

## HISTÓRICO

A.A.O. sexo masculino, branco, 66 anos, viúvo, tem sete filhos, aposentado, analfabeto, sua religião é a metodista, brasileiro, natural de Campos dos Goytacazes. Internado no dia 28 de junho de 2002 com diagnóstico médico de insuficiência cardíaca congestiva mais bloqueio átrio-ventricular total (3º grau) necessitando marcapasso provisório. Neste mesmo dia às 17 horas e 30 minutos foi iniciado acesso venoso por jugular direito para ser instalado marcapasso provisório. No dia 3 de julho de 2002 foi realizada a instalação do marcapasso permanente de demanda. Reside com sua filha de vinte três anos em casa própria em Tanguá-RJ. Informou ter deixado o trabalho de lavrador há cinco meses, por não tem mais força e saúde e que após sair do hospital irá iniciar o seu processo de aposentadoria. E ainda, que apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica e ICC há quatro anos e só descobriu que é diabético tipo II no ano passado. Não sabe o que é diabetes mellitus tipo II, porém diz tomar hipoglicemiante oral e controlar a glicose no posto de saúde uma vez por semana. Em relação à hipertensão e insuficiência cardíaca relata ter feito uso de diuréticos, “remédio para o coração” (mas não soube dizer qual o nome do medicamento e dieta hipossódica. Tem consciência que não poderá mais trabalhar como lavrador, porém mostra-se satisfeito por estar bem melhor de saúde. Falou ter um bom relacionamento com os familiares, não ter relação sexual há dez anos, desde que sua mulher faleceu. Considera estar sendo muito bem tratado pela equipe multidisciplinar. Alimenta-se a base de verduras e legumes, ingerindo pouca carne vermelha e alimentos com baixo teor sal e gordura. Disse dormir oito horas por dia e levantar duas vezes à noite, porém no período que está internado tem dormido pouco, pois dorme após às 24 horas e acorda às 6 horas. Nega etilismo e tabagismo.

## EVOLUÇÃO

Consciente, calmo, cooperante, deambulando, relata não ter evacuado até o momento e ter urinado duas vezes à noite. Ao exame físico: apresenta couro cabeludo íntegro e limpo, pavilhões auriculares limpos, escleróticas anictéricas, mucosas hipocoradas, cavidade oral limpa e com prótese dentária, pele desidratada, refere acuidade visual diminuída em olho direito e não ter audição no ouvido direito. Gânglios submandibulares fixos, de aproximadamente de 1 cm e indolor à palpação. Membro superior direito com acesso venoso periférico em região anterior do braço, salinizado e com curativo limpo. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares universalmente audíveis; ausculta cardíaca em três tempos; abdome plano, indolor a palpação com presença de ruídos hidroaéreos. Membros inferiores com extremidades frias, acianóticas e livres de edema. Sinais Vitais: Temperatura: 35,5 ° C; Pulso: 67 bpm; Respiração: 17 bpm; Pressão Arterial: 130 x 90 mmHg. Retirada de cinco pontos em região subclavicular esquerda e incisão seca e sem sinais flogísticos.

Estabeleça um plano de cuidados para o cliente.

Devem ser utilizados livros com diagnóstico de enfermagem e enfermagem prática.

## HISTÓRICO

D.C.D.M. , 36 anos, casada, mãe de 3 filhos, agente comunitária e auxiliar de secretária, moradora de São Gonçalo, deu entrada em condições regulares às 16 h no dia 21/05/2002 no hospital universitário para realização de uma cirurgia eletiva pelo ambulatório de cirurgia com o diagnóstico de veias varicosas em MMII, queixando-se de ardência e calor . A paciente fez uso de Daflon 500mg, castanha da índia, gincobiloba há mais ou menos 6 anos e também fazendo uso de meias elásticas. Após suas tarefas diárias, no fim do dia, sente muitas dores em MMII. Teve 3 gestações completas e, ao fim da última, sofreu uma cirurgia de laqueadura de trompas por laparoscopia. Relatou ter tido cãibras durante a gravidez e vermelhidão no local das veias varicosas e a pele apresentava-se lisa e ressecada pela formação de edemas. A paciente relata ter adquirido diabetes durante a 2ª gestação (diabetes gestacional), que de acordo com sua história familiar, sua mãe, avó, irmã e tia são portadoras de diabetes mellitus tipo II. Seu último exame preventivo foi feito há um ano. Sua maior preocupação no momento é o desemprego do marido e suas expectativas individuais se apóiam no auxílio prestado pelos familiares no seu tratamento e recuperação, dando-lhe incentivo para que consiga solucionar o problema em questão.

## EVOLUÇÃO

Paciente apresentou-se lúcida, orientada no tempo e no espaço, tranqüila, cooperativa e muito objetiva quanto às informações do seu depoimento. Repousada ao leito em atitude de descanso, mostrava-se um pouco ansiosa por uma rápida recuperação e muito alívio por ter conseguido a cirurgia o mais rápido que esperava. Ao exame neurológico: os resultados encaixaram-se dentro dos padrões de normalidade, assim como seu sono noturno é satisfatório. Faz caminhada, segue uma dieta hipoglicídica prescrita por um nutricionista. Ao exame físico: apresentou couro cabeludo íntegro, pupilas isofotorreagentes, pavilhão auditivo sem sujidades, cabeça e pescoço livre de edemas e ausência de infartamento ganglionar, faz uso de prótese dentária em arcada superior, lábios ressecados. Durante a ausculta cardíaca batimentos em 2T, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares audíveis, eupnéia. À palpação das mamas não apresentou nódulos e nem dor. Ausência de líquidos à expressão dos mamilos. Peristaltismo presente e abdome globoso timpânico e indolor à palpação. MMII com edemas +/++++. T: 36° C, P 74 bpm, R 21 irpm, PA :Deitada: 110x80 mmHg, sentada: 110x85 mm Hg, em pé: 110x90 mmHg, peso: 60 kg, altura em cm: 165 cm, glicemia de jejum: 70 mg/dl (21/05/02) glicemia dia da admissão: 99 mg/dl (22/05/02).

Leve em consideração que a cliente está em pré-operatório.

Estabeleça um plano de cuidados para o cliente.

Devem ser utilizados livros com diagnóstico de enfermagem e enfermagem prática.

Caso 3  
HISTÓRICO

↳ Nome: D. P. de Oliveira  
↳ Unidade de Internação: Box Emergência  
↳ Idade : 57  
↳ Data de nascimento : 01/01/44  
↳ Est. Civil : casado  
↳ Ocupação: comerciante  
↳ Religião: Evangélico  
↳ Nacionalidade: Brasileira  
↳ Naturalidade : Rio de Janeiro  
↳ Data de Admissão: 18/04/01  
↳ Diagnóstico médico : Infecção urinária e insuficiência cardíaca congestiva  
↳ Endereço: R. Marquês de Caxias , – Centro  
↳ Pront. Nº : 409.054  
↳ Leito Nº : 08  
↳ Sexo : Masculino  
↳ Cor : branca  
↳ Nº de Filhos : 2  
↳ Escolaridade : 1º grau completo  
↳ Procedência : de sua residência

☒ Nível de consciência : Cliente mostra-se em plena consciência, orientado no tempo e espaço  
☒ Estado emocional : Com uma expressão facial triste e de dor cooperativo, um pouco prostrado .  
☒ Motivo de internação: Seu motivo de internação (**queixa principal**) foi oligúria e dores contínuas no hipogastro que se estendem dorso ventralmente somada a dificuldades de respiração a **queixa atual** ainda eram as dores .  
☒ Condições higiênicas : No momento apresentam-se satisfatórias , apesar do cliente ressaltar a necessidade de tomar banho.  
☒ Atividades físicas : Cliente diz praticar exercícios leves devido a diabetes .  
☒ Hábitos de vida pessoal / padrões de vida :  
Assistir TV, acordar cedo e fazer dieta e exercícios leves devido a Diabetes Mellitus II  
☒ Participação na vida religiosa : Praticante sendo evangélico sem sinais de necessidade de apoio espiritual – bíblia sobre o leito.  
☒ Habitação e fatores ambientais : Sua casa possui rede de esgoto e água encanada com coleta de lixo sem animais em casa.  
☒ Reprodução e sexualidade: Vida sexual ativa e nenhuma frustração  
☒ Problemas de saúde crônicos : Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica e é portador de Diabetes Mellitus II há 12 anos.  
☒ Problemas alérgicos : Nega ser alérgico a medicamentos e outros  
☒ História patológica progressa : Não se lembra das doenças que teve na infância e não sabe informá-las , apenas sabe das mais recentes.  
☒ História fisiológica : Afirma que mesmo sem seus pais foi bem criado em boas condições, mas não sabe informar sobre seu nascimento e pouco sobre sua infância.  
☒ Medicamento que faz uso atualmente : Insulina NPH (iniciado o uso no HUAP- antes fazia uso da regular)  
☒ Exame médico e dentário : Só em caso de alguma enfermidade (pronto atendimento)  
☒ Constelação familiar : 2 filhas e esposa , afirma que sua mãe morreu ainda quando estava muito pequeno, não conhece seu pai. Não conhece seus parentes do Ceará.  
☒ Educação e saúde : Alega ter tomado todas as vacinas, não fuma e não bebe devido a sua patologia.

EVOLUÇÃO

Cliente consciente, cooperativo, deambulante e orientado no tempo e espaço, apresentando fácies de dor e cansaço, queixas de estar dormindo mal à noite e da qualidade da alimentação do Serviço de Nutrição. Demonstra um pouco de ansiedade e tristeza. Ao exame físico: couro cabeludo com alopecia parcial, escleróticas normocoradas com pupilas isofotorreativas, cavidade bucal e nasal com mucosas normocoradas e hidratadas, uso de prótese dentária superior, pré-molares inferiores careados, pavilhão auditivo limpo, ausência de gânglios na região retroauricular à palpação. Tórax simetria normal, boa expansibilidade e eupnéia à ausculta: murmúrios vesiculares e batimentos cardíacos em 2 T, dor no hipocôndrio extensiva extensiva a região dorso-ventral, pele íntegra e hidratada. Punção venosa em MSE com sinais flogísticos, ausência de edemas no MMSS. Eliminação urinária por sonda (drenando 300 ml de urina âmbar turvo) e intestinal presente, ausência de edemas em MMII, com cianose em ambos os membros estendendo para os pés, escleróniquia no hálux esquerdo . Condições higiênicas satisfatórias.

TRP : T= 36.5 °C , R =24 IRPM , P= 80 bpm PA= 110 X 80 mmHg, Pulso Apical = 80 em 2t rítmicos, Peso atual = 74 kg proporcional a sua altura .

Estabeleça um plano de cuidados para o cliente. Grupo de 10 estudantes.

Devem ser utilizados livros com diagnóstico de enfermagem e enfermagem prática.

Caso 4  
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Nome: D. O.Barbosa  
Sexo: Feminino  
Cor: Branca  
Data de Nascimento: 24/05/32  
Nacionalidade: Brasileira  
Naturalidade: Rio de Janeiro  
Estado Civil: Casada  
Escolaridade: 5ª série do ensino fundamental  
Ocupação: Do lar  
Endereço: Travessa Santa Maria, rua : B, nº 36, Santa Rosa – Niterói/ RJ  
Matrícula da Unidade : 1575  
Matrícula do programa : 345

Cliente procurou programa de hipertensão devido ao encaminhamento médico, no dia que foi atendida (12/12/2000) apresentou-se assintomática. Afirmou ter o hábito de medir sua PA em casa e na última vez que a aferiu estava elevada. Relatou que o pai era portador de HAS e que conhece todos os problemas crônicos da patologia. Não participou até este dia de nenhum grupo educativo, mas gostaria de participar do programa de educação e controle da HAS da policlínica Santa Rosa devido ao interesse de saber um pouco mais sobre a doença. No momento fazia tratamento medicamentoso (diário) e dieta para hipertensão. Afirmo seguir regularmente a dieta hipossódica e hipocalórica prescrita, ingerindo com frequência frutas, legumes e verduras, peixe e frango. Afirmo praticar exercícios físicos com frequência fazendo caminhada. Afirmo não ter dificuldade alguma para seguir o tratamento. Não consome de bebidas alcoólicas, fumo e não fez uso de anovulatório. Possui problema com a taxa de colesterol elevada. Não esteve hospitalizada nos últimos meses. No exame físico direcionado PA= 140 X 80 mmHg. TRP : 36,4 ° C, 64 bpm, 15 irpm, peso= 68,700 Kg, altura 1,50 m. Apresentando estado geral bom e estado emocional cooperativo e relaxado, ausência de edema palpebral e periférico.

EVOLUÇÃO

12/12/2000- Paciente procurou o centro de saúde encaminhada pelo médico da família, sendo consultada pelo Luiz Gonzaga Faria que prescreveu propanolol e nifedipina, costuma medir a PA regularmente (ultima estava 140 X 80 mmHg). Apresenta história familiar de hipertensão (pai). É bem informada sobre hipertensão arterial quanto a suas complicações. Não participa de grupos educativos, porém revelou interesse em participar. relata seguir dieta hipossódica e hipocalórica ingerindo alimentos como frango, peixe, legumes e verduras. Faz caminhadas regularmente. Ao exame físico: PA= 140 X 80 mmHg. TRP : 36,4 ° C, 64 bpm., 15 irpm, peso= 68,700 Kg, altura 1,50 m. Estado geral bom, apresentando-se cooperativa e relaxada. Couro cabeludo apresentando descamação. Faz uso de prótese superior. Ausência de gânglios palpáveis na região periauricular, inframandibular, supra e infraclavicular. Ausculta cardíaca ritmo regular em 2 T. AP murmúrios vesiculares audíveis. Reforçadas as orientações quanto à importância das caminhadas, da manutenção da dieta e do uso regular do medicamento. Marcada nova consulta para o dia 07/01/01.

05/06/2001- Cliente assintomática, cooperante, tranqüila, relata ter complicações familiares. Faz uso de propanolol 40 mg de 12/12 h (1comp.) e nifedipina 10 mg de 12/12h (1 comp.). Não fez uso de medicamentos hoje pela manhã, alegando que aumenta a diurese (SIC). Segue dieta hipossódica e hipocalórica consumindo diariamente frutas e legumes, iniciou caminhadas há 2 dias. Ao exame físico: peso= 68 Kg, pulso 60 bpm, 16 irpm 36° C de temperatura e PA= 170 X 90 mm Hg. Estado geral bom, mucosas e pele hipocoradas e hidratadas, ausência de gânglios palpáveis na região periauricular, inframandibular, supra e infraclaviculares. AP murmúrios vesiculares, pulsações acentuadas da aorta ao nível da fúrcula esternal e das carótidas no pescoço. Veias varicosas e edema +/- em MMII. Reforçadas as orientações sobre dieta e principalmente sobre medicação e exercícios e a importância da manutenção do tratamento. Próxima consulta marcada para o dia 09/07/2001.

Estabeleça um plano de cuidados para o cliente.  
Devem ser utilizados livros com diagnóstico de enfermagem e enfermagem prática.