

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO ESPECIAL DE ENFERMAGEM

ETFSC
Gerência Educacional de
Joinville
Biblioteca Temática

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

CEFET - UE Joinville



0106 REL ENF
Relatório de estágio curricular

0005

REL ENF
0005

ETFSC
Gerência Educacional de
Joinville
Biblioteca Temática

MARLI BÄCHTOLD HUTH

JOINVILLE, FEVEREIRO DE 1998

FD

DADOS DO ESTAGIÁRIO

ALUNO: Marli BachTold Huth
DATA DE NASCIMENTO: 02/03/93 LOCAL: Joinville UF: SC
CURSO TÉCNICO DE: ENFERMAGEM
MATRÍCULA: 9610155-1
TURNO EM QUE CURSOU: MATUTINO FORMATURA (Ano/Semestre): 9º/02
ENDEREÇO: (Rua/Av.) Rua Comandante Paulo Serra n°: 39º
Bairro: Costa e Silva Cidade: Joinville CEP: 89218-660 UF: SC
TELEFONE PARA CONTATO: (047) 441-2599 com GUILHERME



DADOS DO ESTÁGIO

CARGA HORÁRIA TOTAL: 38 HORAS.

EMPRESA: Fundação de ensino Técnico de Santa Catarina

ENDEREÇO: Av. Mauro Ramos, 950 - Florianópolis - SC

PERÍODO: DE 02/08/96 A 09/12/97

DEPARTAMENTO, SECÇÃO OU DIVISÃO ONDE ATUOU: Hospital Dona Helena, Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Maternidade Darcy Vargas, Secretaria Municipal de Saúde, Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina, CAPS.

EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

PERÍODO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

DEPARTAMENTO, SECÇÃO OU DIVISÃO ONDE ATUOU: _____

EMPRESA: _____

ENDEREÇO: _____

PERÍODO: DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

DEPARTAMENTO, SECÇÃO OU DIVISÃO ONDE ATUOU: _____

OBS.: Anexar esta ficha ao relatório.

#

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA
COORDENADORIA DE ENSINO

CAR... PARA APROVAÇÃO
RELATÓRIOS DE ESTÁGIO

1 - Dados Gerais:

- Nome do Estagiário: MAELI SÄCHTOLD HUTH
- Curso Técnico de ENFERMAGEM

2 - Análise da Redação:

- Relatório aprovado em 13/7/98 conceito 5

ANÁLISE DO RELATÓRIO

3 - Análise do Conteúdo Técnico:

- Relatório aprovado em excelente conceito excelente

O relatório do estagiário não foi aprovado pelos seguintes motivos:

1 - Documentação Técnica

APROVADA!
ANNA GENY B. KIPEL
Enfermeira
Coren 98567
Ann F.

2 - Análise da Redação

Pendente.

Refazer as páginas 12, 13, 15, 26, 30, 31, 33, 42, 45, 52, 54, 64, 67, 72, 81, 82, 84.

Cuef. 14/4/98

Aprovado. Cuef. - 13/7/98

3 - Conteúdo Técnico

Excelente conteúdo técnico.

Objetivo, claro, e que enfatizou habilmente os cuidados nos estágios patológicos mais críticos.

Ann F.

3. ANÁLISE DA REDAÇÃO

3.1. Os documentos estão sendo apresentados de acordo com a ordem prescrita em norma?

Sim () Não ()

* Em caso negativo indique a incompatibilidade.

3.2. Os documentos foram redigidos de acordo com os padrões estabelecidos na formação escolar?

Justifique: _____

3.3. Quanto à redação, existe algum aspecto que mereça especial a t e n ç ã o?

3.4. O Relatório apresenta erros de ortografia que mereçam especial atenção?

3.5. Observações que gostaria de fazer?

Em função do exposto, somos de parecer que o processo de análise seja visto no seu aspecto técnico operacional, uma vez que consideramos o relatório possível de aprovação no que diz respeito à redação e linguagem.

Atenciosamente,

Fpolis, ___/___/___

Relator de Redação e Linguagem

RESUMO DA ANÁLISE DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO		Nº
ESTAGIÁRIO:	CURSO:	
PERÍODO DE ESTÁGIO: / / a / /	CARGA HORÁRIA:	
EMPRESA:	SETOR:	
ATIVIDADES REALIZADAS		
SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES		

4. ANÁLISE TÉCNICA:

4.1. Quanto ao programa de estágio apresentado pela Empresa e as atividades desenvolvidas pelo estagiário, podemos afirmar que:

- houve compatibilidade (X)
- não houve ()
- houve pouca ()
- não foi apresentado o programa de estágio ()

4.2. Quanto ao aprimoramento técnico da formação escolar:

- houve aprimoramento (X)
- não houve ()
- houve pouco aprimoramento ()

No caso de não ter havido aprimoramento, justificar o motivo desta sua posição:

4.3. As atividades desenvolvidas no estágio estão relacionadas com o conteúdo do Curso na Escola?

- sim (X)
- não ()
- pouco ()

Se não estiverem relacionadas com o conteúdo do Curso na Escola, justificar o motivo:

4.4. O nível técnico das descrições é considerado:

- elevado (X)
- médio ()
- fraco ()

4.5. Percebe-se algum erro nas descrições do estagiário?

- sim ()
- não (X)

Cite os erros encontrados:

4.6. As principais atividades desenvolvidas durante o estágio foram:

4.7. A ficha do COSIE-E atesta um bom desempenho em relação ao nível técnico das tarefas desenvolvidas:

- sim ()
- não ()
- razoável ()

4.8. Entre os fatores indicados na ficha do COSIE-E, onde o estagiário apresentou problemas?

4.9. Quais às principais sugestões e considerações apresentadas pelo estagiário?


4.10. Relacione as conclusões sobre o estágio:

4.11. Outras informações que o analista queira dar.

Em função do exposto, somos de parecer
que se confira ao estagiário(a) _____
_____ o Diploma a que faz jus.

Atenciosamente,

ANALISTA



COORD. DO CURSO

COORD. DE ENSINO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA
COORDENADORIA DE ENSINO

CARTELÃO PARA APROVAÇÃO
RELATÓRIOS DE ESTÁGIO

1 - Dados Gerais:

- Nome do Estagiário: MARLI ZACHTOLI HUTH
- Curso Técnico de: ENFERMAGEM

2 - Análise da Redação:

- Relatório aprovado em/...../..... conceito.....
Análise

ANÁLISE DO RELATÓRIO

3 - Análise do Conteúdo Técnico:

- Relatório aprovado em/...../..... conceito excelente
Análise

O relatório do estagiário
não foi aprovado pelos seguintes motivos:

1 - Documentação Técnica

APROVADA!
ANNA GENY B. KIPEL
Enfermeira
Coren 38567

2 - Análise da Redação *Pendente.*

*Refazer as páginas 12, 13, 15, 26, 30, 31, 33, 42, 45, 52, 54, 64, 67,
72, 81, 82, 84.*

Curf. 14/4/98

3 - Conteúdo Técnico

Excelente conteúdo técnico.

*Objetivo, claro, e que enfatizou habilmente os cuidados
nos estágios patológicos mais críticos.*

Curf.



TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, CGC/MF:80.485.212/0001-45 estabelecida em Florianópolis, representada pelo Senhor Vilmar Coelho na qualidade de Diretor Executivo e o ESTAGIÁRIO MARLY BACHTOLD matriculado na IV fase do Curso Técnico de Enfermagem e a ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais Valéria Magalhães Rodrigues, na qualidade de Coordenadora do Serviço de Integração Escola-Empresa acertam o seguinte na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/77 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82:

Art. 1º - O ESTAGIÁRIO desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

Art. 2º - A ETF/SC elaborará o programa de atividades a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO, em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

Art. 3º - O estágio será de 738 (setecentas e trinta e oito) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
270 h	H. D. H. / H. M. S. J. / H. R.	02/08/96 a 09/12/96
234h	HR. / H.D.H. / H.M.S.J. / S.M.S.	26/03/97 a 04/07/97
234h	M.D.V. / H.D.H. / H.M.S.J. / S.M.S. / I.P.S.C.	12/09/97 a 09/12/97

Parágrafo 1º - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

Parágrafo 2º - Tanto a EMPRESA quanto o ESTAGIÁRIO poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o estágio, mediante comunicação por escrito.

Art. 4º - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como supervisor interno o(a) Sr(a) Enf.ª Anna G. B. Kipel ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO.

Art. 5º - O ESTAGIÁRIO declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

Art. 6º - O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação de estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7º - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o ESTAGIÁRIO não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando aquele, segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o estágio pela apólice no. 261306 da Companhia BRINAS BRASIL.

Art. 8º - A EMPRESA se compromete a conceder ao ESTAGIÁRIO uma bolsa auxílio mensal no valor de R\$ (ax ax ax).

Art. 9º - Fica firmado o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 08 de maio de 1997.

Vilmar Coelho
Diretor Executivo

Valéria Magalhães Rodrigues
Coordenadora do SIE-E/ETFSC

Marly B. Bachtold

Estagiário

Testemunha

(WINWORD-TERMENF2)

HDH = Hospital Dona Helena
 HMSJ = Hospital Municipal São José
 HR = Hospital Regional
 MDV = Maternidade Darcy Vargas
 S.M.S. = Sec. Munic. da Saúde
 I.P.S.C. = Inst. Psiquiátrico de S.C.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO
 ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
 DEPARTAMENTO DE APOIO E EXTENSÃO
 SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a) MARLI BÄCHTOLD HUTH Matrícula: 9610155 - 1 Curso Técnico de Enfermagem - Form: 1997/2 Sem.
 Supervisor na Empresa: ANNA GENY BATAIHA KIPEL COREN 38567

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. HOSPITAL DONA HELENA HOSPITAL MUN. SÃO JOSÉ HOSPITAL REGIONAL	0208196 a 09h246	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM ENFERMAGEM MÉDICA EMERGÊNCIA E UTI	270
2. HOSPITAL REGIONAL HOSPITAL DONA HELENA HOSPITAL MUN. SÃO JOSÉ SECRETARIA MUN. SAÚDE	2610397 a 0407197	ENFERMAGEM CIRÚRGICA SAÚDE PÚBLICA	234
3. Maternidade D. Vargas Hosp. Dona Helena Hosp. Mun. São Municipal Sec. Saúde Municipal Inst. Psiquiatria S.C.	12/09/97 a 27/10/97 19/11/97 a 09/12/97	Materno - Infantil Psiquiatria e Administração	234

Marli B. Huth

Estagiário(a)

[Signature]
 Supervisor na Empresa
 Assinatura e Carimbo

[Signature]
 Coordenador do Curso
 Assinatura e Carimbo

[Stamp]
 ANA GENY BATAIHA KIPEL
 Enfermeira
 COREN 38567

[Stamp]
 Juraci Maria Fischer
 COORD. CURSO T.É.C. ENFERM-
 COREN 1493

Turma 96/1

[Signature]



ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA - ETF/SC

SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA - SIE-E

Estagiário(a) : <u>MARLI BACHTOLD HUTH</u>	
Curso Técnico de : <u>ENFERMAGEM</u>	Formatura : <u>2ª</u> semestre /19 <u>97</u>
Empresa : _____	Tel. : (_____) _____
Endereço : (Rua, Av.) _____	
Complemento : _____	Cidade : _____ UF : _____ CEP : _____ - _____
Área/Setor de Estágio : _____	
Nome do(a) Supervisor(a) de Estágio : _____	

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO(A) ESTAGIÁRIO(A)

CONCEITOS : MB = muito bom ; B = bom ; R = regular ; D = deficiente .

FATORES	GRADUAÇÕES				
		MB	B	R	D
01- RELACIONAMENTO: Considere a capacidade do Estagiário de bem conviver com os demais colegas de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 - RESPONSABILIDADE: Considere o zelo pela documentação, uso de equipamentos e materiais, além do cumprimento de tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 - OBJETIVIDADE: Considere a escolha adequada para atingir determinada meta, dentro de várias possibilidades.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 - INTERESSE: Considere a participação ativa com empenho para desenvolvimento das tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 - INICIATIVA: Considere o desenvolvimento das atividades sem dependência de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 - COOPERAÇÃO: Considere o auxílio que presta aos colegas, a maneira como acata as determinações superiores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 - ASSIDUIDADE: Considere o comparecimento regular ao trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 - PONTUALIDADE: Considere a precisão no cumprimento da jornada de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo

“Foi há dois anos que tudo começou, você lembra? Naquele dia sorri, chorei, pulei, gritei, cantei como uma criança que recebe um presente. Eu sabia que você vibraria ainda mais; a alegria era tanta que não consegui agradecer. Durante esse tempo você foi a presença na minha solidão, respeitou minha maneira única de ser. Sua companhia, seu sorriso, suas palavras e mesmo sua ausência foram expressão de amor profundo; e por diversas vezes nessa caminhada não soube encontrar palavras para lhe falar. Hoje, estou mais feliz que naquele dia, e consigo dizer agora o que sufoquei por tanto tempo: Obrigado, amo você”.

AGRADECIMENTO

A Deus

“A Você, que não tem cor, pátria e religião pois nos vê a todos de uma só forma.
A Você, que buscou sempre multiplicar-se ao meu lado com inúmeros gestos de bondade.
Agradeço e rogo que continue sempre presente me concedendo a saúde, a paz, o amor e a sabedoria”.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
AS EMPRESAS.....	06
1 # FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM.....	12
← 1.1 Apresentação.....	12
← 1.2 Desenvolvimento das Atividades.....	12
← 1.3 Considerações Finais.....	25
2 # ENFERMAGEM MÉDICA.....	26
2.1 Apresentação.....	26
2.2 Desenvolvimento das Atividades.....	26
2.3 Considerações Finais.....	28
3 # EMERGÊNCIA.....	29
3.1 Apresentação.....	29
3.2 Desenvolvimento das Atividades.....	29
3.3 Considerações Finais.....	31
4 # UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	32
4.1 Apresentação.....	32
4.2 Desenvolvimento das Atividades.....	32
4.3 Considerações Finais.....	35
5 # ENFERMAGEM CIRÚRGICA.....	36
5.1 Apresentação.....	36
5.2 Desenvolvimento das Atividades.....	36
5.3 Considerações Finais.....	43
6 # CENTRO CIRÚRGICO.....	44
6.1 Apresentação.....	44
6.2 Desenvolvimento das Atividades.....	44
6.3 Considerações Finais.....	48
7 # SAÚDE PÚBLICA.....	49
7.1 Apresentação.....	49
7.2 Desenvolvimento das Atividades.....	49
7.3 Considerações Finais.....	54

8 # OBSTETRÍCIA SOCIAL.....	56
8.1 - Apresentação.....	56
8.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	56
8.3 - Considerações Finais.....	59
9 # OBSTETRÍCIA.....	61
9.1 - Apresentação.....	61
9.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	61
9.3 - Considerações Finais.....	67
10 # ENFERMAGEM NEONATOLÓGICA.....	68
10.1 - Apresentação.....	68
10.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	68
10.3 - Considerações Finais.....	75
11 # PEDIATRIA.....	76
11.1 - Apresentação.....	76
11.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	76
11.3 - Considerações Finais.....	79
12 # PSIQUIATRIA.....	81
12.1 - Apresentação.....	81
12.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	82
12.3 - Considerações Finais.....	84
13 # ADMINISTRAÇÃO.....	85
13.1 - Apresentação.....	85
13.2 - Desenvolvimento das Atividades.....	86
13.3 - Considerações Finais.....	90
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

INTRODUÇÃO

Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, percorria, com uma lâmpada, as enfermarias dos campos de batalha. O seu hábito originou o símbolo da enfermagem - a lâmpada.

Entretanto, mais do que introduzir uma simbologia, esta personagem revolucionou as idéias sobre enfermagem, radicalizando os conceitos da época. Mesmo adoentada, nunca deixou de prestar assistência aos enfermos.

A enfermagem não se restringe somente ao tratamento do enfermo, pois deve visar também à prevenção e orientação de pessoas necessitadas. A aplicação plena da enfermagem deve visar ao bem estar de um indivíduo, família ou comunidade. Todas as pessoas que necessitem de cuidados com a saúde devem ser atendidas física, social, emocional, espiritual e culturalmente.

Visando aplicar os conhecimentos ministrados em sala de aula, foi desenvolvido o trabalho de estágio em diversas entidades assistenciais na área de saúde. O objetivo deste relatório é descrever as atividades desenvolvidas nestas entidades, no decorrer dos estágios supervisionados.

Para cada estágio efetuado, será realizada uma apresentação, visando descrever as características e objetivos a serem alcançados. As atividades desenvolvidas serão detalhadas e comentadas. Nas considerações finais, será realizada a análise do estágio desenvolvido, avaliando e comparando os objetivos com o trabalho efetivamente realizado.

AS EMPRESAS

Hospital Dona Helena

Mantenedora: Associação beneficente Evangélica de Joinville.
Fundada em 12/11/1916.
Classifica-se como hospital geral.

Tem a capacidade de 178 leitos com uma média mensal de 1230 internações com um tempo de permanência média de três dias. Trata-se de um hospital filantrópico com fins lucrativos, atendendo clientes particulares e conveniados.

Oferece residência médica regulamentada em ortopedia estágios para profissionais de enfermagem, além de cursos para a comunidade.

A preocupação constante da administração e do corpo clínico em acompanhar o contínuo avanço tecnológico na medicina , contribuindo para a melhoria de vida da população faz do hospital Dona Helena um hospital de referência em Santa Catarina.

O hospital Dona Helena dispõe de UTI móvel, concebida para realizar de forma segura e eficiente o primeiro atendimento, o diagnóstico e o transporte de pacientes em caso de riscos de vida eminente , decorrente de problemas cardiológicos e cérebro vasculares, entre outros.

Hospital Municipal São José

O hospital municipal São José localiza-se na Avenida Getúlio Vargas N. 238, em Joinville, S. C.

Início suas atividades em 1857, como hospital Colônia Dona Francisca, mantido pela sociedade colonizadora. Em 1906 passou a denominar-se hospital das Caridade de Joinville, sendo seu superintendente o Coronel Procópio Gomes e o Dr. Carlos Lange o médico municipal.

Em 1968 foi iniciada a construção do novo prédio sendo inaugurado em 28 de março de 1969.

A partir de primeiro de primeiro de junho de 1971, o hospital Municipal São José, passou a ser uma entidade autárquica com personalidade jurídica e autonomia financeira e administrativa.

Atualmente o hospital Municipal São José é um hospital geral de grande porte, possuindo 252 leitos ativos, 923 funcionários, que juntos trabalham para o bem estar de 23.200 pacientes em média por mês, sendo estes particulares, conveniados ao sistema único de saúde e convênios particulares.



O hospital Municipal São José é um hospital ensino com residência médica em: Pediatria, ortopedia, nefrologia, gastroenterologia, medicina interna e outros. Também propicia aos estudantes da área de saúde estágios em Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia.

Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Em fins do dos anos 70 alguns médicos radicados em Joinville vinham enfrentando problemas sérios com relação a capacidade hospitalar de Joinville vinham enfrentando problemas sérios com relação a capacidade hospitalar de Joinville e anteviam uma situação muito pior na década de 80.

Em 1980 no conforto médico da UTI do hospital Municipal São José os médicos Dr. Djalma Jardim (neurocirurgião recém chegado da França) e Dr. José Aluísio Vieira (nefrologista recém chegado dos estados Unidos) lamentavam a falta de perspectiva de trabalho médico científico do hospital Municipal São José. A concepção herdada dos seus treinamentos em países desenvolvidos, frustrava o trabalho pessoal de ambos e quase decidiram pela volta se não fosse vontade muito grande de tentar mudar para melhor as concepções de atendimento à saúde de Joinville.

Observavam que a medicina Joinvilense era comandada pelo poder público e a classe médica pouco tinha a opinar. Com esta dificuldade em opinar na condução dos destinos da saúde Joinvilense pelos desmandos administrativos, decidiram então pela construção de um hospital, centro de referência , que não tivesse qualquer interferência do poder público, e que impunha uma ação política viciada não condizente como uma unidade hospitalar digna. Procurada a classe média, a mesma se mostrava cética em relação a idéia revolucionária , encontrando respaldo apenas em dois médicos Drs. Luiz Carlos Fronza e Dr. Amaro Joaquim Alves. Com grande idéia na cabeça e quatro almas cheias de vontade, passava-se o julgamento estratégico que se dividia em três conceitos:

- 1) Fazer um trabalho que mostra-se a realidade hospitalar da cidade e região;
- 2)Mostrar nesse trabalho uma nova perspectiva de atuação do hospital junto a comunidade;
- 3) Procurar apoio junto a todos os setores possíveis da comunidade para conseguir que o hospital fosse construído pelo estado e entregue a uma administração privada

Com muito trabalho e apoio após 60 dias nascia a idéia de um hospital mas nova concepção em saúde.

“O hospital como Centro de Irradiação de uma Política de Saúde”.

A idéia era a criação de hospitais regionais, administrados por entidades privadas, denominadas fundações Regionais , de características terciárias e com supervisão na

medicina secundária e primária . Seria ligado s a sistemas universitários de formação de mão de obra na área da saúde .

O plano foi apresentado ao então Governador de Antônio Carlos Konder Reis, que visitava Joinville e mostrava-se simpático a idéia, mas que por estar em fim de governo não poderia assumir um compromisso desse porte, mas que comprometia-se com o futuro governador Dr. Jorge Bornhausen a incentivar esta idéia pioneira e brilhante.

Mobilizou-se a sociedade local e o norte do estado, como também os políticos, que através do apoio do ex-governador Jorge K. Bornhausen, viram o seu sonho torna-se realidade.

Os idealizadores enfrentavam o primeiro obstáculo ode conseguir o terreno que deveria ser central bem localizado e de fácil acesso. Sabendo a existência de um vasto terreno perto do Campos universitário e portanto também próximo a BR, lutou-se para que a construção fosse realizada num terreno espaçoso de propriedade do estado localizado perto das indústrias Dohler. Mas o local não recebeu a aceitação das forças vivas da sociedade com isso o Dr. Hans Dieter Shmidt resolveu oferecer um terreno de propriedade das indústrias de Fundação Tupy para a construção do mesmo. Como as pressões políticas eram grandes e a possibilidade de perda da verba concreta optou-se pela construção naquela localidade.

Iniciava-se a construção num terreno de 55 mil metros quadrados nas confluências dos bairros Boa Vista, Espinheiros, Iririú e Aventureiro, do mais moderno hospital da região norte de Santa Catarina.

Outras dificuldades ainda haveriam de ocorrer com a construção. Foi então apresentado um projeto americano preconcebido as decisões foram tomadas para que logo pudesse dar início a construção . Convém aqui ressaltar que idealizadores discordam e apontaram mais de 100 defeitos arquitetônicos funcionais, mas mesmo assim o projeto foi aceito.

Em abril de 1981 foi lançada a pedra fundamental, em 17 de fevereiro de 1984 a obra foi entregue, e o hospital inaugurado pelo governador Esperidião Amin em 15 de março de 1984.

Obra de invejável arquitetura, e altíssima funcionalidade, contará quando de seu completo funcionamento de cerca de 100 médicos e 500 funcionários, anunciava a imprensa local no dia de sua inauguração.

Sua capacidade inicial era de 264 leitos, podendo-se estender até 320, possui uma área de 22.400 metros quadrados.

No início o hospital foi modesto com 20 leitos clínicos, ambulatório e o serviço de diagnóstico, a previsão de funcionamento total do hospital seria de 18 meses.

Maternidade Darcy Vargas

Maternidade Darcy Vargas , situada a rua Miguel Couto S/N, em Joinville , foi fundada pelo governo do estado no dia 16 de abril de 1947 para melhorar o atendimento às gestantes e recém nascidos em Joinville e em todo o Norte de Santa Catarina. Presta atendimento especializado em obstetrícia, gestação e neonatologia de alto risco, banco de leite.

A Maternidade Darcy Vargas possui ,119 leitos, 36 leitos neonatológicos e 75 alojamento conjunto. Dedic-se ao atendimento completo de pacientes e à criação de projetos que possam melhorar ainda mais a qualidade de Saúde de Joinville.

Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina

O instituto psiquiátrico de Santa Catarina, foi inaugurado em 1941 como hospital Colônia Santana, hoje denomina-se Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina. É o único hospital Público de Santa Catarina que presta Atendimento pelo Sistema Único de Saúde

Em 1995 tinha 980 pacientes internados. Hoje tem apenas 640 pacientes internados.

O Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina tem como objetivo o resgate da cidadania do portador de transtornos mentais. Para isso oferece serviços como:

UPA- Unidade de Pronto Atendimento: Emergência 24 horas. Com atendimento em regime de plantão

UCM- Unidade de Clínica Médica: Atendimento clínico aos clientes internados.

UDQ- Unidade de Dependência Química: Tratamento de alcoolismo e drogadição.

UIP- Unidade de Internação Psiquiátrica: Tratamento psiquiátrico em regime de internação, com retorno ao convívio social.

CCS- Centro de Convivência Santana: Reabilitação, convívio social protegido.

O Instituto tem como princípio: Dever ser útil a sociedade prioridade e tratamento humanizado, valorização dos recursos humanos.

Trabalho profissional eficiente e eficaz.

Honestidade e racionalização no uso de materiais.

Abordagem biopsicossocial.

Também tem como missão: Promover assistência e informação de qualidade , com eficiência , aos portadores de distúrbios mentais , sua família e à sociedade , com pesquisa e educação continuada, para o resgate da plena cidadania.

Posto de Saúde do Bairro Costa e Silva

O posto de saúde do bairro Costa e Silva, está situado à rua Comandante Telles de Mendonça Número 2657, iniciou suas atividades com o objetivo de prevenir enfermidades, prolongar a vida, promover a saúde, controlar doenças socialmente transmissíveis, educar para a saúde da população. Para isso conta com o apoio de 3 clínico geral, 2 pediatras, 2 ginecologistas, 2 psicólogos, 4 dentistas.

O posto de saúde desenvolve programas de assistência a comunidade como:

Saúde da criança:

- vacinação
- desenvolvimento
- aprendizagem
- saúde bucal
- saúde auditiva
- saúde mental
- saúde ocular
- prevenção de doenças comuns na infância
- aleitamento materno e alimentação infantil
- teste do pezinho

Saúde da mulher:

- preventivo do câncer
- pré-natal
- planejamento familiar
- puerpério
- mastologia
- menopausa

Saúde adulto

- controle de hipertensão
- controle de diabetes

Atendimento básico de enfermagem:

- visita domiciliar
- busca ativa
- triagem (sinais vitais e mensuração)
- nebulização
- orientação individual
- encaminhamento de pacientes
- administração de medicamentos
- imunizações

Atendimento com consultas individuais:

- médico
- enfermeiro
- psicólogos Atendimento de grupo:
- palestras
- informativos

Pam do Bucarem

Situado à uma lateral da Avenida Procópio Gomes S/N, no bairro Bucarem ,na cidade de Joinville SC.

1 - FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

1.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de fundamentos de enfermagem ministrados pelas enfermeiras Rita de Cássia Flor e Ondina Machado foi dividido em duas etapas, sendo que a primeira realizou-se no Hospital Municipal São José na unidade B, no período de 01 à 19 de agosto de 1996.

A segunda etapa realizou-se no hospital Regional Hans Dieter Schmidt na unidade A, no período de 21 de agosto a 06 de setembro de 1996, sendo as duas unidades com especialidade em clínica médica.

Fundamentos de enfermagem é um conjunto de técnicas básicas indispensáveis nesta área realizadas junto ao paciente.

O objetivo principal deste estágio visa a aprimorar o estudo teórico e prático adquirido em sala de aula.

Visando a prestar assistência a pessoas incapazes de satisfazerem suas próprias necessidades de saúde, promovendo assim, o bem-estar físico, emocional, social, espiritual e cultural de um indivíduo.

Neste relatório de fundamentos será efetuada uma breve descrição de cada técnica realizada, como foi feita e para que foi feita, citando os equipamentos utilizados, os problemas e as soluções encontradas.

Através dos procedimentos realizados nesses hospitais foi possível enriquecer os conhecimentos e iniciar a preparação para um melhor atendimento de enfermagem aos pacientes.

1.2 - Desenvolvimento das atividades

Lavagem de mão

Realizaram-se inúmeras lavagens de mãos em situações clínicas. Retiraram-se todas as jóias, as mãos foram mantidas numa altura mais baixa que o antebraço. Desta maneira a água correu da área menos contaminada (antebraços), para a mais contaminada (ponta dos dedos). Aplicou-se o sabão e lavou-se cada mão, dedo e unha separadamente; a mão foi seca do punho em direção às pontas dos dedos. Fechou-se a torneira usando uma toalha de papel seca e nova.

A lavagem de mão em situações clínicas tem como finalidade a auto-proteção, evitando assim a disseminação de microorganismos, prevenindo a propagação de infecção e contaminações desnecessárias, além de assegurar ao paciente um ambiente seguro e protetor.

É de alta relevância a lavagens das mãos de todos os integrantes da equipe de enfermagem antes e após qualquer cuidado prestado junto a cada paciente.

Infelizmente a lavagem das mãos não vem sendo respeitada pelos profissionais da saúde, talvez pela falta de informações e incentivo aos funcionários.

Cabe a nós futuros Técnicos de Enfermagem tentar reverter este processo.

Unidade do paciente

Realizaram-se diversas técnicas relacionadas com a unidade do paciente (limpeza concorrente, terminal, preparo de cama aberta, fechada, de operado e com paciente).

A limpeza concorrente é aquela feita diariamente para manutenção da limpeza hospitalar. Utilizou-se um pano úmido com água e sabão e posteriormente um pano umedecido em solução desinfetante; efetuou-se do lado mais distante para o mais próximo e de cima para baixo.

A limpeza terminal é feita após a alta hospitalar, óbito ou transferência de um paciente. Realizou-se uma limpeza rigorosa dos colchões, estrados da cama, cabeceiras, móveis, etc., possibilitando assim a observação das condições dos móveis e colchões, e providenciando conserto, se necessário.

Arrumaram-se vários leitos seguindo as técnicas de cama fechada, aberta, com paciente e de operado.

A cama fechada é aquela que está desocupada, onde não é feita a dobra do lençol de cima sobre o cobertor; o travesseiro é colocado de encontro à cabeceira da cama.

A cama aberta é ocupada por um paciente que pode locomover-se, as roupas de cama limpas são reutilizadas.

A cama com paciente é utilizada por pacientes dependentes. O paciente foi afastado para o lado contrário àquele em que se estava trabalhando.

Na cama de operado o impermeável e o lençol móvel foram colocados na região correspondente à cirurgia, dobrou-se o lençol e o cobertor para o lado oposto à entrada do paciente, colocou-se uma cuba-rim e fronha em forma de leque na cabeceira da cama.

Estes procedimentos foram realizados para promover o conforto, segurança do paciente, proteção contra infecção e aparecimento de insetos, promover a ordem e aspecto agradável da unidade, controlar objetos ou alimentos que não podem ser usados pelos pacientes, assegurando assim uma melhor recuperação da saúde do paciente.

f

Anotações de enfermagem

Realiz^{ou}-se inúmer^{as} anotações de enfermagem. Observou-se o paciente quanto a alimentação, sono e repouso, eliminações, curativos, exame físico, queixas e observações.

Nos hospitais, utilizou-se a caneta azul para registros diurnos e a tinta vermelha para registros noturnos.

Iniciou-se com a data e horário, fez-se a evolução utilizando-se termos científicos, evitando deixar espaços em branco ou rasurar o documento, evitando assim alterações no registro, por último fez-se a identificação.

As anotações de enfermagem ^{tiveram} teve como finalidades:

Estabelecer uma comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde.

Servir de base para a elaboração do plano de assistência ao paciente.

Constituir uma fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada.

Constituir um documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem.

Contribuir para a auditoria de enfermagem.

Contribuir para o ensino e pesquisa de enfermagem.

Estabelecer uma comunicação entre a equipe de saúde visando ao melhor atendimento ao paciente.

Sinais vitais

Existem mecanismos que governam a nossa temperatura, a pressão arterial, o ritmo do pulso e da respiração, ^{que} os ~~mesmos~~ ^{mesmos} estão inter-relacionados a valores normais os quais se não estiverem corretos pode ^{ser} um sinal e também um sintoma de uma patologia. Os Sinais Vitais fazem parte das rotinas hospitalares. Verificou-se inúmeros sinais vitais de diversos pacientes e com diversas patologias.

Os materiais utilizados para esta técnica foram o termômetro, relógio com ponteiro de segundos, esfigmomanômetro, estetoscópio, recipiente com algodão embebido em álcool e outro para receber o algodão usado e bloco de anotações.

Os valores normais dos sinais vitais são:

Respiração: entre 12 à 18 movimentos por minuto.

Pulso: entre 60 à 80 batimentos por minuto.

Pressão arterial: 112/80 ou 90 milímetros de mercúrio.
Temperatura: entre 35,8 a 37,8 graus centígrados.

Nos estágios, nos hospitais, a verificação dos sinais vitais geralmente eram feitos às dez horas da manhã.

Um aumento anormal da frequência respiratória é chamada de taquipnéia, o decréscimo anormal é denominado bradipnéia, a respiração normal é eupnéia, a ausência de movimentos respiratórios é apnéia, e a dificuldade de respirar denomina-se dispnéia.

No hospital muitos pacientes apresentavam períodos de dispnéia, quando se colocou a cama em posição de fowler possibilitando uma melhora na oxigenação do paciente.

Quando ocorre uma aceleração do pulso (acima de 100 batimentos por minuto) denomina-se taquicardia, quando a frequência é baixa (menor de 60 batimentos por minuto) temos uma bradicardia, quando o pulso tem um ritmo irregular diz-se que é arritmico, o ritmo normal chama-se rítmico, e, quando existem períodos normais interrompidos por períodos irregulares diz-se que o pulso é intermitente.

Utilizou-se com maior frequência a verificação do pulso na artéria radial, sendo que também pode ser realizada nas artérias temporal, carótida, braquial, femoral, poplítea e dorsal do pé.

Chama-se hipertensão o aumento da pressão arterial e hipotensão o decréscimo dos níveis considerados normais. Explicou-se ao paciente o que ia ser feito, colocando-o em posição confortável, o antebraço deve estar quase perpendicular ao braço e com a palma da mão para cima, Colocou-se o esfigmomanômetro na parte superior do braço cuidando para que o bordo inferior fique cerca de 2,5cm acima da área anticubital. Após sentir a pulsação forte com as pontas dos dedos no espaço anticubital, coloca-se o estetoscópio sobre a artéria umeral, fez-se a insuflação do manguito, abriu-se a válvula da pêra gradualmente para obter-se os valores da pressão arterial.

Hipertermia é o termo utilizado para as temperaturas superiores a 37,8 graus centígrados e hipotermia abaixo de 35,8 graus centígrados.

Verificou-se a temperatura dos pacientes por via axilar, existindo também outras vias como a oral e a retal.

A verificação dos sinais vitais teve como objetivo detectar anormalidades e fornecer subsídios para melhor diagnóstico médico.

Higiene e conforto

Efetuaram-se inúmeras técnicas de higiene e conforto (higiene do couro cabeludo, banho de leito, higiene oral, cuidados com as unhas, mudança de decúbito, massagens e exercícios ativos e passivos).

Proporcionou-se desta maneira o bem-estar físico, social e mental ao paciente. Cabe aos profissionais da saúde observar a pele e os anexos, o estado motor, nutricional, circulatório e respiratório durante a execução desta técnica, efetuando o registro necessário.

Foram utilizados diversos materiais para realização desta técnica como:

Lençóis, toalhas, fronhas, luvas de banho, bolas de algodão, lubrificantes para a pele, benjoim, bacias, cuba-rim, hamper, xampu, pente, escova de dente, solução dentífrica, copo com água, canudinho, torundas ou gazes esterilizadas, abaixador de língua, cotonetes entre outros.

Nos hospitais muitas vezes não ^{os}continha ^{me} todos os materiais, sendo que ^{ve}utilizou-se a criatividade, mantendo-se sempre dentro dos princípios científicos.

Nesta técnica procurou-se manter o paciente tranqüilo, explicando-se os cuidados a serem realizados, respeitando sempre sua privacidade. Iniciou-se pela higiene oral, erguendo ligeiramente a cabeceira da cama. Despiu-se o paciente de modo a não expô-lo, seguiu-se a técnica da higiene do couro cabeludo, banho de leito, massagens e exercícios passivos estimulando a circulação sangüínea, mudança de decúbito de duas em duas horas evitando assim escaras de decúbito.

Proporcionou-se desta maneira a oportunidade de exercícios, hidratação da pele, conforto, segurança ao paciente, além de assegurar um ambiente limpo e agradável na unidade.

Também ^{atam}encaminhou-se e ^{atam}acompanhou-se diversos pacientes no banho de aspersão, ficando atento ^oà alterações no equilíbrio, respiração, vertigens, etc.

Restrições

Através da utilização da técnica de restrição mecânica de punho foi possível limitar os movimentos do paciente e mantê-lo em determinada posição anatômica.

Aplicou-se a atadura em "8" e adaptou-se sobre algumas compressas. Ficando atento à má circulação no local proveniente da restrição.

Nutrição - Sonda Nasogástrica

Quando o paciente não tem condições de se nutrir pela boca, seja por uma obstrução ou estreitamento na garganta, esôfago ou quando está muito fraco para se alimentar por via oral, utilizou-se a sonda nasogástrica sob prescrição médica.

Esses alimentos são preparados sob forma líquida, geralmente liquidificados, aquecidos em temperatura ambiente de modo que o paciente não se resfrie.

Os medicamentos administrados por este método devem ser previamente triturados e diluídos em água.

Handwritten mark

Acompanhou-se a passagem de uma sondagem nasogástrica que é efetuada nas seguintes condições:

Quando se pretende alimentar um paciente incapaz de fazê-lo por via oral.

Para exame do conteúdo gástrico com finalidade para fins diagnósticos.

Para aspiração do conteúdo gástrico em caso de intoxicação exógena.

Para drenagem do estômago ou do intestino através de sucção.

Os materiais utilizados nesta técnica foram: Sonda nasogástrica, lubrificação hidrossolúvel (xilocaína), folhas de gaze, seringa de 20ml, cuba-rim, copo com água, estetoscópio, esparadrapo, luva de procedimento, recipiente para receber o material usado.

Orientou-se o paciente sobre o que ia ser feito (por onde vai passar a sonda, o tempo que vai ficar, os desconfortos, movimentação).

Posicionou-se o paciente (posição de fowler 45 graus), mediu-se a sonda do lobo inferior da orelha à base do nariz e daí até o apêndice xifóide mais dez centímetros, marcou-se esta posição com esparadrapo, lubrificou-se a sonda cuidando para não obstruí-la. Introduziu-se a sonda em uma das narinas até a posição marcada pelo esparadrapo.

Em seguida verificou-se se a sonda estava no estômago através da aspiração com auxílio da seringa. Havendo a presença de suco e resíduos alimentares nos deu a certeza de que estava no estômago.

Realizou-se a técnica de alimentação por sonda nasogástrica que continha os seguintes materiais: seringa de 20ml, folhas de gaze, copo com água morna, frasco com alimentação montado em equipo de soro.

Retirou-se o ar do equipo do frasco, testou-se a sonda, lavou-se a sonda antes e após o procedimento com 20ml de água morna, conectou-se o equipo do frasco de alimentação à sonda nasogástrica, deixou-se gotejar de acordo com as condições do paciente sob prescrição médica.

Removeu-se o material deixando o paciente em posição confortável e a unidade limpa.

Realizou-se também a administração de medicamentos por sonda nasogástrica. Os medicamentos foram triturados e diluídos em um copinho com água. Testou-se a sonda, lavou-se , e administrou-se com uma seringa a medicação diluída através da sonda.

Eliminação Urinária - Sonda vesical

Denomina-se de urina a solução residual que contém restos orgânicos e inorgânicos produzidos pelos rins.

Chama-se micção o processo de esvaziamento da bexiga e sua frequência depende da quantidade que esteja sendo produzida.

A cor da urina normal é amarelo âmbar.

No hospital verificou-se ^{arau} diversos casos de pacientes com problemas urinários .

Incentivou-se o paciente de todas as maneiras possíveis à micção como por exemplo: permanecer em posição confortável, ir ao banheiro, abrir a torneira para que este ouça a água escorrer, fazer aplicação de calor sobre a bexiga.

Quando todas as tentativas de esvaziamento vesical não deram sucesso, aplicou-se o cateterismo vesical conforme prescrição médica.

Lembrando sempre que 75% dos casos de infecção hospitalar está relacionado com a passagem da sonda vesical.

Efetou-se a técnica de cateterismo vesical feminino.

Arrumou-se a bandeja contendo material de higiene íntima, lençol impermeável, lençol móvel, seringa descartável de 20ml, soro fisiológico ou água destilada, frasco com anti-séptico, xilocaína, sonda vesical, coletor de urina, pacote de cateterismo vesical, luvas esterilizadas, micropore, cuba-rim forrada.

Explicou-se ao paciente o procedimento, proporcionou-se a privacidade necessária, posicionou-se a paciente em posição ginecológica, fez-se a higiene interna e passou-se o anti-séptico nos grandes e pequenos lábios de cima para baixo. Com o campo já montado e com as luvas esterilizadas colocou-se o campo fenestrado sobre a vulva , observando rigorosamente a técnica asséptica, testou-se o balão , colocou-se a cuba-rim entre as pernas da paciente, lubrificou-se a sonda , afastou-se os grandes e pequenos lábios com a mão esquerda, introduziu-se a sonda vesical com a mão direita em torno de 5 à 8 cm no meato urinário, colocou-se a extremidade solta na cuba-rim, inflou-se o balonete com a seringa contendo água destilada, conectou-se a sonda ao equipo de drenagem o qual foi preso no estrado da cama e fixou-se a sonda na coxa da paciente com micropore.

Observou-se as características da urina drenada e efetuou-se o registro na evolução de enfermagem.

Esta técnica tem a finalidade de remoção da urina de uma bexiga muito distendida, antes das cirurgias que necessitam de esvaziamento completo da bexiga, quando os pacientes não podem urinar, Quando o paciente é incontinente e em alguns casos após a cirurgia.

Realizou-se também a retirada de sonda vesical o qual deve-se ter o cuidado de desinflar o balonete com uma seringa até que toda a água destilada saia, pediu-se para o paciente respirar fundo e retirou-se a sonda com cuidado.

Procedeu-se inúmeras técnicas de colocar e retirar comadre em pacientes que não deambulavam.

As pacientes do sexo feminino necessitam da comadre para a evacuação e micção, enquanto o sexo masculino podem fazer uso do papagaio para micção e a comadre para evacuar.

Utilizou-se o seguinte material: Comadre ou papagaio, coberta de comadre, bacia com água para lavar as mãos, papel higiênico.

Aqueceu-se a comadre, proporcionou-se privacidade ao paciente, flexionou-se os joelhos do paciente ou solicitou-se para que o faça, ajudou-se o paciente a levantar o quadril e colocou-se a comadre em posição adequada.

Deixou-se o paciente só, retirou-se a comadre após o uso, auxiliou-se o paciente a lavar as mãos.

Observou-se as características das eliminações e efetuou-se o registro.

Sabendo-se que o ato de urinar e evacuar numa comadre diminuem a auto-estima do paciente, compete ao profissional de enfermagem prever o plano terapêutico, que além de assegurar o conforto físico necessário e a segurança adequada visará respeitar a privacidade e a individualidade.

Realizou-se a técnica de fleet enema, introduz-se uma substância no reto (óleo, solução fisiológica, hipertônica, etc), e tem como objetivo ajudar na eliminação das fezes, impedir a evacuação durante o parto e em determinadas cirurgias.

Colocou-se o paciente em posição de SIMS com exposição da região genital, lubrificou-se a sonda, afastou-se os glúteos com o auxílio de uma gaze, solicitou-se ao paciente que inspire profundamente e introduziu-se vagarosamente o líquido.

O paciente foi orientado para reter o líquido o máximo possível (mais ou menos dez minutos).

Observou-se as características do conteúdo fecal e posteriormente registrou-se na evolução de enfermagem.

Curativos

Ferida é uma ruptura na estrutura corporal, ocorrendo lesão dos tecidos. As feridas abertas (destruição da pele ou mucosas e exposição de tecidos próximos), geralmente provocadas por cortes, arranhões, perfurações, queimaduras, etc.

As feridas fechadas (ruptura da pele ou mucosas), são ocasionadas por golpes ou tração.

Realiz^{ou} ^{atou}-se inúmeros curativos em feridas limpas (não contém microorganismos patogênicos), contaminadas (presença de microorganismos patogênicos), e infectadas (presença de microorganismos patogênicos e já se desenvolveu um processo infeccioso).

Preparou-se a bandeja do curativo contendo solução anti-séptica, pacote de curativo, soro fisiológico, gazes, esparadrapo comum ou micropore, cuba-rim forrada, éter, solução de benjoim, luvas, ataduras, pomadas, bacias, biombo se necessário.

Realiz^{ou}-se curativos de incisões cirúrgicas, de coto, úlcera de membro inferior esquerdo, escaras.

Sempre seguindo rigorosamente do mais limpo para o mais contaminado, de cima para baixo e do mais distante para o mais próximo.

Explicou-se o procedimento ao paciente, colocou-se o mesmo em posição adequada, arrumou-se o campo, removeu-se o curativo antigo, realizou-se a limpeza (limpa: de dentro para fora, contaminada: de fora para dentro), desprezando a pinça após a limpeza. Passou-se o anti-séptico na ferida e benjoim ao redor da incisão, cobriu-se o curativo com gazes, ataduras; Fixou-se com esparadrapo, datando o curativo e horário.

Posteriormente registrou-se o aspecto e características da lesão.

Esta técnica tem a finalidade de limpar a lesão, evitar infecção e promover a cicatrização o mais rápido possível.

Ataduras

Atadura ou bandagem é uma faixa usada para envolver, prender e proteger partes lesadas, ou, ainda, manter curativos e talas no lugar.

As ataduras mais usadas nos hospitais foram a de gaze, crepom e elástico.

Efetou-se a atadura recorrente em coto. Aplicou-se o rolo da esquerda para direita, após a fixação circular aplicou-se a atadura com idas e vindas lateralizadas, finalizando com atadura circular, evitando pregas e rugas, deixando firme e indeslocável.

Além da recorrente aplicada na cabeça, ponta dos dedos e cotos de amputação, existem outras formas de ataduras:

Circular ou orbicular onde as voltas se sobrepõe^m usadas na testa, pescoço e pulso.

Espiral lenta-as voltas da bandagem sobem em espiral de maneira que cada volta cubra parte da volta anterior.

Espiral apressada-as voltas das bandagens não se tocam entre si.

Cruzada ou em oito, consiste em cruzar a atadura em forma de oito, é usada sobretudo nas articulações, nas partes cilíndricas do corpo, nas ligações de mão e pulso, cabeça e pescoço.

Atadura do dedo, fixa-se a atadura no pulso com várias voltas, começando da extremidade do dedo em direção à sua raiz.

Necessidades Terapêuticas

Administr^{orau}ou-se várias medicações conforme prescrição médica.

Para a administração existem cinco regras que são fundamentais para a segurança do cliente bem como para a certeza de uma administração segura:

Paciente certo, Medicamento certo, Dose certa, Via de administração correta, Horário certo.

Procurou-se conhecer a droga antes da administração, lavou-se a mão, Prepar^{orau}ou-se as bandejas identificando o remédio com o nome do paciente num cartão junto ao medicamento; Observ^{orau}ou-se os princípios de assepsia cirúrgica na administração de todos os medicamentos.

Administr^{orau}ou-se inúmeras drogas por via oral, sob forma de comprimidos, cápsulas, pílulas ou líquidos.

Utilizou-se a seguinte seqüência de medicamentos orais: administr^{orau}ou-se os comprimidos e cápsulas seguidos de água, posteriormente os líquidos diluídos em água, os medicamentos para tosse são administrado sem serem diluídos e não devem ser seguidos de líquidos, os comprimidos sublinguais e bucais foram administrados por último na seqüência de medicamentos.

Permaneceu-se com o paciente até que toda medicação foi deglutida. Após a administração, registrou-se no prontuário do paciente, checando com a caneta vermelha e circulando os medicamentos que não foram administrados por estarem em carência na farmácia.

Na administração Parenteral foram aplicadas diversas injeções.

Na injeção por via subcutânea, a solução é introduzida no tecido subcutâneo.

A insulina foi a mais administrada por esta via.

Utiliz^{orau}ou-se seringas de 1ml e agulhas de 13X4,5. Os locais mais utilizados foram a parede abdominal, face externa e posterior do braço, região escapular e infraescapular, face anterior da coxa. Com o paciente deitado ou sentado.

Chamou-se o paciente pelo nome, explicou-se o procedimento, fez-se a anti-sepsia da pele de cima para baixo, firmou-se o tecido subcutâneo com os dedos indicador

e polegar mantendo em forma de coxim. Introduziu-se a agulha com bisel para o lado com rapidez e firmeza, aspirou-se para verificar se algum vaso sanguíneo foi atingido, injetou-se a solução lentamente, observando as condições do paciente.

Na aplicação de insulina é desaconselhável massagear o local.

Aplicou-se inúmeras injeções por via intramuscular. Os locais usuais para a aplicação desta injeção são os músculos deltóide, músculos da região glútea (região dorso glútea e ventroglútea) e os músculos da face lateral da coxa (vasto lateral).

Na região deltóide não foram aplicadas nenhuma injeção, pois possui sérias desvantagens e é passível de complicações, além de ser de grande sensibilidade local.

Na região dorsoglútea foram utilizadas agulhas 25X6/7 e 30X6/7 e seringas que variaram de 0,5 à 10ml com soluções entre 1,5 à 5ml.

A injeção foi dada no quadrante superior externo do glúteo, 5 à 7,5cm abaixo da crista do íleo. Neste local são evitados os grandes vasos e o nervo ciático.

Chamou-se o paciente pelo nome, explicou-se o procedimento, fez-se a anti-sepsia da pele de cima para baixo com o paciente em decúbito ventral (mais aconselhável pois há o relaxamento dos músculos da região). Introduziu-se a agulha com o bisel para o lado, mantendo o músculo firme, aspirou-se para verificar se algum vaso foi atingido, aplicou-se a solução lentamente, observou-se as condições do paciente e fez-se massagens circular com algodão no local da aplicação.

Esta injeção é contraindicada em crianças de zero à três anos e adultos com mais de sessenta anos.

A região ventroglútea é a mais indicada, podendo ser utilizada em qualquer decúbito, independente da idade.

Chamou-se o paciente pelo nome, explicou-se o procedimento a ser efetuado; Colocou-se a mão esquerda no quadril direito e vice versa do paciente, localizou-se com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior, espalmando a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formou-se com o indicador um triângulo, localizou-se a punção neste triângulo, fez-se a anti-sepsia da pele de cima para baixo, introduziu-se a agulha com o bisel para o lado dirigida ligeiramente para a crista ilíaca, aspirou-se e aplicou-se a solução lentamente observando-se as condições do paciente, fez-se massagens circulares com algodão no local da aplicação.

A única contra indicação da utilização da região ventroglútea seria por provocar angústia ou ansiedade no paciente devido ao desconhecimento de sua indicação.

A região da face anterolateral da coxa (vasto lateral) é livre dos vasos e nervos importantes e de fácil acesso podendo auto-aplicar-se.

O decúbito mais aconselhável é o dorsal, com os membros inferiores em extensão e o sentido, com flexão da perna, aprisionando com a mão o músculo a fim de estabilizá-lo e concentrar a massa muscular.

Delimita-se de 12 à 15cm abaixo do grande trocânter do fêmur e 9 à 12cm acima do joelho, numa faixa de 7a 10cm de largura.

A agulha indicada para esta região é 25 para os adultos e 20/15 para as crianças.

A injeção endovenosa é a introdução do medicamento diretamente na veia.

Administrou-se diversas injeções endovenosas onde foram aplicadas principalmente nas veias basílica, mediana basílica e cefálica, mas também são usadas as veias radial, cubital, dorso da mão. Utilizou-se os decúbito sentado com o antebraço apoiado numa mesa ou deitado.

Arrumou-se a bandeja com a seringa com solução, recipiente com algodão embebido em álcool e para desprezar o algodão usado, agulha de acordo com a solução a ser injetada e de acordo com as veias do paciente, garrote.

Chamou-se o paciente pelo nome, explicou-se o procedimento, escolheu-se o local, colocou-se o garrote solicitando ao paciente que fecha-se a mão, fez-se a anti-sepsia do local de baixo para cima, esticou-se a pele para manter a veia fixa, introduziu-se a agulha com o bisel para cima, em angulo de 45 graus, diminuindo o ângulo da agulha até que esteja paralela a pele. Aspirou-se o sangue para o interior da seringa, retirou-se o garrote, solicitando ao paciente que abra a mão, injetou-se lentamente a solução, observando as reações do paciente e se agulha permanece na veia. Retirou-se a agulha em movimento único, comprimiu-se o local com algodão com álcool por mais ou menos três minutos.

Deixou-se o paciente confortável, desprezou-se corretamente todo material usado em todas as técnicas de medicações.

Procedeu-se inúmeros cálculos utilizando-se a regra de três para insulina, heparina, decadron, penicilina, etc.

Também foi realizado o cálculo e velocidade de gotejamento de soro seguindo-se dois fatores : - total da solução à administrar, - total de tempo. Tivemos um total X solução a administrar num tempo X considerado como ideal. Utilizou-se as fórmulas estudadas em sala de aula.

As ^ASoluções eram geralmente calculadas em um espaço de 24 horas.

Fluidoterapia

Efetuou-se a técnica de aplicação de soro com a finalidade do equilíbrio hidroeletrólítico. Preparou-se a bandeja contendo frasco de soro com solução prescrita,

equipo para soro, escalp ou abocath, recipiente com algodão com álcool e para depósito de material sujo, esparadrapo ou micropore, garrote, rótulo de soro, suporte de soro.

Preparou-se a solução de acordo com a prescrição e adaptou-se o equipo ao frasco de soro, obedecendo-se a assepsia cirúrgica. Rotulou-se o frasco com horário de início e término da solução, número de gotas, solução instalada e assinatura.

Explicou-se o procedimento para o paciente, colocou-se o frasco de soro no suporte apropriado, colocou-se o garrote acima da veia eleita, fez-se a anti-sepsia da região, esticou-se a pele para manter a veia fixa, introduziu-se a agulha com o bisel para cima, soltou-se o garrote ao fluir o sangue para o equipo e abriu-se a pinça que o fecha, deixando o soro correr lentamente. Fixou-se a agulha com tiras de esparadrapo, controlou-se o gotejamento de soro conforme prescrição médica. Observou-se as condições do paciente e registrou-se no prontuário do paciente o horário de início do soro.

Aplicação de calor

Efetuuou-se a aplicação de calor como agente terapêutico. A aplicação local de calor é usada para aliviar a dor, edema, inflamação, espasmo muscular e conforto ao paciente.

Procedeu-se a utilização no hospital para promover o conforto e aliviar a dor do paciente. Utilizou-se ^{calor} compressas mornas para obter este benefício.

Aplicação de frio

A aplicação local de frio é usada após contusões, contorções, distensões para limitar o acúmulo de líquido intersticial, em hemorragias para vasoconstrição, como anestésicos e analgésicos.

Oxigenioterapia

Oxigenioterapia é a administração de oxigênio acima de 21% para auxiliar o paciente a atender suas necessidades celulares de oxigênio.

O ar ambiente possui 21% de oxigênio e pode ser prescrito pelo médico uma concentração de até 100% de oxigênio.

Os aparelhos usados na administração de oxigenioterapia são: cânula nasal, cateter nasal, máscara de oxigênio e nebulização ou aerosol.

Dentre estes aparelhos utilizou-se somente a nebulização, ^{quando} onde é introduzida a medicação não volátil através do trato respiratório, onde uma corrente de oxigênio ou de ar comprimido é passada através de uma solução, captando dessa forma pequenas partículas, com a finalidade de expelir secreções brônquicas.

Utilizou-se soro fisiológico, berotec e atrovent conforme prescrição médica. O fluxo de oxigênio necessário para a nebulização é de 6 ³ a 8 litros por minuto. Realizou-se

com o torpedo de oxigênio e também na rede com ar comprimido e oxigênio. Explicou-se o procedimento ao paciente, orientando sobre o tempo de permanência e incentivando-se o paciente a tossir, respirar profundamente e inclinar o tronco para frente, a fim de auxiliar a drenagem de secreções broncopulmonares. A Nebulização também conhecida como inalação deve permanecer no paciente por aproximadamente 15 minutos.

1.3 - Considerações finais

Desenvolveu-se todas as técnicas e procedimentos citados acima, sempre com as orientações das supervisoras, dando ênfase ao conhecimento teórico, associando-se ao prático para o desenvolvimento dos procedimentos.



2 - ENFERMAGEM MÉDICA

2.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de enfermagem médica ministrado pela enfermeira Rita de Cássia Flor realizou-se no hospital e maternidade Dona Helena, no período matutino, de 20 de novembro a 09 de dezembro de 1996, em Joinville.

Enfermagem médica é o estudo das patologias visando ao melhor atendimento ao paciente, através do plano de cuidados executados no hospital.

Este estágio teve como objetivo principal o aprendizado prático das patologias e os cuidados relacionados a cada uma, procurando desta forma a promoção e preservação da saúde do paciente.

Podemos afirmar que a saúde de um cliente é o estado de pleno funcionamento de um ser humano, de uma pessoa que utiliza a mente e o corpo para viver de um modo satisfatório e aceitável.

Com o estudo das patologias adquirido em sala de aula, realizaram-se inúmeros planos de cuidados com o objetivo de prestar uma melhor assistência de enfermagem, visando ao restabelecimento do paciente.

2.2 - Desenvolvimento das atividades

Ao iniciarem-se os cuidados ao paciente realizou-se exame físico para avaliar as condições do paciente, levantando problemas e necessidades para dar início a um plano de cuidados.

Conforme rotina da unidade verificaram-se os sinais vitais todos os dias com o objetivo de detectar anormalidades possibilitando a intervenção da equipe de enfermagem.

Realizaram-se várias técnicas de higiene e conforto, conforme descritas anteriormente. No banho de leito observou-se o estado geral do paciente quando se pôde observar uma grande incidência de escaras, pela falta de mudança de decúbito.

Medicaram-se vários pacientes conforme prescrição médica, seguindo-se as cinco regras já mencionadas anteriormente para uma administração segura.

Puncionou-se uma veia periférica, obtendo assim acesso à circulação venosa do paciente para infusão de fluidoterapia e medicação conforme prescrição médica.

Conversou-se com os pacientes sobre sua patologia dando oportunidade de ele se expressar e servindo como fonte de estudo, principalmente em pacientes que apresentavam patologias crônicas.

Cuidados realizados em paciente com Hepatomegalia.

Hepatomegalia é o aumento do fígado, ^{que} pode ser provocado ^{por} por descompensações cardíacas, malária, tumores, infestações e cirrose hepática.

Manteu-se ^o a cama em posição de fowler, diminuindo assim a pressão sobre o diafragma, permitindo uma melhor expansão pulmonar e facilitando a respiração.

Observou-se o aspecto das eliminações detectando assim possíveis anormalidades e auxiliando para um melhor diagnóstico.

Mediu-se a circunferência abdominal diariamente para detectar aumento ou diminuição abdominal e a presença de provável ascite.

Estimulou-se a alimentação leve, favorecendo a sua recuperação.

Realizou-se a anamnese e exame físico, ^{pois} pois auxilia no tratamento e na evolução do quadro clínico.

Orientou-se o paciente quanto ao não uso do álcool para o restabelecimento da saúde e a importância do repouso para a melhora do estado patológico.

Cuidados realizados em paciente com pancreatite.

Pancreatite é a inflamação do pâncreas.

Manteu-se ^o o paciente em repouso para diminuir o metabolismo do corpo e assim reduzir as secreções gástricas e pancreáticas.

Posição de fowler, diminuindo assim a pressão sobre o diafragma permitindo uma maior expansão pulmonar.

Avaliou-se o nível da dor antes da administração de analgésico para evitar a dependência da droga.

Orientou-se o paciente a evitar o uso do álcool, café e comidas condimentadas para não agravar ainda mais o seu estado patológico.

Cuidados realizados em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

DPOC é uma classificação ampla para distúrbios como ^o bronquite, asma e enfisema pulmonar.

Bronquite é a inflamação dos bronquíolos causada pela inalação de fumo e exposição ^à a poluição, causando irritação nas vias aéreas, resultando em hipersecreção de muco e inflamação. O exsudato enche e obstrui os bronquíolos e é responsável por uma tosse produtiva e persistente além da dispnéia.

Asma é uma doença obstrutiva das vias aéreas, intermitente e reversível. Manifesta-se por um estreitamento das vias aéreas, resultando em dispnéia, tosse e sibilos.

Manteu-se a cama em posição de fowler, diminuindo assim a pressão sobre o diafragma, permitindo uma melhor expansão pulmonar e facilitando a respiração.

Incentivou-se a ingestão hídrica, de seis a oito copos de líquido por dia, para fluidificar secreções e facilitar a expectoração.

Estimulou-se exercícios respiratórios para melhorar a respiração e auxiliar na expectoração.

Orientou-se o paciente quanto ao não uso do fumo, porque sua inalação causa broncoconstrição e paralisia da atividade ciliar.

Controlou-se os sinais vitais, porque os broncodilatadores utilizados pelos pacientes com DPOC causam taquicardia.

Incentivou-se o paciente a respirar profundamente e a tossir para auxiliar na expectoração.

Auxiliou-se o paciente na administração de tratamentos com nebulizadores.

Administrou-se oxigênio pelo método prescrito no caso de o paciente apresentar dispnéia excessiva.

2.3 - Considerações finais

Concluiu-se este estágio com pleno sucesso, ^{quando se} ~~o qual~~ ^{travou} desenvolveu-se as técnicas e cuidados específicos a cada patologia.

A partir do plano de cuidados foi possível obter uma maior compreensão da patologia apresentada pelo paciente. Em decorrência, foi obtido o favorecimento tanto da enfermagem como do paciente, garantindo um melhor atendimento e esclarecimento aos familiares e, principalmente, ao paciente.

Este estágio proporcionou uma melhor compreensão sobre as patologias. O conhecimento adquirido deverá ser de grande valia na realização das atividades inerentes às funções desenvolvidas na área de enfermagem médica.

3 - EMERGÊNCIA

3.1 - Apresentação

A emergência tem por objetivo principal os cuidados dispensados ^à clientes em situações de gravidade com necessidade de uma avaliação imediata.

A finalidade do tratamento de emergência visa ^a preservação da vida num todo, prevenindo desta forma as complicações patológicas, bem como procurar restituir a vida útil do cliente.

O estágio supervisionado de emergência ministrado pela enfermeira docente da E.T.F.S.C. Rosane Aparecida do Prado realizou-se no hospital regional Hans Dieter Schmith, no período matutino em Joinville - SC.

Efetuuou-se no decorrer de 29 de outubro ^a 06 de novembro de 1996.

A emergência do Hospital Regional é subdividida em:

- Sala de emergência;
- Observação masculina;
- Observação feminina;
- Observação infantil;
- Sala de sutura;
- Sala de espera;
- Sala de triagem;
- Sala de medicação;
- Sala de punção lombar;
- Sala de gesso;
- Consultórios médicos;
- Posto de enfermagem;
- Sala de utilidades;
- Expurgo;
- Sanitários;
- Sala de repouso médico.

3.2 - Desenvolvimento das atividades

Na emergência foram desenvolvidas os seguintes trabalhos e procedimentos:

Triagem:

Desenvolveu-se a distribuição e classificação dos pacientes de acordo com a necessidade do tratamento de emergência.

Verificou-se os sinais vitais conforma ^o técnica descrita em fundamentos de enfermagem no capítulo I.

Procedeu-se à verificação do peso e estatura nas crianças e nos adultos eram verificados a pressão arterial e temperatura.

Neste local avaliou-se o paciente na sua chegada obtendo-se esclarecimentos sobre sua queixa principal, bem como determinou-se a área de atendimento (ortopedia, clínico geral, pediatra) em nível de necessidades.

Junto a esta unidade procurou-se orientar o cliente nos bairros onde existem unidades sanitárias que desenvolvem um trabalho com profissionais competentes, os quais exercem a sua função de prevenção e cura de patologias.

Pôde constatar-se que em muitos casos não se fazia necessário ir ao pronto socorro e sim aos ambulatórios dos bairros.

Salas de observação:

O período em que permanecemos na emergência do hospital Regional Hans Dieter Schmidt realizaram-se inúmeros procedimentos na sala de observação devido ao baixo número de emergências no período matutino.

Na sala de observação realizaram-se os cuidados integrais e verificação constante do estado geral dos pacientes.

Efetuuou-se o controle dos sinais vitais, com o objetivo de detectar anormalidades, possibilitando a intervenção da equipe de enfermagem.

Administraram-se vários medicamentos conforme prescrição médica pelas vias subcutânea, intramuscular, endovenosa e via oral, proporcionando-se assim uma melhora do estado patológico do paciente.

Observaram-se as eliminações fisiológicas e anotou-se cor, volume, quantidade e características gerais, fornecendo subsídios para avaliação e diagnóstico.

Puncionaram-se várias veias periféricas obtendo acesso à circulação do paciente para a infusão de fluidoterapia e medicamentos.

Efetuuou-se eletrocardiograma para detectar anormalidades. Observaram-se as ondas elétricas do coração com a colocação de eletrodos no tórax e placas nas extremidades dos membros inferiores e superiores.

Orientaram-se os pacientes e familiares sobre exames a serem realizados.

Realizou-se o controle de gotejamento de soro, para controlar a quantidade de líquidos infundidos no paciente.

Encaminharam-se pacientes para realização de exames.

Realizaram-se várias nebulizações para umidificar secreções brônquicas e facilitar a expectoração.

Observou-se um paciente que fora mordido por uma cobra (jararaca), o qual apresentava sinais de delírio, hipertermia. Administrou-se a medicação via endovenosa o soro antiofídico procurando desta forma o restabelecimento da mesma. Após duas horas de observação ele estava tranqüilo, consciente e recuperado com apenas com uma mancha vermelha no local.

Realizaram-se vários controles neurológicos em pacientes que foram acometidos por acidente vascular cerebral. O objetivo deste procedimento é avaliar o nível de consciência, usando uma escala de glasgow para identificar os reflexos do paciente, bem como suas funções neurológicas.

Expurgo

Todos os materiais usados que posteriormente seriam utilizados pela equipe de enfermagem médica passam por um processo de desinfecção. Colocou-se em solução de glutaraldeído, máscaras de oxigênio, seringas, latas e outros.

Realizou-se a desinfecção, lavou-se com água e sabão, secou-se e acondicionou-se nos seus devidos lugares.

Sala de emergência

No período de permanência nesta sala houve apenas uma emergência pediátrica quando a criança de 07 meses apresentou septicemia. Foi difícil conseguir identificar uma veia para a infusão de líquidos e medicamentos, e a criança foi levada para realizar raio X. A pediatra não conseguiu vaga na unidade de terapia intensiva, sendo internada na unidade de pediatria do hospital vindo a entrar em óbito na mesma manhã.

Sala de sutura

Acompanhou-se uma sutura de supercílio, auxiliando o médico na abertura de campos estéreis e tranqüilizando o paciente durante o procedimento.

3.3 - Considerações finais

Ao término deste estágio conseguiu-se associar os conhecimentos teóricos com os práticos os quais foram desenvolvidos em campo.

4 - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

4.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de unidade de terapia intensiva realizou-se na unidade do hospital regional Hans Dieter Schmith no período de 07/11/96 a 18/11/96, sob a supervisão e orientação do professor e enfermeiro docente da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Fabiano O. Antonini.

Unidade de terapia intensiva é a unidade hospitalar destinada a atender doentes graves e recuperáveis, sob uma vigilância constante, de uma equipe multidisciplinar, com uma assistência integral, contínua, especializada, utilizando-se de equipamentos específicos, mantendo desta forma a estabilidade do paciente e a segurança da família.

O objetivo deste estágio foi cuidar de pacientes graves e recuperáveis, prestar assistência específica e especializada ao paciente e família, manter orientada a família e o paciente quanto ao estado clínico e conhecer a estrutura organizacional, normas e rotinas da unidade.

Com a realização deste estágio foi possível iniciar a preparação para um melhor atendimento na área de unidade de terapia intensiva.

4.2 - Desenvolvimento das atividades

A unidade apresentava-se sob a forma retangular possuindo sete leitos, sendo um para isolamento.

Também encontram-se na unidade de terapia intensiva área para estocagem de materiais e equipamentos, sala de utilidades, expurgo, posto de enfermagem e medicação, sala de reuniões, sanitários para pacientes e funcionários, vestiário, copa, recepção, box do paciente.

Na unidade de terapia intensiva pôde-se observar várias patologias graves como: Infarto agudo do miocárdio, insuficiência respiratória aguda, intoxicação exógena.

Infarto agudo do miocárdio é uma necrose isquêmica dos tecidos em virtude de uma irrigação insuficiente ou inadequada. Processo pelo qual o miocárdio é destruído em regiões do coração que receberam suprimento sanguíneo inadequado em consequência de um fluxo coronariano reduzido. Ocorre por uma desproporção entre a oferta e o consumo pelo miocárdio.

Insuficiência respiratória aguda ocorre quando o intercâmbio de oxigênio e gás carbônico nos pulmões não pode se equiparar com a velocidade de consumo de oxigênio e produção de gás carbônico. Resulta em hipóxia.

Intoxicação exógena resultante de uma ingestão excessiva de medicamentos (antidepressivos). Esta paciente apresentou quadro de alucinações, delírios, insuficiência respiratória e midríase.

Também foi observado um paciente que devido a um acidente de trabalho teve um traumatismo crânio encefálico com lesão da massa cefálica e posteriormente morte cerebral (perda da atividade cerebral decorrente do politrauma).

O diagnóstico confirmou-se através da avaliação neurológica: reflexo pupilar (midríase), reflexo palpebral, reflexo auricular, eletroencefalograma.

Neste caso, o hospital requer junto à família a possibilidade da doação de órgãos, não obtendo-se sucesso.

Realizaram-se cuidados integrais observando os pacientes como um todo. Observando sempre as prioridades e necessidades antes de começar os cuidados.

Efetuaram-se todos os dias técnicas de controle de sinais vitais e balanço hídrico de 2 em 2 horas. Neste procedimento deve-se saber com precisão a quantidade de líquidos administrados para cada paciente, bem como as eliminações do mesmo.

O objetivo deste procedimento é certificar-se de possível retenção hídrica ou qualquer outra anormalidade do funcionamento renal.

Realizou-se também a reposição de eletrólitos com o objetivo de manter o equilíbrio físico.

O banho de leito foi realizado de forma rápida dentro das normas científicas, pois os pacientes que se encontravam nesta unidade estavam debilitados e qualquer esforço extra traria possíveis complicações.

Fez-se a mudança de decúbito de 2 em 2 horas para prevenir úlceras de decúbito.

Observou-se constantemente o ritmo e frequência cardíaca no monitor detectando eventual anormalidade.

Realizaram-se várias aspirações de secreções de clientes que não podiam realizá-las naturalmente.

Para este procedimento preparou-se o material que continha uma sonda número 8 ou 10 e um par de luvas estéreis.

Conectou-se a sonda junto ao látex, ligou-se o vácuo e procedeu-se a aspiração, observando os aspectos da mesma.

Procurou-se aspirar junto à cânula endotraqueal todo o acúmulo de secreções existentes, tendo sempre o cuidado de não contaminar, pois trata-se de um procedimento estéril.

Verificou-se também a pressão venosa central, para diagnosticar distúrbios hemodinâmicos.

Realizou-se este procedimento com a seguinte técnica:

Procurou-se explicar ao paciente o que seria feito, ~~lavou-se~~ as mãos, colocou-se o cliente em posição dorsal, plano horizontal e sem o travesseiro, encheu-se a coluna de líquido até o nível superior fazendo-se primeiro o fechamento do cateter venoso (via do cliente) permitindo desta forma a passagem do líquido para a outra coluna. Logo após fechou-se a via do soro e abriu-se a via do cliente, verificou-se então o quanto a escala de soro desceu oscilando até o ponto do registro, ~~onde~~ ^{onde} oscilou com os movimentos respiratórios e o número da oscilação foi o valor da pressão venosa central.

Após a verificação da pressão venosa central, ~~encheu-se~~ a coluna de soro e ~~abriu-se~~ os demais soros.

Esta técnica nos forneceu a relação efetiva entre a quantidade de líquido (sangue) que chega ao coração e sua capacidade de bombeá-lo. O valor normal em média de 7 à 14 centímetros de água.

Uma pressão venosa central acima de 15 pode indicar hipervolemia ou insuficiência cardíaca e um resultado abaixo de 6 indica hipovolemia ou desidratação.

Junto aos pacientes que ~~encontravam-se~~ ^{ve} na unidade de tratamento intensivo, observou-se que alguns necessitavam da ventilação mecânica. Pode-se observar dois tipos de respiração:

Controlada: a frequência é ajustada e realizada pela máquina quando o paciente não tem condições de realizá-la sozinho.

Assistida: o paciente inicia a fase respiratória pelo seu próprio esforço e a máquina o auxilia.

Observou-se o cirurgião ~~a~~ realizar uma punção de subclávia. Este procedimento é de natureza invasiva, o paciente o qual não se consegue mais proporcionar uma veia periférica para reposição de líquidos, administração de medicação e até mesmo a própria alimentação. Realiza-se a punção de uma veia profunda, colocando-se um intracat junto à veia puncionada e realiza-se alguns pontos no local e usa-se para fins específicos citados acima.

O cliente permanece com esta punção até o tempo designado pelo médico ou até ocorrer qualquer alteração.

Realizou-se um eletrocardiograma.

O eletrocardiograma é uma representação visual da atividade elétrica do coração, refletida pelas alterações do potencial elétrico na superfície da pele.

Utiliza-se para avaliação das condições que interferem com as funções cardíacas normais, como distúrbios da frequência ou ritmo, anormalidades da condução, crescimento das câmaras cardíacas, presença de um infarto do miocárdio e desequilíbrios eletrolíticos.

A informação sobre a atividade elétrica do coração foi obtida colocando-se eletrodos sobre a superfície da pele, em posições anatômicas convencionadas.

4.3 - Considerações finais

Ao término deste estágio, pode-se observar o excelente aprendizado prático obtido nesta unidade, bem como a confiança adquirida ao manusear os equipamentos ligados ao paciente e principalmente os cuidados diferenciados com estes pacientes que necessitam demais de nosso esforço, dedicação, respeito e seriedade.

5 - CLÍNICA CIRÚRGICA

5.1 - Apresentação

O estágio de supervisionado de clínica cirúrgica foi dividido em duas etapas, sendo que a primeira realizou-se no hospital e maternidade Dona Helena, no período de 31 de março a 11 de abril de 1997, sob a supervisão da professora e enfermeira docente da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Elisabete Furtado Maia no período matutino.

A segunda etapa realizou-se no hospital Regional Hans Dieter Schimith no período de 25 de abril a 05 de maio de 1997, sob a supervisão do professor e enfermeiro docente Fabiano O. Antonini, no período matutino. As duas etapas de clínica cirúrgica serão relatadas em um só item.

A unidade de clínica cirúrgica de um hospital é destinada ao atendimento de pacientes antes e após o ato cirúrgico.

A cirurgia é um método de tratamento de doenças, lesões ou deformidades externas e ou internas, por meio de técnicas realizadas, geralmente com o auxílio de instrumentos e requerendo do cirurgião habilidade manual.

O objetivo deste estágio foi desenvolver os cuidados pré e pós-operatórios estudados em sala de aula, bem como o preparo psicológico do paciente.

Visando melhorar a qualidade no atendimento de enfermagem e automaticamente proporcionando ao paciente uma plena recuperação do seu estado físico, social e emocional.

5.2 - Desenvolvimento das atividades

Durante o estágio de clínica cirúrgica prestou-se assistência integral a pacientes no pré e pós-operatório de acordo com cada patologia.

Cuidados pré-operatórios gerais:

O pré-operatório é o período desde a indicação da cirurgia até a realização do ato operatório. Pode ser dividido em:

Mediato: compreende o período desde a internação até 24 horas antes da cirurgia.

Imediato: são as 24 horas que antecedem a cirurgia.

É de fundamental importância que neste período o paciente receba todas as orientações necessárias para que o pós-operatório seja calmo e tenha boa evolução.

Orientou-se o paciente e familiares quanto à cirurgia.

Verificou-se no mapa cirúrgico e prontuário:

- Os pacientes que seriam operados
- Nome da cirurgia e horário
- Se havia pedido de sangue
- Preparos especiais ou de rotina
- Se os exames de laboratório e radiografias estavam prontos
- Se estava assinado o termo de responsabilidade

Mediu-se e pesou-se o paciente.

Observou-se sinais e sintomas como tosse, coriza, hipertermia, variações da pressão arterial.

Realizou-se a tricotomia da região correspondente à cirurgia.

Encaminhou-se o paciente para o banho pré-operatório.

Removeu-se o esmalte das unhas para observar possíveis alterações da circulação e oxigenação das extremidades durante a cirurgia.

Observou-se se o paciente estava em jejum, orientando-se que o jejum deve ser mantido para evitar possíveis complicações no trans e pós-operatório.

Realizou-se fleet enema para evitar incontinência fecal, perfuração de alças intestinais durante a cirurgia e evitar flatulência no pós-operatório. Após realizado o fleet enema verificou-se a quantidade de evacuações, características, presença de sangue e fez-se a anotação no prontuário.

Removeu-se prótese e dentaduras como medida de segurança para evitar a asfixia identificando-as e guardando em local seguro.

Orientou-se o paciente para que esvaziasse a bexiga antes de ir para o centro cirúrgico para evitar traumatismo acidental durante a cirurgia e distensão precoce no pós-operatório.

Auxiliou-se o paciente a vestir a camisola do centro cirúrgico adequadamente.

Auxiliou-se o paciente a passar da cama para a maca.

Cuidados pré-operatórios específicos:

Realizou-se os cuidados pré-operatórios gerais e os cuidados específicos de acordo com cada cirurgia.

Segue abaixo os cuidados específicos realizados nos hospitais.

Nefrectomia

Ato cirúrgico para a retirada parcial ou total do rim afetado.

A cirurgia é indicada em doenças renais terminais, câncer, traumatismos, cálculos, hidronefrose.

Realizou-se controle da diurese, observando as características das mesmas.

Efetudou-se controle de peso diário.

Observou-se possíveis sinais de infecção (hipertermia, distensão, edema e dor).

Orientou-se quanto à dieta hiposódica e com restrição líquida.

Nesta paciente não houve necessidade de realizar a tricotomia.

Histerectomia

É a retirada total ou parcial do útero. Esta cirurgia é indicada para mulheres com hemorragias incontroláveis, processos inflamatórios, miomas uterinos, tumores, etc.

Pode ser realizada pelo acesso abdominal ou vaginal, sendo indicado quando possível o acesso vaginal pela recuperação ser mais rápida.

Efetudou-se tricotomia genital.

Realizou-se fleet enema para evitar lesão acidental do trato intestinal, incontinência fecal e consequentemente contaminação da cirurgia e evitar flatulência no pós-operatório.

Orientou-se exercícios perineais e moderação nos esforços físicos no pós-operatório.

Orientou-se a paciente e familiares quanto à cirurgia e preparou-se psicologicamente para a presença da sonda vesical ao retornar do centro cirúrgico.

Herniorrafia umbilical

Ocorre devido a uma falha no fechamento do orifício umbilical. Incidência em mulheres obesas, crianças e cirráticos com ascite (acúmulo de líquidos no abdome).

A cirurgia é indicada para aliviar a dor do paciente e prevenir a obstrução dos fluxos sangüíneos.

Realizou-se tricotomia da região umbilical.

Observou-se sinais de infecção do trato respiratório superior, evitando assim rupturas da incisão após a cirurgia devido à tosse e espirros.

11 Orientou-se o paciente para que evitasse fazer esforço no pós-operatório e pressionasse a incisão cirúrgica com as duas mãos entrelaçadas sempre que fizesse esforço.

Colpoperineoplastia

Realizou-se tricotomia da região pubiana.

Efetuu-se fleet enema para evitar incontinência fecal durante o ato cirúrgico e possível perfuração do trato intestinal.

Realizou-se embrocação vaginal, com finalidade de manter a assepsia.

Colecistectomia

É a retirada da vesícula biliar após ligadura do canal e dos vasos císticos.

Esta cirurgia é indicada nos casos de múltiplos cálculos ou infecção grave.

Realizou-se tricotomia abdominal.

Orientou-se o paciente para que desse preferência a dietas leves, pobre em gordura, e para que evitasse alimentos muito condimentados e bebidas alcóolicas.

Informou-se o paciente sobre a possibilidade de ele voltar do centro cirúrgico com um dreno de penrose para permitir a drenagem do líquido vesicular.

Orientou-se quanto os exercícios respiratórios antes e após a cirurgia.

Cuidados pós-operatórios gerais

O pós-operatório é o período que decorre desde o término da cirurgia até a alta hospitalar.

Pode ser dividido em:

Imediato: são as primeiras 24 horas após o ato cirúrgico.

Mediato: é o período após as 24 horas do ato cirúrgico até a alta hospitalar.

Segue abaixo os cuidados pós-operatórios gerais realizados durante o estágio de clínica cirúrgica:

Auxiliou-se o paciente a passar da maca para o leito com auxílio de outros funcionários de maneira rápida, segura e cuidadosa.

Mant~~eu~~^{eu}-se o paciente na posição horizontal sendo também utilizadas outras posições de acordo com a prescrição médica e o tipo de cirurgia.

Verific~~ou~~-se, no prontuário, as anotações do centro cirúrgico.

Orient~~ou~~-se os pacientes para a mudança de decúbito freqüente e os exercícios no leito, como movimentar os membros, sendo suspensa a orientação quando contra indicada.

Manteve-se o paciente aquecido e confortável.

Incentivou-se a deambulação precoce para favorecer a recuperação.

Observou-se a conexão de sondas e drenos, verificando-se o seu funcionamento e controlando-se a diurese e drenagem.

Observ~~ou~~^{ou}-se as eliminações fisiológicas, anotando-se as características das mesmas.

Controlou-se o gotejamento do soro, observando sinais de flebite e soroma e quando necessário reinstalou-se a fluidoterapia.

Observou-se constantemente o nível de consciência, sinais de hemorragia e choque como palidez, pulso rápido e fraco, pele fria e pegajosa, sudorese e hipotensão.

Observ~~ou~~^{ou}-se dificuldades respiratórias, optando-se pela posição semi-fowler que diminui a pressão sobre o diafragma, permitindo assim uma melhor expansão pulmonar e facilitando a respiração.

Incentiv~~ou~~-se exercícios respiratórios do tipo: “cheire uma rosa e sopre uma vela”, para melhorar a oxigenação.

Control~~ou~~-se os sinais vitais, detectando qualquer anormalidade.

Verificou-se o curativo cirúrgico (limpo, hemorragia, secreções, etc.) sendo que geralmente o curativo cirúrgico não era trocado no primeiro dia seguindo prescrição médica.

Promoveu-se a higiene e conforto do paciente, auxiliando-se no banho de aspersão ou de leito, conforme a necessidade.

Auxiliou-se o paciente a levantar do leito pela primeira vez, transmitindo-lhe calma e segurança.

Orientou-se quanto a presença de náuseas, vômitos e lipotimia ~~são~~ comuns no pós-operatório.

Administrou-se analgésicos, antieméticos e outros medicamentos conforme prescrição médica.

Observou-se que as complicações mais comuns nos pacientes em que ^{se} ~~prestou-se~~ ^{realizou} os cuidados pós-operatórios foram: náuseas, vômitos, dor e lipotimia, devido ao ato cirúrgico e a anestesia.

Cuidados pós-operatórios específicos

Segue ^{em} abaixo os cuidados específicos realizados durante o estágio de clínica cirúrgica:

Nefrectomia

Realizou-se controle da diurese e observou-se as características das mesmas.

Pesou-se a paciente diariamente.

Observou-se possíveis sinais de distensão abdominal.

Retirou-se a sonda vesical conforme prescrição médica.

Estimulou-se a deambulação precoce.

Observou-se o estado do curativo para detectar hemorragias.

Histectomia

Observou-se sinais de sangramento e infecção, detectando qualquer sinal de hemorragia.

Retirou-se o tampão vaginal após a primeira visita médica.

Estimulou-se a deambulação precoce para facilitar o retorno da peristalse, ativar a circulação, prevenir flatos e constipação.

Orientou-se ^{em} exercícios perineais (contrair a musculatura perineal 10 ^x a 20 vezes por hora para fortalecimento do períneo)

Orientou-se a paciente para a alta hospitalar quanto a:

- retornar ao consultório médico em data e horário predeterminados,
- não realizar esforços físicos, nem levantar peso,
- não manter relação sexual durante 60 dias,
- procurar orientação médica caso ocorra elevação da temperatura, secreção vaginal, odor fétido, quantidade excessiva de sangramento.

Cirurgia Vascular (varizes)

Posicionou-se a paciente em trendelemburg para facilitar a circulação.

Observaram-se sinais de sangramento para detectar qualquer hemorragia.

Aqueceram-se os membros inferiores pois o calor faz a vasodilatação facilitando a circulação sanguínea.

Colocaram-se ataduras nos membros inferiores de forma espiral.

Colecistectomia

Orientou-se o paciente quanto à dieta rica em carboidratos e proteínas e pobre em gordura, para facilitar a digestão e para um restabelecimento mais rápido.

Observaram-se sinais de sangramento na incisão e realizou-se o curativo observando aspecto da cicatrização e sinais de infecção.

Observou-se o dreno e anotou-se o aspecto das secreções.

Manteve-se o paciente em posição de semi-fowler para facilitar a respiração.

Colpoperineoplastia

Retirou-se o tampão vaginal conforme prescrição médica.

Observaram-se eliminações vesicais e realizou-se os cuidados com a sonda vesical.

Manteve-se a sonda em exercício vesical fechando e abrindo de 4 em 4 horas para reeducar a bexiga.

Observaram-se sinais de sangramento e infecção.

Apendicectomia

É a retirada do apêndice vermiforme, por inflamação, com ou sem supuração.

Manteve-se o paciente em posição de fowler para melhorar a respiração e proporcionar maior conforto ao paciente.

Realizou-se curativo de incisão cirúrgica sempre observando o aspecto da cicatrização e sinais de infecção.

Controlaram-se os sinais vitais, principalmente o pulso e temperatura.

Orientou-se quanto à deambulação que só poderia começar no segundo dia do pós-operatório.

Incentivou-se uma dieta rica em fibras para evitar constipação.

5.3 - Considerações finais

Durante o estágio de clínica cirúrgica foi possível obter uma maior compreensão sobre as cirurgias, colocando em prática o que foi estudado em sala de aula.

Observou-se neste período que os pacientes não tinham esclarecimento sobre as cirurgias que iriam realizar, ficando, portanto, ansiosos ao procedimento.

Os pacientes receberam orientações de como seria a cirurgia, os cuidados que deveriam ser tomados tanto no pré como no pós-operatório.

A resposta foi imediata, sentimos os pacientes mais tranquilos e automaticamente mais seguros quanto ao nosso desempenho.

6 - CENTRO CIRÚRGICO

6.1 - Apresentação

Para todas as patologias existem formas de tratamento, umas são terapêuticas, outras medicamentosas e outras cirúrgicas.

A cirurgia é um tratamento específico de lesões ou deformidades externas e ou internas, por meio de técnicas realizadas, geralmente com o auxílio de instrumentos e requerendo do cirurgião habilidade manual.

Existem quatro tipos de cirurgias:

Cirurgia eletiva ou programada: É uma cirurgia necessária e que, para o bem do paciente, pode ser programada para uma data conveniente e segura, sem que haja risco de vida iminente.

Cirurgia de emergência: é a cirurgia que deve ser realizada o mais rápido possível, devido ao estado do paciente existindo risco de vida iminente se não for realizada.

Cirurgia de urgência: Pode-se esperar um período de até 24 horas para a realização da cirurgia.

Cirurgia opcional: É a cirurgia realizada de acordo com a vontade do paciente, não existindo necessidade fisiológica para ser realizada.

O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando a atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais.

Tem por finalidade realizar intervenções cirúrgicas e encaminhar o paciente a unidade de origem, na melhor condição possível de integridade; Realizar o preparo, esterilização, guarda e encaminhamento do material para todo o hospital.

Dentro da unidade do centro cirúrgico continha as salas de cirurgias, centro de material e esterilização e sala de recuperação pós-anestésica.

Realizou-se este estágio junto ao centro cirúrgico do Hospital Municipal São José, sob a supervisão e orientação da professora e enfermeira docente da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Marcia Bet Kohls, no período matutino, de 14 ^{de} a 24 de abril de 1997.

6.2 - Desenvolvimento das atividades

Junto a esta unidade hospitalar realizou-se ^o as tarefas atribuídas ao circulante e instrumentador os quais compreendem:

Atividades desenvolvidas no papel de circulante:

Verificaram-se e testaram-se as luzes, aparelhos elétricos e ar condicionado local.

Auxiliou-se o instrumentador e o cirurgião a vestirem o avental esterilizado.

Acenderam-se as luzes centrais e focalizou-se sobre a mesa cirúrgica.

Recebeu-se e identificou-se o paciente, auxiliando-se na posição desejada pelo cirurgião restringindo-o quando necessário, sem comprimir vasos e nervos.

Colocou-se a placa de bisturi elétrico na panturrilha do paciente, e ligou-se a mesma sempre que necessário.

Verificou-se e controlou-se o número de compressas usadas no ato operatório.

Conferiu-se o equipamento, material e medicamentos consumidos durante o ato operatório, fez-se a reposição dos mesmos e anotaram-se os gastos no mapa cirúrgico.

Após a cirurgia, fixou-se o curativo na incisão cirúrgica e encaminhou-se o cliente para a sala de recuperação pós-anestésica.

Encaminharam-se as notas de débito, peças e outros materiais biológicos para exame.

Registraram-se os procedimentos executados relativos à assistência prestada no ato operatório.

Providenciou-se a ordem, limpeza e assepsia da sala de operações após a cirurgia.

Atividades desenvolvidas no papel de instrumentadora:

Instrumentaram-se duas cirurgias:

Laparotomia exploratória é um termo utilizado para descrever uma operação que envolve a abertura da cavidade abdominal. É usada principalmente para fins diagnósticos. A laparotomia exploradora pode determinar o estágio (extensão) de uma doença maligna como base para prescrever uma terapia.

Neste caso a doença maligna já estava avançada não podendo se fazer mais nada.

Pancreatojejunostomia é a anastomose lado a lado ou união do ducto pancreático ao jejuno, possibilitando a drenagem de secreções pancreáticas ao jejuno.

Em primeiro lugar, abriram-se os campos operatórios e conferiu-se o material esterilizado necessário a cirurgia.

Já com o gorro, propés e a máscara iniciou-se então a degermação das mãos e antebraços com a finalidade de remover microorganismos, realizou-se durante 15 minutos a escovação de acordo com a técnica, tendo-se o cuidado de não se contaminar.

Paramentou-se com o avental e luvas estéreis.

Preparou-se a mesa dispondo todo o material necessário ao ato cirúrgico.

Auxiliou-se o cirurgião na colocação de campos operatórios.

Procurou-se manter as mãos sempre acima da cintura para evitar contaminações.

Procurou-se proteger a mesa de instrumental cirúrgico para que ninguém a contaminasse.

Alcançou-se o instrumental cirúrgico de acordo com os tempos cirúrgicos que são: Diérese (abertura), Hemostasia (estancamento de vasos sanguíneos), Exérese (cirurgia propriamente dita), e Síntese (sutura).

Auxiliou-se no curativo e transportou-se o paciente para a sala de recuperação pós-anestésica.

Organizou-se e limpou-se a sala cirúrgica.

Encaminhou-se o instrumental para o centro de material e esterilização.

Centro de Material e Esterilização

Destina-se à esterilização de todo o material utilizado no centro cirúrgico e demais unidades do hospital.

No centro de material e esterilização deve haver dois guichês, um para a entrega dos materiais esterilizados e outro para receber os materiais contaminados.

Logo após o ato cirúrgico reuniu-se todo o material utilizado bem como os demais materiais a serem esterilizados e encaminhou-se para o expurgo. Neste local fez-se a lavagem dos mesmos com água e sabão, colocando em seguida sobre a ação de agentes químicos (glutaraldeído) por um determinado tempo.

No centro de material e esterilização fez-se a triagem dos materiais, embalou-se, datou-se e encaminhou-se para a esterilização materiais como campos cirúrgicos, seringas, compressas, algodão, instrumentos cirúrgicos, entre outros.

A esterilização é um processo usado para a destruição de todas as formas de vida microbianas.

Todos os materiais a serem esterilizados passaram por várias etapas:

Lavagem dos materiais: Lavou-se todos os materiais tirando-se todos os resíduos para que ocorresse uma esterilização eficiente.

Secagem: Nesta etapa secou-se todos os materiais para depois passar para o empacotamento.

Empacotamento: Nesta etapa empacotou-se os materiais com tecido ou papel kraft, criando proteção, para que depois que os materiais estivessem estéreis não se podia entrar em contato com eles, evitando assim a contaminação.

Esterilização: Etapa onde houve a destruição de todos os microorganismos, inclusive as formas esporuladas. O processo de esterilização ~~se~~ deu-se por meio de máquinas chamadas de autoclaves, que utilizam calor úmido em altas temperaturas e tempo de exposição que variaram de acordo com o material que seria esterilizado.

Armazenamento ou estocagem: Todo material a ser estocado foi devidamente identificado para poder passar por um novo processo de esterilização quando houvesse decorrido o prazo validade.

Os materiais foram estocados em ambiente arejado com temperatura ambiente de 25 graus centígrados e sob superfícies secas.

Sala de recuperação pós-anestésica

Destina-se a prestar assistência a pacientes sob ação anestésica, com vigilância constante até que não haja mais risco de complicações para o paciente.

Recebeu-se e identificou-se o paciente.

Verificou-se a permeabilidade das vias aéreas superiores, observando o aparecimento de cianose, sudorese e taquicardia que são sinais de alerta.

Verificou-se os sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda hora.

Manteu-se a cabeça do paciente lateralizada principalmente quando inconsciente para evitar asfixia e aspiração de vômito e secreções.

Observou-se a conexão dos drenos e sondas, controlou-se seu funcionamento.

Manteu-se o paciente aquecido e verificou-se o nível de consciência e reflexos.

Observou-se sinais de choque e hemorragia como: palidez, cianose, pulso rápido e fraco, pele fria e pegajosa, sudorese, hipotensão, dificuldade respiratória.

Medicou-se conforme prescrição médica, avaliando-se sempre o nível de dor antes da administração de analgésicos.

Registrou-se, no prontuário do paciente, todos os procedimentos realizados, intercorrências e recomendações de cuidados especiais.

Orientou-se o paciente após a recuperação da consciência, informando o término da cirurgia e seu estado.

Todos os leitos da sala de recuperação pós-anestésica possuíam grades, evitando assim que o paciente sofresse quedas do leito e se machucasse.

O anestesista prescrevia a alta da sala de recuperação pós-anestésica assim que o paciente apresentasse condições para a mesma, sendo encaminhado para a unidade de origem.

6.3 - Considerações finais

Durante a permanência no centro cirúrgico pode-se colocar em prática tudo o que aprendemos em sala de aula e desenvolver principalmente a destreza manual.

Ficou claro a agressão que o organismo sofre devido ao uso dos equipamentos cirúrgicos.

A imagem do centro cirúrgico ficou totalmente modificada, aprendemos a compreender melhor o paciente no pós-operatório dando mais valor aos sentimentos de dor.

7 - SAÚDE PÚBLICA

7.1 - Apresentação

Saúde pública é a ciência e arte de prevenir enfermidades, prolongar a vida, promover a saúde física e mental, mediante o esforço organizado da comunidade para o saneamento do meio, o controle de doenças transmissíveis, a educação para a saúde da população, a organização de serviços médicos e de enfermagem, para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das enfermidades e o desenvolvimento de um mecanismo social que assegure a todos um nível de vida adequado para a manutenção da saúde.

Realizou-se o estágio de saúde pública na unidade sanitária do Costa e Silva, no período matutino, de 05 de junho a 04 de julho de 1997, sob a supervisão da professora e enfermeira docente da escola técnica Federal de Santa Catarina, Anna Geni Batalha Kipel.

A unidade sanitária do bairro Costa e Silva continha diversas especialidades médicas como clínica geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia, psicologia e odontologia.

O objetivo principal deste estágio foi trabalhar junto com a comunidade na prevenção de doenças.

7.2 - Desenvolvimento das atividades

Desenvolveu-se várias atividades como:

Triagem adultos

Esta triagem antecede a consulta médica e tem o objetivo de detectar precocemente anormalidades bem como facilitar o serviço médico.

Nesta sala realizou-se inúmeras verificações da pressão arterial, temperatura, estatura, peso e o estado geral do paciente.

Orientou-se aos pacientes que apresentavam hipertensão a preparar uma dieta hiposódica e hipogordurosa, realizar um controle da pressão arterial e peso, praticar freqüentemente exercícios físicos e não fumar.

Triagem infantil

Nesta sala passaram-se crianças de todas as idades. Além do preenchimento da ficha clínica verificou-se o peso, estatura, temperatura e em crianças com menos de dois anos de idade o perímetro cefálico e ficha do desenvolvimento e crescimento.

Orientou-se as mães sobre a importância do aleitamento materno no mínimo até os seis meses de vida.

Verificou-se a carterinha de vacinação da criança e as que não estavam em dia foi realizado a vacinação.

Observou-se também a presença de icterícia, urticária, escabiose, pediculose bem como o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Imunizações

Na sala de imunização administraram-se diversas vacinas com o objetivo de imunoprevenção de doenças.

Aplicou-se as vacinas tríplice que protege contra a difteria, tétano e coqueluche por via intra muscular profunda.

Administrou-se a tríplice viral protegendo a criança contra a rubéola, caxumba e sarampo por via subcutânea.

Administrou-se também a antipoliomelite, fazendo proteção contra a paralisia infantil por via oral sendo aplicado duas gotas.

Aplicou-se a dupla que protege contra a difteria e o tétano por via intra muscular profunda.

Na unidade sanitária do Costa e Silva também se encontravam as vacinas contra o tétano, a BCG contra a tuberculose e a anti hepatite B.

Orientou-se as mães quanto ao número de doses a ser tomada, o intervalo entre as doses e a idade recomendada, bem como as reações como dor, eritemas, calor no local da injeção e febre.

Orientou-se que na vacina tríplice viral e anti sarampo pode ocorrer lacrimejamento, coriza e mal-estar. Orientou-se também a mãe a procurar o posto de saúde ou atendimento hospitalar se a criança apresentasse febre superior a 39,5 graus, convulsões, choro intenso e incontrolável com duração de mais de três horas.

Antes de administrar a segunda dose da tríplice perguntou-se se a criança tinha apresentado alguma reação destas citadas acima, no caso de positivo, não se administrava mais a tríplice e sim a dupla.

Orientou-se a mãe a não realizar compressas no local da vacinação pois poderia inativá-la, não administrar antitérmicos sem prescrição médica.

No caso da vacina contra a poliomielite orientou-se a repetir a vacinação em caso de regurgitação e vômitos nos 15 minutos após a vacinação e adiou-se quando a criança apresentava diarreia severas e vômitos intensos.

Sala de curativos

Realizou-se ^{arau} inúmeros curativos de natureza limpa e contaminada com o objetivo de limpar a lesão, evitar infecção e promover a cicatrização.

Dentre os curativos realizados observou-se uma quantidade elevada de úlceras de perna devido a diabetes, a estes pacientes foram orientados quanto a ~~a~~ realização diária do curativo, a boa higienização, tratamento com plantas medicinais como o confei.

Orientou-se também para a realização de exercícios para promover uma boa circulação, dieta hipocalórica e hipogordurosa, o uso de sapatos confortáveis dando preferência aos de couro, cortar as unhas retas, usar roupas folgadas, evitar o fumo e o álcool, corrigir ou evitar o excesso de peso e controle da glicemia constante.

Nebulizações

Com a chegada do inverno as dificuldades respiratórias aumentam e acometem principalmente as crianças.

Realizou-se ~~a~~ diversas nebulizações conforme prescrição médica com a finalidade de expelir secreções brônquicas e manter as vias aéreas desobstruídas.

Orientou-se quanto ~~a~~ a postura corporal para realizar a nebulização, o tempo de duração. Procurou-se incentivar o paciente a tossir e respirar profundamente, bem como manter uma boa alimentação.

Farmácia

Junto ~~a~~ ^{arau} a farmácia desta unidade sanitária realizou-se inúmeras entregas de medicamentos conforme prescrição médica, controle da saída de medicamentos.

Orientou-se os pacientes sobre a indicações do medicamento, como utilizá-los, a dosagem correta, o intervalo entre as medicações, as reações causadas por alguns medicamentos.

Neste departamento observou-se uma maior procura de medicamentos para hipertensos como o metildopa (aldomet) e o hidroclorotiazida (diurético).

Na faixa pediátrica os mais requisitados eram o salbutamol xarope (broncodilatador) e o paracetamol (analgésico e antitérmico).

Na farmácia foi possível enriquecer os conhecimentos sobre os nomes genéricos e comerciais dos medicamentos, as indicações e reações dos mesmos.

A

Palestras assistidas:

Preventivo de câncer de colo de útero

Acompanhou-se a palestra do preventivo de câncer de colo de útero quando foi transmitida à platéia toda a parte da anatomia do órgão genital feminino, o preconceito com esta área e a higienização.

Posteriormente detalhou-se o papanicolau que é o estudo das células descamadas no conteúdo cérvico vaginal como objetivo de identificar precocemente alterações celulares.

Orientou-se como esse exame é procedido (posição, colheita) e também quando deve ser realizado (ideal no décimo dia após o início da menorreia), não se deve usar duchas, medicamentos vaginais por 72 horas antes da colheita nem manter relação sexual nas 24 horas que antecedem a colheita para não mascarar o resultado do exame.

“Pôr a boca no mundo”

Acompanhou-se a palestra “Pôr a boca no mundo” efetuada para todos os funcionários do posto de saúde quando discutiram-se temas preocupantes como a gravidez indesejada, aleitamento materno e apoio psicológico.

Observou-se que a maioria das gestantes eram adolescentes e que o maior problema era a falta de informação.

Procederam-se planos para futuras palestras no posto de saúde abrangendo temas sobre a sexualidade procurando buscar os adolescentes da comunidade.

Este trabalho deveria ser efetuado nas escolas onde se encontra um grande número de adolescentes.

Palestra para gestantes

Foi dirigida por um médico ginecologista do posto de saúde que esclareceu as dúvidas sobre a gravidez desde a parte anatômica até o momento do parto.

Enfocaram-se principalmente os sinais de perigo na gestação como o sangramento vaginal, contrações fortes e com dor, hematúria, perda de líquidos pela vagina e a importância da preparação física e psicológica para o parto.

Procedimentos observados:

Teste do pezinho

Observaram-se vários testes do pezinho que têm como objetivo o diagnóstico precoce da fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito.

Na fenilcetonúria a fenilalanina (aminoácido essencial existente no sangue) encontra-se elevada e determina a interrupção do desenvolvimento mental da criança.

No hipotireodismo congênito o bebê nasce com a ausência total ou com funcionamento precário da tireóide levando a uma grave deficiência mental.

As mães foram orientadas quanto ao dia da realização do teste do pezinho que deve ser entre o terceiro e o décimo dia de vida do bebê.

Um pequeno furo com uma lanceta é feito em uma das laterais do calcanhar. O pé é massageado até que se formem gotas de sangue, colhe-se a quantidade necessária até preencher quatro círculos do cartão. Deve-se evitar ranhuras ou extravasamento do sangue comunicando um círculo com o outro.

Se caso o resultado for positivo orienta-se a mãe a procurar um endocrinologista pediátrico, bem como preparar uma dieta especial.

Controle do câncer cérvico uterino

Tem por objetivo detectar o carcinoma, através da prevenção e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.

Realizou-se o preventivo com a retirada do material do fundo do saco posterior, usou-se uma espátula de madeira arredondada e recolhe-se o material colocando-o na lâmina. Logo após com a outra extremidade da espátula se fez um raspado da ectocervice perioficial fazendo movimentos rotativos de 360 graus. Por último, introduziu-se no canal um cotonete umedecido em soro fisiológico e colheu-se o material com movimentos rotativos.

Este exame preventivo é conhecido como o papanicolau

Recomenda-se as mulheres que vão submeter-se a este exame não estar menstruadas, não usar duchas ou medicamentos e nem manter relação sexual nas 24 horas que antecedem o exame.

Controle de câncer de mama

Nos exames clínicos das mesmas observou-se a forma, simetria, volume, retrações e coloração da auréola, mamilo.

Fez-se a palpação em toda a extensão da mama até a região da clavícula e axilas, sempre em movimentos circulares estando atento para a presença de nódulos.

O auto exame deve ser feito constantemente, sendo muito importante na identificação precoce de alterações mamárias se realizado rotineiramente.

Controle de glicemia

Tem por objetivo o controle da glicemia bem como desenvolver junto à comunidade um serviço de assistência integral à saúde, visando ao controle dos pacientes diabéticos, evitando o aparecimento de complicações, diminuindo a taxa de mortalidade, prolongando e melhorando a qualidade de vida.

Realizaram-se vários testes de glicemia em diversos pacientes utilizando-se uma agulha 13X4,5 onde se fez um pequeno furo no dedo médio, posteriormente colocou-se uma gota de sangue sobre a fita no qual o aparelho automaticamente nos deu o resultado.

Alguns pacientes apresentavam um nível de glicose elevada superior a 110 (normal de 60 a 110). Imediatamente foram orientados quanto à dieta, peso, exercícios, cuidados com os pés, evitar fumo e álcool e controle da glicemia.

7.3 - Considerações finais

Na realização deste estágio, foi possível identificar uma série de fatores importantes para a manutenção da saúde pública.

Apesar do nível sócio-econômico mais elevado das pessoas atendidas na unidade sanitária do bairro Costa e Silva, ficaram evidentes as necessidades e carências da comunidade em relação à saúde.

Observou-se ser de extrema importância a orientação às mães para os cuidados necessários à preservação da saúde das crianças: aleitamento materno, imunizações, teste do pezinho, cuidados com a higiene, alimentação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

A deficiência dos adolescentes é bastante acentuada com relação à sexualidade. A falta de informação é a maior responsável pelos altos índices de gravidez indesejada nas mães adolescentes.

Outro aspecto observado foi a alta incidência de casos de hipertensão e diabetes (principalmente em adultos); como a vida sedentária, fumo, álcool e a má alimentação favorecem o surgimento dessas doenças, torna-se importante esclarecer a população os benefícios advindos da prática de exercícios e uma alimentação saudável, como forma de prevenção e combate a estas patologias.

As palestras realizadas no posto de saúde proporcionaram um maior esclarecimento à comunidade, destacando-se o tema “Preventivo de câncer de colo de útero”.

Devido ao alto índice de mortalidade atribuído ao câncer de colo de útero, ficou evidente a necessidade de divulgar e incentivar as mulheres à realização deste exame preventivo.

O trabalho realizado na unidade sanitária visou, principalmente, a orientação à comunidade, enfatizando sempre a prevenção das doenças.

Desta forma cabe aos profissionais da área da saúde propagar um importante lema: "A informação é o melhor remédio".

8 - OBSTETRÍCIA SOCIAL

8.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de obstetrícia social ministrado pela enfermeira obstetra Juraci Maria Tischer realizou-se no posto de atendimento médico do bucarem, no período vespertino, de 06 à 15 de outubro de 1997, em Joinville, Santa Catarina. ?

Será efetuada uma breve descrição das tarefas exercidas em obstetrícia social como a triagem, palestras, acompanhamento de consultas e visita domiciliar.

O objetivo do estágio de obstetrícia social visou:

- Oferecer oportunidade de esclarecimento de dúvidas, troca de experiências com outras gestantes e participação nas transformações que ocorrem com o corpo.
- Conscientizar a gestante da importância do pré-natal tanto para o feto quanto para ela mesma.
- Avaliar o grau de conhecimento das mães, quanto ao modo e importância de manter a lactação.

Através das tarefas realizadas neste estágio foi possível enriquecer os conhecimentos e iniciar a preparação para um melhor atendimento na área de obstetrícia social.

8.2 - Desenvolvimento das atividades

Triagem

A triagem antecede a consulta médica. Todas as gestantes que compareciam a esta unidade de saúde iam iniciar o pré-natal ou dar continuidade a esta assistência.

O pré-natal é um conjunto de cuidados destinados a proteger o binômio feto-mãe durante a gravidez, o parto e o puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Inicialmente, realizou-se o controle de peso, estatura e pressão arterial, anotando-se no cartão do pré-natal, facilitando o serviço médico e detectando precocemente fatores de risco como a hipertensão. ?

O posto de saúde do bucareim estava realizando um controle chamado Sisvam que visava identificar gestantes com problemas de peso. ?

Através do peso, estatura e idade gestacional da paciente efetuou-se a comparação com o peso ideal.

As gestantes eram orientadas quanto ao peso ideal e dietas para a gravidez (frutas, verduras, peixe, lentilha, diminuição na quantidade de massas, bomboniere, sal, etc.).

Calculou-se a idade gestacional através da data da última menorreia.

Efetuiu-se também o cálculo da data provável de parto a partir da data da última menorreia utilizando-se a regra do dia e do mês de acordo com pacientes primigestas ou multigestas.

As gestantes que ainda não haviam recebido a vacina antitetânica eram agendadas conforme o mês da gravidez para receberem a mesma.

Eram pesquisados com as gestantes a presença de abortos anteriores e patologias visando identificar fatores de alto risco que eventualmente podiam estar presentes.

As gestantes eram convidadas a assistirem as palestras realizadas todas as tardes para gestantes desenvolvidas pelo nosso grupo de estagiários proporcionando uma melhor preparação para o parto e puerpério.

Também eram esclarecidas dúvidas e queixas de todas as gestantes.

Após a triagem eram encaminhadas para consulta médica.

Consulta médica

Na consulta médica acompanhou-se e auxiliou-se o médico em seus procedimentos.

Primeiramente verificou-se a altura uterina.

Realizou-se as manobras de Leopold determinado o fundo de útero que geralmente era cefálico ou pélvico, localizou-se o dorso e pequenas partes do feto, após efetuou-se a confirmação do pólo fetal.

Realizou-se o controle dos batimentos cardíofetais com o cardiotocógrafo. Aplicou-se o gel na região correspondente ao tórax do feto e auscultou-se os batimentos durante um minuto.

Todos estes dados eram anotados no cartão da gestante.

Durante o exame físico observou-se também a possível presença de edema de membros inferiores.

Orientou-se novamente quanto à melhor dieta para a gravidez.

Esclareceu-se dúvidas sobre o parto e orientou-se sobre as queixas mais frequentes.

Uma gestante apresentou pré-eclampsia leve, orientou-se quanto ao repouso em decúbito lateral esquerdo para melhorar a vascularização interplacentária e baixar a pressão arterial, a dieta hipossódica, controle da pressão arterial, posição de trendelenburg para diminuir o edema de membros inferiores, etc.

Orientou-se quanto ao peso ideal para a gestante que deveria ficar entre 8 e 12 quilos no decorrer de toda a gestação.

Após a consulta médica, as gestantes eram incentivadas a permanecerem na palestra e marcar a data da nova consulta.

Palestra

Ofereceu-se na palestra a oportunidade de esclarecimento de dúvidas, troca de experiências com outras gestantes e participação nas transformações do corpo.

Primeiramente perguntou-se às gestantes que já tinham filhos quanto tempo amamentaram e por que pararam.

Em seguida, ênfaticamente ^{aram} enfatizou-se as vantagens do aleitamento materno para mãe e filho, a composição do leite materno e a exclusividade até os seis meses de vida não precisando de complementos como o chá, sucos, papinhas e água.

Frisou-se a importância de o bebê não conhecer a chupeta ou mamadeira para evitar confusão de bicos e posteriormente a não aceitação do leite materno.

Orientou-se as gestantes a oferecerem a mama toda a vez que o bebê requisitasse e a trocar de mama somente após o completo esvaziamento da mesma para que o bebê ganhe peso.

Orientou-se quanto à pega correta que será mencionada no relatório de obstetrícia.

Orientou-se como preparar o bico para evitar problemas futuros.

A alimentação no período do puerpério é livre sem restrições.

Enfatizou-se que a causa das cólicas no recém-nascido é devido a adaptação do organismo ao novo ambiente e à pega incorreta.

Orientou-se a procederem o banho morno, massagens e carinho em casos de cólicas.

Esclareceu-se a forma correta de agir em casos de ingurgitamentos e fissuras nas mamas ^{onde} ~~onde~~ será detalhadamente mencionado em obstetrícia.

Orientou-se quanto ao não uso do álcool e fumo durante a gravidez esclarecendo as conseqüências como aborto, partos prematuros, bebês de baixo peso, mãe formação congênita, etc.

Incentivou-se a realização de exercícios durante a gravidez, diminuindo assim os problemas e facilitando o trabalho de parto e o próprio parto.

Orientou-se quanto às queixas mais frequentes na gestação como náuseas, lombalgias, varizes, dor nas mamas, constipação, corrimento vaginal, fraquezas, dispnéia, esclarecendo o melhor modo de evitá-las.

Foram também orientadas a procurar atendimento obstétrico imediato quando:

- surgir qualquer hemorragia vaginal;
- presenciar edema progressivo de membros inferiores e mãos;
- apresentar cefaléia persistente;
- apresentar distúrbios visuais;
- apresentar diminuição ou cessação de movimentos fetais;
- outros.

Orientou-se também quanto aos cuidados no puerpério imediato e mediato ^{que} onde será detalhado em obstetrícia.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar era realizada uma vez por semana pelo posto do bucareim.

Toda criança que nascia na maternidade Darcy Vargas era cadastrada no programa pequeno príncipe.

O programa pequeno príncipe tinha duas cores: o vermelho que indicava que tinha havido alguma irregularidade com a criança e a cor verde indicava quando o procedimento tinha ocorrido dentro da normalidade.

Nestas visitas podemos observar dois casos de carinha verde onde as crianças apresentavam-se bem, onde aproveitávamos o espaço para fornecer orientações sobre a pega correta, limpeza do coto umbilical, cólicas, fissuras, ingurgitamentos, o não uso de chupetas e mamadeiras, etc.

Em uma visita com o cartão da carinha vermelha o bebê tinha nascido de parto pélvico, a mãe era primigesta e tinha dificuldade de amamentar em uma mama. Orientou-se como proceder para preparar o mamilo e as outras orientações já mencionadas.

Esclareceu-se quanto às vacinas que o recém-nascido deveria tomar, o intervalo entre uma e outra, etc.

8.3 - Considerações finais

Sendo a gravidez um período de várias mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivência de forma distinta, e que essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias, considera-se que a melhor forma de compreensão do processo de

gestação, é através da troca de experiências e conhecimentos entre as gestantes que se encontravam inseridas neste processo.

Estimulando a lactação e sua manutenção, estaremos prevenindo complicações do quadro clínico, infecção hospitalar e mais tarde a desnutrição.

9 - OBSTETRÍCIA

9.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de obstetrícia ministrado pela Enfermeira e professora da Escola Técnica Federal de Santa Catarina Anna G. B. Kipel realizou-se na maternidade Darcy Vargas, no período matutino, de 12 à 23 de setembro de 1997, em Joinville, Santa Catarina.

Obstetrícia é o ramo da medicina que trata com o parto seus antecedentes e suas seqüelas, envolve gravidez, parto, pré-parto, tanto em circunstâncias fisiológicas como patológicas.

Será efetuada uma breve descrição das tarefas exercidas nos departamentos de obstetrícia como: sala de exames, sala de pré-parto, sala de parto, puerpério e alto risco.

O objetivo do estágio de obstetrícia visou prestar assistência à mãe e ao feto em todos os procedimentos, seja em ordem técnica ou psicológica, identificando alterações próprias da gestante como os fatores de risco que possam repercutir nocivamente sobre o feto.

Através dos procedimentos realizados nesta maternidade foi possível enriquecer os conhecimentos e iniciar a preparação para um melhor atendimento na área obstétrica.

9.2 - Desenvolvimento das atividades

Sala de exames

Nesta sala foi realizada a recepção da paciente para proceder os exames. Procurou-se estabelecer um relacionamento de carinho e atenção chamando-a pelo nome e procurando tranquilizá-la, explicando os procedimentos.

São realizados a anamnese (história clínica, ginecológica, história da gravidez atual), exame clínico e obstétrico.

Muitas pacientes eram de origem clínica, apresentavam sangramentos ou ainda não estavam em trabalho de parto, sendo orientadas e encaminhadas ao retorno para a casa.

As pacientes com diagnóstico de trabalho de parto (contrações uterinas, alterações cervicais, descida da apresentação e integridade das membranas) permaneciam na maternidade, os familiares eram informados para providenciarem a internação.

Efetuuou-se o preparo para o trabalho de parto: tricotomia, lavagem intestinal (fleet enema). Na lavagem intestinal solicitou-se à paciente a reter o líquido o maior tempo possível e evacuar no mínimo duas vezes para diminuir a contaminação fecal do campo

durante o parto, aumentar a frequência e intensidade das contrações uterinas, aumentar o espaço para a passagem do feto.

Ajudou-se a paciente a se trocar e foi encaminhada para realizar a higiene corporal, proporcionando o bem-estar físico, social e mental e ativar a circulação sanguínea.

Após o preparo para o trabalho de parto a paciente foi admitida na sala de pré-parto.

Sala de Pré-Parto

A paciente admitida na sala de pré-parto normalmente apresenta dilatação variando entre 0 ^{ou} a 10 cm.

A sala de pré-parto tem como objetivo assistir a mãe e o feto proporcionando um apoio psicológico adequado, orientações sobre o parto, respiração e esclarecimento de dúvidas e eventuais temores.

Realizou-se controle da dinâmica uterina, frequência, duração e intensidade do tônus muscular, contando-se por 10 minutos o número de contrações ocorridas e o intervalo de tempo e duração das mesmas, com o objetivo de avaliar se a dinâmica encontra-se dentro dos parâmetros normais.

Auscultou-se os batimentos cardíacos, controle dos sinais vitais e o médico ou a parteira realizavam o toque vaginal.

Na sala de pré parto é instalado o cateterismo venoso, normalmente efetua-se a indução do parto com 5 unidades de ocitocina em 500ml de soro glicosado a 5% conforme prescrição médica.

Procurou-se distrair as clientes dando-lhes apoio psicoemocional e tranquilizando-as e esclarecendo suas principais dúvidas sobre o parto.

Observou-se com frequência a pressão arterial para detectar precocemente uma hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Algumas destas clientes apresentavam bolsa rota, ^{quando} orientou-se as mesmas a fazer uma boa higiene e colocação do forrinho estéril.

Na grande maioria realizava-se a amniotomia pelo médico ou parteira com o objetivo de aumentar o espaço vaginal facilitando assim o nascimento do bebê.

Após o exame médico e constatação de que atingiu-se o nível máximo de dilatação e contrações mais intensas, onde e a paciente começava a apresentar a região anal dilatada, encaminhava-se a mesma para a sala de parto.

Sala de cesariana

A cesariana é a extração do feto , através de uma incisão abdominal e uterina.

O objetivo da enfermagem é assistir a mãe, o recém-nascido e auxiliar o médico.

Foi acompanhado a realização de uma cesariana segmentar baixa com incisão transversal.

Atuou-se como circulante de sala, realizando-se entrega de materiais, controle de gotejamento de soro, auxiliando o médico e instrumentista.

Posicionou-se a cliente na mesa de cirurgia em posição para anestesia ajudando a mesma a manter-se na posição adequada.

Após várias tentativas com a anestesia peridural (o anestésico é administrado no espaço peridural, não há perfuração da duramater nem perda líquórica) sem sucesso foi efetuada a raquianestesia (o anestésico é depositado junto ao líquido ocorrendo perfuração da duramater).

Foi proporcionado um apoio à paciente durante a cesariana.

Após a extração do feto pela incisão transversal foi realizada a identificação do recém-nascido, registrados no cartão e demais documentos.

Após o exame pediátrico o recém-nascido foi levado junto à mãe, que foi auxiliada a examiná-lo e segurá-lo em posição correta para a amamentação.

Terminada a cirurgia a paciente foi levada para a sala de recuperação pós anestésica onde realizou-se: controle de gotejamento de soro, volume e aspecto urinário, sinais vitais , sangramento e recuperação de movimento de membros inferiores.

A puérpera foi estimulada a virar-se no leito, respirar fundo e tossir proporcionando desta maneira uma recuperação mais rápida. O recém-nascido foi levado para a sala de triagem.

Sala de parto

A paciente foi encaminhada a sala de parto quando encontrava-se no período de expulsão com dilatação completa.

O objetivo da enfermagem na sala de parto foi auxiliar o médico, assistir a paciente e o recém-nascido.

A sala de parto foi arrumada dispondo os materiais a serem utilizados no parto, além de prestar auxílio ao médico conforme necessário.

f

Quando a cliente deu entrada na sala de parto chamou-se o pediatra para prestar os cuidados subseqüentes ao nascimento do recém-nascido.

Os partos acompanhados foram de situação longitudinal e apresentação cefálica, em alguns partos necessitou-se a episiotomia médio lateral.

A identificação do recém-nascido foi realizada através de duas pulseirinhas contendo o nome da mãe, quarto, número do leito e o sexo da criança. Registros no cartão contendo nome da mãe, pai, idade da mãe, horário de nascimento, peso do recém-nascido e demais registros em formulários.

Quando a cabeça do recém-nascido imergia, limpavam-se as secreções da boca e do nariz, evitando aspiração das mesmas.

Realizou-se pelo médico o pinçamento do cordão e colocou-se o recém-nascido em berço aquecido, para evitar a perda de calor e uma possível hipotermia. Após este momento o pediatra procede o exame minucioso do recém-nascido.

Após o nascimento foi aguardada a dequitação da placenta, verificando em seguida a pressão arterial da paciente.

Administrou-se metergim em pacientes que não apresentavam a pressão arterial superior a 120/80 milímetros de mercúrio (este medicamento tem função de vasoconstrição).

O recém-nascido foi colocado junto à mãe que recebeu auxílio para segurá-lo e examiná-lo, permanecendo junto a ela por um período de 30 minutos para a amamentação e reforço do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Manteve-se a paciente aquecida proporcionando conforto, pois as mesmas se queixam de frio e apresentam calafrios imediatamente após o parto, devido, em parte, à reação nervosa, à fadiga, ou, ainda, à descompressão intra-abdominal.

A paciente foi orientada da importância do aleitamento materno (melhor desenvolvimento psicomotor, mental, social, emocional, diminuição de doenças, praticidade, economia, recuperação mais rápida para a mãe).

O aleitamento materno foi incentivado pelo menos até seis meses, sendo que neste período nenhum outro alimento ou bebida devia ser ingerido pelo bebê, salvo orientação médica em contrário.

Foi orientada a forma correta de realizar a pega de auréola (a boca do recém-nascido devia ficar bem aberta, o queixo do bebê devia tocar o peito da puérpera, tórax com tórax), para evitar fissuras no mamilo e ingurgitamento da mama.

Orientou-se também quanto à troca de mama durante a amamentação que somente deveria ser realizada quando a mesma estivesse vazia.

Após os 30 minutos de permanência com a mãe o recém-nascido foi levado para fazer a credeização (em caso de parto normal), instilando-se no sexo feminino uma gota de nitrato de prata em cada olho e duas gotas via vaginal, e no sexo masculino apenas uma em cada olho, com o objetivo de evitar a oftalmia e vaginite gonocócica.

Em seguida, o recém-nascido era levado para a sala de triagem.

Durante a primeira hora pós-parto a puérpera permanecia na maca onde eram observados os sinais vitais para detectar precocemente qualquer anormalidade. A palpação do útero foi realizada para assegurar-se que este estava bem contraído. Inspeccionou-se os absorventes perineais para verificar a possibilidade de hemorragia.

Após este período de observação as pacientes que não apresentavam alterações no seu quadro eram encaminhadas para o quarto.

Puerpério

Período onde ocorre manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna. Inicia-se após o parto e termina quando a fisiologia da paciente volta o estado anterior à gestação.

O estágio supervisionado realizou-se no alojamento, conjunto na ala B, da maternidade Darcy Vargas.

A assistência de enfermagem às puérperas tem o objetivo de acompanhá-las no puerpério mediato que começa da segunda hora após o parto até o décimo dia, orientando-as e prestando-lhes cuidados ao recém-nascido e principalmente orientando a puérpera.

Realizam-se vários banhos em recém-nascidos, orientando as puérperas a forma correta de realizá-lo, os cuidados com o coto umbilical e a troca de fraldas frequentes.

Foi enfatizada a importância do aleitamento materno e suas vantagens:

- Proteção do bebê contra vírus, bactérias e alergias,
- Reforço do vínculo afetivo entre mãe e filho,
- Melhor desenvolvimento psicomotor, mental, social e emocional,
- Retorno mais rápido do corpo ao normal,
- O leite materno é quantitativamente adequado e corretamente equilibrado para uma perfeita alimentação do bebê,
- Praticidade nas mamadas noturnas e viagens,
- Economia favorecendo uma melhor alimentação para o restante da família.

A puérpera foi orientada quanto à pega correta:

- O recém-nascido deve abocanhar toda a aréola evitando assim de pegar só o mamilo correndo o risco de ocorrer fissuras.

- A mãe deve estar em posição adequada e confortável, o bebê próximo à mama, tórax com tórax, o queixo encostando na mama, a boca do bebê deve ficar bem aberta como se fosse um peixinho. O bebê suga, dá uma pausa e suga novamente.

Foram explicadas as complicações para a mãe de uma pega incorreta sendo bastante freqüente fissuras e ingurgitamento das mamas.

Orientou-se a importância de uma dieta equilibrada com alimentos ricos em fibras (como verduras, frutas, legumes, arroz integral, etc), hipoglicêmica, hipolipídica e hiperproteica favorecendo o regulamento intestinal.

A ingestão hídrica foi incentivada visando aumento da produção do leite.

Foram proporcionados períodos de descanso à puérpera e orientando sobre a necessidade do sono e repouso.

Os riscos do uso do álcool, fumo e automedicação foram bem salientados.

A deambulação foi incentivada com o objetivo de apressar a involução uterina, promover a drenagem da loquiação, melhorar o funcionamento da bexiga, dos intestinos e circulação sanguínea.

Procedeu-se à verificação da involução uterina e observação da loquiação, cor, odor, aspecto e quantidade.

Orientou-se a importância do banho diário ressaltando inclusive a lavagens dos cabelos, esclarecendo tabus referentes a este procedimento.

As puérperas com episiotomia foram orientadas a lavar a incisão com água e sabão no mínimo três vezes ao dia e após evacuações e micções, procurando manter a incisão limpa e seca, verificando diariamente o absorvente e observando cor, odor, aspecto e quantidade das secreções.

As puérperas foram orientadas a procurarem atendimento médico, caso apresentassem secreção purulenta, fétida, hipertermia, útero doloroso, mal estar e cefaléia.

As pacientes em alta hospitalar foram orientadas quanto ao retorno as atividades normais com moderação.

Reforçou-se os cuidados gerais com o recém-nascido, principalmente a amamentação, até no mínimo os seis meses de vida sem necessidade de complemento.

Explicou-se às mães a importância do teste do pezinho, solicitando o comparecimento das mesmas entre o terceiro e o décimo dia do nascimento do bebê.

Setor de alto risco

No setor de alto risco permanecem as gestantes que apresentam problemas no período gestacional, que oferecem riscos a mãe ou ao feto.

Neste estágio teve-se a oportunidade de prestar cuidados a gestantes com hipertensão e bolsa rota.

Nas pacientes com hipertensão realizou-se o esquema de administração de Hidralazina (anti-hipertensivo), conforme prescrição médica.

Diluiu-se 1ml de Hidralazina para 3ml de água destilada e administrou-se 1ml a cada meia hora, seguindo o esquema da sístole igual ou maior 170 milímetros de mercúrio e de diástole igual ou maior 110 milímetros de mercúrio, verificando a pressão arterial a cada quinze minutos, para saber se o medicamento estava fazendo efeito, caso a pressão arterial estivesse normal parava com esquema.

No caso de puerpera se a Hidralazina não fizesse efeito comunicava-se o médico para a substituição da medicação geralmente por Aldomete ou Adalat (anti-hipertensivos).

Nas clientes com hipertensão, pesquisaram-se sinais de edema, cefaléia e desconforto epigástrico.

Nas clientes com bolsa rota, realizaram-se as manobras de Leopold, ausculta dos batimentos cardíofetais.

Orientou-se a colocação de forrinho estéril, pois uma vez a bolsa rota é uma porta de entrada para infecções.

Orientou-se a gestante para fazer repouso no leito em decúbito lateral esquerdo para proporcionar uma melhor oxigenação ao feto.

9.3 - Considerações finais

Neste estágio observou-se a importância das orientações e do apoio psicológico à cliente e também a importância de profissionais capacitados para trabalharem nessa área.

10 - ENFERMAGEM NEONATOLÓGICA

10.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de enfermagem neonatológica ministrado pela enfermeira e professora docente da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Ondina Machado realizou-se na Maternidade Darcy Vargas, no período matutino, em Joinville.

Efetuuou-se no decorrer de 24 de setembro a 03 de outubro de 1997.

A neonatologia é o estudo de um novo nascimento.

Será efetuada uma breve descrição das tarefas exercidas nos departamentos de neonatologia como: berçário, incubadoras, banco de leite, pronto atendimento e triagem.

O objetivo do estágio de enfermagem neonatológica foi adquirir conhecimento através da prestação de assistência integral, intensiva, constante, segura, proporcionando bem estar de forma harmoniosa, tendo visão ampla deste novo ser e garantindo continuidade desta assistência.

Através dos procedimentos realizados nesta maternidade foi possível enriquecer os conhecimentos e iniciar a preparação para um melhor atendimento de enfermagem na área neonatológica.

10.2 - Desenvolvimento das atividades

Berçário

Realizou-se os cuidados gerais com os recém-nascidos pré-termo (nascida antes do final da 37 semanas de gestação), a termo (nascida entre 37 e a 42 semana de gestação), pós-termo (nascida após as 42 semanas de gestação) que necessitavam de cuidados integrais e constante da equipe de enfermagem.

Verificou-se a temperatura axilar dos recém-nascidos, anotou-se os dados obtidos no prontuário.

Efetuuou-se o banho obedecendo a seqüência correta da técnica, objetivando promover a higiene, proteção da pele para a profilaxia de infecções, ativar a circulação e proporcionar conforto e bem-estar ao bebê.

Observou-se os reflexos apresentados pelos recém-nascidos durante o banho:

- Moro (abdução e extensão dos membros superiores, inclusive dedos seguida de educação e flexão).

- Marcha reflexa.

- Reflexo de galant (encurvamento do tronco)

Após o banho foi verificado o peso e registrado no prontuário do recém-nascido.

Procedeu-se o curativo umbilical nos recém-nascidos que ainda apresentavam coto umbilical.

Vestiu-se os recém-nascidos de maneira adequada, evitando o resfriamento.

Em alguns bebês observou-se a presença de millium sebáceo (pequenos pontos esbranquiçados aparentando glândulas sebáceas distendidas) no nariz, queixo e testa.

Também observou-se alguns casos de lanugem (crescimento de pêlos finos e macios) principalmente nas costas.

Um recém-nascido apresentou a síndrome de arlequim (uma metade do corpo mais pálida do que a outra).

Efetuiu-se a limpeza concorrente do berço comum eliminando os agentes infecciosos e proporcionando segurança, conforto e bem-estar no tratamento dos recém-nascidos.

Seguindo-se o horário determinado pelo médico os bebês foram encaminhados para o aleitamento materno junto às mães, efetuou-se o controle de peso antes e após o aleitamento para certificar-se da quantidade ingerida pelo recém-nascido, procedendo-se o complemento quando necessário.

As mães foram orientadas quanto à pega da aréola e a importância do aleitamento materno.

Em alguns casos foi necessário a complementação da alimentação fornecida através de copinhos e administrada por via oral ao recém-nascido.

Realizou-se também a alimentação por sonda nasogástrica conforme prescrição médica, observando-se o volume e a temperatura do leite.

Aspirou-se a sonda para certificar-se de que a mesma estava posicionada no estômago. A dieta foi administrada lentamente para reduzir o desconforto.

Anotou-se no prontuário a quantidade e a via de administração da alimentação.

Em alguns recém-nascidos a estase foi verificada conforme prescrição médica, entretanto não houve nenhum caso de identificação de resíduos gástricos de forma a favorecer a eructação e posteriormente colocados no berço em decúbito lateral direito proporcionando uma melhor drenagem.

f

Administrou-se medicações como a ampicilina e a gentamicina intramuscular conforme prescrição médica. Para encontrar o valor exato a ser administrado efetuou-se a cálculo (regra de 3).

Procedeu-se a troca de fraldas observando a quantidade e aspecto das eliminações realizando o registro das mesmas.

A unidade foi mantida limpa e em ordem.

Muitos cuidados técnicos são realizados nos recém-nascidos mas além de tudo é importante proporcionar momentos de carinho diminuindo a carência afetiva (longe do calor da mãe), pois um simples toque ou um "côlo" faz com que o recém-nascido se acalme e permaneça mais seguro e tranqüilo.

Cuidados na Incubadora

Incubadora é um equipamento dotado de dispositivo que faz a filtração, aquecimento e umidificação do ar.

Os recém-nascidos que permanecem na incubadora geralmente são pré-termo e de alto risco.

O objetivo foi prestar assistência contínua ao recém-nascido de alto risco visando proporcionar um ambiente adequado (parecido com o intra-uterino) para o seu bem-estar e manter a temperatura ideal evitando o resfriamento.

Verificou-se a temperatura da incubadora e dos recém-nascidos (na região axilar) para detectar anormalidades como a hipotermia e hipertermia.

O banho foi realizado obedecendo a seqüência correta da técnica, porém de forma rápida para evitar o resfriamento que poderia trazer inúmeras conseqüências ao recém-nascido de alto risco.

Logo após o banho efetuou-se a verificação do peso em balança própria, registrando-se o valor em gramas no prontuário para controle médico.

Somente a fralda foi colocada nos recém-nascidos para facilitar a observação dos movimentos respiratórios. cianose, icterícia entre outras anormalidades.

Procedeu-se a limpeza concorrente na incubadora utilizando os princípios científicos, evitando assim a infecção cruzada, estabelecendo um ambiente agradável e confortável aos recém-nascidos.

Conforme prescrição médica, realizou-se o controle da estase, ^{Suando} onde foi verificado rigorosamente a quantidade e aspecto do resíduo gástrico aspirando e devolvendo ao estômago via sonda nasogástrica.

Volumes de resíduos gástricos superiores a 2ml foram descontados da dieta, visando respeitar a capacidade gástrica do recém-nascido.

A alimentação foi administrada por via sonda nasogástrica e via oral conforme prescrição médica e condições dos recém-nascidos com o objetivo de manter a nutrição adequada.

Os vidros com leite eram aquecidos em bacia com água quente.

Na alimentação por via sonda nasogástrica foi observado o posicionamento da sonda e administrado lentamente o volume prescrito pelo médico. Após a alimentação, a sonda foi lavada com 0,5ml de água destilada para remoção do resíduo de leite e evitar a obstrução da sonda.

A alimentação por via oral foi administrada através de copinhos descartáveis, visando estimular o reflexo de sucção dos recém-nascidos e evitar confusão de bicos.

Realizou-se o controle de troca de fraldas registrando a quantidade e características das eliminações no prontuário fornecendo subsídios para diagnóstico médico.

Preparou-se o ninho com um coelho, colocando-o em redor do recém-nascido para proporcionar um ambiente similar à vida intra-uterina.

Devido à fragilidade dos pré-termos observou-se frequentemente a posição da orelha para evitar a moldagem incorreta e possivelmente a necrose.

Realizou-se constantemente a mudança de decúbito para ativar a circulação.

Administraram-se as medicações conforme prescrição médica e exame como o dextro para controle do nível de glicose no sangue e para observar e melhorar o estado do recém-nascido.

Para efetuar a troca de fraldas e limpeza da incubadora os materiais limpos foram introduzidos pelas portinholas próximas à cabeça do recém-nascido e os materiais sujos retirados próximos aos pés, evitando a contaminação das mãos e materiais.

Evitou-se qualquer tipo de ruído na incubadora, as portinholas foram abertas e fechadas com delicadeza, pois os recém-nascidos possuem a audição muito sensível.

Efetuu-se a limpeza e ordem na unidade para manter um ambiente agradável e confortável.

Banco de Leite

O banco de leite tem o objetivo de incentivar o aleitamento materno, prestar assistência às puérperas com dificuldade de amamentar (problemas psicológicos,

ingurgitamentos, fissuras, etc.), esclarecer as dúvidas e orientar sobre o aleitamento materno.

Realizaram-se visitas nos quartos da ala “A” (cesariana), ala “B” (parto normal) e ala “C” (pacientes de alto risco).

Foram distribuídos informativos sobre a amamentação.

Orientaram-se as mães para a preparação do mamilo e auréola antes das mamadas:

- Segurar toda a auréola com os dedos fazendo movimentos para todos os lados, verificando se a auréola está macia e flexível.

Estas orientações visaram evitar a fissura das mamas através da pega adequada e garantir a quantidade necessária de alimentação para o recém-nascido.

Orientaram-se as mães a procederem a retirada do leite antes da amamentação caso as auréolas não estivessem macias.

Foi orientado às puérperas quanto à lavagem das mãos antes de amamentar.

Ajudou-se a mãe a amamentar colocando o recém-nascido em posição correta para uma pega de auréola (a boca do bebê fica bem aberta, o queixo do bebê toca o peito da mãe, tórax com tórax, o lábio inferior do bebê fica virado para fora).

Esclareceu-se quanto às vantagens do aleitamento materno para a mãe e o recém-nascido.

Incentivou-se o aleitamento exclusivamente até pelo menos seis meses de vida, dispensando chá, sucos, papinhas e água.

Orientou-se a amamentar sempre quando o bebê quisesse e durante o tempo necessário para que ele ficasse satisfeito.

Quanto à troca das mamas orientou-se que devia ser efetuada somente após o completo esvaziamento da mesma.

Foram prestadas orientações relativas aos cuidados a serem realizados no lar:

No caso de fissuras:

- Colocação de saquinhos de chá preto sob os mamilos, exposição diária da mama ao sol durante quinze minutos ou lâmpada de 40watts a uma distância de um braço dos mamilos.

No caso de ingurgitamentos:

- Amamentação mais freqüentemente, massagens e retirada do excesso do leite.

No banco de leite foi realizado o controle de atendimento através de uma ficha com inúmeros dados da puérpera e do recém-nascido, queixas e condutas tomadas pelo banco de leite bem como a marcação do retorno se necessário.

As puérperas que apresentavam fissuras, ingurgitamentos, pouca produção de leite ou qualquer outro problema foram orientadas a procurarem o banco de leite.

No banco de leite realizou-se o tratamento com infravermelho durante 10 a 15 minutos em casos de fissuras nos mamilos.

~~Efetua~~-se massagens e ordenha manual em casos de ingurgitamento das mamas.

Para os casos de baixa produção de leite foram administrados duas gotas de sintocinon em cada narina bem como o incentivo de ingestão hídrica abundante e o aumento de número de amamentações.

As puérperas com excesso de leite foram informadas da possibilidade de doação à maternidade.

Pronto Atendimento

O pronto atendimento prestava assistência de enfermagem aos recém-nascidos que apresentavam riscos.

Os recém-nascidos que não estavam ganhando peso ou as puérperas com deficiência na produção do leite eram encaminhadas ao pronto atendimento para controle de peso e complemento alimentar se necessário.

Vários recém-nascidos permaneciam no pronto atendimento para uma observação do estado geral e aquecimento.

Realizou-se o tratamento para hiperbilirrubina através da fototerapia (luz proveniente de lâmpadas fluorescentes que agem por fotossensibilização).

Cuidados prestados na fototerapia:

- Os recém-nascidos foram despídos e pesados, nos meninos ^{rguu}protegeu-se as genitálias para evitar a esterilidade.

- Os olhos foram protegidos com gases, papel e micropore para evitar lesões nos fotoreceptores da retina.

- Observa^{aruu}-se as eliminações para a certificação da eliminação da bilirrubina (fezes amolecidas castanho-esverdeada e urina escura).

- Procedeu-se a mudança de decúbito no recém-nascido para que todo o corpo recebesse luz.

- Verificou-se a temperatura axilar para detectar precocemente a hipertermia.

Alguns recém-nascidos foram trazidos dos quartos do alojamento conjunto para a realização de exames (amostras de sangue, dextro, etc).

Realizou-se curativo umbilical em um recém-nascido que apresentava sangramento nesta região, orientou-se a mãe a procurar novamente o pronto atendimento se o sangramento persistisse.

Realizou-se visitas nos quartos para orientar, esclarecer dúvidas e detectar precocemente eventuais problemas.

Triagem

O recém-nascido foi transferido da sala de parto para a triagem para ser observado durante o período crítico das adaptações fisiológicas a vida extra-uterina. Geralmente permaneceram de duas a quatro horas, ou até que as freqüências cardíaca e respiratória estivessem estabilizadas retornando logo após este período para os cuidados da mãe.

Na triagem estavam disponíveis berços aquecidos para evitar a perda de calor ou resfriamento.

Para a admissão na triagem, os recém-nascidos deveriam estar previamente identificados com as pulseirinhas.

No momento da entrada na triagem foram retiradas as impressões plantares dos recém-nascidos em formulários próprios por medida de segurança caso houvesse eventualmente extravio de documentos bem como servir de lembrança para a mãe.

Administrou-se via intramuscular a vitamina K (1 ampola de kanakion diluída em 9ml de água destilada, aplicou-se 1ml desta solução) no músculo vasto lateral. A vitamina K foi administrada para a prevenção de hemorragia intracraniana e melhorar o tempo de coagulação.

Procedeu-se o banho completo do recém-nascido, incluindo a limpeza dos cabelos utilizando-se pentes para a retirada do excesso de secreções e sangue seco. Observou-se a presença de vernix caseoso (substância sebácea espessa, branco-amarelada que protege a pele do ambiente líquido do útero) que cobria o corpo do recém-nascido.

Durante o banho também foram observados a respiração, circulação e coloração da pele, detectando assim precocemente eventuais anormalidades.

O banho foi realizado de forma rápida para evitar perda de temperatura.

Utilizou-se luvas como medida de proteção para a equipe de enfermagem.

Mensurou-se o perímetro cefálico, perímetro torácico e estatura dos recém-nascidos, anotando-se os resultados nas fichas, carterinha de saúde e livro de registros.

O curativo do coto umbilical foi efetuado logo após o banho e mensuração, utilizando gaze esterilizada e clorex.

Antes de vestir os recém-nascidos, foi observado, novamente, a presença de identificação, vestiu-se e colocou-se em berços aquecidos.

Procedeu-se o preenchimento de formulários (ficha do recém-nascido, declaração de nascimento, livro de registros e carterinha de saúde) colocando o nome da mãe, quarto, leito, peso do recém-nascido, data e hora do nascimento, nome do médico, nota do apgar, condições do recém-nascido entre outras.

Após todos os cuidados efetuados, encaminhou-se o recém-nascido para a mãe.

Manteve-se a sala de triagem limpa e em ordem.

10.3 - Considerações finais

O estágio de enfermagem neonatológica ministrado pela enfermeira Ondina Machado nos proporcionou efetuar todo o conteúdo aprendido em sala de aula.

Por se tratar de seres tão pequeninos, fica evidente a grande responsabilidade que estava em nossas mãos, onde não houve nenhuma dificuldade.

O conhecimento adquirido neste período foi de grande valia para a realização das atividades de enfermagem inerentes à neonatologia.

11 - PEDIATRIA

11.1 - Apresentação

O estágio supervisionado de pediatria ministrado pela enfermeira Laurete M. Borges, realizou-se no período matutino, do dia 16^a a 24 de outubro de 1997, no hospital municipal São José em Joinville - Santa Catarina.

Pediatria é a ciência de proteger (preventiva-puericultura) e curar (curativa - medicina infantil) a criança de 0^a a 12/15 anos.

O objetivo do estágio de pediatria visou ^{va} aprimorar o estudo teórico e prático adquirido em sala de aula, prestou-se assistência às crianças incapazes de satisfazerem suas próprias necessidades de saúde, promovendo assim o bem-estar físico, social e emocional da criança.

A ala pediátrica do hospital municipal São José é composta de 4 quartos com 12 leitos em cada um, os quartos eram divididos por patologias (ortopédica, respiratória, gastroenterites e clínicas), um posto de enfermagem, sala de medicação, sala de curativo, sala de recreação, vestiário e unidade de terapia intensiva pediátrica.

Esta ala era composta por 22 auxiliares, 7 atendentes de enfermagem, 1 enfermeira e 2 escriturárias.

Através dos procedimentos realizados neste hospital foi possível enriquecer os conhecimentos e iniciar a preparação para um melhor atendimento de enfermagem na área pediátrica.

11.2 - Desenvolvimento das atividades

No hospital municipal São José toda criança era acompanhada de um responsável, geralmente a mãe, que permanecia 24 horas por dia com ela.

A privação da mãe durante a hospitalização ^{trafia} a criança muita angústia, culpa e depressão prolongando ainda mais sua permanência no hospital.

Toda criança que tinha capacidade de deslocar-se do leito podia usufruir da sala de recreação com acompanhamento da pedagoga.

A pedagoga distribuía os brinquedos de acordo com a idade da criança, levando-os pessoalmente no caso de crianças acamadas.

^{atras} Realizou-se inúmeras lavagens das mãos em situações clínicas com a finalidade de auto proteção e evitando assim a disseminação de microorganismos prevenindo a propagação de infecção e contaminações desnecessárias.

Efetuu-se a verificação da temperatura na região axilar da criança para detectar anormalidades como a hipotermia ou hipertermia.

Quando a criança estava com hipertermia, era feito um controle freqüente, visto que muitas vezes uma temperatura elevada pode levar a convulsões.

A freqüência respiratória também foi observada para detectar anormalidades respiratórias.

Os movimentos respiratórios das crianças diferem do adulto.

A freqüência respiratória varia conforme a idade da criança:

- O recém-nascido possui uma freqüência respiratória de 35 à 40 movimentos por minuto.

- O lactente de 25 à 35 movimentos por minuto.

- O pré-escolar de 20 à 25 movimentos por minuto.

Observou-se um grande número de crianças com dificuldades respiratórias devido as patologias.

Realizou-se inúmeras nebulizações utilizando-se a máscara de oxigênio.

Observou-se a quantidade de gotas a ser administrada com uma atenção redobrada devido ao fracionamento de todas as medicações na pediatria.

A nebulização tem a finalidade de expelir secreções brônquicas.

As secreções apresentadas pelas crianças eram observadas quanto à quantidade, características e aspecto, fornecendo um melhor subsídio para diagnóstico médico.

Administrou-se vários medicamentos conforme prescrição médica com o objetivo de melhorar o estado patológico da criança.

A via mais utilizada em pediatria foi a endovenosa.

Efetuu-se os cálculos (em geral regra de 3) para obter-se o valor exato a ser administrado.

Foi realizada a diluição de todos os antibióticos em 5ml de água destilada com exceção da penicilina que foi diluída em 8ml de água destilada.

Após a diluição os medicamentos foram rediluídos em 30ml de soro fisiológico administrados em buretas, sendo que o tempo de infusão foi de 30 minutos.

Somente a vancomicina foi rediluída em 50ml e administrada em 1 hora.

A

Realizou-se a lavagem das buretas antes e após a administração dos medicamentos.

Efetuuou-se o cálculo de gotejamento para obter a quantidade de gotas por minuto a ser infundida no paciente.

Efetuuou-se um controle rigoroso das infusões devido o alto risco de danos à criança.

Realizou-se a troca de frascos de fluidoterapia mantendo o equilíbrio hidroeletrólítico.

Preparou-se a solução de acordo com a prescrição e adaptou-se ao equipo, obedecendo à assepsia cirúrgica.

Rotulou-se o frasco com horário de início e término da infusão, número de gotas, solução instalada e assinatura.

Efetuuou-se a observação rigorosa do gotejamento de soro para controle da quantidade de líquidos infundidos na criança.

Na pediatria, todas as medicações eram fracionadas de acordo com a idade e peso da criança.

A equipe de enfermagem tem grande responsabilidade ao administrar medicamentos visto que o organismo da criança não é capaz de tolerar as doses dos adultos.

Foi importante ter consciência, responsabilidade e conhecimento dos cálculos para efetuar uma administração segura.

Algumas crianças tiveram as veias heparinizadas para a obtenção de uma via de acesso para a administração de medicamentos.

Na pediatria utilizou-se a proporção de 0,2ml de heparina (anticoagulante) para 9,8ml de água destilada.

A heparina era aspirada antes das medicações e administrada 2ml da solução preparada após a medicação.

Durante a realização da higiene (geralmente efetuada pela mãe e auxiliada pela enfermagem), observou-se o estado da pele e os anexos, o estado motor, nutricional e respiratório da criança.

Com a higiene proporcionou-se o bem-estar físico, social e mental da criança.

Efetuuou-se a limpeza concorrente e arrumação das camas após a higiene da criança promovendo conforto, segurança, proteção contra infecção e aparecimento de insetos além de promover ordem e aspecto agradável à unidade.

Realizou-se curativo em abcesso na região inferior da face com a finalidade de limpar a lesão, evitar a infecção e promover a cicatrização.

Durante a realização do curativo a presença da mãe foi fundamental, pois tranquilizou a criança evitando assim traumas desnecessários.

Observou-se o aspecto da lesão e anotou-se na evolução de enfermagem.

As eliminações vesicais e intestinais foram observadas anotando-se na evolução de enfermagem a quantidade, volume e aspecto das mesmas fornecendo subsídios para melhor diagnóstico médico.

Realizou-se o controle da aceitação da alimentação, sono e repouso, queixas e observações.

Observou-se que algumas crianças estavam com molíase oral (sapinho).

Orientou-se as mães sobre a importância de lavar sempre as chupetas e mamadeiras, pois as mesmas são um importante veículo na transmissão dos parasitas intestinais.

Observou-se também que algumas crianças apresentavam escabiose. Enfatizou-se a importância de uma boa higiene, troca diária de roupas, ferver e ensaboar a roupa, secar bem todas as regiões do corpo, evitar coçar o local e manter as unhas aparadas.

Houve um caso de aspiração de um corpo estranho por uma criança. No exame radiológico verificou-se a presença de um parafuso no estômago. A criança foi encaminhada para tratamento cirúrgico.

Nestes casos vale salientar a importância de impedir as crianças de brincarem com objetos pequenos e em locais perigosos.

11.3 - Considerações finais

A assistência de enfermagem à criança foi principalmente de apoio e sintomática, visando atender as necessidades da mesma.

Enfatizou-se a lavagem das mãos de todas as pessoas envolvidas na assistência à criança, pois muitos vírus são rapidamente transmitidos ao pessoal hospitalar, familiares e outras crianças tanto por contato direto (especialmente através de carícias) quanto por objetos contaminados.

A criança exige uma atenção maior em todos os sentidos (higiene, medicação, curativos, fluidoterapia, etc), pois seu organismo é muito frágil.

A presença da mãe ou responsável foi fundamental para que a criança não apresentasse problemas psicológicos minimizando seu sofrimento.

Foi observado que o hospital não tinha uma boa infra-estrutura:

Existiam doze crianças em cada quarto quando no máximo deveriam ser quatro. A existência de apenas um banheiro também era outro aspecto que favorecia riscos de contaminação.

As máscaras de nebulização ficavam em um único recipiente não dispondo de tempo necessário para a desinfecção.

Os materiais de procedimentos eram escassos, o número de funcionários era reduzido.

As dificuldades decorrentes da escassez de recursos permitiu que aprendêssemos a improvisar e criar dentro das normas científicas, obtendo desta maneira uma melhor visão de como solucionar os problemas encontrados.

12 - PSQUIATRIA

12.1 - Apresentação

O estágio de psiquiatria iniciou-se com visitas no Centro de Assistência Psicossocial e na ala psiquiátrica do hospital regional Hans Dieter Schmidt nos dias 20 e 21 de novembro de 1997 em Joinville.

Realizou-se no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, em Florianópolis, entre 24 a 28 de novembro de 1997, no período vespertino, o estágio de psiquiatria, sob a supervisão da professora e enfermeira docente da Escola Técnica Federal de Santa Catarina, Laurete Medeiros Borges, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

O instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina situa-se na rua geral Colônia Santana sem número, no bairro Colônia Santana, na cidade de São José.

O instituto foi inaugurado em 1941, com o nome de Colônia Santana e hoje como Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina. Atualmente, possui 646 leitos os quais estão assim distribuídos:

Unidade de Pronto Atendimento, e emergência 24 horas com atendimento em regime de plantão.

Unidade de Clínica Médica, cuja finalidade é o tratamento clínico aos internados, hoje conta com 06 pacientes do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

Unidade de Dependência Química, tem como objetivo o tratamento e recuperação de alcoolistas e drogadistas, possui 48 leitos e hoje ocupados por 45 pacientes.

Unidade de Internação Psiquiátrica, cujo tratamento psiquiátrico é em regime de internação com retorno ao convívio social, sendo que hoje possui 185 sofredores psíquicos agudos.

Centro de Convivência Santana cuja finalidade é a reabilitação e o convívio protegido social, sendo que hoje possui 461 pacientes assim distribuídos como sofredores psíquicos crônicos classificados em:

Unidade Geriátrica De Psiquiatria; Unidade Feminina I, II, III; Unidade Masculina VII e VIII.

Possui também uma pensão que se localiza fora da área construída do hospital, com 11 pacientes do sexo feminino.

O objetivo do hospital é promover assistência e informação de qualidade, com eficiência e eficácia, aos portadores de distúrbios mentais, suas famílias e a sociedade, com pesquisas e educação continuada, para o resgate da plena cidadania.

Neste trabalho estão envolvidos uma equipe multidisciplinar prestando assistência direta e eficaz aos clientes que estão assim distribuídos por categorias:

Assistentes Sociais, auxiliares de enfermagem, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos clínicos, médicos neurologistas, pedagogos, professores de educação física, técnicos de raio-X, terapeutas ocupacionais, médicos psiquiatras, técnicos de enfermagem.

No setor administrativo estão envolvidos os agentes administrativos, agentes de serviços gerais, advogados, motoristas, entre outros.

Hoje, o Instituto Psiquiátrico recebe por dia 30 clientes para uma avaliação e posterior diagnóstico, procurando assim definir a necessidade de permanência em observação do mesmo, solicitando retorno em 24 ou 72 horas, provendo a internação imediata.

Esta média de atendimento compreende todo o estado de Santa Catarina, internando, hoje, 10 pacientes por dia, sendo que este mesmo número equivale para alta hospitalar.

Na instituição não há disponibilidade de residência médica (psiquiatras, neurologistas, clínicos), por estar vinculado por concurso público ou contratação direta.

Na categoria em nível médio, estão abertos para campo de execução de estágios enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Ainda em Florianópolis visitou-se o hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária que abriga pacientes portadores de hanseníase e pacientes com sofrimento psíquico.

Os objetivos deste estágio foi conhecer a real situação do sofredor psíquico hospitalizado, conhecer e distinguir os principais tipos de sofrimentos psíquicos.

Neste estágio também procurou-se identificar as formas de tratamento do sofredor psíquico, procurando manter com ele uma comunicação.

12.2 - Desenvolvimento das atividades

Desenvolveu-se na unidade de agudos (pacientes internados para tratamento medicamentoso pré-inicial visando ao restabelecimento do surto pelo qual o mesmo passa), bem como na unidade de crônicos (paciente que ao longo do período de tratamento fazem uso de medicações contínuas e tratamentos psicossocial) um trabalho de observação e contato com os sofredores psíquicos internados onde observou-se:

Todo paciente acometido por qualquer patologia traz consigo características específicas do sofrimento.

Com o sofredor psíquico não é diferente, observou-se ^{alau} vários distúrbios com as seguintes características:

- Transtornos dissociativos (personalidade) neste processo caracteriza-se por uma perturbação nas funções de identidade, memória ou consciência, que normalmente estão integradas no indivíduo saudável.

- Transtornos depressivos, caracteriza-se pela alteração essencial do humor, que pode estar deprimido ou irritável ou pela perda de prazer pelas atividades em geral, além de outras alterações como as do sono, do apetite e da psicomotricidade.

- Transtornos delirantes, caracteriza-se pela saída do caminho da realidade.

- Esquizofrenia, afecção mental caracterizada pelo relaxamento das formas usuais de associação de idéias, baixa de afetividade, autismo e perda do contato vital com a realidade, existe uma tendência a fugir da realidade e demência precoce.

- Movimentos estereotipados, são movimentos únicos durante um longo período.

Observou-se os tipos de medicamentos mais usados pelos sofredores psíquicos, sendo:

Gardenal, Nembutal, Tegretol, Hidantal, Aldol, Valium e Diazepam.

Ao conversar com a equipe de enfermagem, contatou-se que os pacientes mantêm respeito pelos profissionais, mantendo uma boa relação. Sendo que após o efeito dos medicamentos eles podem tornar-se agressivos dando evasões as suas características próprias de sofredores psíquicos.

Em uma pesquisa feita junto aos prontuários da unidade observou-se que muitos pacientes acometidos por eventual surto foram levados para o instituto de psiquiatria para uma avaliação e dali nunca mais saíram, sendo abandonados pela família. Muitos deles teriam condições de voltar ao lar mas a família rejeitou qualquer tipo de comunicação dando por exemplo o endereço errado.

A solidão e o desprezo da sociedade pelo sofredor é visível mediante a situação que os mesmos se encontram.

Visitas

Visitou-se o hospital Santa Tereza De Dermatologia Sanitária, o qual foi fundado em 1940 especialmente para tratamento de Hansenianos (lepra).

O mesmo possui uma infra-estrutura semelhante a qualquer cidade, tendo até mesmo a sua própria moeda.

Em 1956, foi sintetizada a sulfone como cura para Hansenianos, e em 1976 o tratamento deixou de ser compulsório para ser efetivado a nível ambulatorial. Hoje, o

hospital conta com 60 internos Hansenianos que não possuem mais a doença e sim suas seqüelas.

Este hospital, em 1987, instituiu uma unidade chamada Ana Tereza com o objetivo de agregar pacientes crônicos provenientes do instituto de psiquiatria.

Hoje, esta unidade é composta de cinco pavilhões com 50 sofredores psíquicos com idade superior a 21 anos os quais controlados por psicotrópicos mantém relacionamento com a sociedade.

Visitou-se o Centro de Assistência Psicossocial, que funciona há seis anos na cidade de Joinville e atende toda a região, perfazendo assim um número de 750 consultas mensais.

O trabalho do Centro de Assistência Psicossocial abrange não só o sofredor psíquico, mas toda uma comunidade com palestras em escolas, empresas e outras instituições, bem como possui uma oficina para o sofredor psíquico trabalhar.

Possui uma equipe multidisciplinar que atua junto aos pacientes, prestando apoio aos dependentes químicos e drogados.

Na cidade de Joinville, também visitou-se a ala psiquiátrica no setor D, no hospital Regional Hans Dieter Schmidt que funciona há seis meses, atendendo aos pacientes com desvios de condutas ou em crises.

Também possui uma equipe multidisciplinar que presta serviços à comunidade, mas em nível hospitalar.

12.3 - Considerações finais

Neste estágio de psiquiatria ficou claro o preconceito que a sociedade mantém em relação aos sofredores psíquicos, quando por sua vez o estado psicológico do paciente piora cada vez mais.

O estágio de psiquiatria ofereceu a oportunidade de conhecer as diversas patologias dos sofredores psíquicos, seu diagnóstico, tempo de internação e recuperação e principalmente a respeitar o sofredor psíquico e encará-lo como um ser humano.

13 - ADMINISTRAÇÃO

13.1 - Apresentação

Realizou-se o estágio de administração no setor de emergência do hospital Dona Helena, localizado na rua Blumenau, 123, centro, Joinville SC.

As atividades foram desenvolvidas pelos estagiários Eder, Marli e Raquel, alunos da 4ª fase do curso técnico especial de enfermagem no período matutino de 01/12/97 a 09/12/97, sendo que durante este estágio efetuou-se um plantão noturno individual de 12 horas.

O hospital prestava assistência geral, classificando-se como um hospital de grande porte, dispondo de 180 leitos.

Atendendo em média 935 pacientes ao mês, sendo de propriedade privada e filantrópica com fins lucrativos.

O hospital oferecia estágios, ensino profissionalizante (auxiliar de enfermagem) e parceria com a Escola Técnica Federal de Santa Catarina (curso técnico especial de enfermagem) e também possui campo para residência médica em emergência.

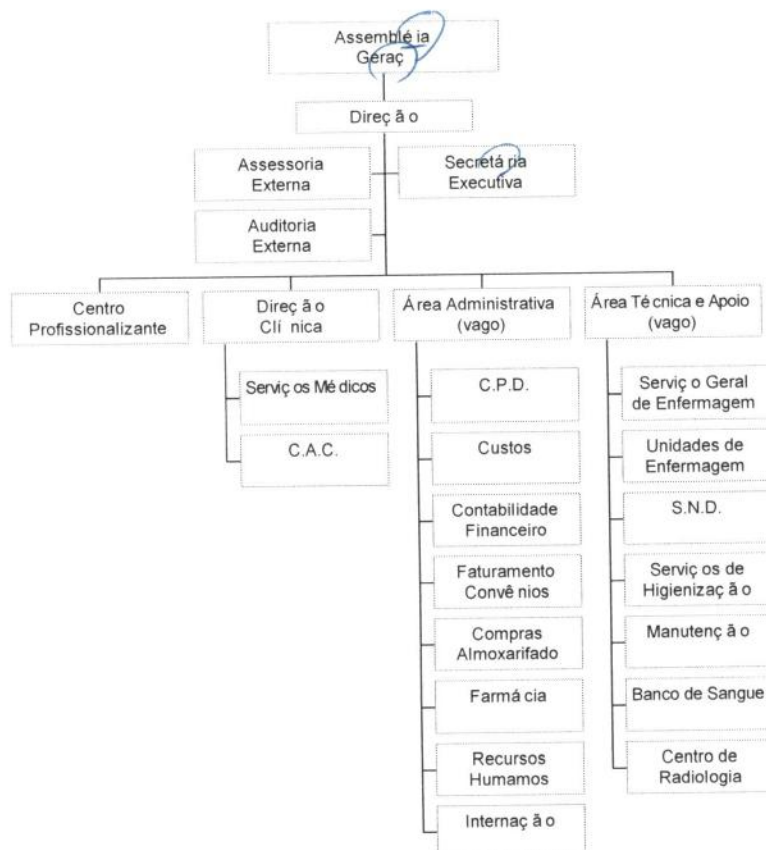
Administrar significa organizar, prever, comandar, coordenar e ordenar os fatores de produção e controlar a sua produtividade e eficiência, para obter determinado resultado.

Neste estágio de administração objetivou-se aprimorar o conhecimento teórico adquirido em sala de aula com a principal finalidade de tornar-se líder, ou seja, desenvolver o espírito de liderança.

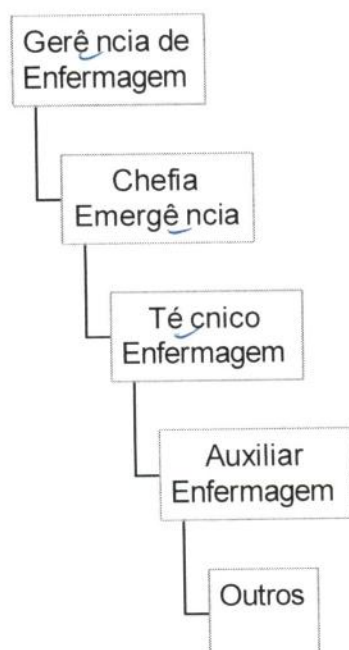
Pois devemos estar preparados para qualquer situação que se apresente.

13.2 - Desenvolvimento das atividades

Conhecimento da estrutura organizacional do Hospital Dona Helena:



Conhecimento da estrutura hierárquica de enfermagem na unidade de Emergência:



Handwritten signature or mark.

Localização:

A emergência localizava-se no térreo contendo os seguintes departamentos:

Recepção
Triagem
Sala de espera
Consultório clínico
Consultório pediátrico
Consultório ortopédico
Observação masculina
Observação feminina
Observação infantil
Observação pediátrica
Posto de enfermagem
Isolamento
Descanso médico
Sala de gesso
Sala de medicação
Sala de sutura
Sala de emergência
Sala de urgência
Sala de cirurgia
Expurgos
Banheiros para funcionários
Banheiro para pacientes
Copa

Tipo de atendimento:

- Clínico, pediátrico, ortopedia.
- Escala de sobre aviso
- Pacientes externos para procedimentos cirúrgicos.
- Tratamentos ambulatoriais e emergências.

Número de funcionários:

Total de 39 funcionários, sendo:

01 Enfermeira
04 Técnicos de enfermagem
18 Auxiliares de enfermagem
08 Recepcionistas
01 Escriturária
04 Motoristas
03 Guardas

Número de leitos:

08 leitos de observação
 03 leitos de urgência
 01 leito de emergência
 02 leitos de isolamento

Forma de trabalho:

Por escala
 Integral, com regime de trabalho de 44 horas semanais.

Identificação dos problemas levantados:

- Falta de medicamentos no carrinho de emergência
- Falta de material de consumo
- Não verificação dos equipamentos de emergência
- Falta de organização dos materiais
- Falta de identificação de prateleiras, gavetas, leitos e consultórios
- Falta de móveis para área de limpeza
- Falta de organização dos materiais cirúrgicos
- Falta de campanha na sala de emergência
- Falta de suporte fixo para soro
- Falta de material de segurança para o expurgo
- Melhorar o ambiente da copa com cartazes

Planejamento das atividades desenvolvidas:

PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES	01	02	03	04	05	06	07	08	09
ASSISTIR E RECEBER PLANTÃO	X	X	X	X	X	O	O	X	A
VISITAS DIÁRIAS	X	X	X	X	X	O	O	X	A
IDENTIFICAR ROTINA DO SETOR	X	X	-	-	-	O	O	-	A
REVER CARRINHO DE EMERGÊNCIA	X	X	X	X	X	O	O	X	A
SUPRIR MATERIAL DE CONSUMO	X	X	X	X	X	O	O	X	A
VERIFICAR CONDIÇÕES DOS EQUIPAMENTOS	X	-	-	-	X	O	O	-	A
ORGANIZAÇÃO DOS MATERIAIS	X	X	X	X	X	O	O	X	A
IDENTIFICAÇÃO DE PRATELEIRAS	-	-	-	X	X	O	O	X	A
REAPROVEITAMENTO DE MÓVEL	X	X	-	-	-	O	O	-	A
RETIRADA DE MATERIAS CIRÚRGICOS DO EXPURGO	X	X	-	-	-	O	O	-	A
CAMPAINHA PARA SALA DE EMERGÊNCIA	X	X	-	-	-	O	O	-	A
SUORTE FIXO NA PAREDE PARA SORO	X	X	-	-	-	O	O	-	A
SOLICITAR GANCHOS PARA O EXPURGO	-	-	-	X	X	O	O	-	A
ELABORAR CARTAZ PARA COPA	-	-	X	-	X	O	O	-	A
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO	-	X	X	X	X	O	O	X	A

Legenda:

O: Sábado e Domingo

A: Avaliação

Justificativa das atividades desenvolvidas:

Assistir e receber a passagem de plantão:

Tem por finalidade a interação das intercorrências ocorridas no plantão.

Visitas diárias:

Estar ciente da presença de pacientes que por ventura poderiam apresentar distúrbios graves e necessitar de cuidados especiais.

Verificar a qualidade de atendimento ao paciente.

Identificar rotina do setor:

Para estar consciente e familiarizado com normas e rotinas do setor.

Rever carrinho de emergência diariamente:

A falta de medicamento ou qualquer material de emergência poderia resultar em complicações para o paciente e conseqüentemente para enfermagem.

Verificar condições dos equipamentos de emergência:

Para ^{que} não houvesse surpresas desagradáveis com o funcionamento dos equipamentos.

Organização dos materiais:

Facilitar o serviço da enfermagem.

Identificar prateleiras, gavetas, carrinho de emergência:

Facilitar o serviço da enfermagem e demais membros da equipe de saúde, manter o ambiente organizado.

Reaproveitamento de móvel (armário americano da sala de café) para o expurgo:

Organizar o material de limpeza.

Sugerir retirada de materiais cirúrgicos do expurgo:

Para facilitar as intercorrências cirúrgicas e organizar o expurgo.

Solicitar campanha para sala de emergência:

Na presença de alguma emergência deixar a equipe de saúde em alerta facilitando a comunicação entre a equipe.

Solicitar suporte fixo na parede para soro:

Facilitar o serviço de enfermagem.

Solicitar ganchos para o expurgo:

Evitar acidentes com utensílios de limpeza.

Elaborar cartazes para copa:

Melhorar o ambiente da copa e proporcionar ao funcionário um momento de reflexão.

Elaboração de relatório de estágio:

Para melhor esclarecimento das atividades desenvolvidas.

13.3 - Considerações finais

Procurou-se no decorrer do estágio colocar em prática as atividades planejadas como consta na escala de planejamento. Junto com a chefia de enfermagem que aceitou nossas idéias, sendo que algumas foram colocadas em prática durante aquela mesma semana de estágio.

Observou-se a necessidade de alteração da escala de horário de um membro do grupo, pois o primeiro dia foi necessário para acompanhar o turno inteiro de trabalho, ^{quando} onde recebeu-se o plantão da manhã e o plantão da tarde, alcançando este objetivo, sentiu-se a necessidade do grupo trabalhar unido, pois em horários diferentes teria que repassar todo o serviço já terminado ao companheiro que iniciava ^{o que} onde acarretaria perda de tempo e não condizia com o estágio de administração.

Conseguiu-se cumprir todos os objetivos do estágio, onde os funcionários sentiram as melhoras no setor e nos parabenizaram pelo nosso serviço e esforço dedicado a eles.

CONCLUSÃO

Através do estágio supervisionado foi possível realizar a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula. As técnicas aprendidas puderam ser realizadas no ambiente de trabalho, trazendo um alto grau de aproveitamento no aprendizado.

O estágio também proporcionou uma vivência no dia-a-dia do trabalho de enfermagem, ampliando os horizontes além dos conceitos teóricos e aplicação de técnicas. O paciente deixa de ser apenas um caso patológico para se tornar um ser humano necessitado de apoio total. Além do restabelecimento de sua saúde, o paciente também procura estímulo e compreensão e cabe ao profissional de enfermagem tranquilizá-lo, esclarecendo as suas dúvidas e amenizando os seus medos e temores.

As dificuldades existentes no setor de saúde ficaram caracterizadas no decorrer deste período. As precárias condições de habitação de muitas pessoas, o desconhecimento de noções básicas de higiene e as deficiências de infra-estrutura nos hospitais (funcionários, instalações, etc) demonstram o panorama incerto do futuro da área de saúde.

Entretanto, a responsabilidade pela melhoria das condições de saúde da comunidade dependem de todos. Iniciando pelo Governo até os profissionais do setor de saúde, bem como a toda a população em geral, existem atribuições a cada elemento da sociedade.

Ao profissional de enfermagem cabe a obrigação de realizar um trabalho exemplar, desempenhando as suas atividades com disciplina, técnica e competência. Aliado ao trabalho profissional, deve-se ainda, demonstrar compreensão, paciência e solidariedade com o paciente.

Este relatório encerra um período de dois anos de muito estudo e dedicação à área de enfermagem, sendo que todos os objetivos almejados foram alcançados.

Joinville, 3 de Fevereiro de 1998

Maria B. HUTH

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica
Brunner/Suddarth
Editora Guanabara Koogan S.A.
Rio de Janeiro - RJ
- Centro Cirúrgico - Aspectos Fundamentais para Enfermagem
Terezinha Ghellere, Maria Celicina Antônio, Maria de Lourdes de Souza
Editora da UFSC
Florianópolis - SC
- Fundamentos de Enfermagem (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Enfermagem Médica (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Emergência (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Unidade de Terapia Intensiva (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Enfermagem Cirúrgica (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Saúde Pública (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Enfermagem Neonatológica (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC
- Obstetrícia (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC

A

Pediatria (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC

Psiquiatria (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC

Administração (apostila)
Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC