadas.</p>	<p>O objetivo será alcançado se houver diminuição no nível de estresse, verificado a partir da observação das atividades realizadas pela equipe.</p>

## 5. BUSCANDO NA LITERATURA CONHECIMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA ASSISTENCIAL

*“Você pode medir a sua saúde pela simpatia que sente pela primavera e pelas manhãs. Se é incapaz de reagir ao despertar da natureza ou se a perspectiva de uma caminhada matutina não espanta o seu sono, muito menos o canto dos pássaros no amanhecer mexe com você, então está na hora de sentir o seu pulso” (Henry David Thoreau).*

**E**ste capítulo tem por objetivo apresentar uma visão geral e breve dos assuntos referentes a UTI, estresse e adaptação, afim de nos familiarizarmos. Em cada um destes itens, procuramos nos aprofundar somente nos aspectos que foram de interesse para o desenvolvimento deste estudo.

### 5.1 Unidade de Terapia Intensiva

A idéia de se agrupar num mesmo local, pacientes que necessitavam de cuidados intensivos e constante observação, surgiu em 1863 com Florence Nightingale na guerra da Criméia. Ela os agrupava numa só enfermaria, com o objetivo de ficarem sob constante observação das enfermeiras.

Passado quase um século, surgiram as primeiras UTIs, mais precisamente na década de 60, logo após a epidemia de poliomielite. Essas primeiras UTIs surgiram de um planejamento longo e complicado, pois muito embora já existisse a idéia, na prática era difícil encontrar áreas adequadas para este fim, e quando estas eram encontradas, precisavam de mudanças significativas, pois não haviam sido projetadas para esse propósito (Silva, 1995).

Para Gomes (1988, p.17) as UTIs são “áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos”.

Na UTI, a observação contínua, os recursos materiais, a alta tecnologia e os recursos humanos, permitem um atendimento eficaz e rápido visando alcançar a recuperação do paciente em estado crítico. E esta recuperação será mais facilmente alcançada, dentro de um ambiente físico e psicológico favoráveis.

De acordo com Maia (1999, p.12), o ambiente da UTI “pode ser encarado como altamente estressante, em virtude da alta movimentação de pessoas, sons de equipamentos, correria na realização dos cuidados a pacientes graves, aumento de tecnologias empregadas, que as vezes não estão acompanhadas de treinamento adequados”.

Barbosa (1995) refere ainda que o paciente da UTI sente-se aflito pois deseja compartilhar com a equipe suas inseguranças, incertezas, sofrimento e medos, mas muitas vezes não é compreendido como um ser humano que ainda se apresenta, em função do estado de gravidade em que se encontra.

Outros autores entre eles Maia (1999), Farias (1981), e Cornock (1998), citam também como fator de estresse para o paciente, a conversa ao seu redor, ambiente constantemente iluminado, utilização de linguagem inadequada, tempo reduzido para as visitas dos familiares e presença de outros pacientes graves.

## **5.2 Estresse**

Todas as pessoas vivenciam diversas formas de estresse durante a vida. A presença de estresse, pode servir de estímulos para mudança e crescimento, sendo assim, algumas formas de estresse podem ser consideradas positivas. Porém na grande maioria das vezes, o estresse acarreta desequilíbrios como, doença física e a incapacidade de enfrentar o agente estressor.

Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõe-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independente de idade e quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse. Além do estresse fisiológico produzido pela própria doença, a hospitalização inclui mudanças no ambiente físico e social, bem como nas atividades diárias do indivíduo, de modo a afetar seu sistema de vida. (Roberts apud Farias, 1981).

“Estresse” é um termo difícil de ser definido, é derivado da palavra latina *stringere*, que significa “restringir”. Foi utilizado pela primeira vez por Selye, um dos primeiros a pesquisar sobre o assunto, que usou esse termo para designar o aspecto comum que ele observou em todas as reações adaptativas do organismo. (Farias, 1981).

O estresse segundo Lipp (1996, p.20), “é uma reação do organismo, causada por alterações psicológicas que ocorrem quando a pessoa se defronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, a amedronta, exercite ou confunda”.

Então podemos definir estresse como sendo qualquer tensão fisiológica ou psicológica que afeta o equilíbrio total de um indivíduo. Ou seja qualquer situação que coloque em ameaça a sua condição de homeostasia.

Um dos primeiros fisiologistas a reconhecer as conseqüências do estresse no organismo, foi Claude Bernard, em 1867, que propôs que as mudanças no meio interno e externo causam desordem no funcionamento normal do organismo, e é essencial para que ele possa se adaptar a um estressor (Farias, 1981).

Por volta de 1920, Walter Cannon, utilizou o termo “homeostasia” para descrever como o organismo responde com sucesso ao estresse. Ele estudou também, os mecanismos que o organismo usa para se adaptar ao estresse e posteriormente manter o equilíbrio e a homeostasia tanto no meio externo quanto interno.(Potter, 1996).

Relacionando estresse à homeostase de Cannon, Selye citado por Potter (1996), conceitua estresse como uma condição ou estado que se manifesta por uma Síndrome específica, a qual, consiste no conjunto de todas as reações induzidas por estímulos inespecíficos dentro de um Sistema biológico. Hans Selye, desenvolveu ainda um modelo que descreve o que ocorre com o corpo humano durante a resposta ao estresse, conhecida como a “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA). A pesquisa de Selye sobre estresse e estressores, é muito importante para assistência de saúde, pois o modelo SGA é aplicável a todas as áreas da prática de enfermagem.

Esta SGA, segundo este autor é uma reação fisiológica de todo corpo ao estresse, envolvendo todos os sistemas do organismo, principalmente o sistema nervoso autônomo e sistema endócrino. Está dividida em três estágios:

1) A reação de alarme: inicia-se logo que o organismo é atingido por um agente estressante, é caracterizada por vários mecanismos de defesa para enfrentá-lo. Aumentam os níveis hormonais, afim de aumentar o volume sanguíneo. São manifestações específicas desta fase, o aumento da frequência cardíaca, pulso, da pressão sistêmica e do débito cardíaco; diminuição da circulação periférica e aumento do suprimento sanguíneo para o coração, cérebro e músculos esqueléticos. O indivíduo torna-se alerta, com audição aumentada, pupilas dilatadas e aumento da atenção no campo visual. Com a energia mental aumentada e o estado de alerta resultante, a pessoa está preparada para enfrentar o agente estressor.

2) Estágio de resistência ou adaptação: os níveis hormonais se mantêm elevados, a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco retorna ao normal. É neste estágio, que a pessoa está tentando adaptar-se ao estresse. Se o estresse é eliminado, o corpo repara qualquer dano que possa ter ocorrido. Porém se o estressor permanece, como em uma hemorragia persistente ou doença de longa duração, o indivíduo não consegue se adaptar, então progride para a terceira fase, a exaustão.

3) Estágio de exaustão: representa a fase final, e ocorre quando o organismo não pode mais resistir ao estresse e a energia necessária para manter a adaptação é esgotada. A resposta fisiológica é intensificada, mas o nível de energia está comprometido e a adaptação ao estressor diminui. Se o estressor persistir, pode ocorrer a morte.

Uma pessoa com saúde, está em condições de adaptar-se a um estresse prolongado, porém se o indivíduo não estiver apto a enfrentar o estresse, ou mesmo adaptar-se a ele, pode ficar doente, porque esta situação vai exigir muito do seu organismo.

### ***5.2.1 Resposta Fisiológica ao Estresse***

O conhecimento da resposta fisiológica ao estresse é bastante complexo e profundo, e para uma melhor explicitação deste tema faremos um resumo do que encontramos em Brunner & Suddarth, (1993) e Potter, (1996).

Quando o estresse ocorre, a pessoa usa a energia física e emocional para responder e adaptar-se a ele. A quantidade de energia exigida, bem como a eficácia na tentativa de



adaptação, dependem da intensidade, alcance e duração do estressor e do número de agentes estressores atuantes. A resposta fisiológica ao estresse ocorre da seguinte maneira:

1) Interpretação dos Estímulos pelo Cérebro: a percepção pelo estresse envolve reconhecer uma sensação e dar um significado, isso ocorre no cérebro. Todas as sensações internas e externas que chegam ao cérebro precisam ser transformadas em impulsos eletroquímicos. Estímulos diferentes são registrados em diferentes locais do cérebro e em diferentes padrões, sendo que o cérebro interpreta esses padrões e responde a eles. Dessa forma, ele controla e regula as atividades do organismo. A resposta é integrada no hipotálamo, qualquer que seja o resultado da interpretação primária. Quando não existe um agressor, o hipotálamo continua a manter o estado hígido, quando há um agressor, o hipotálamo ativa respostas simpáticas e hipofisário-supra-renais.

2) Resposta Neuroendócrina: vias neurais e neuroendócrinas sob controle do hipotálamo são ativadas na resposta ao estresse. Há uma descarga do *sistema nervoso simpático*, seguida de uma descarga *simpático-medula supra-renal* e, por fim, a ativação do *sistema hipotalâmico-hipofisário* quando o estresse persiste.

2.1 - Resposta do Sistema Nervoso Simpático: as extremidades nervosas em contato direto com seus respectivos órgãos terminais liberam noradrenalina para aumentar a função de órgãos vitais e determinar um estado de alerta geral do organismo. A frequência cardíaca sobe, ocorre vasoconstrição periférica e a pressão arterial sobe. O sangue é desviado dos órgãos abdominais, para proporcionar uma melhor perfusão dos órgãos vitais (cérebro, coração e músculos esqueléticos). A glicose aumenta no sangue e favorece a energia disponível mais rapidamente. As pupilas dilatam e a atividade mental aumenta. Tipicamente a pessoa parece tensa, com os músculos do pescoço, da parte superior do tronco e dos membros retraídos; as respirações podem ser rápidas e superficiais, com o diafragma tenso. A resposta do sistema nervoso simpático é rápida e de curta duração.

2.2 - Resposta Simpática-Medula da Supra-Renal: além de seus efeitos diretos nos principais órgãos terminais, o sistema nervoso simpático (SNS) estimula a medula da supra-renal a liberar os hormônios adrenalina e noradrenalina na corrente sanguínea. A adrenalina e a noradrenalina juntas estimulam o sistema nervoso e

produzem efeitos metabólicos que aumentam a glicemia e estimulam o índice metabólico. Esse efeito é chamado de reação “de fuga ou luta”.

**2.3 - Resposta Hipotalâmica-Hipofisária:** o hipotálamo secreta o fator liberador de corticotropina, que estimula a hipófise anterior a produzir hormônio adenocorticotrópico (ACTH). Por sua vez, o ACTH estimula o córtex da supra-renal a produzir glicocorticóides, principalmente cortisol. O cortisol estimula o catabolismo protéico, liberando aminoácidos; estimula a captação de aminoácidos e sua conversão a glicose no fígado (gliconeogênese); e inibe a captação da glicose por muitas células do organismo, mas não pelas do cérebro e do coração. Esses efeitos metabólicos dão ao organismo uma fonte de energia durante uma situação estressante. Os glicocorticóides também deprimem o sistema imunológico. Há uma redução na resposta inflamatória à lesão ou à infecção quando eles estão presentes em grandes concentrações. As etapas do processo inflamatório são inibidas, os linfócitos são destruídos nos tecidos linfóides e a produção de anticorpos cai. Como resultado, a pessoa resiste menos às infecções.

Em resumo, os componentes iniciais da resposta fisiológica ao estresse, a resposta simpática, e a resposta simpática-medula da supra-renal ocorrem em quase todas as situações estressantes. Os parâmetros possíveis de observar (pressão arterial, pulso e respiração), podem variar, porém a resposta neuroendócrina essencial é a mesma. A resposta hipotalâmica-hipofisária-córtex da supra-renal será ativada na maioria dos casos, porém o perfil da resposta endócrina variará de acordo com o tipo, a duração e a intensidade do agressor crônico. A resposta enfraquecerá com a exposição contínua ao mesmo agressor.

### ***5.2.2 Componentes Psicológicos***

A exposição ao estresse também resulta em reações psicológicas adaptativas. Indivíduos saudáveis, quando se deparam com estressores na vida, desenvolvem comportamentos psicológicos adaptativos para enfrentá-los. Estes comportamentos são adquiridos através da aprendizagem e experiência, em lidar com estressores. Comportamentos psicológicos adaptativos, também chamados de mecanismos de luta, são esforços dirigidos ao combate do estresse. (Potter, 1996).

Esses comportamentos psicológicos adaptativos podem ser construtivos ou destrutivos. Os construtivos, ajudam o indivíduo a aceitar o desafio de resolver conflitos que causam estresse. Comportamentos destrutivos são aqueles que não ajudam uma pessoa a enfrentar o estressor, e que afetam a orientação real do indivíduo, a capacidade de resolver problemas, a personalidade e, em circunstâncias graves, a capacidade funcional.

Segundo Pottter (1996), a doença pode diminuir a capacidade da pessoa para enfrentar o estresse relativamente leve, e o estresse prolongado e grave pode superar a eficácia de comportamentos adaptativos, mesmo de uma pessoa muito saudável.

### ***5.2.3 Interação Corpo-Mente***

Os profissionais de saúde estão cada vez mais se conscientizando da relação entre estresse psicológico e o início, curso e consequência da doença médica, freqüentemente denominada de interação corpo-mente. Pesquisas científicas têm revelado, de modo crescente, que o estresse pode afetar padrões de doenças (Pelletier apud Potter, 1996).

Nas últimas décadas, doenças infecciosas são as causas principais de morte, mas com o passar dos anos, as doenças que se correlacionam aos estressores do estilo de vida estão entre as causas que mais matam. E quanto mais intensa e longa a situação de estresse, mais alto o risco de uma consequência negativa para a saúde (Potter, 1996).

De acordo com Potter, a medida que o estresse aumenta, a pessoa entrega-se aos comportamentos de estresse, que são alterações conscientes ou inconscientes dos comportamentos normais de uma pessoa feita para se adaptar ao estressor. Existem comportamentos comuns apresentados por indivíduos afetados pelo estresse:

1. Alterações dos padrões de alimentação e apetite;
2. Aumento do uso de substâncias, tais como tabaco, álcool e drogas;
3. Alterações dos padrões de atividade;
4. Alterações dos padrões de sono;
5. Comportamento inapropriado, como rir ou chorar em ocasiões incomuns, ou falar muito rápido;
6. Aumento do número de queixas físicas;
7. Aumento na freqüência de doenças;

Com certeza, muitos pacientes apresentam estes comportamentos, que muitas vezes são mal compreendidos ou ignorados. Então precisamos entender a interação corpo-mente, para poder prever se a pessoa corre risco de desenvolver uma doença relacionada ao estresse.

#### ***5.2.4 Resultados Psicosociais***

Segundo Potter (1996) as alterações psicossociais são resultado direto e óbvio de estresse prolongado. Frequentemente, um profissional de enfermagem pode observar o impacto emocional do estresse através de mudanças de comportamento dos pacientes. O estresse tem muitos efeitos sobre o bem-estar emocional de uma pessoa como podemos observar logo abaixo:

- Ansiedade
- Depressão
- “Explosão”
- Alterações de hábitos alimentares
- Alterações no padrão de atividade e sono
- Esgotamento mental
- Perda da auto-estima
- Aumento da irritabilidade
- Perda de motivação

Pelo fato da personalidade de todos ser constituída de uma complexa relação entre muitos fatores, a reação individual ao estresse prolongado depende de sistemas de apoio, experiência prévia com estressores, mecanismos de enfrentamento e reação global ao estresse. Uma mudança no comportamento deve alertar o profissional de enfermagem, membros da família ou amigos, que a pessoa precisa de ajuda para adaptar-se ao estresse. Como por exemplo: irritação, isolamento, entre outros. (Potter, 1996)

O estresse prolongado pode reduzir a capacidade da pessoa de adquirir novos conhecimentos e habilidades, e também resultar em uma comunicação menos efetiva e menor resolução dos problemas. Os profissionais de enfermagem devem ajudar os pacientes a enfrentarem o estresse, porque são eles que frequentemente estão junto ao

paciente, de suas famílias e amigos durante a maior parte do tempo. A enfermagem ao perceber o risco dos pacientes em desenvolver uma doença relacionada ao estresse, pode proporcionar assim uma assistência que inclua alternativas de combate ao estresse.

### **5.2.5 Agentes Estressores**

Selye citado por Potter(1996), também introduziu o conceito de estressor, como sendo estímulos internos e externos capazes de causar estresse. Então podemos dizer que qualquer fator que leve um indivíduo a experimentar uma condição de estresse, é chamado “estressor ou agente estressor”.

O estado saudável pode ser perturbado por inúmeros estressores, o que provoca desequilíbrio no estado fisiológico e psicossocial da pessoa. Uma doença é um agente estressor, os agentes estressores podem ser internos ou externos, os internos originam-se do interior do organismo, tais como febre, emoção ou culpa. Os externos vem de fora do indivíduo, provém do ambiente, mudanças familiares ou de origem social. Geralmente no processo de doença a pessoa sofre a ação dos dois tipos de agentes estressores.

Stephenson apud Farias (1981), considera estressores como “fontes de estresse”, e divide estas fontes em categorias:

1. Fonte física: inclui calor, frio, perda do ciclo dia-noite, estímulo sensorial estranho e sobrecarga sensorial.
2. Fonte química: inclui drogas, agentes anestésicos, reações sangüíneas e qualquer agente tóxico presente no organismo.
3. Fonte biológica: estão os organismos patogênicos
4. Fonte fisiológica: inclui queimaduras, cirurgia, trauma, imobilização, e perturbação do sono.
5. Sócio-emocional: estão, a ansiedade, medo, a dor, mudança de papel, e separação de pessoas significativas.

Tanto a privação do estímulo como estimulação excessiva podem ser agentes estressores. No estudo realizado por Cochram & Ganong, (1989), os estressores ambientais que mais afetam os pacientes de UTI, estão centrados no conforto físico ou psicológico do

paciente, na interação da equipe com o paciente, o próprio ambiente da UTI, a enfermidade, e o medo da morte.

Outros estudos, com o intuito de identificar estressores que afetam o paciente de UTI, mostram que a impossibilidade de se comunicar, as drogas usadas para sedação, bem como os procedimentos e equipamentos utilizados durante a internação na UTI, contribuem para o aparecimento de estresse nesses pacientes (Mackellaing apud Cornock, 1998).

Em um estudo realizado por Seidler e Moritz (1998), no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a poluição sonora no ambiente de terapia intensiva é freqüentemente relatado como fonte de desconforto. Sendo que a maioria dos pacientes entrevistados (79,1%) referiu que o barulho foi causa de grande desconforto, sendo as principais fontes de barulho a conversa e o funcionamento de aparelhos. Neste mesmo estudo, vinte pacientes (35%) relatam ter medo de morrer durante a internação na UTI. Desses, dezenove (90,4%) consideram essa situação como grande fonte de estresse.

Existem ainda muitas evidências de que a tecnologia dos cuidados de saúde atuam como significativo agente de estresse sobre os doentes, seus familiares e equipe de saúde. Muitas vezes a falta de controle sobre o ambiente na UTI, em situações em que os alarmes disparam acidentalmente, provoca sustos nos pacientes, levando ao aumento de arritmias e à respostas psicológicas. Neste sentido, é preciso que a enfermagem esteja alerta sobre os potenciais agentes estressores inerentes ao próprio processo de cuidado.

Dentre os agentes estressores citados nas bibliografias, podemos destacar:

- **Presença de Ruído e Luminosidade**

Iida (1993) nos lembra que no ambiente de uma UTI, podem ser encontradas condições desfavoráveis, como o excesso de ruído e a luminosidade, o que causa desconforto e pode causar danos consideráveis à saúde.

O conceito mais usado para “ruído” é de “som indesejável”. Outra definição considera ruído como um “estímulo auditivo que não contém informações úteis para a tarefa em execução”. Assim o alarme do ventilador por exemplo, pode ser considerado útil para equipe de saúde, porque é um aviso de que algo pode estar errado, mas ao mesmo tempo

pode ser considerado um ruído para o paciente, cuja atenção está centrada em outras coisas (Iida, 1993). Também entendemos que para o paciente pode ser interpretado como uma ameaça, pois ao não compreender o motivo de disparo do alarme, pode haver um entendimento equivocado de piora de sua condição clínica.

O ouvido humano é capaz de perceber sons na frequência (número de vibrações por segundo) de 20 a 20000 Hz (Hertz), sendo que essa sensibilidade para cada frequência do som depende de pessoa para pessoa e de acordo com a idade.

Sons com frequência baixa (abaixo de 1000Hz) são chamados de graves e frequências altas (acima de 3000Hz) são chamadas de agudos. Com relação a intensidade do som o ouvido humano percebe sons de 20 a 120 decibéis (dB).

A Norma Brasileira Registrada -NBR no. 10152 da Associação Brasileira de Normas Técnicas –ABNT, que trata dos níveis de ruído, estabelece os valores entre 35 a 45 dB(A) como compatíveis para o conforto acústico em áreas hospitalares (ABNT, 1990).

Têm-se observado que a exposição ao ruído causa aumento da pressão arterial, taquicardia, contração dos vasos sanguíneos da pele, diminuição da atividade dos órgãos da digestão e aumento da tensão muscular. Essas reações de “alarme” do organismo são mecanismos de proteção contra o perigo, mobilizando os órgãos para a luta ou defesa (Iida, 1993).

A exposição a ambiente ruidosos, também pode provocar diminuição ou transtorno do sono, e quanto a isto Hudak & Gallo, (1997) advertem que pelo fato do sono ter a função de evitar a exaustão física e psicológica, sua ausência pode prolongar o tempo necessário para a recuperação de uma doença.

Por isso o sono perturbado significa prejuízo na recuperação das funções e do bem-estar. No “cochilo” ou sono leve, os processos de recuperação não são completos.

No que se refere a luminosidade, pode-se dizer que o homem moderno está praticamente “cercado” de luzes produzidas artificialmente, tanto no ambiente hospitalar, de trabalho e no seu próprio lar. E isso, sem dúvida também provoca respostas fisiológicas.

O olho humano é sensível à luz com comprimentos de onda entre 400 nm a 750 nm. A sensibilidade não é uniforme dentro dessa faixa, sendo pequena nos extremos e atingindo ponto máximo em torno de 550 nm.

### Efeitos Fisiológicos da Iluminação

O nível de luminosidade interfere de forma direta no mecanismo fisiológico da visão e também na musculatura que comanda os movimentos dos olhos. A quantidade de luz e o tempo de exposição são alguns fatores que influem na capacidade de discriminação visual.

## • **Tecnologia dos Cuidados de Saúde**

Sabemos que a utilização de tecnologias modernas nas UTIs são essenciais para a manutenção da vida, e a própria família e até mesmo os pacientes, muitas vezes sentem-se mais seguros pelo fato do ambiente ser dotado de equipamentos sofisticados. No entanto, uso desses equipamentos fazem com que a equipe que atua neste local tenha dificuldades de ver o paciente como um ser humano na sua totalidade; além disso atuam como agentes estressores significativos no agravamento do estado de saúde do paciente.

Barbosa (1995, p.7) , reforça nosso raciocínio citando que “ainda que a tecnologia seja uma realidade extremamente marcante na UTI, sendo justificada como indispensável, somos cientes dos efeitos tanto benéficos quanto adversos que produz e como estes repercutem sobre a nossa prática assistencial. Dentre esses efeitos, pode-se esperar a atmosfera fria, impessoal e desfigurante em sua face humana, por colocar-se de mediação, provocando um distanciamento entre enfermeiro e pacientes...”

Equipamentos e materiais não são suficientes para tratar o paciente em sua totalidade. A respeito disto, Bettinelli (1998, p.22) assegura “há também uma necessidade aumentada de toque na UTI, onde aparelhos e tecnologia contribuem fortemente para despersonalização do paciente. O toque não relacionado a uma tarefa (toque afetivo) é uma potente intervenção que transmite interesse”.

Acreditamos que mesmo o paciente que se encontra em estado grave, é capaz de sentir, ouvir e perceber o que está acontecendo ao seu redor. Como profissionais da saúde que se propõem a cuidar de pessoas, devemos ter em mente que mais importante que



conhecemos a tecnologia empregada, precisamos conhecer a pessoa que estamos cuidando, afinal essa tecnologia deve servir como veículo para assistência e não como fim.

### **5.3 Adaptação**

Durante toda a vida, uma pessoa saudável depara-se com situações que vão desafiar a sua capacidade de manter ou não o equilíbrio, ou seja, sua capacidade de adaptar-se às mudanças. Uma adaptação satisfatória representa a saúde, entretanto, se o agente estressor exigir muito da pessoa, e ela não estiver pronta para enfrentá-lo, a doença poderá surgir, como resultado da má adaptação, levando até mesmo a morte.

Sabemos que a tendência do corpo é manter em equilíbrio o meio interno, é o que chamamos de homeostasia. Porém esse equilíbrio não significa um estado de absoluta imutabilidade, mas sim uma constante adaptação do organismo às mudanças.

De acordo com Potter (1996), um estresse prolongado pode diminuir a capacidade de adaptação dos mecanismos homeostáticos, pois estes não conseguem adaptar-se às alterações a longo prazo na secreção de hormônios das funções vitais. A quantidade de hormônios liberados pode ser insuficiente para prover a energia necessária para o organismo enfrentar o estressor, ou o mecanismo que permite o controle homeostático pode ser rompido; em qualquer dos casos pode levar a doença ou a morte. Para este autor, além dos mecanismos homeostáticos que proporcionam uma adaptação fisiológica, temos ainda outras dimensões de adaptação tais como: emocional, intelectual, social e espiritual.

A adaptação emocional envolve mecanismos psicológicos normais para diminuir o estresse; a adaptação intelectual inclui a educação, percepção das pessoas e do mundo, capacidade de resolver problemas e a comunicação com os outros. A dimensão social é interligada com as outras dimensões, por exemplo, um indivíduo emocionalmente inapto a enfrentar o estresse, pode se afastar das pessoas que o cercam, e que poderiam lhe ajudar neste processo. Por último temos a dimensão espiritual que consiste das crenças num ser superior, atitude de integração com a natureza e o mundo, propósito e significado de vida.

Em todas essas dimensões de adaptação existem recursos que auxiliam a pessoa a adaptar-se a qualquer tipo de estresse. Por isso, é importante que, como enfermeiras, tenhamos uma visão holística ao avaliarmos se o paciente está ou não se adaptando ao

estresse da doença. Nossa função é incentivar e promover os esforços de cada paciente, a fim de obterem uma adaptação saudável. E para isso precisamos conhecer as dimensões de adaptação e os fatores a estas relacionados, de modo a mobilizá-las junto ao paciente, na busca do alcance da adaptação possível na condição em que o paciente se encontra.

## 6. AVALIANDO OS RESULTADOS DA PROPOSTA ASSISTENCIAL

*“O amor autêntico não é um vago sentimento; ele impregna todo ser humano. Ele observa o outro não para se servir dele, mas para servi-lo. É a partilha de tudo que se possui” (João Paulo II).*

**E**ste capítulo procura demonstrar como se desenvolveu a proposta assistencial, ou seja, os passos seguidos a fim de concretizarmos os objetivos pré-estabelecidos. Está dividido de forma que, todos os objetivos possam ser avaliados ao final de cada etapa.

As considerações aqui trazidas, emergiram de nossas reflexões a respeito do processo de cuidar. O desenrolar deste processo iniciou-se com o conhecimento do cenário da UTI, seus componentes administrativos, operacionais e recursos humanos e finalizou-se com a implementação de medidas para diminuir os agentes estressores atuantes nesta unidade.

### 6.1 Desvendando um Novo Universo: o cenário da UTI

A UTI do HGCR, localiza-se no terceiro andar próximo ao centro de material e esterilização, centro cirúrgico, banco de sangue e laboratório de plantão. Possui um total de quatorze leitos, sendo dois destinados ao isolamento. Atualmente somente oito leitos estão ativados, devido a falta de pessoal. Conta ainda com uma estrutura física (*Anexo 3*) composta por: sala de lanche, de plantonistas, de reuniões, de utilidades e da chefia de enfermagem, 2 depósitos de materiais (consumo, permanente..), vestiários, sanitários, 4 expurgos, sendo 2 dos isolamentos e um posto de enfermagem.

Neste ambiente, os boxes são separados por divisórias proporcionando uma certa privacidade aos pacientes, embora exista suportes destinados às cortinas, estas são utilizadas somente em casos em que o paciente fique exposto, devido ao risco de contaminação. Todos os boxes tem iluminação própria, porém em alguns há também janelas, o que oferece a alguns pacientes uma iluminação e ventilação natural.

O posto de enfermagem e o balcão de preparo de medicação são mal localizados, impossibilitando a visualização direta dos pacientes e o controle da maioria dos monitores, dificultando deste modo o dia a dia da equipe médica e de enfermagem.

Fica assim evidente a importância da adequação da planta física, em relação a aspectos como iluminação, ventilação e prestação de cuidados aos pacientes, ao se estruturar uma UTI.

A finalidade desta UTI de acordo com seu regimento interno é:

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

Quando iniciamos nossas atividades na UTI, muitas inquietações e inseguranças surgiram. Acreditávamos na nossa proposta assistencial mas tudo parecia novo, bem diferente da realidade que conhecemos no decorrer da VI Unidade Curricular. Num primeiro momento nos tornamos simples expectadoras, mas tínhamos que unir forças pois nossa caminhada havia somente começado. Foi assim, que com muita vontade e entusiasmo começamos a desvendar aquele novo universo, onde muitas surpresas e desafios nos esperavam.

Envolvidas naquele ambiente há quase uma semana, percebemos o quão intensa é a demanda de trabalho desses profissionais. Havia muitos leitos, com pacientes graves. A equipe sempre agitada parecia servir de mediadora entre a vida e a morte, constantemente em conflito.

Ao percebermos isso, sentimos a necessidade de buscarmos alternativas que pudessem se adaptar àquele cotidiano frenético. Surgiu então a idéia de elaborarmos um folder, de uma forma sintetizada porém atrativa, onde passaríamos para toda a equipe os objetivos de nosso projeto, bem como conhecimentos técnico-científico sobre os agentes estressores e seus efeitos para o paciente.

Na medida em que a equipe tomava conhecimento do conteúdo do folder, surgiam alguns comentários:

*“Achei bem interessante, foram vocês que fizeram...?”*

*“Como vocês irão fazer para falar com os pacientes e descobrir esses agentes estressores?”*

Com isso, conseguimos despertar o interesse da equipe pelo projeto, estabelecendo uma maior aproximação com toda a equipe, o que é fundamental para qualquer tipo de trabalho. Isso com certeza foi o primeiro passo em busca de nossos objetivos o que também significou o aprendizado de construir o próprio caminho a ser trilhado.

## • **Estrutura Organizacional**

Num grupo organizado de pessoas, onde é grande o número, a complexidade e a diversidade das atividades realizadas, torna-se necessária a divisão e a distribuição do trabalho entre seus elementos, bem como o estabelecimento do padrão de relações.

Ao se estabelecer a estrutura organizacional devem ser considerados aspectos tais como, a divisão de trabalho e especialização, hierarquia, autoridade e responsabilidade, amplitude da supervisão, centralização, descentralização e formalização ( Kurcgant, 1991).

Desta forma, procuramos conhecer a estrutura organizacional do HGCR, e a representamos em forma de organograma, afim de facilitar a visualização.

A ilustração abaixo representa graficamente a estrutura do organograma, bem como as relações de autoridade existentes entre os diversos setores deste hospital. Podemos perceber que a divisão de enfermagem está diretamente subordinada a divisão geral, e a UTI no que tange ao serviço de enfermagem, é subordinada a divisão de enfermagem.

## Organograma do Hospital Governador Celso Ramos:



### • Componentes Operacionais

#### Admissão:

A internação nesta UTI é indicada nos casos em que é viável a recuperação do paciente, principalmente os que necessitam manter respiração artificial e monitorização dos parâmetros vitais. É indicada também em todos os pós-operatório (24hs) de pacientes submetidos à intervenções cirúrgicas neurológicas, sendo necessário reserva prévia do leito nesta unidade. Também é freqüente a admissão em caráter de urgência, pois esta UTI é

referência no Estado no tratamento de pacientes neurocirúrgicos e politraumatizados, em especial traumatismo crânio-encefálico.

A solicitação para internação na UTI é feita ao médico intensivista. Autorizada a internação o médico comunica a enfermeira e esta solicita aos funcionários o preparo do box para receber o novo paciente. À enfermeira cabe a montagem do ventilador e preparo do monitor.

Ao chegar, o paciente recebe assistência da equipe interdisciplinar cada um dentro da sua competência. A enfermeira faz a coleta de dados para realização do histórico, o médico responsável faz a avaliação do quadro do paciente e realiza sua prescrição. Em seguida são anotados no “Livro de Registro de Pacientes na UTI” os seguintes dados: nome do paciente, data da internação na unidade e diagnóstico médico, na ocasião da alta são registrados a data e local de destino.

Os registros nos prontuários da UTI, ocorrem da seguinte maneira:

- técnicos e auxiliares: registram os sinais vitais, colocam os horários nas prescrições, registram o balanço hidroeletrólítico e fazem a avaliação pupilar.
- enfermeiros: realizam a avaliação neurológica através da escala de coma de glasgow, fazem a evolução de enfermagem (*Anexo 4*) a cada turno de trabalho e o histórico (*Anexo 5*) que seguem um roteiro sistematizado. São feitas ainda orientações verbais ou escritas de forma sucinta aos funcionários sobre os cuidados específicos.

### **Horário de Visitas**

As visitas na UTI tem horários restritos e breves devido as normas da instituição, e acontecem nos seguintes horários: à tarde das 15:00 às 15:30 hs e a noite das 19:15 às 19:45 hs, onde é permitida a entrada de até 4 visitantes por paciente.

Após a visita das 19:45 hs nas 2<sup>a</sup>., 4<sup>a</sup>. e 6<sup>a</sup>. feiras é fornecido um boletim pelo médico, e nos demais dias da semana incluindo feriado, o boletim é fornecido após a visita das 15:30 hs. Em situações consideradas críticas é aumentado o número de visitantes, bem como o números de horários.

O boletim é passado aos familiares no hall de entrada ou até mesmo no corredor da UTI, não oferecendo à família um ambiente adequado. Convém salientar que percebemos



uma certa resistência por parte de alguns membros do corpo clínico em atender as famílias, sendo as informações sobre o estado geral dos pacientes transmitidas de forma rápida, com a utilização de termos técnicos, tornando difícil a compreensão por parte dos familiares.

Com relação a visita em UTI, Hudak e Gallo (1997, p. 34) referem que “estudos recentes não apoiam a validade das razões habituais para restringir a visitação em unidades de cuidados intensivos ( p. ex., as visitas perturbam o paciente; há um risco de infecção para o paciente; as visitas perturbam a unidade, causando problemas da equipe com tempo e energia; as visitas são fisiologicamente prejudiciais para os pacientes)”.

A importância da presença de familiares junto aos pacientes na UTI, foi confirmada através de um estudo realizado por nós, que identificou os agentes estressores, onde 60% dos pacientes entrevistados afirmam que “ver família e amigos poucos minutos por dia” é um dos fatores que geram estresse. Por sua vez, isto afeta de maneira significativa o processo de recuperação da doença.

Acreditamos que cabe ao enfermeiro, que atua diretamente junto ao paciente estabelecer os critérios e o horário da visitação, correlacionando-os com o perfil do paciente atendido nesta unidade. Este trabalho apesar da resistência de determinados profissionais, já está sendo desenvolvido.

### **Rotina de Exames**

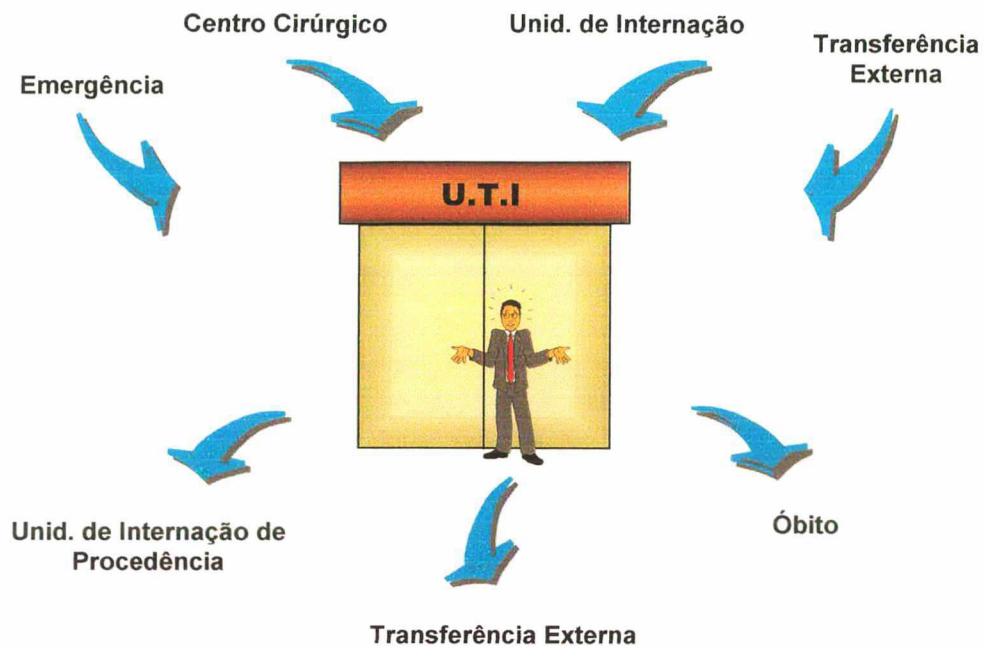
Existem diferentes rotinas para a realização de exames. Para exames laboratoriais de rotina o médico do plantão noturno faz a requisição, cabe ao laboratório de plantão a coleta do material e entrega dos resultados feitos via impressora, conectada em rede direta com o laboratório.

No caso de exames extras, o médico faz a requisição e a enfermagem solicita a presença do laboratório por telefone.

Já a coleta de sangue arterial para a realização das gasometrias é feita pelas enfermeiras e solicitado ao laboratório que as recolha para realização da análise das amostras.



## Fluxograma do Paciente da UTI



De acordo com este fluxograma, podemos observar que a porta de entrada para internação na UTI, é através da emergência, centro cirúrgico, unidade de internação ou transferência interna. A alta do paciente ocorrerá nas seguintes situações: alta para a unidade de procedência (preferência para o mesmo leito), transferência externa ou óbito.

### Alta da UTI

Quando o paciente está de alta para a clínica, a enfermeira da UTI entra em contato por telefone com a enfermeira da clínica, solicita o leito e passa as informações sobre o estado do paciente. O paciente é preparado e em seguida é encaminhado por um funcionário, juntamente com as suas medicações e prontuário.

As transferências externas são feitas em caso de necessidade de leito, por exemplo, para dar lugar a pacientes neurológicos e politraumatizados, e também por necessidade de terapêutica específica. Se a solicitação para a transferência partir da família, ela deve assinar um termo de responsabilidade sobre o paciente.

Nos casos de óbito do paciente, o médico intensivista presente no momento, preenche todos os impressos necessários, o corpo é preparado para ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) ou liberado para a família.

## • Recursos Materiais

Os recursos materiais, assim como os recursos humanos, são fundamentais para o funcionamento de qualquer unidade de saúde.

- Kurcgant (1991), salienta que os recursos materiais representam em torno de 75% do capital das organizações, e a maneira como são administrados refletem nos custos e na produtividade.

Neste sentido compete ao enfermeiro como coordenador dos recursos materiais da unidade, delegar funções e conscientizar a sua equipe quanto ao uso adequado dos materiais, evitando desperdício.

É importante ressaltar que as funções relativas a administração dos recursos materiais devem ser executadas pelo enfermeiro com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais membros da equipe de saúde (Kurcgant, 1991).

Na UTI do HGCR a solicitação, reposição e contagem do material de consumo (sonda, agulhas, luvas, etc) é de responsabilidade do funcionário do almoxarifado do hospital, que baseia-se para a reposição, na média de gastos semanais da unidade.

A solicitação e controle do material de limpeza e escrituração, fica sob a responsabilidade do escriturário do setor. Convém lembrar, que assim que iniciamos o estágio não havia escriturário, esta tarefa era realizada por um auxiliar ou técnico de enfermagem, designado pela enfermeira. No momento existe um escriturário para este serviço, o que facilitou muito o trabalho da equipe de enfermagem.

A limpeza e desinfecção dos materiais utilizados bem como a solicitação de material esterilizado ao centro de materiais, fica por conta do funcionário responsável pela sala de utilidades. A UTI assim como todas as unidades do hospital, possuem um número fixo de pacotes com material estéril para realização de procedimentos, que são repostos

diariamente. Nos casos em que há necessidade de maior número, é feita uma solicitação extra ao centro de material e esterilização, que nem sempre é facilmente atendida. Já a roupa de cama, banho e de uso dos funcionários, é de responsabilidade da lavanderia que a recolhe e repõe na unidade.

Com relação a medicação do paciente, a solicitação é individualizada, feita por prescrição médica a cada 24 hs. No caso de solicitação extra, o médico faz uma pequena requisição a farmácia. A solicitação e manutenção do estoque da medicação de urgência e psicotrópicos que ficam na unidade, são de responsabilidade da enfermeira de cada turno. Cada paciente possui uma gaveta individual onde são guardadas as medicações, incluindo os psicotrópicos. Cabe aqui ressaltar que não há um controle rígido deste tipo de medicamento, sendo o excedente guardado numa única gaveta.

O conserto de material permanente (equipamentos) é responsabilidade da engenharia biomédica, e sua solicitação é feita pela enfermeira administrativa ou assistencial. Cabe a enfermeira administrativa emitir ofício à direção do hospital solicitando a compra deste tipo de material, embora isso também possa ser feito pelo médico intensivista responsável pela unidade.

Atualmente esta UTI conta vários equipamentos, dentre eles:

- 10 monitores multiparâmetros, todos têm entre 7 e 10 anos \*;
- 11 ventiladores pulmonares, variando entre 3 a 7 anos \*;
- 04 ventiladores BiPap, com 5 anos \*.

\* A partir da data de fabricação.

## • Recursos Humanos

A equipe de enfermagem em todas as instituições de saúde, representa a maioria dos trabalhadores, portanto a falta de pessoal, ou a falta de qualificação destes profissionais, põe em risco a saúde dos usuários destas instituições, bem como a saúde dos próprios profissionais.

Kurcgant (1991, p. 107), refere que “a distribuição do pessoal de enfermagem para efetivação da assistência de enfermagem, é uma atividade complexa que dispense tempo e requer, por parte de quem faz, conhecimentos relativos as necessidades da clientela, à

dinâmica da equipe de enfermagem e as leis trabalhistas. Baseada nesses aspectos, a distribuição de pessoal deverá ser feita, de forma racional para assegurar que a assistência de enfermagem seja prestada à clientela da melhor forma possível”.

A Resolução COFEN – 189 de 25 de março de 1996, estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde:

Art.4º - Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 hs: 15,4 hs/enf., por paciente, na assistência intensiva.

§ 2º - O quantitativo de profissionais estabelecido, deverá ser acrescido do Índice de Segurança Técnica – IST, não inferior à 30% do total.

Art.5º - A distribuição percentual, do total de profissionais de enfermagem, deverá observar as seguintes proporções, observando o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP): para assistência intensiva 55,6% de enfermeiros e 44,4% de técnicos de enfermagem.

Art. 7º - O atendente de enfermagem não foi incluído na presente resolução por executar atividades elementares de enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente.

Anexo II – Categorias de paciente por complexidade:

*Assistência intensiva* – pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Na UTI do HGCR, constam na escala de serviço da enfermagem os seguintes profissionais:

07 enfermeiros (6 assistenciais e 1 administrativo);

20 técnicos de enfermagem;

06 auxiliares de enfermagem;

01 atendente de enfermagem;

01 auxiliar administrativo;

03 assistentes de serviços gerais.

Afim de verificarmos a adequação do número de funcionários desta UTI, utilizamos para o cálculo de pessoal a fórmula matemática proposta por Alcalla, que define o quantitativo de pessoal de enfermagem, onde:

Total de pessoal =  $\frac{\text{Assist. Enfermagem} \times \text{no. de leitos} \times \text{dias da semana}}{\text{Carga horária semanal}} + 30\% \text{ (IST)}$

Total de Pessoal =  $\frac{15,4 \times 08 \times 7}{30} + 30\%$

Total de pessoal =  $28,75 + 30\% = 37,37 \cong 37$  funcionários.

Para realizarmos a distribuição por categoria profissional, nos baseamos na Resolução COFEN 189/1996 que determina o percentual de enfermeiros e técnicos de enfermagem, a saber:

Para enfermeiros:      37 – 100%  
                                   X – 55,6%  
                                   X =  $20,57 \cong 21$  enfermeiros

Para técnicos de  
enfermagem:            37 – 100%  
                                   X – 44,4%  
                                   X =  $16,42 \cong 16$  técnicos de enfermagem

Na tabela abaixo fazemos uma comparação quantitativa e qualitativa entre o que é proposto pelo COFEN e a realidade da UTI/HGCR.

	<b>COFEN</b>	<b>UTI/HGCR</b>
<b>No. de Enfermeiros</b>	21	06
<b>No. de Técnicos de Enf.</b>	16	26 (*)
<b>Total da Equipe de Enf.</b>	37	32

(\*) Incluindo os auxiliares de enfermagem.

Levando-se em consideração o Art.5º da Resolução Cofen-189/96, seria necessário uma equipe com 21 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem para prestarem assistência intensiva. Nenhuma referência é feita com relação aos auxiliares de enfermagem, pois este tipo de assistência é privativo dos enfermeiros auxiliados pelos técnicos de enfermagem conforme consta no decreto no. 94.406/87, que regulamenta a Lei no. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e da outras providências.

Através deste cálculo observamos que o número de profissionais da equipe de enfermagem que atua nesta unidade, está abaixo do preconizado, principalmente no que diz respeito ao número de enfermeiros. Já o percentual de técnicos de enfermagem está acima

do que estabelece a Resolução Cofen-189/96. Para compensar a defazagem na equipe, alguns funcionários colocam-se a disposição para o cumprimento de hora-plantão, semanalmente.

Acreditamos que esta inadequação numérica com relação ao número de enfermeiros, ocorre em parte devido a custos menores na contratação de técnicos e auxiliares de enfermagem. A falta de profissionais capacitados e a jornada de trabalho excessiva podem provocar falhas na assistência, criando implicações legais para a instituição.

Para o corpo clínico encontra-se estabelecida a seguinte escala de serviço:

- escala fixa: 3 médicos a cada 4 hs, das 8:00hs às 20:00hs.
- escala de plantão: 2 médicos a noite, finais de semanas e feriados, em plantão de doze horas.

A UTI conta ainda com profissionais de apoio como psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.

### **Atribuições da Equipe de Enfermagem da UTI do HGCR:**

Com o intuito de conhecer a rotina técnico-administrativa bem como se familiarizar com os impressos utilizados nesta unidade, procuramos no decorrer do estágio acompanhar as enfermeiras administrativa e assistencial, realizando junto com as mesmas atividades pertinentes.

Um dos pontos fundamentais para o bom funcionamento de uma UTI é o estabelecimento das atribuições de cada elemento da equipe. Isto torna claro o papel a ser desempenhado por cada profissional, permitindo um melhor acompanhamento de desempenho pelo enfermeiro responsável pela unidade, além de facilitar a distribuição das atividades a serem realizadas.

Dentre as atividades abaixo relacionadas que dizem respeito as atribuições da chefia de enfermagem e enfermeiros assistenciais, nos foi possível realizar algumas delas. Em outras atividades servimos de espectadoras ansiosas, pois devido a intensa movimentação e urgência na realização das tarefas, não foi possível executá-las em virtude de nossa pouca agilidade e inexperiência.

### 1 - Chefia de Enfermagem da UTI:

- Formular política a ser observada pela equipe de Enfermagem, definindo seus limites de ação;
- Definir tarefas e responsabilidades de cada cargo;
- Elaborar escala de serviço;
- Propor critérios para dotação de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento da enfermagem aos pacientes críticos;
- Participar do sistema de seleção de candidatos para o setor;
- Orientar e cooperar com os programas de treinamentos e aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem;
- Avaliar as necessidades da assistência em enfermagem, aperfeiçoando ou introduzindo novas técnicas primando pela melhoria dos padrões de assistência;
- Avaliar o desempenho e o desenvolvimento funcional;
- Opinar sobre a compra de equipamentos, material permanente e de consumo;
- Estabelecer critérios para avaliação da assistência prestada ao paciente
- Promover estudos e pesquisas no campo da enfermagem;
- Estabelecer métodos para registro de dados sobre a atividade de Enfermagem;
- Representar junto a administração à equipe de enfermagem;
- Promover entrosamento com as demais áreas do Hospital;
- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do H.G.C.R., o Regimento Interno da Divisão de Enfermagem e Regimento Interno da Unidade de Terapia Intensiva.

### 2 - Enfermeiro Assistencial:

- Receber o plantão;
- Avaliar nível de consciência (escala Glasgow) de todos os pacientes neurológicos;
- Fazer densidade urinária dos pacientes neurológicos (TCE e pós operatório de neurocirurgia);
- Colher as gasometrias arteriais;
- Trocar as traqueias dos ventiladores (quando for todo o circuito, esta técnica será feita pela manhã);
- Trocar os curativos dos catéteres profundos e demais curativos complexos;

- Supervisionar a assistência (revisar prontuários, principalmente o horário e tipo de medicação);
- Fazer orientações aos funcionários sobre novas técnicas;
- Participar e fazer avaliação técnica dos materiais permanentes e de consumo;
- Solicitar empréstimos de materiais de urgência;
- Colocar e/ou supervisionar o horário nas prescrições médicas;
- Remanejar funcionários na falta destes;
- Solicitar confecções de materiais para UTI;
- Desenvolver trabalhos de pesquisa;
- Auxiliar nas intubações endotraqueais, fazer as extubações endotraqueais ou nasotraqueais;
- Auxiliar na colocação dos catéteres profundos (subclávias, jugular, hemodiálise, Swan-Ganz);
- Passar ou trocar sondas;
- Fazer as retiradas das traquéias dos ventiladores e providenciar desinfecção da parte interna dos ventiladores; os demais ficarão a cargo do pessoal do material. Portanto só termômetro e a parte elétrica é do enfermeiro;
- Atender as intercorrências, paradas, hemorragia, arritmia etc..
- Providenciar as altas, transferências, óbitos e internações de pacientes;
- Organizar as bandejas de emergência. Esta tarefa poderá ser delegada para algum funcionário disponível do turno;
- Providenciar os exames de urgência (T.C., laboratório, RX e US)
- Anotar e solicitar reparo dos defeitos que os aparelhos apresentarem a cada turno;
- Verificar a Pressão Capilar Pulmonar - P.C.P. temporária, PVP e DC conforme a necessidade do paciente;
- Fazer as evoluções de todos os pacientes;
- Coletar amostras para cultura, secreção traqueal e urocultura;
- Cumprir e orientar o cumprimento das rotinas (trocas das traquéias, ambú, nebulização contínua, aspiradores, P.V.C. (o equipo e a solução a cada 24:00 horas);
- Preparar as seringas heparinizadas para o próximo turno;
- Preocupar-se com a ordem do material no setor, roupas etc.
- Verificar e anotar a pressão do cuff de todos os pacientes intubados e traqueostomizados de manhã e à noite;



- Deixar os ventiladores no mínimo 1 (um) pronto para uso;
- Obs: As densidades urinárias quando rotinas são feitas 2 vezes ao dia 8:00 e 20:00 horas;

### 3 - Técnico de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem:

- Receber o plantão dos leitos que ficará responsável no seu turno;
- Verificar Sinais Vitais de 1/1 horas;
- Verificar pupilas de hora em hora nos pacientes neurológicos;
- Colocar horário nas prescrições médicas;
- Administrar a medicação conforme o horário;
- Fazer higiene oral;
- Fazer mudança de decúbito de 2/2 horas e massagear áreas de pressão;
- Fazer na higiene corporal diária;
- Aspirar secreções traqueais e orais (conforme necessidade do paciente)
- Trocar ambú, aspirador de secreções, nebulização contínua, umidificadores de O<sub>2</sub> (conforme rotina estabelecida);
- Trocar cadarço de tubo endotraqueal e cânula de traqueostomia (conforme necessidade);
- Esvaziar bolsa coletora de urina, frasco de drenagem gástrica e outros, bem como medir e anotar a quantidade drenada (a cada final de turno);
- Trocar o frasco de aspiração e o intermediário do aspirador (a cada 6 h);
- Manter o box do paciente em ordem;
- Auxiliar na realização de técnicas complexas: dissecação venosa, punção de subclávia e jugular, entubação endotraqueal, cateterismo vesical e curativos complexos;
- Trocar equipos e soro fisiológico da PVC;
- Fazer curativos simples;
- Trocar catéter de O<sub>2</sub>;

### 4 - Atendente de Enfermagem:

- Checar a sala de utilidades, expurgos;
- Recolher comadres e papagaios dos expurgos pela manhã;

- Retirar dos expurgos os intermediários dos ventiladores e as 8:00 horas, umidificadores de O2 e traquéias;
- Retirar dos expurgos todo o material de curativo para desinfecção;
- Recolher separadamente todo o material de curativo contaminado;
- Realizar todo o processo de desinfecção dos ventiladores mecânicos;
- Limpar bombas de infusão após o uso;
- Recolher dos expurgos todo o material do sistema respiratório;
- Recolher dos expurgos todo o sistema do aspirador;

#### 5- Auxiliar Administrativo:

- Será responsável pelo horário de visita devendo assim introduzir duas pessoas para cada paciente, mediante cartão fornecido pela portaria durante 5 minutos, conforme horários estabelecidos, auxiliando a visita a vestir avental próprio da UTI;
- Repor todo o material das gavetas, curativos e todo o material esterilizado;
- Encaminhar para o setor pessoal, férias, licenças, ofícios e demais documentos;
- Arrumar os prontuários;
- Fornecer aos familiares quando necessário, declaração de internação;
- Encaminhar exames complexos.

#### 6- Auxiliar de Serviços Gerais:

- Limpeza geral da unidade;
- Reposição dos materiais de higiene;
- Realizar desinfecção terminal dos leitos.

Nesta etapa, procuramos abordar as questões relacionadas aos componentes administrativos e operacionais dentro da UTI do HGCR, enfatizando as atividades específicas de cada membro da equipe de enfermagem.

Refletindo sobre a realidade que a nós se apresenta, sentimos que adequadamente planejada, organizada e operada por um enfermeiro capacitado, auxiliado por uma equipe bem preparada, esta unidade pode servir seu propósito de maneira ampla e segura. Como por exemplo: maior qualidade da assistência prestada ao paciente, dimensionamento

adequado do pessoal de enfermagem, maior eficiência na terapêutica aplicada, bem como uma maior durabilidade e segurança na utilização dos equipamentos.

Consideramos alcançado o objetivo proposto, pois entendemos a importância do enfermeiro na administração das unidades, como também a relevância dos recursos humanos e materiais para o sucesso das instituições de saúde.

## **6.2 Desenvolvendo e Aprimorando Habilidades Técnicas no Cuidado ao Paciente em UTI**

A Unidade de Terapia Intensiva é uma das unidades do hospital que nos propicia uma maior demanda e variedade para execução de procedimentos técnicos; pensando nisso escolhemos este local para desenvolver e aprimorar habilidades técnico-científicas.

Segundo Beyers e Dudas (1989, p.4) “o desenvolvimento da prática de enfermagem, envolve a contínua aquisição por parte da enfermeira, de conhecimentos e habilidades práticas, que contribuem para o crescimento de toda profissão”. Isso torna a enfermagem mais capacitada para prestar uma assistência livre de riscos, transmitindo mais segurança ao paciente.

Iniciamos a assistência aos pacientes na primeira semana de estágio. Prestar cuidados a pacientes tão especiais nos dava uma certa insegurança, mas ao tempo nos sentíamos confortadas pela satisfação de poder ajudá-los, bem como pela oportunidade de aprendermos junto ao paciente e toda a equipe de enfermagem.

Em todos os procedimentos tomávamos as precauções universais necessárias, afim de impedir o contato direto ou indireto com líquidos corpóreos, considerando todo o paciente uma fonte potencial de infecção.

*Figura 1:  
Precauções universais*



Numa determinada situação, ao prestarmos cuidados a uma paciente a qual já tínhamos estabelecido um laço de afetividade, ela nos pediu a prancheta com papel e escreveu com dificuldade “*passar creme de proteção nas costas*”. Não resistimos, a necessidade do toque, a mão sem luva foi inevitável, pois entendemos que o toque assegura ao paciente sua humanidade e dignidade, principalmente na UTI, um ambiente altamente tecnológico.

Neste sentido Hudak e Gallo (1994, p. 41) acreditam que “a necessidade do toque é intensificada durante episódios de estresse elevado e não pode ser totalmente atendida por outras formas de comunicação”. Segue ainda dizendo, que o toque, além de transmitir compreensão, apoio e preocupação com o paciente, promove também sensação de bem estar e ajuda na recuperação física da doença.

Várias situações nos possibilitaram o aprendizado, dentre elas podemos citar a realização de técnicas e os estudos referentes a algumas patologias e parâmetros ventilatórios, estes estudos aconteciam logo pela manhã após a passagem de plantão ou nos finais de tarde, sob a orientação de nossas supervisoras.



*Figura II:  
Instalação de Fluidoterapia*

*Figura III:  
Punção arterial para coleta de  
gasometria*



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

- Observação na entubação e extubação traqueal;

- aspiração traqueal e oral;
- realização de curativos;
- verificação e instalação de PVC e PAM;
- sondagem nasogástrica e vesical;
- punção arterial para coleta de gasometria;
- verificação da PIC;
- instalação de fluidoterapia;
- higiene e conforto;
- controle de sinais vitais;
- avaliação pupilar;
- aplicação da escala de coma de Glasgow;
- instalação de catéter de Swan-Ganz;
- montagem do ventilador mecânico e troca do circuito ventilatório;
- preparação do box;
- administração de medicação;
- administração de drogas vasoativas por bomba de infusão;
- instalação de monitorização cardíaca;
- verificação da pressão do cüff;
- nebulização e macronebulização;
- instalação de oxigenioterapia;
- Administração de dieta por SNG;
- coleta de material para cultura (secreção traqueal e urina).

Em todos os procedimentos que realizávamos, estando o paciente consciente ou não, explicávamos a ele o que seria feito, afim de diminuir a ansiedade que é um dos agentes estressantes na UTI, transmitindo a ele sentimentos de confiança e compreensão.

A importância desta postura, ficou comprovada através do nosso estudo, descrito posteriormente, onde é possível observar que os procedimentos invasivos são os maiores responsáveis pelas situações de estresse vivenciadas pelos pacientes internados nesta UTI, confirmando assim, a necessidade de esclarecimentos por parte da equipe interdisciplinar.

Ao pensarmos em UTI, não podemos deixar de lado toda a tecnologia existente, característica marcante desta unidade. Deste modo, procuramos conhecer um pouco mais

sobre os equipamentos utilizados, como por exemplo, monitores cardíacos e ventiladores pulmonares.

Vale aqui lembrar a Resolução COFEN – 9 de 29 de março de 1997, capítulo I, que dispõe sobre as responsabilidades fundamentais do enfermeiro, no Art. 6º “o enfermeiro atualiza e amplia seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do paciente e do desenvolvimento da profissão”.

Na busca de maiores informações sobre estes assuntos, sentimos necessidade de esclarecimentos por parte de uma equipe especializada. Para isso, fomos de encontro ao Grupo de Pesquisas em Engenharia Biomédica – GPEB, localizado no Hospital Universitário – HU, cujo objetivo é estudar e implementar métodos para o gerenciamento, controle e manutenção de equipamentos médico-hospitalares, visando sua melhor utilização e maior segurança de funcionários e pacientes. O trabalho deste grupo se estende a hospitais da grande Florianópolis, através dos Centros Locais de Engenharia Clínica – CELECs. Esses centros são formados em média por três pessoas, um engenheiro e um técnico, acompanhado por um ou mais estagiários. Fomos muito bem recebidas por toda a equipe do GPEB e CELEC do HGCR, os quais se colocaram a disposição para os esclarecimentos que se fizessem necessários.

Tendo em vista o desejo de aprimorarmos conhecimentos teóricos sobre a utilização adequada de equipamentos na UTI, foi proposto por nós, a realização de um ciclo de palestras. Mediante solicitação, a equipe do GPEB preparou o material necessário para a realização de uma palestra sobre “*Ventiladores pulmonares, Monitores cardíacos e Eletrocardiógrafos*” (Anexo 6). A palestra aconteceu no dia trinta e um de maio do ano dois mil, com duração de três horas e meia, no auditório do HU. Estiveram presentes um total de aproximadamente cinquenta pessoas dentre elas enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, alunos da graduação e pesquisadores do GPEB.

A utilização deste recurso como fonte de conhecimento, nos deixou muito satisfeitas, pois sabemos que um profissional bem treinado terá mais segurança ao operar e utilizar esses equipamentos, aumentando além de sua vida útil, a qualidade dos serviços de saúde prestados ao paciente. Com certeza este trabalho realizado em conjunto com o GPEB, foi o início de uma grande parceria enfermagem x engenharia biomédica, pois possibilitará a

troca de conhecimentos, bem como um maior aproveitamento das diversas inovações da tecnologia biomédica.

Acertamos na escolha da UTI para atingirmos esse objetivo. Conhecemos e praticamos muitos procedimentos técnicos gerais e específicas do enfermeiro, embora a intensa demanda de trabalho das enfermeiras desta unidade tenha impossibilitado a realização de algumas técnicas, interferindo desta forma no nosso aprendizado.

A agilidade só o tempo vai trazer, porém adquirimos mais confiança, e acima de tudo consciência de que todas as técnicas desde as mais simples até a mais complexas são essenciais, e cada uma tem sua parcela de contribuição para a recuperação da saúde do paciente.

### **6.3 Implementando um Processo Assistencial**

O processo de enfermagem tem a finalidade de pôr em prática o marco referencial que guiou a assistência por nós prestada aos pacientes internados na UTI. Segundo Horta (1979, p.35) “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”.

Felisbino (1994, p.32) nos lembra que “o processo de enfermagem destituído da teoria representa apenas uma forma metodológica de organizar dados, sendo que a razão de ser do processo está na implementação da teoria na prática”. A autora, experienciou a aplicação do processo de enfermagem de Wanda Horta e chegou a conclusão que seria viável para utilizar na UTI somente três passos desse processo, sendo eles o histórico, a prescrição e a evolução de enfermagem.

Resolvemos então adotar para nossa prática os três passos do processo propostos por Felisbino, acrescido do diagnóstico da NANDA, pois acreditamos que todos esses passos nos possibilitam atender o indivíduo em todas as suas dimensões bio, psico, sócio e espiritual. Para tanto, escolhemos dois pacientes aleatoriamente e aplicamos o processo de enfermagem conforme constam no *Anexo 7*.

## • **Histórico de Enfermagem**

É a coleta de dados do paciente, o primeiro passo para podermos iniciar o processo. Horta (1979, p.35) o define como “o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano significativos para a(o) enfermeira(o) que tornam possível a identificação de seus problemas”.

As informações do histórico geralmente são passadas pelo próprio doente ou familiares, através de entrevista informal, pela observação e exame físico, realizados pelo enfermeiro. O exame físico realizado pelo enfermeiro é diferente do realizado pelo médico, pois tem a finalidade de identificar problemas de enfermagem.

Fazem parte do histórico:

1. Identificação: nome por extenso, enfermaria, leito, sexo, idade, estado civil, filhos, procedência, nacionalidade, profissão, grau de instrução, religião, diagnóstico médico, e data de admissão.
2. Hábitos: relacionado ao atendimento das Necessidades Humanas Básicas: meio ambiente, cuidado corporal, eliminação, alimentação, sono e repouso, exercício e atividade física, atividade sexual, recreação, participação na vida familiar, religiosa, comunitária e profissional, e aspectos relacionados com a manutenção da saúde.
3. Exame físico: condições gerais, sinais vitais, condição física relacionada aos diversos sistemas orgânicos, queixas do paciente e problemas identificados.
4. Problemas de saúde: como o paciente percebe sua doença, doenças e experiências anteriores com hospitais, medos ou preocupações, fase em que se encontra a doença, e resultados de exames laboratoriais de interesse da enfermagem.

Ao coletar os dados para o histórico tivemos a oportunidade de estarmos mais próximos do paciente, esclarecendo pontos importantes relacionados ao seu estado de saúde afim de atendê-lo nas NHB. Sem os dados do histórico a assistência seria incompleta.

Quando iniciamos essa primeira etapa do processo, “o histórico”, nos deparamos com uma pequena barreira, pois os pacientes estavam sob efeito de sedação, e isso nos dificultou a abordagem de algumas necessidades de ordem psicossocial e psicoespiritual.



Apesar disso conseguimos completar esta etapa através da leitura complementar dos prontuários, da observação e exame físico, como também através de informações dos próprios enfermeiros da unidade, o que nos possibilitou a complementação da coleta de dados afim de identificarmos problemas apresentados pelos pacientes.

### • **Diagnóstico de Enfermagem**

Para conhecermos e entendermos melhor a classificação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sentimos a necessidade de uma fundamentação teórica, para isso recorremos a autores como Carpenito (1997) e Benedet & Bub (1998).

De acordo com estas autoras, o diagnóstico de enfermagem surgiu na década de 70 quando algumas enfermeiras norte americanas sentiram a necessidade de desenvolver uma terminologia para os diagnósticos de enfermagem. Foi publicado então, no ano de 1973 a primeira lista de diagnósticos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), durante a I Conferência Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem em St. Louis nos Estados Unidos.

Na nona conferência da NANDA em 1990 foi estabelecido o conceito de diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem, visando obter resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (Carpenito, 1997 p.13).

O diagnóstico de enfermagem aparece em três contextos: raciocínio diagnóstico, sistema de classificação e processo de enfermagem. O raciocínio diagnóstico envolve a coleta de informações, interpretação e denominação ou rotulação, sendo que a coleta e interpretação das informações nos fornece as informações para que se estabeleça o diagnóstico e plano de cuidados de enfermagem

A interpretação envolve a identificação das informações mais importantes e a comparação com o conhecimento e a experiência profissional. A partir daí, o enfermeiro confere um significado a um conjunto de informações, que devem ser confirmados com o paciente, os familiares ou membros da equipe de saúde. A coleta ou interpretação inexatas

das informações, pode levar a erros na denominação ou rotulação dos diagnósticos, que é a última etapa deste processo, e que confere um nome ao diagnóstico de enfermagem. Conforme a NANDA, cada rótulo ou denominação diagnóstica inclui 3 partes:

- Definição - é a descrição clara e precisa dos diagnósticos, delinea seu significado e o distingue dos demais.
- Características definidoras - são as que constituem critérios clínicos que se agrupam como manifestações do diagnóstico.
- Fatores relacionados - são as condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o surgimento do diagnóstico.

Embora um rótulo diagnóstico deva ser escrito de forma a relacionar o estado de saúde de um indivíduo ou grupo aos fatores que contribuíram para aquele estado, Carpenito (1997) define os diagnósticos de enfermagem em três tipos:

- Saúde - descreve situações onde um indivíduo, família ou comunidade estão em transição de um nível específico de saúde para um nível mais elevado (NANDA). São escritos em somente uma parte, o rótulo. Os fatores relacionados não estão presentes porque seriam sempre os mesmos. Ex.: motivação para obtenção de um nível mais elevado de saúde.
- Risco - descreve um julgamento clínico em que um indivíduo/grupo está mais vulnerável ao desenvolvimento de um problema do que outros na mesma situação ou em situação similar. São constituídos de 2 partes: rótulo e fatores de risco. Ex.: déficit no volume de líquidos relacionado a queimadura generalizada.
- Real - descreve um estado de saúde que a enfermeira validou devido a presença de características definidoras principais. Consistem de 3 partes: rótulo, fatores relacionados e presença de sinais e sintomas (características definidoras de maior expressão). Ex.: memória prejudicada relacionada a lesão do SNC evidenciado por incapacidade para recordar fatos passados.
- Síndrome - compreende um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes e de alto risco previsíveis devido a algum evento ou situação. Não têm “relacionada a”, estão em situação semelhante ao de risco, se fossemos colocar um fator relacionado à Síndrome

do Trauma pelo Estupro por exemplo, ficaria sendo Síndrome do Trauma pelo Estupro relacionado com estupro.

Para realizarmos esta etapa do processo, utilizamos o diagnóstico do tipo real e de risco. Nesta etapa, nossas dificuldades surgiram na hora de descrever os sinais e sintomas que se relacionavam as características definidoras de cada diagnóstico levantado.

- **Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem**

É definido por Horta (1979, p.36) como sendo “o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”.

A prescrição de enfermagem é feita de acordo com a necessidade de cada paciente. Deve ser clara e específica, como nos casos das injeções subcutâneas por exemplo, onde devem ser colocados os horários e local a ser aplicada a injeção.

A medida em que vão sendo realizadas no decorrer das 24 horas, as prescrições devem ser checadas e sempre que necessário deverão ser feitas anotações com relação ao cuidado prestado ao paciente.

É recomendado considerar as prioridades do paciente nas prescrições; a enumeração dos itens; a utilização dos verbos no infinitivo e indicativo da dependência de enfermagem (Paim apud Felisbino, 1994).

Na UTI do HGCR, já existe um roteiro de cuidados específicos com determinados tratamentos, pré-elaborados pelas enfermeiras, afim de dinamizar a assistência prestada. Esses roteiros referem-se a cuidados gerais e específicos necessários aos pacientes desta unidade, que embora de certa forma auxilie a organizar a assistência não contempla na globalidade a especificidade de cada paciente.

Neste sentido, para aprimorar nosso aprendizado e com o intuito de prestar uma assistência individualizada, percebendo o indivíduo como um ser único, um elemento ativo na busca da satisfação das suas necessidades, procuramos fazer as prescrições de enfermagem de acordo com os diagnósticos levantados, conforme constam nos processos de enfermagem

## • **Evolução de Enfermagem**

“É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorre no ser humano enquanto estiver sob a assistência profissional”(Horta, 1979, p.67).

Para o registro dos dados de evolução nos dois processos de enfermagem, nos propomos a seguir as orientações de Lawrence Weed, cujas anotações são feitas sob forma de SOAP, conforme especificado abaixo:

**S** – (Dados Subjetivos) Refere-se a informações e observações do paciente sobre ele mesmo. Podem também estar baseados em informações de familiares, caso o paciente esteja incomunicável.

**O** – (Dados Objetivos) Constam de observações de dados mensuráveis identificados pelo enfermeiro, por outros elementos da equipe de enfermagem ou de saúde, e por familiares. Esses dados podem ser observações clínicas (sinais e sintomas), resultados de exames que interessem a enfermagem, orientações, tratamento...

**A** – (Análise) Representa a explicação ou interpretação do significado de dados subjetivos e objetivos; a definição de um problema num grau de maior precisão; a análise e avaliação das condutas adotadas, se indicado; as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta; análise, avaliação ou resolução dos problemas levantados no histórico, ou evolução diária para os quais foram prescritos cuidados; a identificação de novos problemas e a sua avaliação à medida que se tem informações disponíveis para fazê-lo.

**P** – (Plano) Registro de novas condutas a serem adotadas a partir da análise feita anteriormente e do surgimento de novos problemas. As condutas devem ser de forma ampla no plano e depois detalhadas na prescrição de enfermagem.

Durante nossa prática assistencial para o registro de evolução diária do paciente, adotamos o formulário já existente na UTI, para não interferir no registro dos dados já estabelecido no prontuário.

## 1º Processo de Enfermagem

### Histórico de Enfermagem

**Data:** 30/03/2000

#### 1. Dados de Identificação:

I.A, 65 anos, sexo masculino, católico, casado, aposentado, procedente da Palhoça, admitido na UTI, em 24.03.2000, proveniente do centro cirúrgico onde foi submetido a uma ureterolitotomia direita, por cálculo compactado no ureter superior direito. Estava internado no Hospital Nereu Ramos na pneumologia, pois o paciente possui uma Deficiência Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC severa. Possui rim único (direito), pois foi submetido há uma nefrectomia esquerda em 1990.

#### 2. Diagnóstico Médico:

DPOC grave, com insuficiência respiratória crônica agudizada e insuficiência renal aguda.

#### 3. Percepções e Expectativas:

Sem condições de resposta, pois o paciente encontra-se sedado.

#### 4. Problemas Relacionados as Necessidades Humanas Básicas (Exame físico)

##### 4.1 Necessidades Psicobiológicas

Regulação Neurológica: ao exame neurológico apresentou Glasgow (1+1+1=3) sob sedação, com Fentanil a 12ml/h e Dormonid a 7ml/h. Pupilas isocóricas, mióticas, fotoreagentes e reflexo córneo palpebral presente.

Oxigenação: Em ventilação mecânica usando TOT, modalidade pressão controlada, volume corrente 550 ml, FIO2 0,40 l/min., PEEP 18 cm H2O, PPI 20, Sat. O2 98% e frequência respiratória de 15mpm. Presença de média quantidade de secreção traqueal mucopurulenta durante aspiração no TOT, e pequena quantidade de secreção oral mucóide. Movimento ventilatório bilateral diminuído, presença de ruídos crepitantes durante ausculta pulmonar em hemitórax esquerdo.

Nutrição: Recebendo dieta para insuficiência renal e diabete, 100ml, 6Xs ao dia por sonda nasogástrica - SNG .

Eliminações: Não apresentou eliminações intestinais durante o período. Permaneceu com o abdômen depressível, RHA presentes. Devido a intercorrência cirúrgica (ureterolitotomia), o paciente está eliminando pequena quantidade (70ml) de urina com aspecto sanguinolento através da sonda vesical de demora – SVD e através do dreno de penrose colocado na região abdominal, 1.000ml de líquido, sugestivo de hematúria. Apresentou um episódio de vômito (líquido de estase), logo após permaneceu com SNG em sifonagem.

Integridade cutâneo-mucosa: Couro cabeludo íntegro. A pele é normocorada, quente e ressecada, presença de hematoma na região da fossa cubital esquerda e antebraço direito. Dreno de penrose na região do flanco direito em drenagem contínua (urina + sangue) na bolsa coletora. Membros edemaciados.

Regulação térmica e hemodinâmica: Boa perfusão periférica, pulso cheio e rítmico. Sinais vitais estáveis. Ritmo cardíaco sinusal.

FC: 95 bpm. FR: 16 mpm T: 36,3° C PA: 120x70 mmHg

Regulação hormonal: 115 mg/dl às 11:00hs.

Terapêutica: rede venosa não visível, musculatura eutrófica;

Processos invasivos: punção em subclávia direita, TOT, dispositivo intra-venoso, SVD e SNG ;

Drogas em bomba de infusão :

- Sedativas – Dormonid 7 ml/h – Fentanil 12 ml/h.

#### **4.2 Necessidades Psicosociais**

Meio ambiente: paciente incapacitado de responder, pois encontra-se sob sedação.

Gregária e segurança emocional: recebe visitas de seus familiares (filhos e esposa) com frequência.

#### **4.3 Necessidades Psicoespirituais**

Religiosidade: Não foi possível abordar o lado espiritual deste paciente.

## 5. Dados Complementares

### Gasometria Arterial

Data: 30/03/00 Hora: 8:00 hs	<u>Valores de Referência:</u>
Ph: 7,33	(7,37 - 7,44)
PO2: 110	(80 - 90 mmHg)
PCO2: 41,3	(34,5 - 44,5 mmHg)
BE: -1,3	
Sat O2: 99,5%	(92 - 98%)
HCO3: 22,2	(23 - 29 mmol/l)
CO2 total: 25	(23 - 27 mmol/l)

## Diagnóstico de Enfermagem Data: 30/03/2000

1. **Necessidade Básica afetada:** Regulação Neurológica e Comunicação (Necessidade Psicosocial).
  - D.1. **Comunicação verbal prejudicada:** relacionada a presença de TOT, sedação (glasgow 3), evidenciada pela incapacidade de falar bem como de expressar-se porém de compreender;
2. **Necessidade Básica afetada:** Oxigenação.
  - D.2. **Padrão respiratório ineficaz:** relacionado a atividade neuromuscular prejudicada, bem como processo patológico, aumento das secreções ou obstrução do TOT; evidenciado por média quantidade de secreção purulenta através do TOT.
  - D.3. **Desobstrução ineficaz das vias aéreas:** relacionada a patologia, presença de TOT e aumento das secreções; evidenciado pela ausência do mecanismo de tosse, bem como presença de ruídos crepitantes.
3. **Necessidade Básica afetada:** Alimentação.
  - D.4. **Nutrição prejudicada:** relacionada a incapacidade de consumir alimentos por via oral e alteração no nível de consciência, evidenciada pelo recebimento de dieta através de SNG e presença do TOT.
  - D.5. **Déficit no auto-cuidado:** alimentação, relacionado à alteração no nível de consciência devido à sedação.

**4. Necessidade Básica afetada: Eliminação.**

**D.6. Alteração na eliminação urinária:** relacionada a incapacidade de comunicar suas necessidades, e devido à ureterolitomia à direita, evidenciado pela alteração no nível de consciência devido a sedação, presença de SVD e dreno de penrose na região do flanco direito drenando urina + sangue.

**5. Necessidade Básica afetada: Integridade cutâneo-mucosa.**

**D.7. Integridade da pele prejudicada:** relacionada a procedimentos invasivos (catéter intra venoso e dreno de penrose), evidenciado por lesão e hematoma no tecido epidérmico e dérmico.

**D.8. Risco para prejuízo da integridade da pele:** relacionado a edema e imobilização física.

**D.9. Proteção alterada:** relacionada a incapacidade de defesa, devido a sedação, evidenciado por alteração neurosensorial e imobilidade.

**6. Necessidade Básica afetada: Segurança física e meio-ambiente.**

**D.10. Risco para infecção:** relacionado a trauma tissular ao TOT, catéter vesical, catéter venoso, sonda nasogástrica, aspiração de secreção e dreno de penrose.

**D.11. Risco para aspiração:** relacionado a diminuição do nível de consciência, depressão dos reflexos de tosse e deglutição, também a presença de TOT.

**7. Necessidade Básica afetada: Cuidado corporal.**

**D.12. Déficit no Auto-cuidado:** higiene corporal, relacionada a imobilidade secundária a sedação.



**Prescrição de Enfermagem Data: 30/03/2000**

<b>P.1.</b>	Explicar o ambiente, todos os procedimentos e equipamentos, por ele utilizados; Estimular quando possível o paciente a comunicar-se;	MTN MTN
<b>P.2.</b>	Verificar a expansão pulmonar (simetria) Ficar atento ao funcionamento correto do aparelho. Esvaziar os coletores de água. Fixar o tubo naso ou endotraqueal (para evitar que o mesmo se desloque para fora ocorrendo a extubação, ou para dentro a entubação seletiva). Ambuzar o paciente a cada aspiração endotraqueal (03 vezes). Observar pressão positiva intermitente (PPI). Fazer mudança de decúbito com cuidado para evitar que tracione o tubo de 2/2hs. Manter o paciente sob vigilância e restrito. Comunicar quando o paciente estiver competindo com o respirador. Observar vazamento do cüff (através da formação de bolhas na boca). Proteger os pavilhões auriculares e comissura labial afim de evitar lesões devido ao cadarço. Avaliar todos os alarmes e determinar a causa; Monitorizar o TOT quanto à desconexão, dobra, vazamento ou obstrução; Introduzir Bico de Guedel na boca para evitar mordedura do TOT; Avaliar os sons respiratórios bilateralmente; Registrar altura do TOT a nível de comissura labial;	MTN ATENÇÃO MTN  M/SN MTN ATENÇÃO  08 10 12 MTN ATENÇÃO ATENÇÃO  MTN ATENÇÃO  ATENÇÃO SN MTN M
<b>P.3.</b>	Aspirar secreções: traqueal, nasal e oral; Ambuzar o paciente três vezes, entre cada aspiração;	SN ATENÇÃO
<b>P.4.</b>	Anotar dieta recebida (SNG); Observar níveis glicêmicos; Controlar gotejamento da dieta por SNG; Verificar permeabilidade da sonda e lava-lá com SF 0,9% ao término da dieta; Atentar para náusea, vômito, diarreia e distensão abdominal;	MTN SN MTN  MTN ATENÇÃO
<b>P.5.</b>	Administrar dieta por SNG;	MTN
<b>P.6.</b>	Manter cuidados de assepsia com paciente em uso de SVD e dreno de penrose; Anotar quantidade e característica da diurese; Monitorizar valores laboratoriais como uréia e creatinina séricos; Manter a permeabilização da SVD;	MANTER 06 12 18 ATENÇÃO MANTER
<b>P.7.</b>	Manter técnica asséptica ao realizar as trocas de curativos; Observar presença de sinais flogísticos;	MANTER ATENÇÃO
<b>P.8.</b>	Evitar áreas de pressão, através do uso de colchão d'água ou piramidal;	ATENÇÃO

	<p>Massagear áreas de eritema causada pela pressão;  Avaliar sinais e sintomas de área de pressão;  Manter lençol seco, limpo e sem dobra;  Realizar mudança de decúbito a cada 2 hs;  Observar e anotar evolução de edema;</p>	<p>MTN  ATENÇÃO  MANTER  08 10 12  ATENÇÃO</p>
<b>P.9.</b>	<p>Manter paciente sob vigilância e restrito;  Manter grades da cama elevadas;</p>	<p>MANTER  MANTER</p>
<b>P.10.</b>	<p>Avaliar quantidade consistência e odor das secreções traqueal e oral a cada aspiração;  Controlar temperatura corporal  Colher amostra para cultura e antibiograma quando solicitado;  Manter técnica asséptica enquanto aspira;  Trocar o tubo do ventilador ;  Fazer higiene oral;  Aspirar secreção oral e pelo TOT;  Realizar troca de curativo da punção de subclávia;  Esvaziar os coletores de água;  Lavar as mãos frequentemente;  Observar sinais de infecção no local de inserção do dreno e punção em subclávia;  Usar técnica asséptica rigorosa no cuidado com SVD;  Limpar catéter vesical e meato uretral com água e sabão;</p>	<p>MTN  MTN  SN  ATENÇÃO  SN  MTN  SN  ATENÇÃO  SN  MTN    ATENÇÃO  ATENÇÃO  SN</p>
<b>P.11.</b>	<p>Aspirar secreções traqueal, nasal e oral sempre que necessário;  Aspirar todos os pacientes antes da verificação da pressão do cuff;  Manter cuff insuflado em mais ou menos 20mmHg;  Lateralizar a cabeça dos pacientes em caso de vômitos;  Manter cabeceira elevada (Semi-Fowler);</p>	<p>SN  ATENÇÃO  MANTER  SN  ATENÇÃO</p>
<b>P.12.</b>	<p>Realizar banho no leito;  Fazer higiene oral;  Aplicar loção hidratante em áreas secas e escamosas da pele</p>	<p>MTN  MTN  ATENÇÃO</p>

## **Evolução de Enfermagem**

**Data: 30/03/2000 Hora: 11:45 hs**

**O** – Paciente recebendo Fentanil a 12,ml/h e Dormonid a 7ml/h, com Glasgow (1+1+1=3). Pupilas isocóricas, mióticas e fotoreagentes. Reflexo córneo-palpebral – RCP, presente. Entubado em ventilação mecânica através do TOT (23cm) com modalidade controlada; PEEP: 8cm H<sub>2</sub>O, FIO<sub>2</sub>: 40%, e PPI: 20cmH<sub>2</sub>O. Durante aspiração do TOT presença de média quantidade secreção purulenta, e na cavidade oral pequena quantidade de secreção mucóide. Presença de ruídos crepitantes em hemitórax esquerdo, durante ausculta pulmonar. Ritmo cardíaco sinusal. SNG em sifonagem drenando 350ml de líquido de estase, após episódio de vômito. Dreno de penrose na região do flanco direito drenando 1000ml sugerindo urina + sangue e através da SVD, 70ml de urina com aspecto sanguinolento. Não evacuou durante o período, RHA positivo, abdômem depressível. Boa perfusão periférica, hipocorado e acianótico.

Sinais vitais:

FC: 95 bpm    FR: 16 mpm    T: 36,3° C    PA: 120x70 mmHg    Sat.O<sub>2</sub>: 98%

Glicemia capilar: 115 mg/dl às 11:00hs

**A** – Paciente sedado, adaptado a prótese ventilatória, com sinais vitais estáveis. Baixo volume urinário (hematúria) através da SVD, pois está eliminando grande parte de urina através do dreno de penrose.

**P** – Reduzir ansiedade do paciente;

- Melhorar a troca gasosa e respiração;
- Facilitar eliminação das vias aéreas e obter uma via permeável;
- Manter equilíbrio nutricional;
- Manter perfusão renal adequada;
- Manter eliminação urinária dentro dos padrões;
- Manter integridade da pele e minimizar irritação;
- Prevenir infecções;
- Prevenir o trauma e risco de lesão.

## **Diagnóstico de Enfermagem Data: 31/03/2000**

- 1. Necessidade Básica afetada:** Regulação Neurológica e Comunicação (Necessidade Psicosocial).
  - D.1. Comunicação verbal prejudicada:** relacionada a presença de TOT, sedação (glasgow 3), evidenciada pela incapacidade de falar bem como de expressar-se, porém de compreender;
  
- 2. Necessidade Básica afetada:** Oxigenação.
  - D.2. Padrão respiratório ineficaz:** relacionado a atividade neuromuscular prejudicada, bem como processo patológico, aumento das secreções ou obstrução do TOT. Evidenciado por média quantidade de secreção purulenta através do TOT.
  - D.3. Desobstrução ineficaz das vias aéreas:** relacionada a patologia, presença de TOT e aumento das secreções; evidenciado pela ausência do mecanismo de tosse, bem como presença de ruídos crepitantes.
  
- 3. Necessidade Básica afetada:** Alimentação.
  - D.4. Nutrição prejudicada:** relacionada a incapacidade de consumir alimentos por via oral e alteração no nível de consciência, evidenciada pelo recebimento de dieta através de SNG e presença do TOT.
  - D.5. Déficit no auto-cuidado:** alimentação, relacionado à alteração no nível de consciência devido à sedação.
  
- 4. Necessidade Básica afetada:** Eliminação.
  - D.6. Alteração na eliminação urinária:** relacionada a incapacidade de comunicar suas necessidades, e devido à ureterolitotomia à direita, evidenciado pela alteração no nível de consciência devido a sedação, presença de SVD e dreno de penrose na região do flanco direito drenando urina + sangue.
  
- 5. Necessidade Básica afetada:** Integridade cutâneo-mucosa.
  - D.7. Integridade da pele prejudicada:** relacionada a procedimentos invasivos (catéter intra venoso e dreno de penrose), evidenciado por lesão e hematoma no tecido epidérmico e dérmico.

**D.8. Risco para prejuízo da integridade da pele:** relacionado a edema e imobilização física.

**D.9. Proteção alterada:** relacionada a incapacidade de defesa, devido a sedação, evidenciado por alteração neurosensorial e imobilidade.

**6. Necessidade Básica afetada:** Segurança física e meio-ambiente.

**D.10. Risco para infecção:** relacionado a trauma tissular ao TOT, catéter vesical, catéter venoso, sonda nasogástrica, aspiração de secreção e dreno de penrose.

**D.11. Risco para aspiração:** relacionado a diminuição do nível de consciência, depressão dos reflexos de tosse e deglutição, também a presença de TOT.

**7. Necessidade Básica afetada:** Cuidado corporal.

**D.12. Déficit no Auto-cuidado:** higiene corporal, relacionada a imobilidade secundária a sedação.

### Prescrição de enfermagem Data: 31/03/2000

<b>P.1.</b>	Explicar o ambiente, todos os procedimentos e equipamentos, por ele utilizados; Estimular quando possível o paciente a comunicar-se;	MTN MTN
<b>P.2.</b>	Verificar a expansão pulmonar (simetria) Ficar atento ao funcionamento correto do aparelho. Esvaziar os coletores de água. Fixar o tubo naso ou endotraqueal (para evitar que o mesmo se desloque para fora ocorrendo a extubação, ou para dentro a entubação seletiva). Ambuzar o paciente a cada aspiração endotraqueal (03 vezes). Observar pressão positiva intermitente (PPI). Fazer mudança de decúbito com cuidado para evitar que tracione o tubo de 2/2hs. Manter o paciente sob vigilância e restrito. Comunicar quando o paciente estiver competindo com o respirador. Observar vazamento do cüff (através da formação de bolhas na boca). Proteger os pavilhões auriculares e comissura labial afim de evitar lesões devido ao cadarço. Avaliar todos os alarmes e determinar a causa; Monitorizar o TOT quanto à desconexão, dobra, vazamento ou obstrução; Introduzir Bico de Guedel na boca para evitar mordedura do TOT; Avaliar os sons respiratórios bilateralmente; Registrar altura do TOT a nível de comissura labial;	MTN ATENÇÃO MTN  M/SN MTN ATENÇÃO  09 10 12 MTN ATENÇÃO ATENÇÃO  MTN ATENÇÃO  ATENÇÃO SN MTN M

<b>P.3.</b>	Aspirar secreções: traqueal, nasal e oral; Ambuzar o paciente três vezes, entre cada aspiração;	SN ATENÇÃO
<b>P.4.</b>	Anotar dieta recebida (SNG); Observar níveis glicêmicos; Controlar gotejamento da dieta por SNG; Verificar permeabilidade da sonda e lavá-la com SF 0,9% ao término da dieta; Atentar para náusea, vômito, diarreia e distensão abdominal;	MTN SN MTN  MTN ATENÇÃO
<b>P.5.</b>	Administrar dieta por SNG;	MTN
<b>P.6.</b>	Manter cuidados de assepsia com paciente em uso de SVD e dreno de penrose; Anotar quantidade e característica da diurese; Monitorizar valores laboratoriais como uréia e creatinina séricos; Manter a permeabilização da SVD;	MANTER 06 12 18 ATENÇÃO MANTER
<b>P.7.</b>	Manter técnica asséptica ao realizar as trocas de curativos; Observar presença de sinais flogísticos;	MANTER ATENÇÃO
<b>P.8.</b>	Evitar áreas de pressão, através do uso de colchão d'água ou piramidal; Massagear áreas de eritema causada pela pressão; Avaliar sinais e sintomas de área de pressão; Manter lençol seco, limpo e sem dobra; Realizar mudança de decúbito a cada 2 hs; Observar e anotar evolução de edema;	ATENÇÃO MTN ATENÇÃO MANTER 08 10 12 ATENÇÃO
<b>P.9.</b>	Manter paciente sob vigilância e restrito; Manter grades da cama elevadas;	MANTER MANTER
<b>P.10.</b>	Avaliar quantidade consistência e odor das secreções traqueal e oral a cada aspiração; Controlar temperatura corporal Colher amostra para cultura e antibiograma quando solicitado; Manter técnica asséptica enquanto aspira; Trocar o tubo do ventilador ; Fazer higiene oral; Aspirar secreção oral e pelo TOT; Realizar troca de curativo da punção de subclávia; Esvaziar os coletores de água; Lavar as mãos frequentemente; Observar sinais de infecção no local de inserção do dreno e punção em subclávia; Usar técnica asséptica rigorosa no cuidado com SVD; Limpar catéter vesical e meato uretral com água e sabão;	MTN MTN SN ATENÇÃO SN MTN SN ATENÇÃO SN MTN  ATENÇÃO ATENÇÃO SN
<b>P.11.</b>	Aspirar secreções traqueal, nasal e oral sempre que necessário;	SN

<b>P.12.</b>	Aspirar todos os pacientes antes da verificação da pressão do cuff; Manter cuff insuflado em mais ou menos 20mmHg; Lateralizar a cabeça dos pacientes em caso de vômitos; Manter cabeceira elevada (Semi-Fowler);  Realizar banho no leito; Fazer higiene oral; Aplicar loção hidratante em áreas secas e escamosas da pele;	ATENÇÃO MANTER SN ATENÇÃO  MTN MTN ATENÇÃO
--------------	---	---

### Evolução de enfermagem

**Data: 31/03/2000 Hora: 11:00 hs**

**O** – Suspenso Fentanil e Dormonid às 08:00hs, continua com Glasgow (1+1+1=3). Pupilas isocóricas, mióticas e fotoreagentes. Entubado com TOT (23cm), em ventilação mecânica com modalidade pressão suporte; PEEP 8cm H<sub>2</sub>O, FIO<sub>2</sub>: 40%, e PPI: 16cmH<sub>2</sub>O. Média quantidade de secreção traqueal purulenta no TOT, e pequena quantidade de secreção mucóide na cavidade oral durante aspiração. Ritmo cardíaco sinusal. Eliminou 1200ml sugestivo de urina + sangue através do dreno de penrose, sendo que pela SVD não houve eliminações no período da manhã. Também não evacuou, abdômen depressível, RHA presentes. SNG continua em sifonagem. Realizado curativo incisional na região do flanco direito, com bom aspecto.

Sinais vitais: PA: 140X80 mmHg FC: 114 bpm FR: 15 mpm

T: 36,7° C Sat O<sub>2</sub>: 99% Glicemia capilar: 135mg/dl.

Gasometria Arterial	<u>Valores de Referência</u>
Ph: 7,34	(7,37 - 7,44)
PO <sub>2</sub> : 92,0	(80 - 90 mmHg)
PCO <sub>2</sub> : 42,8	(34,5 - 44,5 mmHg)
BE: -1,3	
Sat O <sub>2</sub> : 99,3%	(92 - 98%)
HCO <sub>3</sub> : 23,7	(23 - 29 mmol/l)
CO <sub>2</sub> total: 25	(23 - 27 mmol/l)

**A** – Segue com nível de consciência diminuído, apesar da sedação ter sido suspensa. Paciente em fase de desmame ventilatório, passando para modalidade pressão suporte. Em anúria com relação à drenagem “zero” pela SVD, porém continua drenando grande quantidade de líquido sugestivo de hematúria através do dreno de penrose. Incisão em flanco direito em processo de cicatrização. Sinais vitais estáveis.

**P** – Reduzir ansiedade do paciente;

- Melhorar a troca gasosa e respiração;
- Facilitar eliminação das vias aéreas e obter uma via permeável;
- Manter equilíbrio nutricional;
- Manter perfusão renal adequada;
- Manter eliminação urinária dentro dos padrões;
- Manter integridade da pele e minimizar irritação;
- Prevenir infecções;
- Prevenir o trauma e risco de lesão.



## 2° Processo de Enfermagem

### Histórico de Enfermagem

**Data: 05/04/2000**

#### 1. Dados de Identificação:

R.M.M, tem 34 anos, sexo feminino, católica, casada, cursou 1° grau completo, manicure, procedente da Palhoça. Foi admitida na UTI em 01/04/2000 às 7:00 hs, encaminhada pela emergência, com história de odinofagia + dor ventilatória dependente a movimentação bilateral, com febre a mais ou menos 48hs, expectoração marrom esverdeada e hipotensa (60 x 40mmHg).

#### 2. Diagnóstico Médico:

Pneumonia Bilateral + Sepsis. O motivo da internação na UTI foi o agravamento do quadro de pneumonia.

#### 3. Percepções e Expectativas:

Sem condições de resposta, pois a paciente encontra-se sedada.

#### 4. Problemas Relacionados as Necessidades Humanas Básicas (Exame físico)

##### 4.1 Necessidades Psicobiológicas

Regulação Neurológica: ao exame neurológico apresentou Glasgow (1+1+1=3) sob sedação, com Fentanil a 10,5ml/h e Dormonid a 9ml/h. Pupilas isocóricas, mióticas, fotoreagentes e reflexo córneo palpebral presente.

Oxigenação: frequência respiratória 24 mpm, em ventilação mecânica usando TOT(23cm), modalidade pressão controlada, volume corrente 382 ml, FIO2 0,45%, PEEP 18 cm H2O, PPI 38, Sat. O2 97%. Sistema de aspiração fechado, presença de grande quantidade de secreção traqueal purulenta durante aspiração no TOT, e média quantidade de secreção oral mucopurulenta. Durante ausculta pulmonar observou-se roncosp e crepitações.

Nutrição: dieta por SNG de 150 ml ao dia e 1 cal/ml.

Eliminações: não apresentou eliminações intestinais durante a manhã, permanecendo com o abdômen distendido, RHA ausentes. Eliminando urina por SVD, diurese de 500ml às 12:00 hs. Vol.médio por hora de 80m/h.

Integridade cutâneo-mucosa: couro cabeludo íntegro, edema conjuntival, com pequena quantidade de secreção serosa e presença de edema palpebral, apresenta também lesão nos lábios. Pele normocorada, quente e ressecada, presença de drenos torácicos bilaterais em drenagem contínua de secreção pulmonar purulenta, drenando 1100 ml do lado direito e 1000 ml do lado esquerdo, com leve hiperemia no local da inserção. Membros edemaciados, com pequeno hematoma no MSD, conseqüência de puncionamento.

Regulação térmica e hemodinâmica: perfusão periférica ruim, pulsos filiformes, ritmo sinusal, porém taquicárdico. Sinais vitais instáveis.

FC: 138 bpm    FR: 24 mpm    T: 38,3° C    PA: 80x30 mmHg

PVC: 18,5 cm H<sub>2</sub>O – cama reta

Regulação hormonal: Glicemia capilar - 103 mg/dl

Terapêutica: rede venosa não visível, musculatura eutrófica;

Processos invasivos: punção em subclávia direita, dispositivo intra-venoso em MSD, SVD, e SNG;

Drogas em bomba de infusão :

- Vasoativas - Dopamina 24,8 ml/h – Dobutamina 18 ml/h e Noradrenalina 60 ml/h.
- Sedativas – Dormonid 9 ml/h – Fentanil 10,5 ml/h.

#### **4.2 Necessidades Psicosociais**

Meio ambiente: paciente incapacitada de responder, pois encontra-se sob sedação contínua.

Gregária e segurança emocional: recebe visitas com frequência.

#### **4.3 Necessidades Psicoespirituais**

Religiosidade: observado crucifixo no box da paciente.

## 5. Dados Complementares

### Gasometria Arterial

Data: 05/04/00 Hora: 8:00 hs

### Valores de Referência:

Ph: 7,28	(7,37 - 7,44)
PO2: 113,4	(80 - 90 mmHg)
PCO2: 40,3	(34,5 - 44,5 mmHg)
BE: -6,8	
Sat O2: 97,5 %	( 92 - 98%)
HCO3: 19,2	(23 - 29 mmol/l)
CO2 total: 20,4	(23 - 27 mmol/l)

## Diagnóstico de Enfermagem Data: 05/04/2000

**1. Necessidade Básica afetada:** Regulação Neurológica e Comunicação (Necessidade psicossocial)

**D.1. Comunicação verbal prejudicada:** relacionada a presença de TOT, sedação (glasgow 3), evidenciada pela incapacidade de falar bem como de expressar-se, porém de compreender;

**2. Necessidade Básica afetada:** Oxigenação.

**D.2. Padrão respiratório ineficaz:** relacionado a atividade neuromuscular prejudicada, ajustes impróprios do respirador, aumento das secreções ou obstrução do tubo endotraqueal, evidenciado por respiração curta, taquipnéia e grande quantidade de secreção purulenta através do dreno torácico e aspiração traqueal, bem como alterações nos dados gasométricos;

**D.3. Troca de gases prejudicada:** relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação perfusão e incapacidade em manter respiração espontânea, bem como diminuição da expansão da caixa torácica e secreções retidas, evidenciado pela má perfusão periférica, dispnéia, aumento da FC e PCO2, bem como inabilidade para remover secreções.

**D.4. Desobstrução ineficaz das vias aéreas:** relacionada a presença de TOT, evidenciado pela ausência do mecanismo de tosse, bem como presença de ruídos adventícios (roncos e crepitações).

**3. Necessidade Básica afetada:** Alimentação.

**D.5. Nutrição prejudicada:** relacionada a incapacidade de consumir alimentos por via oral e alteração no nível de consciência, evidenciada pelo recebimento de dieta através de SNG e presença do TOT.

**D.6. Déficit no auto-cuidado:** alimentação, relacionado à alteração no nível de consciência devido à sedação.

**4. Necessidade Básica afetada:** Eliminação.

**D.7. Constipação Intestinal:** relacionada a imobilidade, diminuição da atividade metabólica e dieta inadequada, evidenciada pela ausência de RHA e distensão abdominal.

**D.8. Alteração na eliminação urinária:** relacionada a incapacidade de comunicar suas necessidades, secundário ao estado de choque, evidenciado por alteração no nível de consciência devido a sedação, presença de SVD e diminuição do débito urinário.

**5. Necessidade Básica afetada:** Integridade cutâneo-mucosa.

**D.9. Alteração na mucosa oral:** relacionada a trauma mecânico em virtude da presença do TOT, evidenciada por lesões nos lábios e mucosa oral.

**D.10. Integridade da pele prejudicada:** relacionada a procedimentos invasivos (catéter intra venoso e dreno de tórax), evidenciado por lesões no tecido epidérmico e dérmico.

**D.11. Risco para prejuízo da integridade da pele:** relacionado a diminuição da perfusão tecidual, edema e imobilização física.

**D.12. Proteção alterada:** relacionada a incapacidade de defesa, devido a sedação, evidenciado por alteração neurosensorial e imobilidade.

**D.13. Hipertermia:** relacionada a processo infeccioso, evidenciada por T: 38,3° C e pele quente e ressecada.

**6. Necessidade Básica afetada:** Regulação Vascular.

**D.14. Débito cardíaco diminuído:** relacionado a vasodilatação, comprometimento da função cardíaca e déficit no volume de líquidos, evidenciado pela diminuição do enchimento capilar, diminuição da PA e pulso filiforme.

**7. Necessidade Básica afetada:** Segurança física e meio-ambiente.

**D.15. Risco para infecção:** relacionado a estase de líquidos corporais e procedimentos invasivos como a instituição do tubo endotraqueal, presença de punção em subclávia, drenos de tórax bilaterais, SVD e SNG, estado debilitado e choque.

**D.16. Risco para aspiração:** relacionado a diminuição do nível de consciência, depressão dos reflexos de tosse e deglutição, presença do TOT e diminuição da motilidade intestinal.

**8. Necessidade Básica afetada:** Cuidado corporal.

**D.17. Déficit no Auto-cuidado:** higiene corporal, relacionada a imobilidade secundária a sedação.

**Prescrição de Enfermagem Data: 05/04/2000**

<b>P.1.</b>	Explicar o ambiente, todos os procedimentos e equipamentos, bem como expectativas;	MTN
<b>P.2.</b>	<p>Verificar a expansão pulmonar (simetria)  Ficar atento ao funcionamento correto do aparelho.  Esvaziar os coletores de água.  Fixar o tubo naso ou endotraqueal (para evitar que o mesmo se desloque para fora ocorrendo a extubação, ou para dentro a entubação seletiva).  Ambuzar o paciente a cada aspiração endotraqueal (03 vezes).  Observar pressão positiva intermitente (PPI).  Fazer mudança de decúbito com cuidado para evitar que tracione o tubo de 2/2hs.  Manter o paciente sob vigilância e restrito.  Comunicar quando o paciente estiver competindo com o respirador.  Observar vazamento do cüff (através da formação de bolhas na boca).  Proteger os pavilhões auriculares e comissura labial afim de evitar lesões devido ao cadarço.  Avaliar todos os alarmes e determinar a causa;  Monitorizar o TOT quanto à desconexão, dobra, vazamento ou obstrução;  Introduzir Bico de Guedel na boca para evitar mordedura do TOT;  Avaliar os sons respiratórios bilateralmente;</p>	<p>MTN  ATENÇÃO  SN    M/SN  MTN  ATENÇÃO    10 10 12  MANTER  ATENÇÃO    ATENÇÃO    MTN  ATENÇÃO    ATENÇÃO  SN  MTN</p>
<b>P.3.</b>	<p>Registrar altura do TOT a nível de comissura labial;  Monitorizar gasometria ou oximetria;  Avaliar se determinadas posições causam desconforto respiratório;</p>	<p>M  ATENÇÃO  ATENÇÃO</p>
<b>P.4.</b>	<p>Monitorizar os sinais e sintomas de hipóxia e hipercapnia;  Aspirar secreções: traqueal, nasal e oral;  Ambuzar o paciente três vezes, entre cada aspiração;</p>	<p>MTN  SN  MTN</p>
<b>P.5.</b>	<p>Anotar dieta recebida (SNG);  Observar níveis glicêmicos;  Controlar gotejamento da dieta por SNG;  Verificar permeabilidade da sonda e lava-lá com SF 0,9% ao término da dieta;  Atentar para náusea, vômito, diarréia e desconforto abdominal;</p>	<p>MTN  SN  MTN    MTN  ATENÇÃO</p>
<b>P.6.</b>	Administrar dieta por SNG;	MTN
<b>P.7.</b>	<p>Observar frequência e característica das eliminações;  Verificar presença de RHA bem como fazer palpação do abdômem;</p>	<p>MTN  MTN</p>
<b>P.8.</b>	<p>Manter cuidados de assepsia com paciente em uso de SVD;  Anotar quantidade e característica da diurese;  Monitorizar valores laboratoriais como uréia e creatinina séricos;</p>	<p>MANTER  06 12 18  ATENÇÃO</p>

	Manter a permeabilização da SVD;	MANTER
<b>P.9.</b>	Observar posição do TOT, fazendo rodízio evitando deixá-lo centralizado na boca, pois assim causa náuseas;	ATENÇÃO
<b>P.10.</b>	Manter técnica asséptica ao realizar as trocas de curativos; Observar presença de sinais flogísticos;	MANTER ATENÇÃO
<b>P.11.</b>	Evitar área de pressão, através do uso de colchão d'água ou piramidal; Massagear áreas de eritema causada pela pressão; Avaliar sinais e sintomas de área de pressão; Manter lençol seco, limpo e sem dobra; Realizar mudança de decúbito a cada 2 hs; Observar e anotar evolução de edema;	MTN MTN ATENÇÃO MANTER 08 10 12 ATENÇÃO
<b>P.12.</b>	Manter paciente sob vigilância e restrito; Manter grades da cama elevadas;	MANTER MANTER
<b>P.13.</b>	Verificar freqüentemente a temperatura de hora em hora; Realizar banhos com água fria; Após banho massagear com hidratante corporal; Aplicar gelo nas axilas e região inguinal; Administrar antipiréticos e antibióticos conforme prescrição médica;	MTN SN ATENÇÃO SN  ATENÇÃO
<b>P.14.</b>	Avaliar e monitorizar o estado cardiovascular : cor da pele, pulso, PA, parâmetros hemodinâmicos, pulso periférico e ritmo cardíaco; Administrar líquidos EV conforme prescrição; Administrar Dopamina, Dobutamina e Noradrenalina conforme prescrição para manter PA satisfatória (sistólica > 90 mmHg) e débito urinário > 30ml hs; Monitorizar dados gasométricos;	MTN ATENÇÃO  ATENÇÃO SN
<b>P.15.</b>	Avaliar quantidade consistência e odor das secreções traqueal e oral a cada aspiração; Colher amostra para cultura; Manter técnica asséptica enquanto aspira; Trocar o tubo do ventilador ; Fazer higiene oral; Aspirar secreção oral e pelo TOT; Realizar troca de curativo da punção de subclávia; Esvaziar os coletores de água dos ventiladores pulmonares; Lavar as mãos freqüentemente; Observar sinais de infecção no local de inserção do dreno e punção em subclávia; Usar técnica asséptica rigorosa no cuidado com SVD; Limpar catéter vesical e meato uretral com água e sabão;	MTN SN MANTER 24/72hs MTN SN ATENÇÃO SN ATENÇÃO  ATENÇÃO MTN SN
<b>P.16.</b>	Aspirar secreções traqueal, nasal e oral;	SN

P.17.	Aspirar todos os pacientes antes da verificação da pressão do cuff; Manter cuff insuflado em mais ou menos 20mmHg; Lateralizar a cabeça dos pacientes em caso de vômitos; Manter cabeceira elevada (Semi-Fowler);  Realizar banho no leito; Fazer higiene oral; Aplicar loção hidratante em áreas secas e escamosas da pele;	MTN MANTER SN MANTER  MTN MTN M/SN
-------	---	---

### Evolução de Enfermagem

**Data: 05/04/2000 Hora: 12:00 hs**

**O** – Paciente recebendo Fentanil a 10,5ml/h e Dormonid a 9ml/h, apresenta-se com Glasgow (1+1+1=3), mesmo assim compete com respirador. Apresenta edema palpebral e lesão na mucosa oral. Entubada com TOT (23cm), em ventilação mecânica com modalidade controlada; PEEP: 12 cm H<sub>2</sub>O, FIO<sub>2</sub>: 45%, e PPI: 38cmH<sub>2</sub>O, sistema de aspiração fechado. Presença de grande quantidade de secreção traqueal purulenta, e média quantidade de secreção mucopurulenta na cavidade oral. Drenagem torácica bilateral com 1100 ml do lado direito e 1000 ml do lado esquerdo de secreção purulenta de odor fétido. Presença de roncosp e crepitações na ausculta pulmonar. Rítimosp cardíaco sinusal. Recebendo dieta líquida por SNG. Débito urinário em 700 ml de cor amarelo ouro, através de SVD, em anasarca. Não evacuou durante o período, apresenta abdômem distendido. PVC em cama reta, entre 18 a 22 cm H<sub>2</sub>O.

Sinais vitais:

PA: 90x30 mmHg FC: 137 bpm FR: 25 mpm T: 38,6° C Sat O<sub>2</sub>: 98%

Realizado troca de curativo dos drenos torácicos, apresentando média quantidade de secreção purulenta com leve hiperemia no local da sua inserção. Enchimento capilar prejudicado.

**A** – Paciente encontra-se sedada. Presença de edema palpebral e conjuntival em virtude do edema generalizado, bem como lesão de comissura labial decorrente da presença do TOT. Sinais vitais instáveis, taquicardia, taquipnéia hipotensão e hipertemia relacionada a



processo infeccioso grave. PVC elevada, necessitando de PEEP elevada para manter oxigenação em níveis satisfatórios.

**P** – Reduzir ansiedade do paciente;

- Melhorar a troca gasosa e respiração;
- Facilitar eliminação das vias aéreas e obter uma via permeável;
- Manter equilíbrio nutricional;
- Manter eliminação urinária dentro dos padrões;
- Manter integridade da pele e minimizar irritação;
- Normalizar temperatura corporal;
- Restaurar débito cardíaco;
- Prevenir infecções;
- Prevenir o trauma e risco de lesão.

### **Diagnóstico de Enfermagem Data: 06/04/2000**

**1. Necessidade Básica afetada:** Regulação Neurológica e Comunicação (Necessidade psicossocial)

**D.1. Comunicação verbal prejudicada:** relacionada a presença de TOT, sedação (glasgow 3), evidenciada pela incapacidade de falar bem como de expressar-se, porém de compreender;

**2. Necessidade Básica afetada:** Oxigenação.

**D.2. Padrão respiratório ineficaz:** relacionado a atividade neuromuscular prejudicada, aumento das secreções ou obstrução do tubo endotraqueal, evidenciado por respiração curta, taquipnéia e grande quantidade de secreção purulenta através do dreno torácico e aspiração traqueal, bem como alterações nos dados gasométricos;

**D.3. Troca de gases prejudicada:** relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação perfusão e incapacidade em manter respiração espontânea, bem como diminuição da expansão da caixa torácica e secreções retidas, evidenciado pela má perfusão periférica, dispnéia, aumento da FC e PCO<sub>2</sub>, bem como inabilidade para remover secreções.

**D.4. Desobstrução ineficaz das vias aéreas:** relacionada a presença de TOT, evidenciado pela ausência do mecanismo de tosse, bem como presença de ruídos adventícios (roncos e crepitações).

**3. Necessidade Básica afetada: Alimentação.**

**D.5. Nutrição prejudicada:** relacionada a incapacidade de consumir alimentos por via oral e alteração no nível de consciência, evidenciada pelo recebimento de dieta através de SNG e presença do TOT.

**D.6. Déficit no auto-cuidado:** alimentação, relacionado à alteração no nível de consciência devido à sedação.

**4. Necessidade Básica afetada: Eliminação.**

**D.7. Constipação Intestinal:** relacionada a imobilidade, diminuição da atividade metabólica e dieta inadequada, evidenciada pela ausência de RHA, e distensão abdominal.

**D.8. Alteração na eliminação urinária:** relacionada a incapacidade de comunicar suas necessidades, secundário ao estado de choque, evidenciado por alteração no nível de consciência devido a sedação, presença de SVD e diminuição do débito urinário.

**5. Necessidade Básica afetada: Integridade cutâneo-mucosa.**

**D.9. Alteração na mucosa oral:** relacionada a trauma mecânico em virtude da presença do TOT, evidenciada por lesões nos lábios e mucosa oral.

**D.10. Integridade da pele prejudicada:** relacionada a procedimentos invasivos (catéter intra venoso e dreno de tórax), evidenciado por lesões no tecido epidérmico e dérmico.

**D.11. Risco para prejuízo da integridade da pele:** relacionado a diminuição da perfusão tecidual, edema e imobilização física.

**D.12. Proteção alterada:** relacionada a incapacidade de defesa, devido a sedação, evidenciado por alteração neurosensorial e imobilidade.

**D.13. Hipertermia:** relacionada a processo infeccioso, evidenciada por T: 38,3° C e pele quente e ressecada.

**6. Necessidade Básica afetada:** Regulação Vascular.

**D.14. Débito cardíaco diminuído:** relacionado a vasodilatação, comprometimento da função cardíaca e déficit no volume de líquidos, evidenciado pela diminuição do enchimento capilar, diminuição da PA e pulso filiforme.

**7. Necessidade Básica afetada:** Segurança física e meio-ambiente.

**D.15. Risco para infecção:** relacionado a estase de líquidos corporais e procedimentos invasivos como a instituição do tubo endotraqueal, presença de punção em subclávia, drenos de tórax bilaterais, SVD e SNG, estado debilitado e choque.

**D.16. Risco para aspiração:** relacionado a diminuição do nível de consciência, depressão dos reflexos de tosse e deglutição, presença do TOT e diminuição da motilidade intestinal.

**8. Necessidade Básica afetada:** Cuidado corporal.

**D.17. Déficit no Auto-cuidado:** higiene corporal, relacionada a imobilidade secundária a sedação.

**9. Necessidade Básica afetada:** Hidratação

**D.18. Excesso de volume de líquido:** relacionado com falência renal aguda e filtração precária, evidenciado por edema generalizado, anúria bem como exame laboratorial alterado, retendo uréia , 162mg/dl (15 até 45mg/dl) e creatinina, 2,88 mg/dl (0,4 até 1,4 mg/dl);

**Prescrição de Enfermagem Data: 06/04/2000**

<b>P.1.</b>	Explicar o ambiente, todos os procedimentos e equipamentos, bem como expectativas;	MTN
<b>P.2.</b>	Verificar a expansão pulmonar (simetria) Ficar atento ao funcionamento correto do aparelho. Esvaziar os coletores de água. Fixar o tubo naso ou endotraqueal (para evitar que o mesmo se desloque para fora ocorrendo a extubação, ou para dentro a entubação seletiva). Ambuzar o paciente a cada aspiração endotraqueal (03 vezes). Observar pressão positiva intermitente (PPI). Fazer mudança de decúbito com cuidado para evitar que tracione o tubo de 2/2hs.	MTN ATENÇÃO SN  M/SN MTN ATENÇÃO  11 10 12

	<p>Manter o paciente sob vigilância e restrito. Comunicar quando o paciente estiver competindo com o respirador. Observar vazamento do cüff (através da formação de bolhas na boca). Avaliar todos os alarmes e determinar a causa; Monitorizar o TOT quanto à desconexão, dobra, vazamento ou obstrução; Introduzir Bico de Guedel na boca para evitar mordedura do TOT; Avaliar os sons respiratórios bilateralmente;</p>	<p>MANTER ATENÇÃO  ATENÇÃO MTN  ATENÇÃO SN MTN</p>
<b>P.3.</b>	<p>Registrar altura do TOT a nível de comissura labial; Monitorizar gasometria ou oximetria; Avaliar se determinadas posições causam desconforto respiratório;</p>	<p>M ATENÇÃO ATENÇÃO</p>
<b>P.4.</b>	<p>Monitorizar os sinais e sintomas de hipóxia e hipercapnia; Aspirar secreções: traqueal, nasal e oral; Ambuzar o paciente três vezes, entre cada aspiração;</p>	<p>MTN SN SN</p>
<b>P.5.</b>	<p>Anotar dieta recebida (SNG); Observar níveis glicêmicos; Controlar gotejamento da dieta por SNG; Verificar permeabilidade da sonda e lava-lá com SF 0,9% ao término da dieta; Atentar para náusea, vômito, diarreia e desconforto abdominal;</p>	<p>MTN ATENÇÃO MTN  MTN ATENÇÃO</p>
<b>P.6.</b>	<p>Administrar dieta por SNG;</p>	<p>MTN</p>
<b>P.7.</b>	<p>Observar frequência e característica das eliminações; Verificar presença de RHA bem como fazer palpação do abdômem;</p>	<p>MTN MTN</p>
<b>P.8.</b>	<p>Manter cuidados de assepsia com paciente em uso de SVD; Anotar quantidade e característica da diurese; Monitorizar valores laboratoriais como uréia e creatinina séricos; Manter a permeabilização da SVD;</p>	<p>MANTER 06 12 18 ATENÇÃO MANTER</p>
<b>P.9.</b>	<p>Observar posição do TOT, fazendo rodízio evitando deixá-lo centralizado na boca, pois assim causa náuseas;</p>	<p>ATENÇÃO</p>
<b>P.10.</b>	<p>Manter técnica asséptica ao realizar as trocas de curativos; Observar presença de sinais flogísticos;</p>	<p>MANTER ATENÇÃO</p>
<b>P.11.</b>	<p>Proteger os pavilhões auriculares e comissura labial afim de evitar lesões devido ao cadarço. Evitar áreas de pressão, através do uso de colchão d'água ou piramidal; Massagear áreas de eritema causada pela pressão; Avaliar sinais e sintomas de área de pressão; Manter lençol seco, limpo e sem dobra; Realizar mudança de decúbito a cada 2 hs; Observar e anotar evolução de edema;</p>	<p>MTN  MTN ATENÇÃO ATENÇÃO MANTER 08 10 12 ATENÇÃO</p>

<b>P.12.</b>	Manter paciente sob vigilância e restrito; Manter grades da cama elevadas;	MANTER MANTER
<b>P.13.</b>	Verificar freqüentemente a temperatura de hora em hora; Realizar banhos com água fria; Após banho massagear com hidratante corporal; Aplicar gelo nas axilas e região inguinal; Administrar antipiréticos e antibióticos conforme prescrição médica;	MTN SN ATENÇÃO SN  ATENÇÃO
<b>P.14.</b>	Avaliar e monitorizar o estado cardiovascular : cor da pele, pulso, PA, parâmetros hemodinâmicos, pulso periférico e ritmo cardíaco; Administrar líquidos EV conforme prescrição; Administrar Dopamina, Dobutamina e Noradrenalina conforme prescrição para manter PA satisfatória (sistólica > 90 mmHg) e débito urinário > 30ml hs; Monitorizar dados gasométricos;	MTN ATENÇÃO   ATENÇÃO SN
<b>P.15.</b>	Avaliar quantidade consistência e odor das secreções traqueal e oral a cada aspiração; Colher amostra para cultura; Manter técnica asséptica enquanto aspira; Trocar o tubo do ventilador ; Fazer higiene oral; Aspirar secreção oral e pelo TOT; Realizar troca de curativo da punção de subclávia; Esvaziar os coletores de água dos ventiladores pulmonares; Lavar as mãos freqüentemente; Observar sinais de infecção no local de inserção do dreno e punção em subclávia; Usar técnica asséptica rigorosa no cuidado com SVD; Limpar catéter vesical e meato uretral com água e sabão;	MTN SN MANTER 24/72hs MTN MTN ATENÇÃO SN MTN  ATENÇÃO MTN SN
<b>P.16.</b>	Aspirar secreções traqueal, nasal e oral sempre que necessário; Aspirar todos os pacientes antes da verificação da pressão do cuff; Manter cuff insuflado em mais ou menos 20mmHg; Lateralizar a cabeça dos pacientes em caso de vômitos; Manter cabeceira elevada (Semi-Fowler);	SN MTN MANTER SN MANTER
<b>P.17.</b>	Realizar banho no leito; Fazer higiene oral; Aplicar loção hidratante em áreas secas e escamosas da pele;	MTN MTN M/SN
<b>P.18.</b>	Monitorizar excreção de urina; Registrar e avaliar a ingestão e excreção (balanço hídrico); Avaliar a urina quanto á hematúria e densidade; Monitorizar valores laboratoriais como retenção de uréia e creatinina séricos; Avaliar sons respiratórios quanto à estertores e edema;	ATENÇÃO MTN MTN  SN MTN

## Evolução de Enfermagem

**Data: 06/04/2000 Hora: 11:00 hs**

**O** – Paciente recebendo Fentanil a 10,5 ml/h e Dormonid a 9ml/h, Glasgow (1+1+1=3). Apresenta edema palpebral e lesão na mucosa oral. Entubada com TOT (23cm), em ventilação mecânica com modalidade controlada; PEEP 12 cm H<sub>2</sub>O, FIO<sub>2</sub>: 55%, e PPI: 36cmH<sub>2</sub>O sistema de aspiração fechado. A ausculta pulmonar apresenta ruídos crepitantes. Grande quantidade de secreção traqueal e oral purulenta, durante aspiração. Drenagem torácica bilateral em drenagem contínua de secreção purulenta (direito - 300ml, esquerdo - 100ml). Rítmico cardíaco sinusal. Persiste com edema generalizado, em anúria, sem evacuações no período, abdômem permanece distendido. Recebendo dieta líquida por SNG. PVC variando, entre 23 a 30 cm H<sub>2</sub>O.

Em uso de drogas vasoativas (dopamina - 27ml/h, noradrenalina - 80ml/h e dobutamina - 18ml/h).

Sinais vitais: PA: 90x30 mmHg FC: 127 bpm FR: 18 mpm

T: 38,6° C Sat O<sub>2</sub>: 98%

Realizado curativos torácicos, bilaterais apresentando secreção purulenta em média quantidade. Enchimento capilar das extremidades continua prejudicado.

Gasometria Arterial	<u>Valores de Referência:</u>
Ph: 7,081	(7,37 - 7,44)
PO <sub>2</sub> : 128,7	(80 - 90 mmHg)
PCO <sub>2</sub> : 60,7	(34,5 - 44,5 mmHg)
BE: -11,4	
Sat O <sub>2</sub> : 98,4%	( 92 - 98%)
HCO <sub>3</sub> : 18,1	(23 - 29 mmol/l)
CO <sub>2</sub> total: 20	(23 - 27 mmol/l)

**A** – Paciente em estado muito grave, hipotensa e taquicárdica, persistente a despeito do uso de drogas vasoativas. Evoluindo com edema palpebral e lesão de mucosa oral. Apresenta-se em anasarca, com mau enchimento capilar, e pulsos filiformes. Ventilando mal e retendo CO<sub>2</sub>. Durante todo período permaneceu com temperatura e PVC elevada, sinais vitais ainda encontram-se alterados.

**P** – Reduzir ansiedade do paciente;

- Melhorar a troca gasosa e respiração;
- Facilitar eliminação das vias aéreas e obter uma via permeável;
- Manter equilíbrio nutricional;
- Manter eliminação urinária dentro dos padrões;
- Manter perfusão renal adequada;
- Manter integridade da pele e minimizar irritação;
- Normalizar temperatura corporal;
- Restaurar débito cardíaco;
- Prevenir infecções;
- Prevenir o trauma e risco de lesão;
- Manter volume hídrico adequado.

### ***6.3.1 Resgatando alguns momentos da nossa Prática Assistencial***

Não foi fácil iniciar esta Prática Assistencial. Os primeiros momentos experienciados naquele ambiente foram de ansiedade e angústia, em busca de uma adaptação. Era um local, como já dito anteriormente, diferente da UTI que conhecemos em estágio curricular anterior, mas assistir aquele tipo de paciente era nosso propósito, procurando trazer daqueles momentos um aprendizado para nossa vida pessoal e profissional.

Iniciar uma nova proposta que exija mudanças de atitude interferindo na realidade existente gera inquietações, por isso sabíamos que iríamos nos deparar com situações críticas, mas tínhamos claro a teoria escolhida e os conceitos estabelecidos no marco referencial, e faríamos deles a bússola que a partir daquele momento guiaria nossa assistência.

Procurar atender o paciente em todas as suas necessidades era o que almejavamos, mas nos sentimos impotentes diante do quadro de gravidade em que encontravam-se a maioria deles. A dúvida era, como estabelecer as necessidades além do nível biológico? Sabíamos que com certeza muitas estariam afetadas, mas quais? Como atendê-las?

Seguimos prestando assistência tal qual a conhecíamos. Todas as manhãs acompanhávamos a passagem de plantão à beira do leito, onde a enfermeira do plantão noturno passava as informações dos pacientes, para as enfermeiras do período matutino. Nas passagens de plantão os técnicos e auxiliares não participavam, as informações eram passadas entre eles, de acordo com o paciente que iriam assumir para os cuidados. Isto foi foco de nossa preocupação, pois cada funcionário conhecia somente a situação do paciente sob seu cuidado, o que dificulta a assistência nos casos de pacientes que necessitem de cuidados específicos, na ausência do funcionário responsável.

Podemos citar um fato ocorrido que reflete esta realidade: numa determinada situação a funcionária responsável pelo paciente precisou ausentar-se, solicitando a um outro funcionário que assumisse os cuidados. O paciente em questão possuía fístulas arteriovenosas nos membros superiores, necessitando assim que a pressão arterial fosse verificada nos membros inferiores. A funcionária não estando ciente da situação deste paciente estava verificando a pressão arterial no braço direito, sendo alertada de imediato por uma de nós, pois conhecíamos a história da paciente por termos acompanhado a passagem de plantão com as enfermeiras.



Alguns dias, principalmente na segunda semana, nossas supervisoras nos indicavam os pacientes menos graves para ao nossos cuidados, tendo em vista nossa pouca experiência. Escolhido os pacientes, prestávamos cuidados integrais supervisionadas pelas enfermeiras. Passadas as primeiras semanas, começamos a realizar tarefas específicas do enfermeiro assistencial. Na medida em que surgiam dúvidas com relação aos procedimentos, equipamentos, medicações utilizadas e determinadas patologias, estas eram esclarecidas pelas supervisoras.



*Figuras IV e V:  
Prestação de Cuidados Integrais*



Na prática cotidiana percebemos que os enfermeiros da UTI são guerreiros pela competência no atendimento a pacientes graves, com grandes curativos, comprometimento neurológico e instabilidade hemodinâmica, levando a um alto grau de dependência para os cuidados. Além disso são ainda responsáveis em supervisionar a equipe afim de promover a qualidade do cuidado.

Boa parte do tempo, acompanhávamos e auxiliávamos a equipe na prestação dos cuidados, e esta era a oportunidade de aprimoramos habilidades técnicas, e ao mesmo tempo observávamos o comportamento desses profissionais durante os procedimentos realizados com os pacientes.

Foi interessante perceber que a maioria dos funcionários presta assistência de forma afetuosa, porém com tempo limitado ao tipo de procedimento, tão logo ele acabe, retira-se para dar continuidade as tarefas rotineiras. Percebemos com isso, que este tipo de atitude, é reproduzido também em outras unidades e hospitais, pelos quais já havíamos passado em outros estágios curriculares.

Sabemos que o ambiente da UTI por toda a tecnologia existente, pode tornar o cuidado meramente tecnicista, onde a equipe de enfermagem torna-se o reflexo desse sistema, super valorizando a técnica. Isso a nosso ver interfere diretamente na iniciativa de se aproximar mais dos pacientes.

Passamos a refletir sobre nossa maneira de cuidar. Além de um corpo doente, existe ali um ser humano, com suas crenças, valores e medos. Começamos então a ficar mais tempo ao lado dos pacientes, esclarecendo o porquê de todos aqueles equipamentos, sondas e tubos, procurando desta maneira diminuir um pouco a sua ansiedade; em outros momentos falávamos sobre coisas do dia a dia.

Uma preocupação nova surgiu no momento em que nos deparamos com a morte pela primeira vez. Estávamos ali paradas, presenciando os últimos minutos de uma vida, nenhuma lágrima, discreto sentimento de tristeza pode ser percebido ou sentido. Percebemos que a vivência da equipe com pacientes que agonizam e a alta frequência de óbitos, pode conduzir a uma atitude quase que rotineira. Diante disto fazemos o seguinte questionamento: será que toda aquela tecnologia que prolonga a vida, já não a encerra no momento em que o paciente começa a fazer uso dela?

Retornando e refletindo agora sobre nossos questionamentos acerca do levantamento das necessidades afetadas, compartilhamos a mesma opinião de Horta (1979) quando diz que a enfermagem é feita de gente que cuida de gente, pois entendemos que muito embora não tenhamos abordado algumas necessidades nos dois processos de enfermagem, conseguimos depois de muitas reflexões entender que nos tornamos capazes de identificar todas as necessidades afetadas nos pacientes, a partir do momento que nos colocamos no lugar dele e reconhecemos as nossas próprias necessidades enquanto seres humanos.

Baseadas em tudo o que aprendemos e realizamos dentro do que foi proposto, incluindo a realização dos dois processos de enfermagem, consideramos alcançado mais este objetivo.

#### **6.4 Identificando os Agentes Estressores**

Uma das maneiras pelas quais podemos agir para ajudar os pacientes internados na UTI, é buscar a identificação dos agentes estressores inerentes ao ambiente, bem como os



relacionados a experiência da doença, e ainda removê-los quando possível, ou diminuir seu impacto, quando a eliminação por completo não for possível.

Nesse sentido, Beglinger citado por Clark (1993), afirma que uma doença crítica envolvendo hospitalização em UTI, por si mesma cria estressores predizíveis. Então podemos dizer que vários aspectos de uma doença, tais como a dor, a separação da família, o medo e a ansiedade relacionados à morte podem levar um indivíduo a sentimentos de vulnerabilidade. O ambiente da UTI em si, pode levar a descompensação e enfrentamento inefetivo.

Por esta razão, é necessário compreender como se sente um paciente na UTI, pois desta forma se torna possível criar um ambiente adequado e agradável, proporcionando assim uma assistência de enfermagem individualizada e de qualidade.

Com a intenção de identificar os agentes estressores que atuam sobre o paciente nesta UTI, aplicamos um instrumento de coleta de dados, elaborado a partir da adaptação do original, conforme autorização estabelecida através de contato realizado por e-mail, com os autores Cochram & Ganong (1989), junto aos pacientes que faziam parte da amostra, ou seja, que puderam se comunicar e que recordavam-se de sua internação na UTI.

O instrumento original era composto por cinquenta questões que segundo nossa percepção, tornava muito extensa a coleta de dados junto aos pacientes, que demonstravam cansaço e sonolência.

Tivemos então que fazer uma alteração no instrumento agrupando perguntas parecidas, afim de diminuí-lo para trinta e oito questões fechadas, permitindo apenas duas opções de resposta (sim ou não), conforme consta no *Anexo 1*.

O instrumento foi aplicado a dez pacientes que estiveram internados nesta UTI, no período de 01 de abril a 30 de abril de 2000. Não houve restrição quanto ao tratamento realizado, incluindo sedação e analgesia.

A princípio acreditávamos que esse objetivo seria difícil de atingir, sentimos muita ansiedade e angústia pois não sabíamos se existiriam pacientes em condições de responder aos nossos ávidos questionamentos. Poderiam estar todos em coma ou sedados continuamente, então com certeza nosso maior sofrimento estava relacionado a incerteza. Mas para nossa felicidade, conforme os dias se passavam conseguíamos realizar nosso

propósito, e os pacientes sentiam a necessidade de expressar sentimentos que haviam experimentado pela primeira vez em suas vidas.

Sabíamos que a situação desses pacientes ainda era delicada, exigindo cuidados, muito embora a maioria dos entrevistados já não estivessem mais internada na UTI. Uma de nossas preocupações era não deixá-los ainda mais ansiosos no momento de responder as perguntas, por isso nos certificávamos de que estavam em boas condições físicas, para depois explicarmos o nosso objetivo, enfatizando a garantia de sigilo quanto a sua identificação. Em seguida, pedíamos para que fosse assinado um consentimento livre e esclarecido por ele ou até mesmo alguém de sua família.

Na medida em que íamos fazendo os questionamentos, os pacientes respondiam não apenas as perguntas, mas faziam comentários a respeito de suas experiências vivenciadas na UTI, como mostram os relatos abaixo:

*“...me senti muito acarinhada. Fui muito bem tratada...me senti mais segura na UTI”. (paciente A).*

*“Precisa de mais carinho no tratamento, eles são profissionais no que eles fazem, observam com atenção os aparelhos, mas esquecem que nós precisamos também de uma palavra amiga, porque a pessoa que está ali doente e sozinha fica muito fragilizada...” (paciente B).*

*“A PVC me incomodou, pois tinha que baixar a cabeceira e eu ficava muito nauseada...”.*

*“...o barulho do umidificador me incomodou muito, pois parecia que tinha um aquário sobre a minha cabeça...” (paciente C).*

É possível perceber que há diferenças nos sentimentos dos pacientes. Enquanto alguns sentem-se seguros por estar em um ambiente com alta tecnologia, outros sentem-se incomodados com ela. Num desses relatos, fica subentendido que a tecnologia é uma das responsáveis em deixar as pessoas que ali trabalham menos sensíveis e mais tecnicistas, faltando algumas vezes manifestações de carinho e preocupação humana.

E é nesse sentido que Barbosa (1999), enfatiza estes aspectos ao afirmar que a característica mais marcante da UTI, se refere à utilização de equipamentos, o que leva alguns clientes a perceberem-na como a aproximação de sua própria finitude. Isto reflete o medo, a ambigüidade de saber que a tecnologia é ameaçadora, mas recurso único para manter a sua vida. Ressalta ainda que na assistência da UTI, ao se ter os utensílios tecnológicos a serviço do ser humano, explicando sua finalidade, pode-se reduzir em muito o medo do desconhecido, levando o profissional e o cliente a uma proximidade.

Uma paciente pediu para fazer uma pequena colocação em relação ao pessoal que recolhe o lixo dos boxes nesta unidade:

*“... o pessoal que não é da enfermagem (que recolhe o lixo), deve rever a possibilidade de retirá-lo em outro horário, que não seja na hora de curativos, banho e horário de visitas, pois isso nos constrange”.*

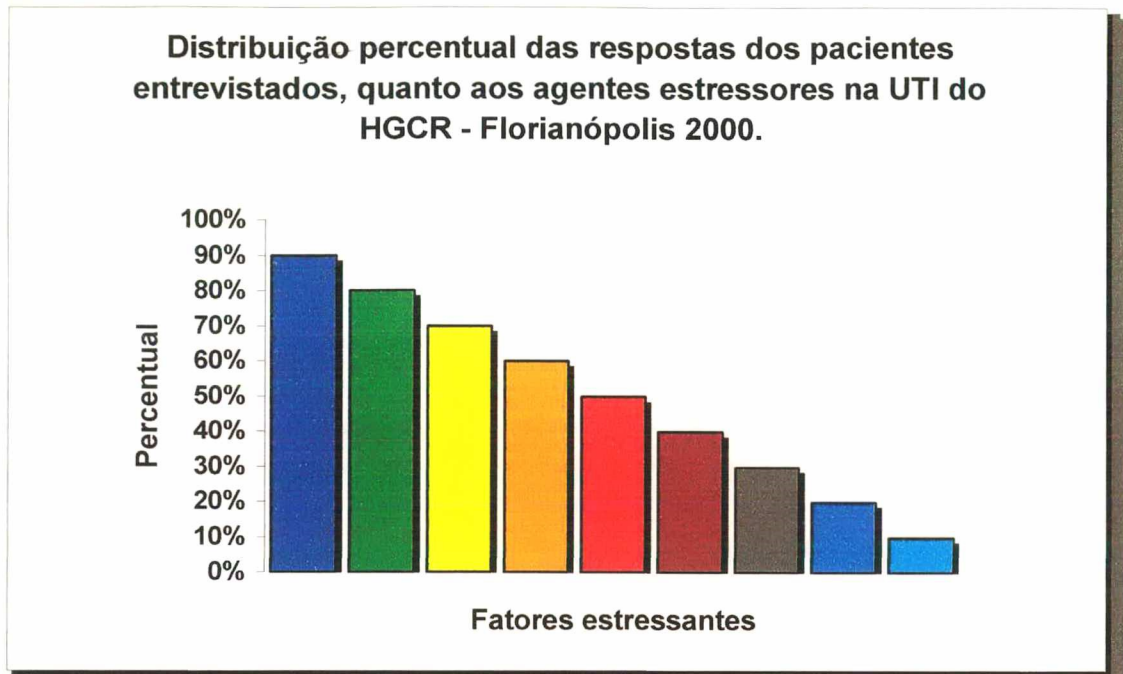
Assim, justifica-se a importância de proporcionarmos ao paciente um ambiente privativo, permitindo um certo controle sobre seu espaço pessoal, isto inclui o uso de cortinas durante o banho, curativos, inclusive no horário de visitas e outros procedimentos que exponham a sua intimidade.

#### **6.4.1 Resultado da Aplicação do Instrumento de Coleta de Dados.**


Ao término da aplicação do instrumento os dados foram agrupados, de acordo com a frequência das respostas dos pacientes, analisados e distribuídos em percentual conforme mostra o gráfico I:





Gráfico I





## LEGENDA


 Estar restrito por sondas, catéteres e tubos;


 Travesseiro e cama desconfortáveis;  
Não conseguir dormir;  
Ser perfurado por agulhas;  
Não saber de quantos dias será sua permanência na UTI;


 Ter que usar oxigênio;  
Saudade do cônjuge;  
Medo da AIDS;


 Ter máquinas estranhas ao seu redor;  
Enfermagem e médicos falando muito alto;  
Ver família e amigos poucos minutos por dia;  
Ver o tratamento ministrado a outros pacientes;  
Sentir dor;  
Ser incapaz de preencher os papéis familiares;

 Sentir sede;  
Ouvir o alarme das máquinas;  
Luzes acesas constantemente;  
Não ser capaz de comunicar-se;  
Ser pressionado a consentir tratamentos;

 Não ter os procedimentos explicados a você;  
Ouvir outros pacientes chorar;  
Ser incapaz de mexer mãos e braços;  
Não ter privacidade;  
Estar em um ambiente hora muito frio, hora muito quente;  
Medo da morte;

 Enfermeira muito ocupada;  
Não saber o dia, a hora e onde se encontra;  
Ser despertado pelos profissionais;  
Não ter seu próprio controle;

 Pressão Arterial verificada freqüentemente;  
Ouvir o telefone tocar;  
Exame físico freqüente pelo médico ou enfermeira;  
Preocupação financeira;

 A equipe não se apresentar;  
Perceber que as enfermeiras observam mais as máquinas do que você;  
Ter enfermeiras constantemente fazendo coisas ao seu redor;  
Ser cuidado por médicos desconhecidos;  
Ouvir as pessoas falarem de você com palavras que você não compreende;

De acordo com os resultados obtidos podemos perceber que a maioria dos pacientes entrevistados (90%) consideraram como principal fonte de estresse o fato de estar restrito por sondas, catéteres e tubos. Em segundo lugar representando (80%) dos pacientes, foram citados como agentes estressores as questões referentes a travesseiro e cama desconfortáveis, não conseguir dormir, ser perfurado por agulhas e também o fato de não saber de quantos dias será sua permanência na UTI.

Reconhecemos que muitos dos fatores estressantes são inerentes ao próprio tratamento, e em alguns deles, pouco há o que fazer. Entretanto, podemos constatar que (60%) dos pacientes entrevistados referiram que um fator estressante nesta UTI, está relacionado ao barulho provocado pelas conversas da equipe médica e de enfermagem num tom de voz muito elevado, bem como a restrição de visita de familiares e amigos dentre outros. Acreditamos que estes fatores possam ser atenuados a partir de uma maior conscientização da equipe.

Outro fator que destacou-se como fonte de estresse (40%) foi a ausência de explicação ao paciente dos procedimentos a serem realizados com ele. A rotina de trabalho na UTI muitas vezes impede os profissionais a dispenderem uma maior parte do seu tempo no esclarecimento das atividades desenvolvidas. Porém, a incorporação da importância deste tipo de atitude, que pode ser desenvolvida paralelamente à execução dos inúmeros procedimentos, pode, sem dúvida, preencher essa necessidade verbalizada pelos pacientes.

Dentre os fatores que menos exerciam estresse sobre o paciente (10%) apresentaram-se: a ausência de apresentação da equipe, maior ênfase por parte dos profissionais às máquinas que aos pacientes, e a não compreensão da linguagem utilizada pelos profissionais. Pela baixa incidência destes fatores, analisamos que: ou existe uma grande conscientização dos profissionais no que tange à importância da identificação pessoal, do cuidado centrado no paciente e na utilização de uma linguagem adequada, ou há pouca valorização desses aspectos por parte dos pacientes do estudo.

A utilização deste formulário como fonte de coleta de dados, deveu-se ao fato de que uma vez identificados os agentes estressores que atuam sobre o paciente, torna-se possível para equipe de saúde, especialmente para a equipe de enfermagem, atuar junto as fontes geradoras de estresse, afim de minimizá-lo. Porém se os estressores não forem identificados, as necessidades dos pacientes e as tensões causadas pelo estresse, não podem

ser minimizadas. Como o estudo realizado por Cochram & Ganong (1989), mostraram resultados diferentes entre as percepções de pacientes e enfermeiras relacionados ao grau de incidência dos agentes estressores.

O desenvolvimento deste trabalho revelou ser o ruído uma importante fonte de estresse para 60% dos pacientes, então decidimos mensurar o nível de ruído nesta UTI. Para isto, entramos em contato com o GPEB, que nos cedeu um aparelho chamado Decibelímetro, da marca Minipa®, modelo MSL – 1351C.

Para verificar o nível médio de ruído nesta UTI, utilizamos para as medições a faixa de 50-100 decibéis (dB) em função de resposta lenta e ponderações em dBA e dBC. A função de resposta lenta nos dá uma média dos eventos sonoros detectados em um intervalo de 01 segundo, enquanto a resposta rápida daria uma leitura média a cada 125 ms (milissegundos) ou 0,125 segundos.

Utiliza-se a resposta lenta para perceber um ruído flutuante ou de fundo, residente em um determinado ambiente. Tais ruídos são originados por fontes internas ou externas ao ambiente hospitalar como automóveis ou trânsito em geral, motores, caldeiras, exaustores, sistemas de ventilação ou refrigeração. Caracterizam-se pela baixa frequência, maior pressão sonora, de difícil isolamento acústica e ao contrário de eventos rápidos e agudos, como por exemplo, um grito ou uma buzina, parecem não agredir tanto nossa percepção, sendo porém, cansativos e irritantes, por serem em geral contínuos em um ambiente.

A ponderação em dBA, faz a análise de eventos sonoros em níveis genéricos, enquanto a ponderação em dBC, analisa eventos de ruído em baixa frequência, ou ruídos popularmente denominados “surdos”, graves ou de fundo. Uma diferença acentuada entre uma medição em dBA e em dBC nas mesmas condições e subseqüentes, indica a presença de grande quantidade de ruído de fundo

Os níveis de ruído genéricos e os de baixa frequência foram verificados durante três dias consecutivos, em três horários diferentes às 9:30, 10:30 e 11:30 hs, sendo que no período noturno foram realizadas cinco medições, a partir das 21:45 hs a cada 10 minutos, numa única noite. Os resultados são apresentados através dos gráficos II e III:



Gráfico II

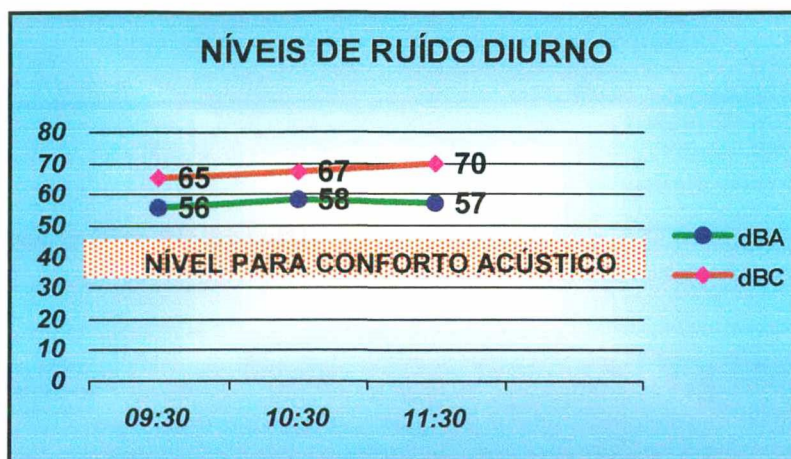
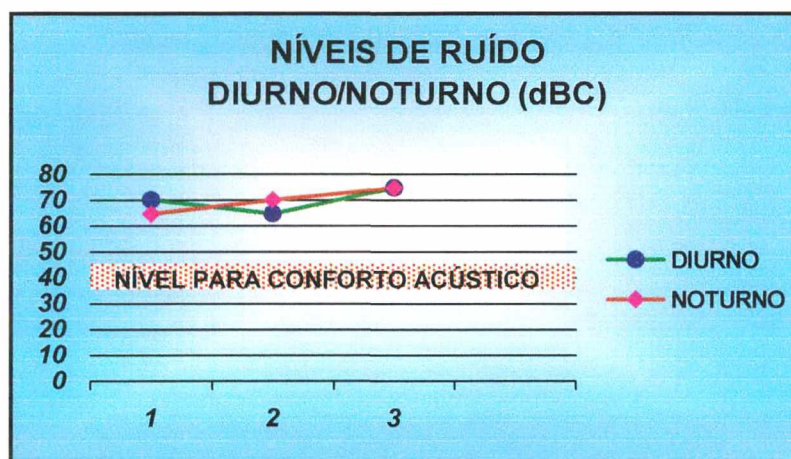


Gráfico III



Diante dos resultados demonstrados nos gráficos I e II, podemos verificar que os níveis de ruído, presentes nesta UTI, encontram-se acima dos parâmetros recomendados pela ABNT, a qual estabelece para conforto acústico níveis de ruído na faixa de 35 a 45 dBA. Porém devemos salientar que segundo estas normas, os níveis superiores aos estabelecidos embora sejam considerados desconfortáveis, não necessariamente implicam em risco de dano à saúde.

A Organização Mundial da Saúde, alerta que o início do estresse auditivo se dá sob exposição a 55 dB. Estudos puderam constatar que quanto mais frágil for o organismo, mais ele estará vulnerável aos efeitos do ruído. E além de prejudicar diretamente o aparelho auditivo e o cérebro, o ruído pode agir sobre outros órgãos, às vezes por ação reflexa, perturbando as funções neurovegetativas, com implicações no funcionamento

orgânico. (Revista Proteção 1993). Diante disso não estariam todos os pacientes com estresse auditivo?

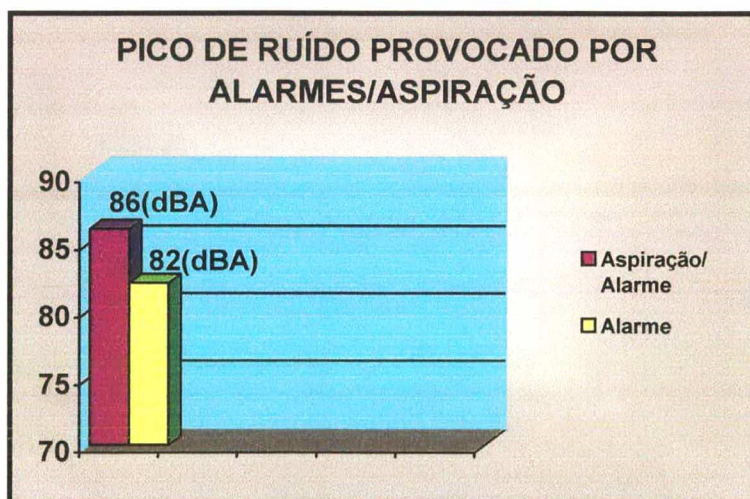
Em relação aos depoimentos feitos por alguns pacientes quanto a maior intensidade de ruído no período da noite, foi possível constatar conforme mostra o gráfico II, que não há diferenças significativas nos níveis de ruído destes períodos, mantendo-se ambos na faixa de 65 a 75 dBC. Salienta-se, que à noite os ruídos que ali se fazem presentes tornam-se mais acentuados para os pacientes que naquele horário necessitam repousar, prejudicando o sono. Conforme mostra a fala abaixo:

*“Não dormi muito bem esta noite, tinha muito “grilo” gritando a noite toda”.*

Podemos citar aqui, uma sugestão propostas por Hudack & Gallo (1997), de que os aparelhos que produzem ruído contínuo como respiradores e monitores cardíacos (bipe), não devem ser mantidos em áreas onde os pacientes possam ouvir seu ruído, pois como já citado anteriormente o objetivo do sono é evitar exaustão física e psicológica, e sua ausência prolonga o tempo necessário para a recuperação de uma doença.

Foram registradas ainda, medições durante alguns eventos tais como o som emitido pelo alarme dos ventiladores, bem como o ruído provocado durante a aspiração de secreção dos pacientes, juntamente com o disparo desses alarmes, conforme mostra o gráfico abaixo:

**Gráfico IV**





Através do gráfico IV, é possível observar que durante o acontecimento desses eventos, os níveis de ruído são bem mais elevados, ficando acima dos apresentados nos gráficos anteriores, com isso devemos considerar as sugestões anteriormente citadas por Hudack & Gallo. Devemos através da implementação de algumas medidas como por exemplo, a elaboração de uma central de alarmes, junto ao posto de enfermagem, e a desativação dos alarmes durante procedimentos como a aspiração dos pacientes, diminuir esse agente gerador de estresse dentro da UTI.

Através da avaliação desta etapa, consideramos alcançado o objetivo a que nos propomos realizar no decorrer da aplicação do instrumento de coleta de dados, pois conseguimos priorizar os agentes estressores atuantes nesta UTI, que afetam os pacientes, além de sugerir alternativas para minimizá-los.

## **6.5 Buscando e Implementado Medidas para Minimizar os Agentes**

### **Estressores**

Esta etapa está direcionada para busca e implementação de medidas que diminuam o estresse experimentado pelos pacientes durante a internação nesta UTI, tendo em vista, que a internação nesta unidade é acompanhada por uma série de agentes geradores de alto grau de ansiedade segundo relato dos próprios pacientes, levando-os a uma situação de estresse.

Por esta razão, a ameaça de estresse deve ser minimizada ou totalmente eliminada, o que, permite que o paciente volte ao estado de equilíbrio; porém, se esses agentes não puderem ser eliminados, é essencial que a equipe procure estabelecer maneiras afim de ajudá-los no processo de adaptação.

Assim, após termos identificado os agentes estressores predominantes sobre o paciente nesta unidade, percebemos a necessidade de refletir com a equipe de enfermagem sobre a possibilidade de implementarmos algumas mudanças afim de melhorar a qualidade da assistência diminuindo o estresse.

Com este objetivo, tentamos marcar uma reunião com toda equipe, mas em virtude da complexa e intensa rotina de atividades desta unidade envolvendo elevada carga de trabalho, tornou-se inviável a sua realização. Aproveitamos então o horário em que nossas supervisoras encontravam-se na sala de lanche, para compartilharmos nossos desejos e

anseios quanto a implementação de algumas medidas que possibilitassem mudanças na maneira de cuidar dos pacientes. Solicitamos suas opiniões e sugestões quanto a melhor maneira de interagirmos com o paciente e a equipe.

Do encontro realizado com nossas supervisoras, estabelecemos a implementação de algumas medidas:

- Elaboração de um Poster contendo resumidamente o resultado da pesquisa que identificou os agentes estressores atuantes nesta UTI;
- Fornecimento de informações e explicações aos pacientes internados;
- Elaboração de um Check List contendo medidas que ajudem na redução do estresse.

Além disso, também desenvolvemos um folder (*Anexo 7*), que foi distribuído a toda equipe, devido a impossibilidade da realização de uma reunião e a necessidade de repasse de conhecimentos científicos sobre os agentes estressores e seus efeitos sobre o paciente.

### ***6.5.1 Ajudando o Paciente no Processo de Adaptação***

Nem sempre é possível para a equipe de enfermagem remover o agente gerador de estresse. Nestas ocasiões, devemos avaliar se os pacientes estão conseguindo adaptar-se através de seus próprios recursos, e caso isso não aconteça, devemos estar preparadas para ajudá-los, buscando maneiras de restabelecer seu estado de equilíbrio.

Conscientes disso, sempre que possível, orientávamos os pacientes quanto ao local, dia e hora, explicávamos antecipadamente sobre os procedimentos a serem realizados, bem como a importância da utilização dos equipamentos, sondas, tubos e catéteres necessários para a sua recuperação.

Na medida do possível, permitíamos aos pacientes tomarem decisões ou estabelecerem alternativas, afim de proporcionar um certo controle sobre sua situação, por exemplo, manter cabeceira da cama em uma altura confortável, fazer mudança de decúbito para o lado que lhe proporcionasse maior conforto, como também o uso de coxins para um melhor apoio do corpo. Acreditamos que recebendo o apoio apropriado por parte dos enfermeiros, é possível para os pacientes encontrarem ou modificarem maneiras de adaptar-se àquela nova situação.

Para que o cuidado realmente ocorra em sua plenitude, é essencial o trabalho em equipe, então com esta compreensão, procuramos envolver toda a equipe de enfermagem na concretização deste nosso objetivo.



*Figura VI: Interação das acadêmicas com equipe de enfermagem*

Seguindo na implementação das medidas estabelecidas anteriormente, elaboramos um Poster e um Check List. No Poster, estavam contidos os principais agentes estressores apontados pelos pacientes, seguido de uma breve análise que continha sugestões para sua minimização.



*Figura VII:  
Poster*

A partir do momento que fixamos o Poster em um lugar estratégico, onde todos pudessem visualizá-lo, começou a surgir o interesse pelo seu conteúdo. Procuramos esclarecer as dúvidas, explicando a importância de se conhecer a opinião dos pacientes.

Solicitando opiniões a respeito do estudo, surgiram comentários tais como:

***“É importante porque voltamos a origem de quando a gente aprendeu no curso técnico a importância do respeito e consideração aos pacientes”.***



Um aspecto marcante em relação a fala anterior é o reconhecimento do próprio profissional, de que através dos anos a prestação de cuidados aos pacientes torna-se meramente execução de procedimentos técnicos, deixando-se de lado o contato com o ser humano.

A diferença na percepção da equipe de enfermagem e pacientes em relação ao grau de incidência dos agentes estressores, fica evidente na afirmação de um dos funcionários:

***“Me surpreendi pelo fato dos pacientes não reclamarem por haver sempre gente fazendo coisas ao seu redor. Na minha opinião isso seria bem estressante”.***

O fato de 40% do pacientes referirem ausência de explicação nos procedimentos a serem realizados com eles, causou grande indignação por parte de um funcionário, que disse:

***“Nesse caso o paciente pode não ter se lembrado, porque a gente sempre fala o que vai fazer”.***

Isso nos leva a crer, que a funcionária acredita que todos os membros da equipe dão explicações aos pacientes a respeito dos procedimentos a serem realizados. Durante nossa Prática Assistencial também observamos que as informações são prestadas aos pacientes pela maioria dos funcionários, porém, como boa parte dos pacientes fez uso de algum tipo de sedativo durante a hospitalização, este fator deve ser considerado.

Foi muito válida esta forma de repassar informações para equipe, pois além de despertar seu interesse pelo assunto em questão, possibilitou uma auto avaliação da assistência prestada.

Para encerrarmos esta etapa, foram confeccionados alguns lembretes sob a forma de Check List (*Anexo 8*) que reforçam pontos importantes na diminuição do estresse para os pacientes. Os Check List foram colocados no box de cada paciente junto às outras prescrições de enfermagem, encontradas próximas a cabeceira do leito.

Cabe aqui ressaltar que a opção pela implementação desta medida, se fez necessária, para que em meio ao corre-corre na realização dos procedimentos, que torna a prestação do

cuidado mecanizada, os profissionais possam aflorar sentimentos de respeito e afetividade ao ser humano num momento tão marcante de sua vida.

Finalizando, consideramos alcançado nosso objetivo que procurou buscar alternativas para minimizar os agentes estressores identificados, pois através do estabelecimento de um vínculo de afetividade e profissionalismo junto ao paciente e equipe, foi possível priorizar os agentes estressores predominantes bem como buscar alternativa para minimizá-los apoiados por toda equipe de enfermagem.

Com relação ao objetivo de implementar medidas para diminuir o estresse e avaliar seus resultados, o consideramos parcialmente alcançado, pois acreditamos que a implementação das medidas propostas, necessita de um tempo mais prolongado para que haja uma maior conscientização da equipe, que também precisa perceber-se como fator principal neste processo. Deste modo, para avaliação de resultados acreditamos que sejam necessários estudos posteriores e com focos mais específicos, bem como um trabalho de educação continuada que reforce a importância deste tipo de ação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“As pessoas que vencem neste mundo são as que procuram as circunstâncias de que precisam e, quando não as encontram, as criam” (Bernard Shaw).*

**H**oje podemos afirmar que nos sentimos realizadas, por termos vivenciado esta Prática Assistencial, que aliada ao Processo de Enfermagem serviu de base para uma assistência mais completa. Também nos sentimos felizes, pois nossos propósitos foram atingidos, após termos superado muitos obstáculos entre eles, nossas angústias e medos.

Nossas limitações pessoais, aliadas a nossa pouca experiência, fizeram com que a busca pela realização dos nossos objetivos, se tornasse um obstáculo a ser superado. Desta forma consideramos a experiência vivenciada, o resultado de nossa conquista em busca do crescimento pessoal e profissional.

O desenrolar desta prática com o objetivo de Prestar Assistência de Enfermagem ao paciente em UTI, buscando alternativas para minimizar os estressores atuantes, mostrou-se um caminho rico em desafios e aprendizado. Percebemos o quão importante foi conhecermos a opinião dos pacientes acerca da experiência da internação e de suas recordações nesta unidade, através da expressão de sentimentos que julgavam sem importância, mais que a partir daquele momento era dado o devido valor. Através das informações obtidas, implementamos algumas medidas visando uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Estando cientes que treinamento algum sem uma conscientização, faria mudanças significativas na maneira de cuidar de alguns profissionais, vimos na possibilidade do repasse de conhecimento sobre o estresse e seus efeitos sobre o paciente, uma forma de colaborarmos com o fortalecimento e crescimento de todos os membros da equipe.



Tivemos a satisfação de ver como resultados da nossa Prática Assistencial, o aprendizado coletivo, que nos possibilitou a troca de experiências e o crescimento profissional, a identificação dos agentes estressores atuantes na UTI do HGCR, e a conscientização da equipe de enfermagem, a respeito da necessidade de medidas que visem a diminuição desses agentes naquela unidade.

Gostaríamos de ressaltar a importância da ajuda e das valiosas contribuições de toda equipe de enfermagem, que através de suas experiências nos passaram muitos conhecimentos, que somados à colaboração dos pacientes, resultaram na maior riqueza de nossas vivências.

Temos consciência de que nosso aprendizado não limitou-se apenas ao cumprimento dos objetivos a que nos propomos. Muito além disso, a oportunidade que tivemos de nos depararmos com as mais variadas situações, que não estavam restritas apenas aos aspectos assistenciais, nos mostraram o quanto é desafiador exercer a enfermagem. Com certeza, durante esta prática assistencial vimos, ouvimos e percebemos muitas coisas, que embora possam parecer banais aos profissionais mais experientes, serão carregadas conosco como aprendizado para o resto de nossas vidas.

Concluimos que a enfermagem necessita melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes em situações de estresse, entretanto, confiamos no potencial de todos que ali se encontram e sabemos que há possibilidade de mudança, pois acreditamos que a oportunidade que nos foi dada de semearmos esta pequena semente, não foi em vão.

*Mensagem...*

*“A Enfermagem é uma arte, e como arte requer uma devoção tão exclusiva,  
um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor.  
Mas o que é tratar da tela inerte ou do frio mármore comparado  
ao tratar do corpo vivo - o Templo do Espírito de Deus?  
É uma das Belas Artes, eu quase diria, a mais bela de todas”  
(Florence Nightingale)*



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ALCALA, Maria Única et al. **Cálculo de pessoal**: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico Hospitalar. São Paulo: Prefeitura Municipal, 1982.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10152**: níveis de ruído para conforto acústico, 1987.
3. BARBOSA, Sayonara F. F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos – a reinvenção possível** – Blumenau: Nova Letra, 1999.
4. BARBOSA, Sayonara F. F. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em UTI**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. UFSC, Florianópolis, 1995.
5. BENEDET, Silvana A., BUB, Maria Bettina C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia ed., 1998.
6. BETTINELLI, Luiz Antônio. **Cuidado solidário**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – UFSC, Florianópolis, 1998.
7. BEYERS, M., DUDAS, S. **Enfermagem médico cirúrgica**: Tratado de Prática Clínica. 2 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
8. BRUNNER, Lilian s., SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. V.1.
9. CARPENITO, Lynda J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação a prática clínica. Tradução Ana Thorell. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
10. CLARK, Suzanne. Psychosocial Needs of Critically III Patients. In: CLOCHESI, John et al. **Critical Care Nursing**. W.B. Saunders: Philadelphia. 1993. p. 76-90.
11. COCHRAN, J. & GANONG, Lawrence. H. A comparison of nurse and patients perceptions of intensive care unit stressors. **Journal of Advanced Nursing** 14, p.1038-1043, 1989.
12. COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1996.
13. CORNOCK, Marc A. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing**. v. 27 (3), p. 518-527, march, 1998.
14. FARIAS, Juracy N. **Eventos estressantes da hospitalização** - Dissertação de mestrado em Engenharia de produção – UFSC – Florianópolis, 1981.

15. FELISBINO, Janete Elza. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994.
16. GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
17. GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1988.
18. HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
19. HUDAK, Carolyn M., GALLO, Barbara M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
20. IIDA, Ityro. **Ergonomia: projeto e produção**. 2<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 1993.
21. KURCGANT, Paulina e col. **Administração de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
22. LIPP, Marilda. **O stress**. 4<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Ícone, Campinas: Unicamp, 1990.
23. LIPP, Marilda. **Pesquisa sobre stress no Brasil: ocupações e grupo de risco**. Campinas: Papirus, 1996.
24. MAIA, Silmara C. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva: proposta para minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis, 1999.
25. MEDINA, Avelino. Delimitação e conceito de medicina intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 3, n. 1, p. 14-18, janeiro/março, 1991.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e padrões de construções e instalações em serviço de saúde – conceitos e definições: hospital geral, de pequeno e médio porte, unidades sanitárias**. Brasília, 1978.
27. NOVAES, Maria A. F. P., ROMANO, Bellkiss W., LAGE, Silvia G. **Internação em UTI: variáveis que interferem na resposta emocional**. Disponível na Internet. <http://www.epub.org.br/abc/6702/tago7.htm>. 10 de março de 2000.
28. POTTER, Patrícia A., PERRY, Anne G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 1<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Tempo, 1996.
29. REVISTA PROTEÇÃO. **Inimigo invisível**. Novo Hamburgo: MPF Publicações Ltda, v. 5, n. 22, p.74-75, abr./mai. 1993.
30. SEIDLER, Henrich B. K., MORITZ, Rachel D. Recordação dos principais fatores que causam desconforto nos pacientes durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.10, n.3, p. 112-118, julho/setembro, 1998.
31. SILVA, Monica R.B., FELIX, Valter N., ZILBERSTEIN, Bruno. Montagem da Unidade In: ZILBERSTEIN, Bruno, FELIX, Valter N., CLEVA, Roberto, **Manual de Terapia Intensiva: Procedimentos Práticos**. São Paulo: Robe, 1995.p 19-31.
32. WILSON, Geoff. Tecnologia e stress. **Nursing**. v. 47, n. 4, p. 21-24, dezembro, 1991.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Consentimento Informado – Paciente

As acadêmicas **Márcia Guimarães Alcântara e Wanise Carla Tamanini** do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estão desenvolvendo um trabalho sobre estresse, com pacientes da UTI do Hospital Governador Celso Ramos no período de março de 2000 à junho de 2000.

O trabalho visa aprimorar as relações enfermagem/paciente e melhoria na qualidade do cuidado, observando-se sempre os preceitos éticos, legais e morais da profissão.

Ao aceitar participar deste trabalho acontecerá o seguinte:

- Acontecerão encontros diários durante a prestação do cuidado ou não, em que serão abordados assuntos pertinentes ao trabalho mencionado.
- As respostas ao questionário e/ou instrumento utilizado, as observações e os acontecimentos ocorridos durante a relação do cuidado serão de caráter sigiloso, podendo serem divulgados conforme normas éticas e sem a minha identificação.
- Entendo que não haverá riscos e nem alterações significativas no meu tratamento que por ventura poderão dificultar a minha recuperação.
- Será permitido fotografar, filmar, utilizar gravador, fazer anotações sobre aspectos relacionados com a assistência na UTI.
- Aceito que as referidas acadêmicas obtenham informações a meu respeito no prontuário do paciente e com a equipe de trabalho. Estas informações são confidenciais, minha identidade não poderá ser revelada.
- Os dados deste estudo poderão ser divulgados e discutidos conforme preceitos éticos, legais e morais da profissão.
- Poderá ser feito acompanhamento a mim, após a alta do setor de UTI
- A minha participação é voluntária, sendo que os encontros devam ser efetuados nos momentos propícios para o diálogo, respostas e questionamentos a respeito do assunto em estudo.

Florianópolis,.....de .....de 2000.

Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Instrumento para coleta de dados

Questionário proposto para identificação dos agentes estressores atuantes na UTI.

<u>Entrevistados</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
<i>Questões</i>	<i>Agentes Estressores</i>					
<u>1.</u> Estar restrito por sondas, catéteres e tubos;						
<u>2.</u> A equipe não se apresentar;						
<u>3.</u> Enfermeira muito ocupada;						
<u>4.</u> Sentir sede;						
<u>5.</u> Pressão Arterial verificada freqüentemente;						
<u>6.</u> Travesseiro e cama desconfortáveis;						
<u>7.</u> Ouvir o telefone tocar;						
<u>8.</u> Exame físico freqüente pelo médico ou enfermeira;						
<u>9.</u> Ter máquinas estranhas ao seu redor;						
<u>10.</u> Perceber que as enfermeiras observam mais as máquinas do que você;						
<u>11.</u> Ouvir o alarme das máquinas;						
<u>12.</u> Enfermagem e médicos falando muito alto;						
<u>13.</u> Ter que usar oxigênio;						
<u>14.</u> Saudade do cônjuge;						
<u>15.</u> Não ter os procedimentos explicados a você;						
<u>16.</u> Ter enfermeiras constantemente fazendo coisas ao seu redor;						
<u>17.</u> Não saber o dia, a hora e onde se encontra;						
<u>18.</u> Ouvir outros pacientes chorar;						
<u>19.</u> Ver família e amigos poucos minutos por dia;						
<u>20.</u> Ser despertado pelos profissionais;						

<u>21.</u> Ver o tratamento ministrado a outros pacientes;						
<u>22.</u> Não conseguir dormir;						
<u>23.</u> Ser incapaz de mexer mãos e braços.						
<u>24.</u> Luzes acesas constantemente;						
<u>25.</u> Sentir dor;						
<u>26.</u> Ser perfurado por agulhas;						
<u>27.</u> Não ter seu próprio controle;						
<u>28.</u> Não ter privacidade;						
<u>29.</u> Ser cuidado por médicos desconhecidos;						
<u>30.</u> Estar em um ambiente hora muito frio, hora muito quente;						
<u>31.</u> Ouvir as pessoas falarem de você com palavras que você não compreende;						
<u>32.</u> Não ser capaz de comunicar-se;						
<u>33.</u> Medo da morte;						
<u>34.</u> Não saber de quantos dias será sua permanência na UTI;						
<u>35.</u> Ser incapaz de preencher os papéis familiares;						
<u>36.</u> Preocupação financeira;						
<u>37.</u> Medo da AIDS;						
<u>38.</u> Ser pressionado a consentir tratamentos;						

\* Instrumento adaptado a partir do original proposto por Cochram & Ganong (1989).

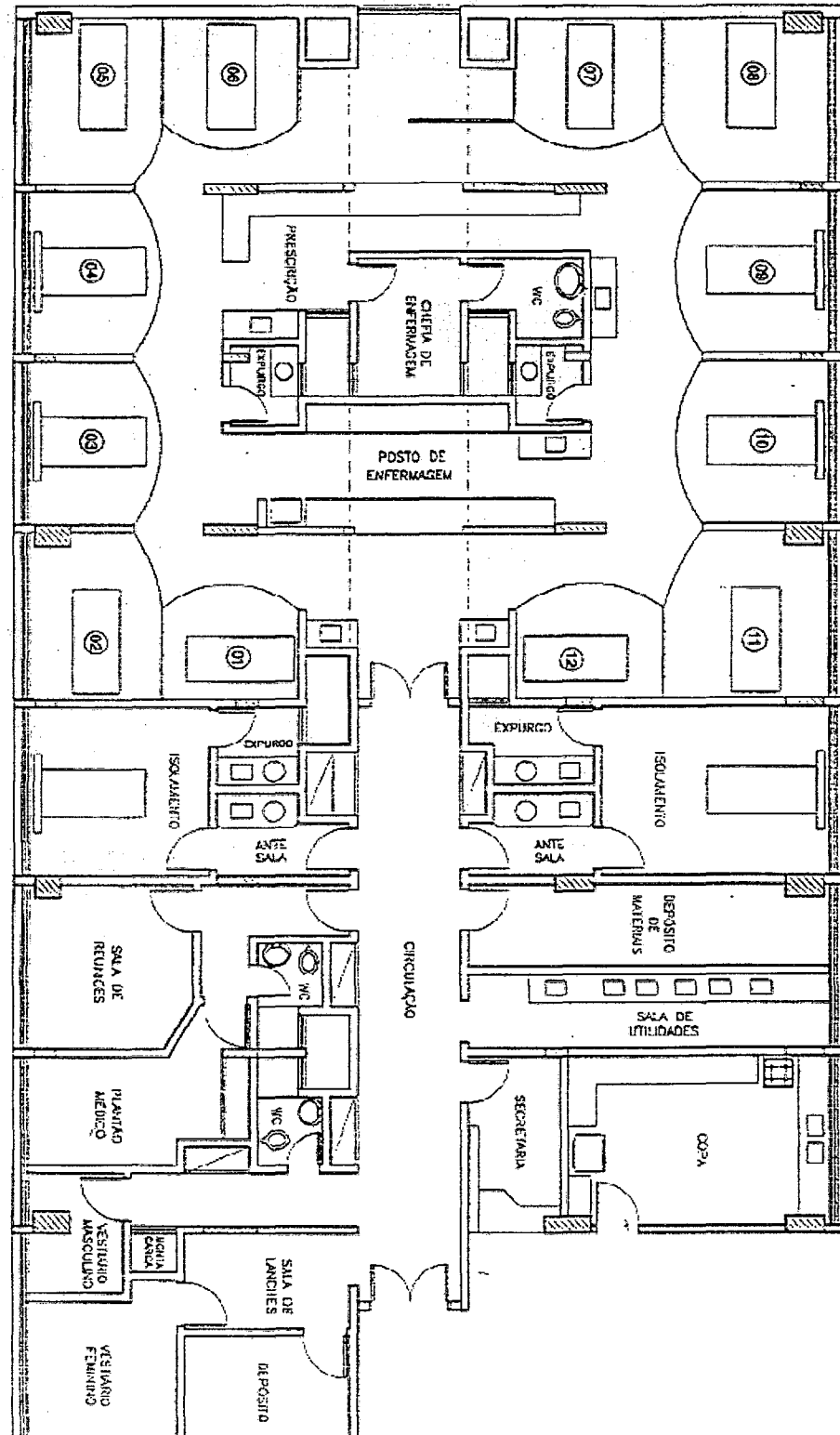
Entrevistados:

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- 4 - \_\_\_\_\_
- 5 - \_\_\_\_\_



# ANEXO 3

## PLANTA FÍSICA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HGCR



## ANEXO 4

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Horas \_\_\_ hs

Neurológico: .....  
.....Queixa.....

Terapia resp: Entubado ( ) resp mec ( ) traqueost ( ) modalidade:.....

P.E.E.P..... emH2O resp expont( ) catéter de O2..... L macroneb( ).....L

Secreção traqueal: peq ( ) média ( ) grande ( )

Características:.....  
.....secreção oral:.....

Drenagem

torácica: .....

Deb. Urinário: SVD( ) jontex ( ) solicita ( ) no leito ( ) Vol. Urinário: Anúria( ) baixo( )  
razoável ( ) bom ( ) alto ( )

Características:.....

Sinais vitais: instáveis( ) estáveis( ) c/ drogas vasoativas( )

Rítmo cardíaco: sinusal ( ) arritmia ( ) alterações:.....

P.V.C.: cama reta ( ) 25cm ( ) 3cm ( ) alterações:.....

Dieta: SNG ( ) SNE( ) V0 ( ) NPO ( ) aceita pouco ( ) bom( ) razoável ( )

SNG sif fechada ( ) NPTI ( ) NPTII( ) Glicemia.....

Elim. Intestinal caract:.....

Tração: cerv ( )..... kg esquel.( ).....kg cutânea ( )..... kg.

Curativos:.....  
.....  
.....

Outras informações:.....  
.....

---

Enf. Resp.

## ANEXO 5

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM / HGCR

Data:...../...../..... Hora:.....hs Registro:.....  
Nacionalidade:..... Estado Civil:..... Religião:.....

#### **Dados de identificação:**

Nome:..... Idade:..... Procedência:.....  
Profissão:..... Cor:.....  
Diagnóstico:.....  
Dados Clínicos:.....

#### **Exame Físico:**

##### **1. Sistema Neurológico:**

Escala de Glasgow:.....+.....+.....=.....  
Pupilas: Miose( ) Midríase( ) média fixa( ) Isocóricas( ) Anisocóricas( ) D>E( ) E>D( )  
Reflexo fotomotor Direito( ) Esquerdo( ) Reflexo cônico palpebral Direito( ) Esquerdo( )

##### **2. Sistema Respiratório:**

Ventilação espontânea ( ) Catéter O2 ( ) TOT( ) Traqueostomizado ( )

##### **3. Sinais Vitais:**

PA:.....x.....mmHg P:.....bpm R:.....mpm T:.....C

##### **4. Sistema Geniturinário:**

Sem alteração ( ) Edema ( ) Leucorréia ( ) Sangramento: Uretral ( ) Vaginal ( )  
Eliminações vesical : Espontânea ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Nefrostomia ( )

##### **5. Sistema Gastrointestinal:**

Dieta zero ( ) SNG: Aberta ( ) Fechada ( ) Vômitos ( )  
Abdomen: Flácido( ) Distendido ( ) Em tábua ( ) Plano ( ) Cirúrgico ( )  
Eliminações:.....

##### **6. Sistema Tegumentar:**

Condições da pele: Normocorada ( ) Ictérica( ) Cianose de extremidades ( )  
Palidez cutânea mucosa ( ) Petéquias( ) Hematomas( ) Equimose( ) Cortes( )  
Cicatriz ( ) Escoriações( )

##### **7. Membros:**

NDN ( ) Imobilizações ( ) Luxação ( ) Edema( ) Tração ( )

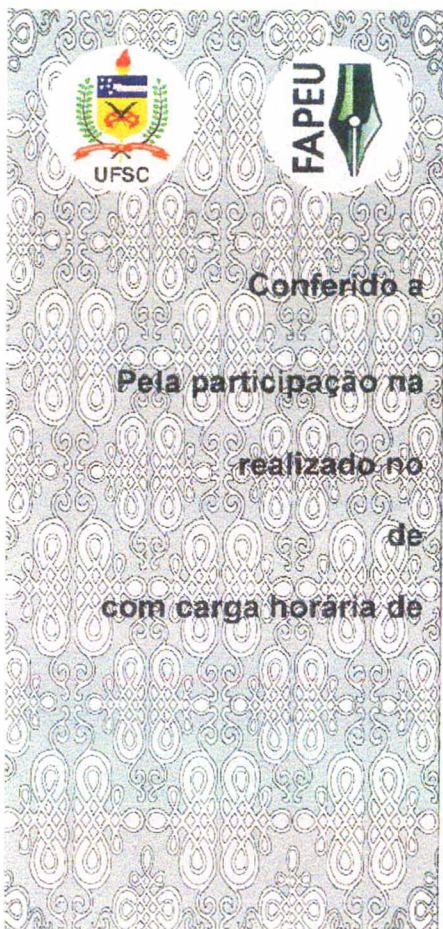
##### **8. Processos invasivos:**

##### **9. Percepções e expectativas:**

Responsável:.....

## ANEXO 6

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
FAPEU - FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



## CERTIFICADO

**WANISE CARLA TAMANINI**

**PALESTRA: VENTILADORES PULMONARES, MONITORES  
CARDÍACOS E ELETROCARDÍOGRAFOS**

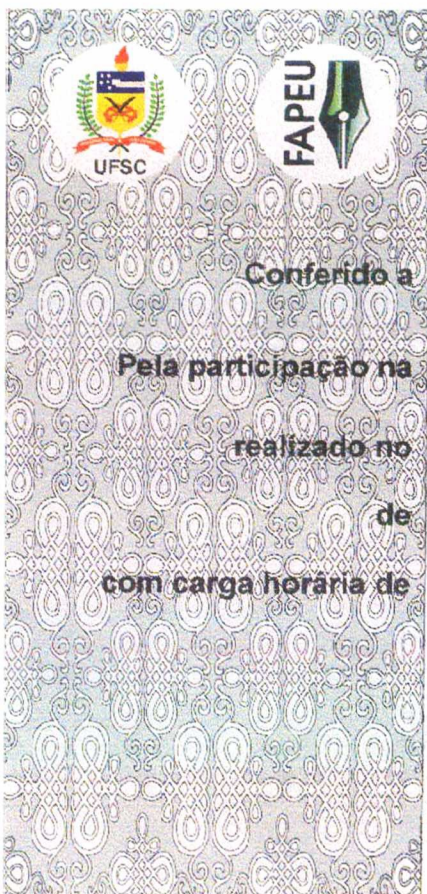
**AUDITÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**31/05/2000**

**04 H/A**

*Florianópolis, 12 de junho de 2000.*

  
Prof. Carlos Fernando Miguez  
Diretor Executivo - FAPEU



UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
FAPEU - FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

## CERTIFICADO

**MÁRCIA GUIMARÃES ALCÂNTARA**


**PALESTRA: VENTILADORES PULMONARES, MONITORES  
CARDÍACOS E ELETROCARDÍOGRAFOS**

**AUDITÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**31/05/2000**

**04 H/A**

*Florianópolis, 12 de junho de 2000.*

  
Prof. Carlos Fernando Miguez  
Diretor Executivo - FAPEU



buscar alternativas afim de minimizar os agentes estressores, precisamos compreender como se sente um paciente na UTI e o que lhe incomoda, desta forma nos será possível ajudar a definir quais são os fatores desconfortáveis, permitindo-nos tornar o ambiente mais adequado e agradável, e conseqüentemente, proporcionar uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

### Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem ao cliente em Unidade de Terapia Intensiva, buscando alternativas para minimizar os estressores atuantes afim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

### Objetivo Específico

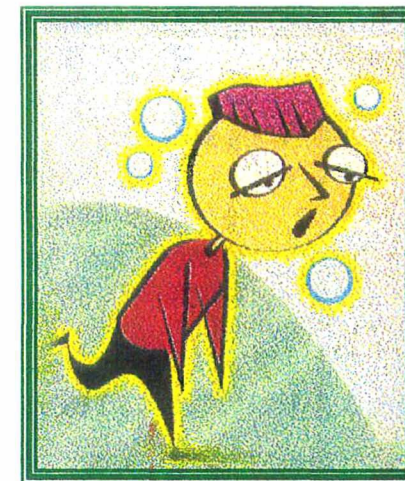
- ☺ Prestar assistência de enfermagem ao cliente em UTI utilizando um referencial teórico e processo de enfermagem norteados pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo Wanda de Aguiar Horta;
- ☺ Identificar os agentes estressores presentes na UTI, que atuam sobre o cliente;

- ☺ Buscar alternativas para minimizar os agentes estressores identificados, visando uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem;
- ☺ Implementar medidas para diminuir o stress avaliando seus resultados;
- ☺ Desenvolver e aprimorar habilidades técnicas específicas e gerais de enfermagem no cuidado ao cliente em terapia intensiva;
- ☺ Conhecer os componentes administrativos, operacionais e recursos humanos da UTI do Hospital Governador Celso Ramos.



Acad: Márcia e Wanise

## TRABALHANDO O ESTRESSE DO PACIENTE EM UTI



Trabalho de Conclusão da 8ª Fase da UFSC.

Orientadora: Profa. Sayonara  
Supervisoras: Enfas. Lúcia e Rosa



Todas as pessoas vivenciam diversas formas de estresse durante a vida. E apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõe-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independente de idade e quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse.

## O que é estresse?

O estresse é uma reação do organismo com componentes fisiológicos e psicológicos à situações de desgaste do corpo e da mente.

## O que é agente estressor?

É qualquer fator que leve o paciente a experimentar uma condição de estresse.

## Causas de estresse



Quando o estresse ocorre, a pessoa além da energia física usa também a emocional para responder e se adaptar a esse estresse, pois a internação na UTI promove também o desequilíbrio emocional do paciente e seu núcleo familiar.

## Como o organismo responde?

### 1 - Reação de alarme:

- Aumenta os níveis hormonais, FC, pulso e pressão arterial.
- Diminui a circulação periférica e aumenta o suprimento de sangue para o coração, cérebro e músculo esquelético.

Dessa maneira a pessoa enfrenta o agente estressor.

### 2 - Estágio de adaptação:

- Os níveis hormonais se mantêm elevados. FC e pressão arterial retornam ao normal.
- Nesse estágio a pessoa está tentando se adaptar. Quando não ocorre essa adaptação, o indivíduo progride para o terceiro estágio.

### 3 - Estágio de Exaustão:

representa a fase final, ocorre quando o organismo não pode mais resistir ao estresse e a energia necessária para manter a adaptação é esgotada. A resposta fisiológica é intensificada, mas o nível de energia está comprometido e a adaptação ao estressor diminui. Se o estressor persistir, pode ocorrer a morte.

estresse tem muitos efeitos sobre o bem estar emocional de uma pessoa, como podemos observar abaixo:



Este estudo se justifica pela percepção que tivemos do ambiente no qual a UTI está inserida. Observamos se tratar de um ambiente altamente estressante em consequência da movimentação de pessoas, do correr-corre frenético na realização dos cuidados a pacientes críticos, das condições ambientais desfavoráveis ao paciente, como ruídos e intensa iluminação; sem esquecer a alta tecnologia empregada, que às vezes não é implementada através de um treinamento adequado da equipe multiprofissional.

Com a intenção de prestar assistência de enfermagem, e

## ANEXO 8

# Check list para diminuir os agentes estressores na UTI



- ✓ Explicar ao paciente a finalidade dos equipamentos;
- ✓ Proporcionar o conforto possível, apagando luzes dos boxes;
- ✓ Evitar realização de procedimentos durante a visita;
- ✓ Manter um tom de voz adequado;
- ✓ Proporcionar formas de comunicação alternativas (lápiz e papel);
- ✓ Diminuir o nível de ruído, desligando alarmes durante aspiração;

Acad. Enf. Márcia G. Alcântara  
Wanise C. Tamanini





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](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

Este relatório apresenta aspectos fundamentais na assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico. A abordagem implementada também contempla o levantamento de agentes estressores inerentes ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. Os acadêmicos evidenciaram uma importante busca do aprimoramento teórico para a construção deste trabalho, introduzindo uma importante reflexão sobre a influência do stress na assistência de enfermagem. O desenvolvimento deste trabalho gerou às acadêmicas a oportunidade de seu crescimento pessoal e profissional, estimulando uma prática de enfermagem mais crítica. Assim, recomendo este trabalho para a reflexão da prática de enfermagem em UTI, bem como fonte de pesquisa ao tema do stress.