



APOSTILA DIGITAL

Nível:
Médio



EDIÇÃO 2025

FORMATO [PDF]

Quem Somos

A Domina Concursos, especialista no desenvolvimento e comercialização de apostilas digitais e impressas para Concurso Públicos, tem como foco tornar simples e eficaz a forma de estudo. Com visão de futuro, agilidade e dinamismo em inovações, se consolida com reconhecimento no segmento de desenvolvimento de materiais para concursos públicos. É uma empresa comprometida com o bem-estar do cliente. Atua com concursos públicos federais, estaduais e municipais. Em nossa trajetória, já comercializamos milhares de apostilas, sendo digitais e impressas. E esse número continua aumentando.

MISSÃO

Otimizar a forma de estudo, provendo apostilas de excelência, baseados nas informações de editais dos concursos públicos, para incorporar as melhores práticas, com soluções inovadoras, flexíveis e de simples utilização e entendimento.

VISÃO

Ser uma empresa de Classe Nacional em Desenvolvimento de Apostilas para Concursos Públicos, com paixão e garra em tudo que fazemos.

VALORES

- Respeito ao talento humano
- Foco no cliente
- Integridade no relacionamento
- Equipe comprometida
- Evolução tecnológica permanente
- Ambiente diferenciado
- Responsabilidade social



HABILITADA P/ IMPRESSÃO



PROIBIDO CÓPIA

Não é permitida a revenda, rateio, cópia total ou parcial sem autorização da Domina Concursos, seja ela cópia virtual ou impressa. Independente de manter os créditos ou não, não importando o meio pelo qual seja disponibilizado: link de download, Correios, etc...

Caso houver descumprimento, o autor do fato poderá ser indiciado conforme art. 184 do CP, serão buscadas as informações do responsável em nosso banco de dados e repassadas para as autoridades responsáveis.





★★★★★
NOVA DIDÁTICA

CONCURSOS

DOMINA
CONCURSOS

→ **Conhecimento
Específico**



EDIÇÃO 2025

FORMATO [PDF]



Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico

O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. Enfatizamos, neste estudo, a enfermagem como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local.

A sistematização da assistência de enfermagem (sae) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades.

O processo de enfermagem (pe), considerado a base de sustentação da sae, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.

As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático.⁵ dessa forma, incorporar a sae é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.⁶ assim, buscamos neste estudo, colaborar com os conhecimentos relacionados à sae, abordando uma das fases do pe, a coleta de dados.

O presente estudo teve por objetivo elaborar um instrumento de coleta de dados, visando o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem em centro de terapia intensiva-adulto (cti-a) e validá-lo em sua forma aparente e de conteúdo.

A revolução científica e tecnológica, posta a serviço do cuidado humano, introduziu uma riqueza de possibilidades para salvar vidas; entretanto, é necessário nos posicionarmos frente a esse avanço para que os valores humanos possam ter prioridade.

Para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente em estado crítico, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais.

Para o cliente do cti-a, dada a sua situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico.

Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

Contudo, para a implementação do pe, há pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual; e outra a sua operacionalização no contexto da prática, situação em que outras dificuldades se interpoem.

Assim, na escolha de um modelo de assistência, devemos obter informações básicas, que permitam prever o grau de envolvimento do paciente/cliente no seu tratamento, algumas estratégias que possam ser mais úteis para este cliente e o grau de auxílio de outros profissionais que a situação possa necessitar. Esta fase preliminar auxilia dirigir e priorizar a coleta de dados e definir qual modelo poderá ser mais congruente às condições do cliente. A análise de seleção do modelo leva também em consideração que alguns são mais aplicáveis a indivíduos, outros à família e outros à comunidade; alguns pressupõem que o enfermeiro "forneça" a assistência, enquanto outros "favorecem o autocuidado".

Neste contexto, a coleta de dados é uma fase guiada pelos conceitos do modelo que auxiliam na construção do instrumento (direcionando a coleta e auxiliando na organização e seleção de dados significativos). Adotamos neste trabalho então, o modelo de horta, no qual a hierarquia das necessidades deve direcionar a busca de suas alterações.

Além disso, dadas às inúmeras particularidades do cliente de cti, a tecnologia encontrada no setor e a necessidade de oferecer um cuidado desvinculado do modelo biomédico, que assista o ser humano de forma integral, atendendo suas necessidades biopsicossociais e espirituais, acreditamos que a construção e validação de um instrumento de coleta de dados são relevantemente necessárias, para que a sae seja desenvolvida com um embasamento adequado e coerente com o setor em questão.

Material e métodos

Este estudo comportou duas etapas: na primeira foi construído um instrumento de coleta de dados, fundamentado no modelo conceitual de horta, que se baseia nas nhb.10 na segunda etapa, o mesmo foi submetido a validações de aparência e conteúdo.

Realizou-se um levantamento bibliográfico, no período de março a maio de 2005, bem como uma análise descritiva e exploratória, que teve por finalidade investigar, na literatura, livros, revistas e artigos, em idiomas português e inglês, sítios confiáveis e anais eletrônicos de congressos e fóruns de enfermagem, que discorressem sobre a sae, enfatizando a etapa de coleta de dados, e sobre cti.

Assim, nos propusemos a pesquisar o que a enfermagem tem descrito sobre esses temas, objetivando construir e validar um instrumento de coleta de dados para aplicação e desenvolvimento da sae em cti-a, do hospital universitário da universidade federal do triângulo mineiro (hu/ufbm), em uberaba, mg.

Após leitura exploratória e objetiva do material adquirido, ordenamos as informações pertinentes à pesquisa e construímos um instrumento de coleta de dados, tipo checklist, para cti-a, que compreende itens relacionados à identificação do cliente e às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

O procedimento seguinte à elaboração do instrumento de coleta de dados foi a realização de sua validação de aparência e conteúdo.

Para a realização da validação foram convidados nove enfermeiros, os quais trabalhavam em cti-a, há mais de um ano e possuíam conhecimento sobre processo de enfermagem, cti-a e semiologia e semiotécnica. Todos os juízes eram de cidades do interior do estado de são paulo (ribeirão preto, barretos e campinas) e do estado de minas gerais (uberaba).

Para essa validação, foi elaborado um questionário norteador, o qual foi entregue aos profissionais no momento da entrega do instrumento, com o intuito de guiá-los durante a realização da validação do instrumento. Esse questionário era composto pelas seguintes questões: os itens e/ou questões são relevantes e suficientes para identificar as necessidades humanas básicas afetadas no cliente? Os termos utilizados são adequados? Os itens são claros? Há repetição de questões nas diferentes necessidades? Há alguma sugestão de inclusão ou exclusão de itens e/ou questões? Qual a sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.

Os juízes foram solicitados a discutir e apontar as alterações que julgassem necessárias, para a adequada estruturação e apresentação do instrumento de coleta de dados proposto.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos neste estudo serão apresentados seguindo a seqüência: elaboração do instrumento de coleta de dados para aplicação e desenvolvimento da sae em cti-a; validação subjetiva aparente e de conteúdo do instrumento elaborado.

O instrumento de coleta de dados, construído neste estudo, em anexo, foi direcionado a clientes internados em cti-a e se constitui de itens relacionados à identificação do cliente e às necessidades psicobiológicas de oxigenação e circulação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios, atividade física e motilidade, cuidado corporal e integridade física, integridade cutâneo-mucosa, regulação, sexualidade, abrigo e moradia e terapêutica; necessidades psicossociais de segurança, amor,

comunicação, conhecimento, gregária, auto-estima, auto-imagem e auto-realização; e necessidades psíquicas, envolvendo as crenças e religião do cliente.

O resultado obtido na primeira etapa desta pesquisa foi norteado pelo entendimento do pesquisador em relação a um instrumento de coleta de dados, ou seja, esse deve se constituir em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas do ser humano; ser significativo para o enfermeiro e para o cliente e possibilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem deve viabilizar a interação enfermeiro cliente e um cuidado profissional, que forneça dados que suscitem hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas, colaborando com os conhecimentos próprios da profissão.

A estrutura do instrumento de coleta deve retratar o referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida.

Acreditamos que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo pe, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho melhor definidas e concretas.

A coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do cliente, de forma a subsidiar o plano de cuidados e atender as necessidades encontradas prevenindo as complicações. É uma das etapas da sae que mais exige tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese. É uma fase que pressupõe a confecção de um instrumento adequado de registro e leitura dos dados, e o desenvolvimento de técnicas para obter esses dados.

A coleta de dados, realizada através de entrevista e exame físico, é o primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente. Todos os passos do pe dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença.

Após a elaboração do instrumento de coleta de dados, realizou-se sua validação de aparência e conteúdo. Dessa forma, o instrumento foi avaliado por um grupo de profissionais com conhecimento sobre processo de enfermagem, cti-a e semiologia e semiotécnica.

Todos os profissionais expressaram que o instrumento certamente favorecerá o desenvolvimento da sae para clientes internados em cti-a e que os dados lhes pareceram suficientes para identificar alterações ocorridas nas necessidades básicas de saúde e possibilitar o diagnóstico de enfermagem.

Seis juízes sugeriram alterações na estrutura do instrumento e também em seu conteúdo, tais como: redução do número de itens, buscando torná-lo mais prático para a atual situação de nossos ctis, no que se refere à falta de recursos humanos; alterar a posição de alguns sinais e sintomas dentro das nhb; esclarecer melhor alguns deles, já que tiveram dificuldade de entender as siglas. A grande maioria dos enfermeiros colocou que o instrumento se encontra muito extenso, devendo ser revisto neste aspecto.

Todos os profissionais colocaram que os termos utilizados são adequados e claros, devendo-se colocar uma legenda no rodapé para que as siglas sejam bem compreendidas.

Quanto à repetição de sinais e sintomas nas diferentes necessidades, apenas três profissionais os identificaram, sendo que um deles referiu ser necessário haver repetições para reforçar itens importantes. Neste sentido, discordamos e não acatamos a sugestão, uma vez que no raciocínio diagnóstico durante a fase de síntese, o agrupamento dos dados nos permitirá percorrer cada categoria e retirar dali aqueles que evidenciarem a hipótese ou inferência.

Ademais, esse fato poderia incorrer em estender o instrumento, já que repetiríamos vários sinais e sintomas em diversas categorias, e a solicitação dos profissionais foi justamente de reduzi-lo.

Dentre as sugestões feitas pelos enfermeiros que atuavam como juízes no processo de validação do instrumento, aceitas pelo pesquisador, uma vez que vieram a contribuir para melhoria do instrumento, ressaltamos: substituir idade por data de nascimento; inserir descerebração e decorticação em regulação neurológica; rever a escala de sedação de ramsay; inserir pic no quadro da necessidade de oxigenação; abrir algumas colunas no quadro de balanço hídrico, acrescentando itens como vômitos,

sangue e colunas para medicamentos; substituir a palavra abolido por ausente; inserir escolaridade na necessidade de conhecimento; inserir na necessidade de abrigo e moradia: poço, fossa, presença de animais domésticos, número de cômodos da residência; inserir em integridade cutâneo-mucosa: quelóide, equimoses, petéquias, hematomas, tatuagens; retirar o item "hora" das diversas tabelas; refazer a tabela sobre ausculta pulmonar; retirar os itens m, t e n de alguns locais.

As alterações sugeridas foram parcialmente atendidas e observamos que o instrumento remodelado em sua estrutura e conteúdo ficou mais adequado, objetivo e claro, como pode ser observado no apêndice, em anexo no presente artigo.

Tal instrumento foi elaborado para sistematizar a coleta de dados, na qual há verificação e comunicação de dados sobre o cliente, tendo como propósito estabelecer uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores e estilo de vida do cliente. Sabemos que somente a utilização dele poderá apontar novas e necessárias alterações.

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica. A sae é o método, por meio do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, estando direcionada para a satisfação das necessidades do cliente e da família. A sae consiste em cinco fases sequenciais e interrelacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem.

Nesse estudo evidenciamos apenas uma etapa da sae, a coleta de dados, mas conhecendo a importância das demais, entendemos que esse foi apenas o início de futuras mudanças e de propostas para implementação do processo de enfermagem ao cliente internado em cti-a.

A experiência de elaborar e validar um instrumento, nos possibilitou entender melhor a importância do processo de sistematização da coleta de dados, uma vez que proporcionará economia de tempo e praticidade para os enfermeiros, no sentido de elaborar o plano de cuidados, visando uma assistência de qualidade. A verificação e a comunicação de dados sobre o cliente em cti de forma sistematizada viabilizarão uma base de dados completa sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores e estilo de vida do cliente, tornando possível estudos mais abrangentes e refinamento dos instrumentos propostos.

Observamos que os enfermeiros sugeriram a redução dos itens do instrumento, alegando a necessidade de economizar tempo e torná-lo prático para o cti. Concordamos em parte, porém, queremos provocar os profissionais perguntando-lhes se a questão é reduzir o instrumento estritamente ao biológico, tornando-o prático, porém reducionista, ou aumentar o número de profissionais preparados para a assistência nestes setores, uma vez que o cliente deve ser considerado um ser holístico. E vamos oferecer um cuidado restrito ao biológico.

Observa-se, então, uma dicotomia entre a teoria e a prática. Se o foco do cliente no cti está no biológico, como muitos profissionais concordaram, então as demais necessidades humanas básicas deveriam estar satisfeitas e o que se observa é o contrário. Clientes insatisfeitos, com relatos espantosos sobre a experiência vivida no cti, desenvolvendo distúrbios emocional e físico, que resultam em processos patológicos e sofrimento desnecessário.

A coleta de dados é a base para o processo de enfermagem. Tem como objetivo identificar e obter importantes dados sobre o estado de saúde do indivíduo, família e comunidade. Essas informações são fundamentais para a individualização do plano de cuidados. Contudo, como individualizar o cuidado reduzindo-o à visão biologicista? Sendo considerado como um processo contínuo de coleta e agrupamento de dados objetivos e subjetivos, importantes para a avaliação do cuidado, como reduzi-lo.

Estas e outras indagações nos vêm à mente e sabemos que é necessário utilizarmos este e outros instrumentos em nossa prática assistencial, para podermos decidir pela necessidade ou não de cada informação e, nos aquietar saber que estamos apenas começando a elaborar um instrumento ideal para a coleta de dados em cti-a.

Corroboramos a idéia de que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência de enfermagem instrumentalizada pela sae, à luz de um referencial teórico de enfermagem, será capaz de aprimorar habilidades cognitivas e psicomotoras para associar teoria e prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares e estabelecendo relações de trabalho mais profundas e produtivas.

Dessa forma, para atender a uma determinada filosofia de trabalho, a sae deve ser muito bem embasada e a fase de coleta de dados, acima de tudo, sistemática e específica para cada cliente, já que tal levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem.

Portanto, considerando a relevância da sae para nossa prática, observamos a necessidade de se capacitar melhor nossos profissionais para sua execução, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado a nossos clientes.

Há algumas décadas, o tema humanização vem sendo discutido mais profundamente, talvez porque a globalização exigiu, das empresas que almejavam conquistar a competitividade, uma nova postura. Agilidade, economia, eficiência, passaram a ser requisitos indispensáveis no processo de trabalho. Assim, a revisão de processos, a reestruturação, e a reengenharia foram e são alguns instrumentos que ajudaram as empresas a se diferenciarem no mercado. A preocupação com a humanização, acooplada aos avanços tecnológicos, vem tomando destaque nos diversos setores da sociedade.

Mas, na verdade, o que é humanização, o que é humanizar?

"o conceito de humanização pode ser traduzido em uma busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe".

Humanizar passou a ser a palavra de ordem, seja pelo empregado que passou a ser ouvido nas suas necessidades para que pudesse dar o melhor de si pela empresa, seja pelo cliente que tomou consciência do seu direito de escolher o melhor - produto ou serviço.

Contudo, há espaços de atendimento que ainda são vistos como locais onde o cuidar humano não conseguiu atingir o patamar desejado, com a visão de que a tecnologia é hegemônica em relação à pessoa a ser cuidada. Podemos citar, como exemplo, as unidades de terapia intensiva. Para se falar em humanização nesse espaço, há de se fazer um breve histórico de como surgiram as unidades de terapia intensiva (uti's).

A unidade de terapia intensiva [uti] nasceu de uma necessidade logística: florence ninthingale, durante a guerra da criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. (...) Em 1923, walter dandy montou uma unidade neurocirúrgica no hospital de john hopkins, que era especificamente destinada a pacientes em pós-operatório. Na década de 40, em boston, surgiu uma unidade de queimados após um incêndio em um 'night club' - coconut grove fire. Já de 1947 a 1952, após uma epidemia de poliomielite, eram criadas na dinamarca, suíça e França unidades de assistência intensiva.

E, a partir da II guerra mundial e da guerra da coréia, a experiência com o trauma nos conflitos armados era transposta para a vida civil, surgindo na década seguinte, nos hospitais norte americanos, as unidades de choque. Nessa década de 50, apareceram as primeiras salas de recuperação pós-anes-tésicas, novas drogas terapêuticas como o éter e os antibióticos; progressivamente surgiram também as unidades coronarianas.

As uti's passaram a ser vistas como unidades de pacientes com prognósticos muito ruins, invariavelmente sem perspectiva de sobrevivência.

Franco relata, em seu estudo, o surgimento das utis aqui no Brasil por volta da década de 70, com a finalidade de reunir no mesmo ambiente físico pacientes recuperáveis, tecnologia e recursos humanos capacitados ao cuidado e observação constante. As uti's nasceram em uma época de auge do milagre econômico, em que as técnicas curativas eram mais importantes que as preventivas e de promoção à saúde.

Nesse contexto, as uti's se cobriram com uma aura de unidades fechadas, intransponíveis, mesmo dentro do próprio hospital.

O avanço tecnológico e científico permitiu o prolongamento da vida e, principalmente, a reversão de doenças antes sem prognóstico. Os aparelhos cada vez mais sofisticados: respiradores, monitores, bombas para infundir medicações e outros suportes e a necessidade de espaço nos grandes hospitais aumentaram o estereótipo de unidades frias e desumanas, cheias de "máquinas" onde somente caberia o raciocínio científico, estando a doença acima do próprio ser humano.

Trabalhar em uma uti é viver diariamente a dúvida de até onde ir, por que ir, quando parar, em que investir e, mais ou menos conscientemente, refletir se, quando suprimimos a liberdade física, psicológica, real de um ser humano, não o estamos mutilando, castrando no que constituía sua essência e aspiração mais profunda.

[...] O que se questiona, ou o que nos parece necessário refletir, é até que ponto o progresso técnico, como se realiza hoje, é 'saúdável' e promove o crescimento e a harmonização das pessoas, uma vez que quando questionamos os próprios profissionais da área da saúde, nenhum deles deseja a uti para si mesmo ou para seus entes queridos. Todos preferem, quando muito doentes, morrer 'dormindo', em casa, de repente, sem dor...

Atualmente, há uma luta contra esta imagem tão distorcida criada nesses anos. Os profissionais dessas unidades passaram a lutar pela humanização das mesmas. Mas, humanização é uma mudança de atitude e postura de toda uma equipe multiprofissional - enfermagem, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia - não somente uma mudança arquitetônica.

Vivenciando de perto todo o processo saúde-doença de cada um dos nossos pacientes e motivadas pela inquietude do que mais poderia ser realizado com o objetivo de melhorar a permanência da pessoa em uma uti, a partir de sua perspectiva, para tornar seu ambiente mais tranquilo, acolhedor e menos assustador, nós, enfermeiras, sentimos a necessidade de saber o que há na literatura acerca do sentimento da pessoa que esteve internada em uma uti.

Este estudo justifica-se, portanto, pela provável contribuição à melhoria da assistência de enfermagem, uma vez que amplia o conhecimento sobre o sentimento do paciente na uti, possibilitando minimizar os pontos frágeis, à medida que o paciente for tratado integralmente, como pessoa, sujeito de direitos e deveres.

Para tal, este trabalho tem o objetivo de analisar a produção científica sobre a humanização do atendimento ao paciente crítico internado em unidade de terapia intensiva, na perspectiva do próprio paciente.

Metodologia

No presente estudo, realizamos pesquisa bibliográfica a partir do rastreamento feito em material de fonte secundária, por meio do computador com acesso à internet, consultando o endereço eletrônico da bireme e o da usp.

As fontes de dados utilizadas foram: lilacs (literatura latino americana e do caribe em ciências da saúde), bdenf (banco de dados da enfermagem) e dedalus (banco de dados da universidade federal de são paulo). A busca bibliográfica compreendeu o período de 1983 a 2003 e os unitermos utilizados foram: humanização euti; paciente em uma uti; centro de terapia intensiva; humanização da assistência e da uti; enfermagem.

Apesar de terem sido selecionados 44 artigos, apenas 22 se enquadraram no tema proposto para este estudo. Cabe referir que todos os artigos foram lidos exaustivamente, com a intenção de se obter uma compreensão dos mesmos. Assim, de início, eles foram selecionados pelo nome. Posteriormente, de acordo com o seu resumo, foram listados para serem lidos apenas os que, aparentemente, tinham relação com o tema proposto.

A leitura de todos os documentos encontrados foi realizada na íntegra, sendo elaborados resumos dos textos. Houve, assim, a decodificação dos dados coletados que foram agrupados por similaridades, permitindo a construção de três categorias de análise, como se segue:

1-pré-conceito sobre a uti.

2-a vivência na uti :aspectos positivos e negativos.

2.1-fatores estressantes dentro de uma uti;

2.2-fatores diferenciais à recuperação do paciente;

2.3-equipe de enfermagem;

3-uti, um aprendizado, um retorno?

Resultados e Análise

Antes de adentrar na análise das categorias, cabe ressaltar que o processo de hospitalização de um ente familiar é uma experiência de vida que atinge de forma estressante todos os membros da família. A indefinição pelo futuro, a incerteza acerca do prognóstico resulta em uma desestruturação psicológica que atinge, concomitantemente, pacientes e familiares, provocando reações e movimentos muitas vezes desordenados e descontrolados.

A internação, para o paciente, é vivenciada como um:

Processo de 'separação do mundo', no qual a permanência no hospital interfere diretamente na rotina pessoal de cada ser, o que pode implicar resistência, ou ineficiência de medidas terapêuticas empregadas, como consequência do estresse, angústia e até medo.

À medida que se prolonga e/ou complica o estado de saúde do paciente, a internação em uma unidade de terapia intensiva (uti) se faz presente. O que normalmente se encontra é uma reação de temor do que poderá acontecer nessa "uti", onde a visão do paciente está relacionada não apenas ao ambiente físico dessa unidade. Mas é influenciada, também, por outros fatores como a aceitação de estar na uti, o medo da morte, a presença ou ausência da família e a qualidade do cuidado e da atenção dos profissionais que ali trabalham (humanização da assistência).

Para penna, as reações dos pacientes estão relacionadas a fatores como "nível de consciência, grau de comprometimento orgânico, significado simbólico da doença, experiências anteriores com doença e hospitalização, nível cultural e intelectual, personalidade pré-mórbida e relações interpessoais com a equipe".

Pré-Conceitos Sobre a Uti

Ao ter acesso aos textos que traziam como tema principal a uti, verificamos que todos eles referem-se à uti como ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Nosso cotidiano em terapia intensiva tem nos mostrado que, para os leigos (pessoas não ligadas à área da saúde), o que conta é a vivência de outras pessoas que estiveram em uma uti, ou mesmo a visão repassada através de novelas ou seriados da televisão, em que o paciente se encontra como em uma "redoma de vidro", intransponível e intocável. Apenas a equipe de saúde consegue ter acesso a ele para executar procedimentos de alta complexidade que poderão "definir" sobre sua vida ou morte.

Lemos, confirma essa assertiva ao analisar os depoimentos de pessoas que vivenciaram a internação na uti. Estas explicitam que imaginavam que os familiares só poderiam vê-las através do vidro, não poderiam manter contato verbal com eles e fazer apenas acenos com as mãos. Continuaram verbalizando que seu imaginário induzia-as a ver a uti como o local onde as pessoas ficavam isoladas, cercadas por uma cortina, sozinhas, como se fossem presas dentro de uma cela.

Por tudo isso, a unidade de terapia intensiva

"apesar de ser um local ideal para o atendimento aos pacientes agudos recuperáveis, (...) É um dos ambientes hospitalares mais agressivos, tensos e traumatizantes, uma vez que ali se desenvolve tratamento intensivo, hostil pela própria natureza, pois, além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem outros fatores altamente prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intercorrências terapêuticas frequentes, isolamento, suposição da gravidade da doença até mesmo risco de vida."

A vivência na uti: aspectos positivos e negativos

Esta categoria é dividida em subcategorias atendendo às especificidades encontradas.

O estresse é um dos fatores inerentes à vida em uma uti, devido ao tipo de assistência prestada e à gravidade dos pacientes internados neste setor. Trata-se de um ambiente atípico, onde o imprevisível é sempre esperado por toda equipe multidisciplinar que lá trabalha.

Bringuete considera que o estresse pode aparecer em momentos de dor, medo, fome, sede, raiva e alegria, estando relacionado ao sofrimento, privação sensorial e cultural.

Portanto,

Estar internado na uti significa, então, ser assistido através de muitos aparelhos, receber o cuidado que é técnico, invasivo, que provoca dor, mas que apesar de todo o sofrimento e angústia vivenciados, o paciente em estado crítico aceita essa forma de assistência intensiva porque reconhece ser essa a maneira de cuidar que não o deixa morrer.

Os sentimentos referidos por pacientes internados em uma uti, de acordo com franco, são: solidão, desamparo, abandono e medo, que refletiram em atitudes que variam do silêncio às manifestações emocionais, como choro e agitação.

Por tudo isso, o que se vê são pacientes criando ao seu redor estratégias de enfrentamento dessas situações de vida que estão relacionadas com "a reza, o choro, a fuga e a raiva, mecanismos de escape das tensões.

Fatores Estressantes Dentro de Uma Uti

Lemos, bringuete, ernesto e zanei e bedran explicitam que vários são os motivos de estresse. Entre eles estão a poluição sonora, a dor, a ansiedade e a desinformação em relação à própria doença, as rotinas do setor e os procedimentos que serão realizados, e o motivo dessa invasão. Todos esses componentes agrupados e acrescidos pela ausência da família poderão se transformar em um desequilíbrio psicológico que, conseqüentemente, irá influenciar no prognóstico e recuperação desse paciente.

Ainda diversos outros pontos estressores foram identificados nesse estudo. Esses podem ser relacionados em estressores ambientais (estrutura física), estressores físicos (dor) e estressores psicológicos (morte, ausência da família, depressão, rejeição e regressão) como os mais citados nas referências bibliográficas que fundamentam este estudo.

No que diz respeito aos estressores ambientais, a área física é a mais citada. Os estudos de ernesto e zanei, nascimento e martins e padilha, apontam que os pacientes internados apresentaram, como pontos negativos, o fato de se ouvir e ver tudo o que ocorria ao redor. Pessoas gritando e morrendo foi uma situação traumatizante mostrada no discurso dos pacientes entrevistados. Evidenciou-se o barulho, enfatizado pela dificuldade para dormir e a ansiedade e medo por não se saber decodificar o motivo desse barulho, como forte fator de estresse.

A falta de privacidade emerge como um coadjuvante importante no ambiente. Segundo sales, a privacidade foi ressaltada mediante o constrangimento do paciente ao expor seu corpo ao olhar e toque de um profissional de saúde. Assim, é oportuno trazer à tona a preocupação com a banalização do banho de leito que "por ser um procedimento rotineiro no exercício profissional, a sua complexidade, em se tratando do pudor corporal, às vezes é esquecida na prática, transformando-o em uma tarefa meramente mecanizada".

Realmente, o que se vê nas utis, sejam elas construídas há mais tempo ou recentemente, é uma inadaptação às necessidades pessoais do ser humano. A estrutura física vista na maioria dos locais é inadequada à privacidade do paciente. A falta de banheiros e a participação constante do paciente em acontecimentos, principalmente da fragilidade da vida humana, estão presentes e repercutem na visão do paciente acerca do ambiente da uti.

Em se tratando dos estressores físicos, a dor se mostra com grande força. Ela é um dos problemas da uti ao qual a equipe deve estar atenta. Pacientes que têm sua internação prolongada ou que são considerados fora de possibilidade terapêutica acabam por estabelecer uma rotina de cuidados diários repetitiva, fazendo com que as pessoas se acostumem com a atenção a ser dada, limitando sua percepção às reações que o paciente demonstre. Essa constatação se torna mais evidente para os

pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica, havendo um pré-conceito de que os mesmos estão ali apenas aguardando a morte.

O que se percebe, entretanto, é que muitas vezes a equipe de saúde minimiza o cuidado quanto às necessidades daquele paciente, restringindo componentes da prescrição médica que possam proporcionar seu conforto, e o que ocorre, ao final do processo, é que esse paciente recebe alta da uti, contrariando as expectativas da equipe e demonstrando o quanto o cuidado deve ser realizado de forma holística e universal aos pacientes internados no setor independentemente de seu prognóstico.

A atenção e a agilidade para atender às necessidades do paciente são outra questão enfocada pelo estudo de nascimento e caetano, guirardello, no qual relatam que quando a equipe não se encontra disponível para atender o paciente, acaba-se criando nele um estado de pânico ao imaginar que algo possa acontecer e ninguém estará por perto para 'salvá-lo'.

Outro ponto negativo é pertinente aos estressores psicológicos. Dentre eles destacamos a rejeição de estar internado neste setor, a depressão, a regressão, o medo da morte e a falta da família.

Na concepção de nascimento e caetano, lemos, castro o sentimento de satisfação está diretamente vinculado ao tipo de assistência prestada pela equipe, através da atenção, da presença, e do cuidado dedicado aos pacientes internados favorecendo sua confiança e a segurança no setor.

Em relação à depressão, rocha relata que a tristeza é uma das mais comuns manifestações psíquicas dos pacientes internados em terapia intensiva e se deve ao pouco vínculo afetivo estabelecido entre paciente-equipe de saúde, bem como aos fatores estressores como dor, falta de sono, desorientação do paciente quanto ao tempo e espaço.

Sobre a regressão, guirardello enfoca que o paciente, ao internar-se em uma uti, pode passar por essa dificuldade. A regressão é caracterizada por um comportamento infantil e dependente devido à necessidade do paciente de confiar a uma pessoa "estranha" cuidados básicos como alimentação e higiene.

Como não poderia deixar de ser, a morte é um fantasma que ronda o cenário das terapias intensivas. Verificamos que o medo da morte se mistura com a falta de esperança na cura, mostrando a vulnerabilidade do ser próximo a sua finitude. Quando se vêem ante a morte, alguns pacientes passam por momentos de autenticidade ao refletirem sobre o modo como estavam levando a vida. Essa autenticidade auxilia-os a despertar para sua existência, valorizando a vida e refletindo sobre suas atitudes.

Um estressor fortemente referido diz respeito à falta da família. O isolamento social é a principal causa de ansiedade em decorrência da sensação de perda da função e da auto-estima, sensação de desamparo, isolamento e medo da morte. A família, desde que bem orientada e psicologicamente estruturada, deve ser considerada como aliada no processo de internação por promover a autoconfiança e auxiliar na auto-estima do paciente. Isso faz com que as possibilidades de recuperação sejam renovadas continuamente proporcionando uma grande ajuda ao plano terapêutico instalado.

Fatores Diferenciais a Recuperação do Paciente

Diante de todos esses pontos negativos e dificuldades de uma permanência confortável e menos sofrível do paciente em uma uti, relacionamos fatores que possam apaziguar esse momento delicado da vida humana. Esses fatores se expressam pela comunicação, a fé em um ser superior e a segurança do paciente na equipe de saúde.

Franco, lemos, bedran e padilha relatam que um paciente informado sobre as rotinas do setor, seus equipamentos e as funções específicas de cada membro da equipe e o porquê de cada procedimento e/ou medicação realizada, se sentirá mais tranqüilo nesse novo ambiente.

"a comunicação é a própria essência do relacionamento humano, pois é através dela que os seres humanos trocam mensagens ou não, e assim afetam reciprocamente suas vidas e a dos outros".

Um quesito de grande auxílio para as pessoas hospitalizadas, e que está presente nos textos lidos, é a fé. Por motivos não explicados cientificamente, a fé produz mudanças internas nas pessoas. O medo de perder quem se ama, ou de morrer, faz com que as pessoas se voltem para uma instância superior buscando uma graça, um milagre que as livre do sofrimento e conceda paz de espírito. Para

lemos, a fé encontra-se presente na uti desde a porta de entrada, onde se encontram imagens sagradas e bíblias, até no ambiente, de forma introspectiva. Tanto o paciente quanto sua família, ao viverem essa experiência de internação, voltam-se para deus buscando ajuda espiritual para vencerem as dificuldades.

Também a segurança é pontuada como um fator facilitador para aceitação do tratamento dentro da uti. Ela é um fator que deve ser buscado pela equipe de saúde a todo o momento. Entretanto, transparecer esse sentimento é um dos desafios devido à dificuldade de se expressar e posicionar-se frente ao paciente de forma adequada e clara. A presença e a atenção ao paciente, agrupado a firmeza de respostas aos questionamentos demonstrando apropriação de conhecimentos, facilita esse processo.

A Equipe de Enfermagem

De acordo com nascimento e caetano, o papel da enfermagem é imprescindível para que a assistência seja realizada de forma holística. Concordamos com os autores quando afirmam que a identificação das necessidades do paciente, assim como de suas expectativas em relação ao cuidado facilitarão o trabalho da equipe e minimizarão reações como medo, angústia, insegurança e rejeição à internação.

De acordo com sales, em relação ao cuidado recebido, houve depoimentos que relataram a maneira carinhosa e atenta com que os pacientes foram cuidados. Outros, entretanto, relataram o descuido, revelado através do descaso, da desatenção e até agressão aos direitos da pessoa decidir sobre seu corpo, sua doença.

Para bringuete, a dificuldade de relacionamento paciente-enfermagem é caracterizada pelo atendimento mecanizado, tecnicista, frio, desumano, sem diálogo e impaciente. A equipe foca o paciente de forma fragmentada, tratando-o como uma doença a ser cuidada.

O relacionamento da equipe de saúde-paciente deve ser "baseado numa estrutura ética de absoluto e profundo respeito pela vida humana, que visa ajudar o paciente a expressar suas idéias, sentimentos e comportamento". Essa autora reforça ainda que o enfermeiro deve estar disponível para uma comunicação verbal e não-verbal, observando o paciente e identificando suas necessidades básicas. Essa atitude possibilitará ao paciente uma sensação de confiança e cuidado.

Para bringuete, os estressores vivenciados pelos pacientes poderiam ser minimizados se houvesse uma equipe de enfermagem mais humana e alerta às falhas contidas no setor e que isso só seria possível se essa equipe trabalhasse em melhores condições. Nessa concepção, vila e rossi enfocam a necessidade de cuidar de quem cuida. O estresse vivenciado pelos profissionais de saúde que trabalham em uma uti reflete diretamente na qualidade de assistência prestada ao paciente.

Concordamos com as falas desses autores ao afirmarem que a maioria dos membros dessa equipe tem mais de um emprego e o fato de o ambiente da uti ser instável acaba por sobrecarregá-los, pois, além de darem atenção ao paciente (como pessoa), com todos os procedimentos necessários ao tratamento da doença, motivo da sua admissão na uti, ainda têm que estar atentos à família.

Uti: um aprendizado, um retorno?

Lemos(5) conclui, em seu estudo, que o significado da uti para as pessoas é o medo. Medo da morte, da incapacidade, da solidão. Por todos esses motivos é que se tem a experiência da uti como o signifi-
ficante mais traumatizante. Significante porque as pessoas que passaram por ela começaram a dar mais valor à vida e a encará-la sob uma nova ótica, com mais amor. Traumatizante porque nenhum paciente entrevistado quer voltar a viver essa experiência, chegando a invocar o nome de deus para o livrar de um futuro sombrio dentro dessa unidade.

Franco relata que somente a vivência da uti faz com que muitos pacientes modifiquem sua percepção sobre esse setor. O paciente passa a redefinir "a unidade como um local para se recuperar, justificando essa mudança de percepção pela segurança oferecida pela utilização do equipamento de monitoração e pelas condições de tratamento ali verificadas".

Apesar de todo esse estresse, todo esse medo vivenciado dentro da uti, conseguimos perceber sentimentos de gratidão, e felicidade, quando pacientes que ali estiveram internados, ao se verem de alta

do setor, denotam angústia, tristeza e insegurança pela possibilidade de sentirem falta dos profissionais que estiveram ao seu lado nos momentos mais difíceis da internação.

Muitas são as percepções dos pacientes a respeito da uti. O que se verifica é que a uti, muitas vezes referendada como um local permeado pelo sofrimento e morte, pode se transformar em um local necessário à recuperação da vida.

Somos favoráveis a castro quando ele atesta que a uti é um ambiente que não está preparado para realizar o cuidado do paciente como pessoa que tem história, família, vida social. Entretanto, hoje se vê um movimento pela humanização e desmitificação da uti, tanto em relação à área física, quanto aos profissionais de saúde. Movimento esse que encontra muitas dificuldades pela necessidade - que lhe é implícita - de modificar comportamentos e atitudes já enraizadas e moldadas nas pessoas, seja como forma de proteção à dor e sofrimento alheio, seja pela comodidade de cuidar do outro além da técnica.

Alterar o conceito tido por toda a sociedade sobre a uti é utopia, mesmo porque este é o setor em que mais freqüentemente se morre dentro de um hospital. Isso remete à memória humana momentos de angústia e sofrimento relacionados ao ambiente uti e não ao estado de saúde do paciente, que muitas vezes adentra o setor sem indicação alguma de cuidados intensivos seja pela idade seja pela doença de base.

Por mais que a internação em uma uti tenha sido benéfica para o paciente e ele reconheça isso, ninguém deseja precisar novamente da uti. Isso se dá pelo próprio raciocínio de que para você precisar de uma uti, você precisa estar doente - o que ninguém quer -, e também precisa de uma atenção mais especial. Essa atenção é decodificada pelas pessoas como estar grave.

Neste estudo, nos propusemos pesquisar o que a literatura nos dizia sobre a visão do paciente crítico em uma unidade de tratamento intensivo (uti). Vimos muitos pontos convergentes em relação à precariedade do ambiente físico e psíquico que não oferece estrutura apropriada para receber tanto a família quanto o próprio paciente.

A organização da uti é realizada em espaços muitas vezes não planejados especificamente para agregar pacientes graves e sim selecionados de acordo com a necessidade e disponibilidade da instituição. Mesmo em projetos de utis recentes não se observa uma preocupação com locais que possam abrigar paciente e família, dificultando a participação do familiar no processo de recuperação de seu ente querido, refletindo-se nas alterações psicológicas às quais o paciente está exposto dentro da uti.

Em relação aos estressores psicológicos e à dor referida pelo paciente, o que se observa é uma necessidade de que a equipe de enfermagem atue de forma ética, compromissada com o paciente e assistindo-o de forma holística. Observamos nos textos lidos que, no momento em que o paciente passa a interagir com o ambiente, sendo incorporado às conversas da equipe, respeitado em suas opiniões, medos e sensações, ele passa a sentir-se mais útil e menos só. Isso influencia na dinâmica do tratamento e propicia uma recuperação mais eficaz e rápida.

Em uma unidade de terapia intensiva, muitos dos profissionais que ali trabalham deparam com dificuldades para lidar com pacientes conscientes. Preferem cuidar dos pacientes que se encontram impedidos de falar seja por artifício como tubos, sedação seja pelo estado de doença em que se encontram, perdendo o controle do seu próprio corpo, estando submissos ao cuidado alheio, não apresentando, portanto, nenhum grau de autonomia sobre si. Mesmo aqueles pacientes que reivindicam atenção às suas necessidades, muitas vezes calam-se, temerosos quanto a retaliações que possam sofrer se "incomodarem" as pessoas que trabalham no setor.

Com isso o que se vê é a mecanização do cuidado; onde os profissionais de saúde transformam a pessoa em um objeto sobre o leito e a manipulam como se não tivesse sentimento.

A federação mundial das sociedades de medicina intensiva e cuidados críticos, através de um comitê de ética em cuidados intensivos, criado em 1989, estabeleceu os direitos do doente crítico: receber cuidados especializados que reduzam ao mínimo os riscos de morte ou de incapacidade permanente; obter informações adequadas...; recusar tratamentos desde que informado das consequências de suas decisões; utilizar-se dos mais apropriados recursos disponíveis; receber visitas, bem como, se

Limpeza de Unidade

1. Limpeza Diária ou Concorrente

Entende-se por limpeza concorrente a higienização diária de todas as áreas do hospital, com o objetivo da manutenção do asseio, reposição de materiais de consumo como: sabão líquido, papel toalha, papel higiênico, saco para lixo. Inclui:

→ Limpeza de piso, remoção de poeira do mobiliário e peitoril, limpeza completa do sanitário;

→ Limpeza de todo o mobiliário da unidade (bancadas, mesa, cadeira), realizada pela equipe da unidade (ou pela equipe da higienização, quando devidamente orientada).

Obs.:

- A limpeza das superfícies horizontais deve ser repetida durante o dia, pois há acúmulo de partículas existentes no ar ou pela movimentação de pessoas;
- A limpeza ou desinfecção concorrente do colchão deve ser feita no período da manhã, durante a higiene do paciente.

Técnica:

Inicia-se do local mais limpo para o local mais sujo, ou do local menos contaminado de acordo com o “provável nível de sujidade ou contaminação”.

1º. Mobiliários;

2º. Parede;

3º. Piso.

Materiais: Baldes, panos e solução apropriada.

- Embeber o pano em solução apropriada;
- Esfregar a área a ser limpa sempre no mesmo sentido, do mais limpo ao mais sujo;
- Molhar o outro pano em água limpa (2º balde) e enxaguar;
- Molhar com o 3º pano no álcool e aplicar na superfície, deixar secar;
- Friccionar com o 4º pano por 15 segundos em cada ponto;
- Limpar e guardar o material.

2. Limpeza Ou Desinfecção Terminal

Entende-se por limpeza terminal a higienização completa das áreas do hospital e, às vezes, a desinfecção para a diminuição da sujidade e redução da população microbiana. É realizada de acordo com uma rotina pré-estabelecida, habitualmente, uma vez por semana ou quando necessário.

Além da limpeza da unidade outros mobiliários e equipamentos, que têm contato direto com o paciente, também devem ser limpos sempre que utilizados

(Cadeira de rodas, maca e outros).

Consiste no método de limpeza ou desinfecção de mobiliário e material que compõem a unidade do paciente no hospital. É feita após a alta, transferência, óbitos ou longa permanência do paciente.

Executar a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.

Seguir os princípios:

- Do mais limpo para o mais sujo;
- Da esquerda para direita;
- De cima para baixo;
- Do distal para o proximal.

Utilizar um balde e um pano para ensaboar e outro balde e pano para enxaguar, deixando quase seco. No caso de desinfecção passar a solução uma vez.

Técnica:

Materiais: bandeja, 2 baldes com água e recipiente com pedaço de sabão (para limpeza da unidade), 1 balde com solução desinfetante padronizada no hospital (para desinfecção da unidade), cuba-rim para lixo, papel toalha, luva de procedimentos.

- Retirar a roupa, separando a leve da pesada, manuseando-a com cuidado, fazer um pacote e colocá-lo sobre a bandeja. Levar a roupa ao expurgo;
 - Se houver comadre, papagaio, bacia e cuba-rim no quarto, enxaguar no banheiro e levar para o expurgo, lavá-las com água e sabão, secar e passar álcool 70%;
 - Colocar a luva de procedimentos;
 - Limpar a mesa de refeição;
 - Limpar suporte de soro;
 - Limpar a mesa de cabeceira, iniciar pela área externa (parte superior, laterais, atrás e frente), parte interna da gaveta (iniciando pelo fundo, laterais, chão e frente) e parte externa da gaveta (limpar apenas laterais). Parte interna da porta.
- Parte interna da mesinha (iniciar pelo teto, fundo, laterais, prateleira do meio e parte inferior). Manter a porta fechada;
- Limpar um dos lados do travesseiro colocando o lado já limpo sobre a mesa de cabeceira, e proceder à limpeza do outro lado;
 - Abrir o impermeável sobre o colchão e limpar a parte exposta, dobrar e limpar a outra parte exposta, colocando-a sobre o travesseiro;
 - Limpar a face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés;
 - Colocar o colchão sobre a guarda aos pés da cama, expondo a metade inferior do estrado aos pés da cama e a metade posterior do colchão;
 - Lavar cabeceira, grades e a parte exposta do estrado;
 - Dobrar o colchão dos pés da cama para a cabeceira, limpando a parte inferior do estrado aos pés da cama e a metade posterior do colchão;
 - Acionar a manivela para limpar a parte posterior do estrado nos pés da cama;
 - Abaixar o estrado e colocar o colchão no lugar, na posição horizontal;
 - Limpar os quatro pés da cama;
 - Colocar sobre o colchão o impermeável e o travesseiro;
 - Proceder a limpeza da cadeira, e a escadinha;
 - Recolher o material utilizado e lavá-lo, retirar as luvas e lavar as mãos.

3. Limpeza e desinfecção dos artigos hospitalares

Os artigos hospitalares são manejados dentro do hospital como ferramentas para realização de diagnósticos e tratamentos, ou apoio para esses procedimentos.

Necessitam de controle apurado para o manejo, a fim de não comprometer a vida do paciente, disseminando a infecção hospitalar.

As ações que se realizam com estes artigos dependem de sua área de contato e do tipo de artigo hospitalar, realizando as limpezas simples, desinfecções e esterilizações.

As desinfecções de artigos hospitalares são realizadas de acordo com a classificação feita por SPAULDING, há mais de 2 décadas, os artigos hospitalares são classificados em: Críticos, Semicríticos e Não-críticos, baseado no grau de risco de infecção do uso destes itens.

Os artigos críticos são aqueles destinados a penetração, através de pele e mucosas, que entram em contato com tecidos estéreis do corpo humano, isentos de colonização. Exemplo: agulhas, materiais cirúrgicos, cateteres cardíacos e outros.

Os artigos semicríticos são aqueles que entram em contato com mucosas integras ou pele lesada. Exemplo: circuitos de terapia respiratória, endoscópios, tubos endotraqueais.

Os artigos não-críticos são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente ou não entram em contato com ele. Exemplo: o material usado para higienização, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, comadre, papagaio, entre outros.

Para os artigos não-críticos basta a limpeza com procedimento mínimo. Por limpeza entende-se a completa remoção da sujidade presente nos artigos, utilizando água, detergente e ação mecânica. Utilizando água morna e detergente enzimático potencializa-se a efetividade da limpeza.

Para os artigos semicríticos, além da limpeza, há a necessidade de complementar com a termodesinfecção ou desinfecção química de nível intermediário, no mínimo. A termodesinfecção faz-se por meio das lavadoras termodesinfectoras, que possuem programas que operam em temperaturas variadas como as de 70°C, 85°C, 92°C, 95°C, respectivamente, a um tempo de exposição decrescente.

A desinfecção química pode ser feita imergindo o material em soluções à base de glutaraldeído a 2% por 20 a 30 minutos, ou ácido peracético a 0,2% por 10 minutos, atentando-se para indicações e contra-indicações para cada material.

Estas duas soluções garantem a desinfecção de alto nível, ou seja, além de virucida, bactericida, fungicida e micobactericida, é também parcialmente esporocida. Já outros germicidas como o álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% e fenol sintético, são desinfetantes químicos sem ação esporocida, porém adequados para processar os artigos semicríticos, por serem desinfetantes de nível intermediário (virucida, bactericida, fungicida e micobactericida).

Para os artigos críticos, a esterilização é o procedimento aceito. Se o artigo for termorresistente, a autoclavagem com pré-vácuo é o processo imbatível, pois é seguro, rápido, econômico, não-tóxico, e que permite ser seguramente monitorizado.

Se o artigo for termossensível, há que se recorrer à esterilização gasosa automatizada, por meio de óxido de etileno, plasma de peróxido de hidrogênio ou vapor à baixa temperatura com o gás formaldeído.

Sinais Vitais

Sinais vitais são sinais clínicos da função orgânica básica. Resultam das interações entre os sistemas orgânicos e de determinadas patologias, refletindo a homeostasia do organismo. São quatro principais: pulso, temperatura, frequência respiratória e pressão arterial. É fundamental o domínio dessas informações pelos diferentes profissionais de saúde.

O presente capítulo apresenta o passo a passo da aferição dos sinais vitais: pulso, temperatura, frequência respiratória e pressão arterial.

Pressão Arterial

Materiais:

1. Esfigmomanômetro
2. Estetoscópio
3. Algodão com álcool
4. Caneta (é necessário em todos os procedimentos em que se vai anotar o valor no prontuário)

Técnica:

- Mãos previamente lavadas;
- Cumprimente e explique o procedimento ao paciente;
- Ambiente calmo e agradável;
- Certifique-se de que o paciente não praticou atividade física, não fumou, não ingeriu bebida alcoólica, café, ou qualquer coisa que possa alterar o exame;
- Localizar a artéria braquial;
- Colocar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Manter o braço relaxado na altura do coração;
- Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica. (Método Palpatório);
- Colocar o estetoscópio no ouvido com a curva virada para cima;
- Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria na fossa antecubital;
- Inflar o manguito até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação (soltar o ar devagar);
- Aparecimento do primeiro som: valor da pressão sistólica;
- Desaparecimento do som: valor da pressão diastólica;
- Registrar os valores no prontuário.

Pulso

Materiais:

1. Relógio

Técnica:

- Mãos previamente lavadas;
- Cumprimente e explique o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável, sentado ou deitado, porém sempre com o braço apoiado e com a palma da mão voltada para baixo;

- Com os dois dedos (indicador e médio) da mão, localizar a artéria radial na face interna do punho, do lado do polegar;
- Quando sentir a artéria, pressionar levemente contra o osso (rádio) e contar os batimentos durante – um minuto inteiro;

Registrar Os Valores No Prontuário.

Temperatura

Materiais:

1. Bandeja
2. Termômetro
3. Algodão
4. Álcool

Técnica:

- Mãos previamente lavadas;
- Reunir o material;
- Cumprimente e explique o procedimento ao paciente;
- Deixar o paciente deitado ou recostado confortavelmente;
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool;
- Enxugar a axila, se for o caso, com as próprias vestimentas do paciente;
- Certificar-se que a coluna de mercúrio está igual ou inferior a 35oC;
- Colocar o termômetro na axila, mantendo o braço bem encostado no tórax;
- Retirar o termômetro após 5 min;
- Ler a temperatura na escala, sem colocar a mão no bulbo do termômetro (ponta);
- Limpar com algodão embebido em álcool;
- Lavar as mãos;
- Registrar os valores no prontuário;

Frequência Respiração

Materiais:

1. Relógio

Técnica:

- Mãos previamente lavadas;
- Reunir o material;

Não deixar o paciente perceber que está observando seu movimento respiratório. Contar visualmente ou colocando-se a mão sobre o tórax (pegue o pulso do paciente como uma maneira de simular a tomada de pulso, mas na realidade olhe para o tórax do paciente para contar o numero de respirações durante um minuto);

Contar quantas incursões respiratórias por minuto (irpm);

Lavar as mãos;

Registrar os valores no prontuário.

Transporte do Paciente

É a transferência do paciente de um local a outro, utilizando-se de maca ou cadeira de rodas.

Para se fazer o transporte ou remoção do paciente de um determinado lugar para outro, nas dependências do hospital, exige-se que a pessoa que realiza o transporte tenha noções básicas de como atuar de forma correta e adequada.

Cuidados gerais com o transporte:

1. O transporte do paciente deve ser feito com muito cuidado. A movimentação mal feita pode provocar lesões, às vezes irreversíveis;
2. Para que o transporte seja eficiente deve-se agir com rapidez e segurança, porém com cuidado;
3. Observar constantemente o estado geral do paciente durante o transporte;
4. Movimentos suaves ao manipular o paciente diminuem as vibrações, solavancos, dor e desconforto;
5. Não mova local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc.);
6. Ao se movimentar ou transportar pacientes politraumatizados, os cuidados devem ser redobrados: pacientes com trauma crânio-encefálico devem ser movimentados com máxima atenção, sem movimentos de flexão e rotação e com maior número de pessoas;
7. Ao proceder transporte com maca:
 - Descer e subir rampas com a cabeça do paciente para cima, exceto quando o paciente estiver em estado de choque;
 - Conduzir a maca pelo corredor com o paciente sempre olhando para frente. Se for preciso subir a rampa ou entrar em elevador, virar a maca após, para conduzir o paciente sempre na posição correta;
 - Ao entrar no elevador, nivelar o mesmo e travar a porta. Entrar primeiro com a cabeceira da maca, desta maneira já sairá na posição correta;
 - Transporte a maca com a grade, principalmente quando for transportar pacientes anestesiados, inconscientes, agitados e crianças;
 - Transportar o paciente sempre coberto com lençol, se necessário.
8. Ao proceder transporte com cadeiras de rodas:
 - Descer a rampa, transportar sempre a cadeira de ré;
 - Subir a rampa com o paciente olhando para frente;
 - Solicitar auxílio, sempre que necessário, para subir e descer a rampa;
 - Entrar no elevador puxando a cadeira, de ré. Desta forma, ao sair do elevador estará na posição correta.
9. Cuidados com portas e paredes;

10. Transportar paciente sempre coberto com lençol e cobertor, se necessário.

Cuidados específicos:**1. Paciente com soro:**

- Cuidado para não obstruir a agulha ou cateter, mantendo o soro sempre em altura adequada para gotejamento uniforme;
- Não tracionar o equipo, para que a agulha ou cateter não se desloque, e para evitar desconexão;
- Se houver formação de soroma (infiltração de soro no tecido subcutâneo), interromper o gotejamento. Comunicar o responsável pela medicação assim que chegar à unidade;
- Caso haja desconexão dos cateteres, procurar o posto de enfermagem mais próximo.

Paciente com sonda vesical:

- Verificar se a sonda está corretamente fixada na coxa do paciente, prevenindo lesões uretrais devido a tração acidental;
- Manter a bolsa coletora sempre em nível abaixo do paciente, para evitar retorno de urina à bexiga. Pode-se também pinçar o prolongamento para poder elevar o coletor.

Paciente com dreno de tórax:

- Pinçar o dreno e o prolongamento com 2 pinças próprias;
- O frasco só poderá ser elevado acima do nível do tórax do paciente quando o dreno e o prolongamento estiverem pinçados;
- Cuidado para não tracionar o dreno;
- Coloque o frasco entre os pés em transporte de cadeira; e em caso de maca, colocar entre os membros inferiores;
- Retirar as pinças imediatamente após a chegada do paciente ao destino, observando que o frasco esteja em nível mais baixo que o tórax do paciente.

Paciente com tubo endotraqueal:

- Transportar sempre com cilindro de oxigênio e ambú. O enfermeiro deve acompanhar o transporte;
- Cuidado para não tracionar o tubo;
- Se o paciente também estiver com sonda nasogástrica e apresentar náuseas ou sinal de refluxo, abrir imediatamente a sonda.

Pacientes agitados, confusos:

- Proceder sempre o transporte em maca com grade;
- Restringir o paciente se necessário.

Pacientes anestesiados:

- Proceder sempre o transporte em maca com grade;
- Não movimentar muito o paciente, pois pode provocar vômito. Nestes casos, lateralizar a cabeça do paciente, para evitar aspiração. Se o paciente estiver com sonda nasogástrica abri-la.

Limpeza e Esterilização

Limpeza

Antes de dar início a processos de desinfecção ou esterilização deve-se remover, através da aplicação de água, sabão ou desincrustante, toda matéria orgânica residual do artigo a ser processado (urina, fezes, secreções, etc.), a esse processo denomina-se limpeza. A limpeza dos artigos pode ser manual ou com máquinas (de lavar ou de ultrassom) que utilizam água e sabão, e produtos enzimáticos e/ou químicos.

Depois de realizada a limpeza os artigos, devem ser enxaguados de maneira abundante em água corrente e secos com pano limpo ou compressa. Caso o artigo necessite esterilização, deve então ser acondicionado de maneira adequada a seguir para esse processo.

Os desincrustantes são substâncias capazes de remover qualquer substância orgânica de artigos hospitalares. Eles são capazes de dissolver soluções como sangue e outros restos orgânicos, porém, não possuem qualquer ação desinfetante e não são germicidas.

Desinfecção

é o método capaz de eliminar a maioria dos organismos causadores de doenças, com exceção dos esporos. É classificada em vários níveis e possui alguns fatores que influenciam na eficácia da sua operação.

Fatores que interferem na eficácia da desinfecção

- limpeza prévia mal executada
- tempo de exposição ao germicida insuficiente
- solução germicida com ação ineficaz
- temperatura e pH do processo

quanto aos níveis, a desinfecção é classificada em:

- baixo nível: na desinfecção de baixo nível são destruídas bactérias em forma vegetativa, alguns vírus e fungos. É eficaz, porém sobrevivem a este método esporos bacterianos, o vírus da hepatite b (hbv), vírus lentos e o bacilo da tuberculose. As soluções utilizadas neste nível são o álcool etílico, n-propílico e isopropílico, o hipoclorito de sódio e o quaternário de amônia;
- alto nível: nesse nível de desinfecção são destruídas bactérias, fungos e alguns esporos. Sobrevivem apenas alguns esporos bacterianos e os vírus lentos. As soluções adotadas são o hipoclorito de sódio, glutaraldeído, solução de peróxido de hidrogênio, cloro e compostos clorados, ácido peracético, ortophtalaldeído, água superoxidada.
- mista: é o tipo de desinfecção utilizada por alguns equipamentos como máquinas de lavar roupa e louças (aquecidas com temperaturas que varia de 60° a 90°C).
- médio nível: promove desinfecção contra os mesmos tipos que a desinfecção de baixo nível, porém, é eficaz também contra o bacilo da tuberculose, a maioria dos vírus e fungos. Sobrevivem a esse método, os esporos e os vírus lentos. As soluções utilizadas são p álcool etílico (70%) e isopropílico (92%), hipoclorito de sódio, fenólicos e iodóforos.
- não-definido: engloba métodos como passar a ferro (aplicar calor seco), água fervente por 30 minutos, pastilhas de formaldeído. O nível irá depender da concentração dos germicidas e da temperatura aplicada.

Esterilização

é o método que destrói todos os organismos patogênicos (bactérias, fungos, esporos e vírus) mediante a aplicação de agentes físicos, químicos e físico-químicos. Na escolha do método de esterilização é avaliado o material a ser submetido ao processo, considerando sua natureza e a resistência do mesmo a calor, vapor ou ambos.

Esterilizantes físicos: autoclaves, estufas, pasteurizadoras, radiação ultravioleta, raios gama, flambagem;

esterilizantes químicos: aldeídos (glutaraldeído, formaldeído), ácido peracético (utilizado no reprocessamento de dialisadores).

A conscientização das variações dos riscos de transmissão de infecções, das dificuldades de cada método perante a natureza dos artigos é importante a fim de que possam ser tomadas as precauções necessárias para torná-las invariavelmente eficientes. Essa conscientização se inicia pelo conhecimento dos conceitos de limpeza, desinfecção, esterilização, antisepsia e assepsia, de modo a torná-los compreensíveis e utilizáveis na prática.

Os procedimentos antimicrobianos utilizados podem ser classificados em três grupos:

- limpeza

é o procedimento antimicrobiano de remoção de sujidades e detritos para manter em estado de asseio os artigos e áreas. A limpeza constitui o núcleo de todas as ações referentes aos cuidados de higiene com os artigos e áreas hospitalares, sendo o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização.

Os métodos de limpeza devem ser determinados pelo tipo de superfície, quantidade e o tipo de matéria orgânica presente, e o propósito da área ou artigo. As operações de limpeza, propriamente ditas, compreendem escovação com água e sabão, fricção, esfregação e passar pano.

A varredura e espanação seca devem ser evitadas, pois estas práticas espalham para o ar e para as superfícies limpas, poeira, matéria estranha e microorganismos.

Convém ressaltar que independentemente da grande rotatividade de pessoal que existe nos setores de higiene hospitalar, programas de treinamento específicos devem ser mantidos (educação continuada), de modo a garantir a eficácia dos procedimentos de limpeza.

Esses programas de treinamento devem ser aplicados também nos hospitais que contratam serviços de terceiros, sendo monitorados para obter um melhor controle de qualidade nos procedimentos de limpeza.

- desinfecção

é o processo de destruição de agentes infecciosos em forma vegetativa, sendo classificados como potencialmente patogênicos e aplicados em meios físicos e químicos.

Os meios químicos compreendem os germicidas (líquidos ou gasosos). Os meios físicos compreendem o calor em suas formas seca e úmida (vapor). A desinfecção normalmente se aplica a áreas e artigos semicríticos e não críticos.

Desinfetantes utilizados:

- hipoclorito de sódio;
- formaldeído;
- compostos fenólicos e iodo.

Hipoclorito de sódio:

é um desinfetante universal ativo contra microrganismos, sendo normalmente encontrado na forma de hipoclorito de sódio, com várias concentrações de cloro ativo. O hipoclorito é corrosivo e tóxico, irrita a pele, olhos e sistema respiratório, porém sua principal aplicação é na desinfecção de superfícies de trabalho, materiais de vidro sujos e na descontaminação de superfícies de equipamentos, quando não houver indicação contrária.

Formaldeído:

o formaldeído é usado como desinfetante na concentração de 50 g/litro (5%) e encontrado no mercado a concentrações de 370 g/litro (37%). É corrosivo e tóxico, irritante das vias aéreas, pele e olhos, entretanto é utilizado para desinfecção de superfícies de trabalho, vidrarias e descontaminação de superfícies de equipamentos.

Compostos fenólicos:

os fenólicos são corrosivos e tóxicos, irritam a pele, olhos e sistema respiratório, devendo ser usado conforme as recomendações dos fabricantes. Seus compostos fazem parte das formulações de desinfetantes, podendo ser usados em substituição ao hipoclorito de sódio quando este não for possível.

Iodo:

o iodo é tóxico e irritante das vias aéreas, pele e olhos, de natureza corrosiva e utilizado para desinfecção de superfícies de trabalho, vidrarias e descontaminação de superfícies de equipamentos, inclui-se para uso da lavagem das mãos diluídos em álcool etílico.

Esterilização

a esterilização é o processo de destruição ou eliminação total de todos os microrganismos na forma vegetativa e esporulada, por meio de agentes físicos ou químicos, aplicando-se especificamente a artigos críticos e semicríticos.

Manual de higienização e limpeza**Classificação das áreas:**

Crítica

Semicrítica

Não crítica

Tipos de limpeza:

Limpeza concorrente

Limpeza terminal

Métodos e equipamentos de limpeza de superfície:

Limpeza manual úmida

Limpeza manual molhada

Limpeza com máquina de lavar tipo enceradeira elétrica

Limpeza seca

Protocolo de higienização das mãos

Protocolo de limpeza concorrente

Protocolo de limpeza terminal

Protocolo dos procedimentos corretos das etapas:

Espanação

Varrição

Lavagem

Limpeza de teto

Limpeza de janela

Lavagem de parede

Limpeza de portas

Limpeza de pias

Limpeza de sanitários

Limpeza de móveis e utensílios de aço cromados e fórmicas

Produtos de limpeza e desinfecção

Protocolo de uso de epi

Protocolo de coleta de lixo

Princípios básicos na operacionalização do processo de limpeza

Limpeza

A limpeza técnica é o processo de remoção de sujidades, mediante a aplicação de agentes químicos, mecânicos ou térmicos, num determinado período de tempo. Consiste-se na limpeza de todas as superfícies fixas (verticais e horizontais) e equipamentos permanentes, das diversas áreas do recinto. Com o objetivo de orientar o fluxo de pessoas, materiais, equipamentos e a frequência necessária de limpeza, sendo imprescindível o uso de critérios de classificação das áreas para o adequado procedimento de limpeza.

Classificação de áreas

Áreas críticas – são as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas onde se realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido, como UTI, clínicas, salas de cirurgias, pronto socorro, central de materiais e esterilização, áreas de descontaminação e preparo de materiais, cozinha, lavanderia etc.

Áreas semicríticas – são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, isto é, aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento, como sala de pacientes, central de triagem etc.

Áreas não críticas – são todas aquelas áreas não ocupadas por pacientes e onde não se realizam procedimentos clínicos, como as áreas administrativas e de circulação.

Tipos de Limpeza

Limpeza concorrente

É o processo de limpeza diária de todas as áreas críticas, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha interfolhado etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação, higienização molhada dos banheiros, limpeza de pisos, superfícies horizontais e equipamentos mobiliários, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.

Limpeza Terminal

É o procedimento de limpeza e/ou desinfecção, de todas as áreas da unidade, objetivando a redução da sujidade e, conseqüentemente, da população microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizada periodicamente de acordo com a criticidade das áreas (crítica, semicrítica e não crítica), com data, dia da semana e horário pré-estabelecidos em cronograma mensal. Inclui

todas as superfícies e mobiliários. Portanto, é realizada em todas as superfícies horizontais e verticais, das áreas críticas, semicríticas, não críticas, infraestrutura e área comum.

Deverá ser realizada ao final de cada procedimento envolvendo pacientes.

Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies

Limpeza Manual Úmida

Realizada com a utilização de rodos, mops ou esfregões, panos ou esponjas umedecidas em solução detergente, com enxágue posterior com pano umedecido em água limpa. No caso de pisos é utilizado o mesmo procedimento com mops ou pano e rodo. Esse procedimento é indicado para a limpeza de paredes, divisórias, mobiliários e de equipamentos de grande porte.

Este procedimento requer muito esforço do profissional e o submete ao risco de contaminação. Panos e mops utilizados na limpeza devem ser encaminhados para lavagem na lavanderia e guardados secos por medidas de higiene e conservação. É importante ressaltar que a limpeza úmida é considerada a mais adequada e higiênica, todavia ela é limitada para a remoção de sujidade muito aderida. Na limpeza terminal é necessária a utilização de métodos mais eficientes para a remoção de sujidades, como a mecanizada.

Limpeza Manual Molhada

O procedimento consiste em espalhar uma solução detergente no piso e esfregar com escova ou esfregão, empurrar com rodo a solução suja para o ralo, enxaguar várias vezes com água limpa em sucessivas operações de empurrar com o rodo ou mop para o ralo.

Limpeza com máquina de lavar tipo enceradeira automática

É utilizado para limpeza de pisos com máquinas que possuem tanque para soluções de detergente que é dosado diretamente para a escova o que diminui o esforço e risco para o trabalhador.

Limpeza seca

Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira, mediante a utilização de vassoura (varreduras seca), e/ou aspirador. A limpeza com vassouras é recomendável em áreas descobertas, como estacionamentos, pátios etc. Já nas áreas cobertas, se for necessário a limpeza seca, esta deve ser feita com aspirador.

Protocolo de higienização das mãos

Ato simples e fundamental para prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde.

Lavar as mãos com água e sabonete líquido, com técnica correta, pode interromper a cadeia de transmissão de infecção entre pacientes e profissionais da área da saúde.

Praticada entre procedimentos, antes e após o atendimento individual, ao adentrar e antes de sair do ambiente de trabalho, antes e após uso do banheiro.

Antes de calçar as luvas, para não contaminá-las, devem-se higienizar as mãos. Após o uso de luvas também, pois essas frequentemente têm micro perfurações.

Devem ser retirados os acessórios que podem servir de reservatório para micro-organismos (anéis, pulseiras, relógios de pulso). As unhas devem estar sempre aparadas, pois podem abrigar micro-organismos causadores de infecção.

Passo a passo higienização das mãos

Abrir a torneira com a mão não dominante e molhar as mãos, sem encostar-se à pia ou lavatório;

Ensaboar as mãos, friccionando a palma, o dorso, os espaços interdigitais, polegar, articulações, unhas e extremidades, dedos, punhos;

Enxaguar as mãos;

Fechar a torneira com o auxílio de papel toalha.

Protocolo da limpeza concorrente

Frequência que deverá ser realizada a limpeza concorrente:

Classificação das áreas	Frequência	Observação
Áreas críticas	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semicrítica	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não-crítica	1x por dia ou dias alternados	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	2x por semana	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

Método:

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferenciadas (um contendo solução detergente e outro contendo água limpa);
– trocar a solução dos baldes, a cada ambiente;
– limpeza banheiro: lavar.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
Utilizar movimento único, em um só sentido, para a limpeza de todas as superfícies;
Do mais distante para o mais próximo;
Do fundo para a porta.

Protocolo da limpeza terminal

Frequência que deverá ser realizada a limpeza terminal:

Classificação das áreas	Frequência	Observação
Áreas críticas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semicrítica	Quinzenal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não-crítica	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

Método:

Reunir e organizar todo o material necessário no carrinho de limpeza;
Colocar o carrinho de limpeza do lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
Utilizar os epis necessários e indicados para a realização do procedimento de limpeza;
Realizar, quando necessárias, a desinfecção/descontaminação de matéria orgânica conforme as normas vigentes;
Trocar as luvas para execução das demais etapas;
Recolher os sacos de lixo do local, separados, fechando-os com dois nós e depositando-os, seguindo o manual de gerenciamento de resíduo;
Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para remoção da sujeira;
Realizar o enxágue e sempre que necessário, realizar fricção com álcool 70%;
Proceder a limpeza da porta, do visor e da maçaneta com solução detergente;
Proceder a limpeza do piso com solução padronizada;
Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, o vaso sanitário e por último o piso e ralos (não se esquecer de limpar o porta papel toalha, o porta papel higiênico, o espelho, a válvula de descarga);
Reorganizar o ambiente;

Desprezar as soluções dos baldes, no local indicado pela chefia imediata;
Realizar a higienização dos baldes;
Proceder a limpeza do recipiente para resíduos, com solução detergente, em local específico;
Repor os sacos de lixo, conforme manual de gerenciamento dos resíduos;
Retirar e lavar as luvas;
Lavar as mãos;
Repor os produtos de higiene pessoal (sabonete, papel toalha e higiênico).

Protocolo das etapas dos procedimentos

Espanação

Material (panos macios, baldes, água, equipamentos de proteção individual).

Separar todo material que será utilizado e levá-lo para área a ser limpa;
Umedecer o pano no balde com água torcê-lo para retirar o excesso da solução;
Cada vez que verificar presença de sujidade lavar o pano mergulhando-o no balde para lavar;
Esfregar o local com movimentos longos e retos, segurando o pano frouxamente de maneira que absorva mais facilmente a sujidade;
Começar sempre limpando de cima para baixo;
Procurar as manchas de sujeira mais fixadas sobre as superfícies e remova-as completamente;
Utilizar solução desinfetante nas áreas críticas e semicríticas;
Verificar a harmonia do local antes de sair;
Lavar e guardar todo material de limpeza;
Lavar e pendurar os equipamentos de proteção individual.

Varrição

Material (balde, esfregão, mops, água, equipamentos de proteção individual, sinalização de segurança).

A varrição úmida deve ser feita diariamente e mais intensamente nas áreas de maior tráfego. Não utilizar vassoura nas áreas assistenciais, evitando a suspensão de partículas contaminantes.
Separar todo material que será utilizado e levá-lo para área a ser limpa;

Remover móveis, utensílios ou equipamentos do local se necessário;
Molhar o esfregão na água e remover o excesso de água;
Aplicar sobre o piso, uma linha reta começando a limpeza do extremo da área, trabalhando progressivamente em direção a saída, sempre em linhas paralelas;
Utilizar o identificador de piso molhado, evitando circulação de pessoas na área a ser limpa;
Inspecionar seu trabalho, o piso não deve possuir vestígios de poeira ou resíduos;
Utilizar o equipamento de proteção individual, na execução do trabalho. Após o seu uso lavar e pendurar para secar;
Escolher o horário de menor tráfego para realizar a operação, evitando acidentes;
Nas clínicas odontológicas só realizar a limpeza do piso após terminar a limpeza dos equipamentos.

Lavagem

Material (pano de chão lavado e limpo, balde, rodos, máquinas elétricas ou vassoura de piaçava, água, solução detergente e desinfetante, equipamentos de proteção individual, sinalização de segurança).

Retirar o mobiliário do local sempre que possível e iniciar o procedimento;
Despejar uma quantidade de água e sabão, procedendo a esfregação em sentido lateral com uso de máquina ou vassoura;
Esfregar toda a extensão traçando linhas paralelas;
Remova a água e o sabão com rodo e secar inicialmente com mop, torcendo o excesso em um balde. Evitar que a solução corra para outras dependências;
Proceder ao enxágue;
Secar com rodo e mop limpo e seco;
Os cantos devem ser limpos com vassouras, pois as máquinas não chegam até o mesmo;
Lavar sempre as dependências do fundo para a porta com exceção dos banheiros que devem ser lavados da entrada para o fundo.

Limpeza de Tetos

Utilize óculos de proteção ou máscara de proteção facial, para realizar a limpeza do teto. A operação deve ser realizada antes de qualquer outra, respeitando sempre a ordem de cima para baixo e do fundo para a porta. Limpe os cantos removendo as teias de aranha ou outras sujeiras visíveis.

Material (escada, rodo, pano limpo, água, luvas, óculos de segurança).

Com o material no local subir na escada com um pano umedecido em água;
Dobrar o pano em quadrados para obter mais faces de limpeza ou envolve-lo em um rodo;
Fazer o uso da aplicação das linhas paralelas de forma que toda a área seja limpa;
Trocar a água da limpeza sempre que necessário;
Inspecionar seu trabalho, lavar e guardar todo material utilizado no local indicado.

Limpeza de janelas

Material (baldes, panos macios, esponjas, rodo de mão, escada, equipamento de proteção individual, óculos de segurança).

Remover os acessórios da janela (telas protetoras). Escovar ou lavar as telas;
Limpar o peitoril da janela, por dentro e por fora com pano úmido;
Limpar a janela primeiramente por fora com esponja e agente de limpeza;
Ao terminar a limpeza externa inicie a limpeza interna;
Comece a limpeza do alto a esquerda do vidro da janela e mover a sua mão para a direita. Quando alcançar o lado direito, volte para a esquerda, ligeiramente abaixo e continuar a limpeza dessa forma;
Utilizar pano macio para secagem. Realizar os mesmos movimentos recomendados para lavagem;
Inspecionar seu trabalho limpo e guarde todo material;
Lavar os equipamentos de proteção individual e guarda-los de forma adequada.

Lavagem de paredes

Verificar o tipo de revestimento das paredes e adotar a técnica correta.

Parede de pintura lavável

Material (baldes, panos macios, luvas, escadas, escova macia, solução detergente/desinfetante, equipamento de proteção individual, óculos de segurança).

Retirar o pó com rodo envolto com pano úmido de cima para baixo;
Utilizar escada para limpeza;
Mergulhar outro pano na solução de limpeza, torcendo para retirar o excesso;
Passar o pano com auxílio de um rodo em linhas paralelas, sempre de cima para baixo;

Caso haja manchas na parede, utilizar escova macia com solução de limpeza no local;
Encher um balde com água limpa para enxaguar, mergulhando o pano na água, torcendo-o para retirar o excesso. Realizar o enxágue, com pano úmido, repetindo a ação;
Repetir a operação com um pano limpo quase seco com movimentos retos de cima para baixo em toda a área, a fim de secá-lo;
Inspecionar seu trabalho, limpar e guardar todo material;
Para facilitar o trabalho, e evitar longos movimentos paralelos, dividir imaginariamente a parede ao meio, limpando primeiro a parte mais alta.

Parede Revestimento Cerâmico

Material (balde, panos macios, luvas, escadas, escova macia, solução detergente/desinfetante, equipamento de proteção individual, óculos de segurança).

Colocar a solução de limpeza em um balde (água e sabão);
Mergulhar a esponja na solução, esfregando-a em movimentos únicos;
Iniciar a operação pela parte mais alta;
Enxaguar com pano embebido em água executando movimentos retos de cima para baixo;
Após a limpeza aplicar solução desinfetante com auxílio de um pano, realizando movimentos paralelos de cima para baixo;
Inspecionar seu trabalho e limpar todo material;
Guardar os utensílios utilizados.

Limpeza De Portas

Realizar essa operação após a limpeza das paredes.

Material (balde, panos macios, luvas de borracha, solução de limpeza).

Iniciar a operação com o material no local;
Com auxílio de um pano umedecido, remover o pó da porta em movimentos paralelos de cima para abaixo;
Aplicar a solução de limpeza com outro pano;
Remover o sabão com pano umedecido;
Inspecionar seu trabalho e guardar o material de trabalho;
Evitar aplicar produtos em dobradiças e fechaduras;
Limpar bem as maçanetas com soluções desinfetantes.

Limpeza de pias

Material (solução desinfetante e solução detergente, esponja abrasiva, luvas de borracha, jarro, pano macio).

Juntar o material e levá-lo a área desejada;
Coloque as luvas de borracha;
Molhar a esponja na solução de limpeza;
Esfregue toda a pia, inclusive colunas e torneiras;
Enxaguar a pia e o lavatório com água da própria torneira (utilize um jarro);
Utilizar escovas de cerdas para remoção da sujeira aderida;
Executar movimentos da extremidade para o centro da cuba;
Lavar e guardar o equipamento de proteção individual utilizado.

Limpeza de Sanitários

Material (balde, solução detergente e desinfetante, esponja e/ou escova, luvas de borracha, pano e vassoura, equipamento de proteção individual).

Calçar luvas de borracha;
Levantar a tampa dos vasos e puxar a descarga;
Despejar hipoclorito de sódio a 1% dentre e nas bordas do vaso;
Esfregar cuidadosamente todo o interior do vaso com vassoura devendo atingir o mais fundo possível. Deixar em contato por 10 minutos, enquanto realiza a limpeza dos lavatórios;
Puxar a descarga para enxaguar o interior do vaso;
Remover a sujeira aderida, usando vassoura com saponáceo, até atingir a limpeza desejada;
Lavar a parte externa do vaso esfregando com um pano ou esponja molhada na solução detergente, tomando especial cuidado com as dobradiças;
Enxaguar bem o vaso e o assento com jarro;
Puxar a descarga para o enxágue final do interior do vaso;
Aplicar na parte externa do vaso a solução desinfetante;
Despejar pequenas quantidades do desinfetante dentro do vaso.

Limpeza de móveis e utensílios de aço cromados e formicas

Superfícies diferentes dos móveis seguir a técnica básica de limpeza geral;
Pano macio e solução de água e sabão neutro em balde;

Utilizar esponjas macias ou escovas de cerdas macias para remoção da sujidade aderida;
Realizar fricção com leve pressão, utilizando sempre sentido único nos movimentos;
Remover com pano macio úmido, trocando a fase do pano e trocando a água quantas vezes forem necessárias, até que a água esteja limpa;
Realizar a desinfecção com álcool 70% quando for recomendado.

Produtos de Limpeza e Desinfecção

A utilização de produtos de limpeza e de desinfecção, quando for o caso, precisa estar de acordo com as determinações da comissão de controle e infecção da instituição se houver. A sua seleção também deverá considerar os seguintes critérios:

Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada, e se pode sofrer corrosão ou ataque químico.

Tipo e grau de sujidade e sua forma de eliminação.

Tipo de contaminação e sua forma de eliminação, observando microrganismos envolvidos, com ou sem matéria orgânica presente.

Qualidade da água e sua influência na limpeza e desinfecção.

Método de limpeza e desinfecção, tipo de máquina e acessórios existentes.

Medidas de segurança na manipulação e uso. Caso o germicida entre em contato direto com funcionários, considerar a irritação dérmica e toxicidade.

Produtos Químicos

Todos os produtos químicos apresentam algum risco para quem os manuseia.

O ideal é que a empresa responsável pelo fornecimento oriente e treine os usuários, demonstrando como utilizar corretamente e sem riscos para a saúde e/ou para as áreas a serem limpas, com o uso de medidas simples como a utilização de epi (equipamento de proteção individual). Em qualquer diluição de produtos concentrados, os usuários devem seguir as orientações do fabricante para obter o resultado esperado.

As diluições devem ser feitas com muito cuidado, evitando respingos de produtos concentrados, tanto no auxiliar de limpeza como no ambiente onde está sendo feita a manipulação. Alguns produtos, principalmente os concentrados, podem causar irritação na pele, olhos, mucosas e até queimaduras nos operadores.

Deve-se estar atento às dosagens recomendadas, uma vez que nas dosagens manuais podem ocorrer erros na diluição, o que inclusive compromete a eficácia do produto.

O recipiente onde está sendo diluído o produto deve estar limpo e ser lavado entre a diluição de um produto e outro. As diluições devem ser feitas sempre acrescentado ao produto água e não ao contrário, é obrigatório utilizar sempre um dosador para proceder à diluição.

O armazenamento deve ser feito em locais onde a temperatura ambiente não apresente calor ou frio excessivos, distante de crianças e animais e/ou conforme outras orientações do fabricante, além de sempre estarem devidamente identificados. Produtos são conhecidos por seus nomes e não por suas cores. Um cuidado adicional é o de armazenar a solução de uso em recipientes fechados, evitando a contaminação do mesmo. Engano comum no manuseio de produtos químicos para limpeza é achar que misturar produtos aumenta eficácia, o que não é verdade. Essa mistura pode produzir gases tóxicos, níveis de calor perigosos, danos à saúde e ao meio ambiente, sem contar que a mistura pode neutralizar os produtos, invalidando a aplicação.

Protocolo do uso de epi

Equipamento de proteção individual – epi

Avental

Protege contra o contato com fluidos orgânicos e contra umidade gerada pelo aerossol e respingos provenientes dos procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, e de acidente térmico, mecânico e químico. O impermeável deve ser usado nos procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies, sendo que para o profissional de limpeza protege a roupa contra umidade.

Máscara

Indicada para área de isolamento, recolhimento de resíduo, diluição de produtos, vidrarias de laboratório, etc.

Obs.: a máscara não deve ser tocada com as mãos enluvasadas

Protetor Ocular

Utilizado nos procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies quando houver risco de contaminação por secreções, aerossóis e produtos químicos. Protege os olhos do impacto de partículas volantes, de luminosidade intensa, de radiação ultravioleta e de respingos de produtos químicos e material biológico. Deve ser confortável, ter boa vedação, ser transparente, permitir lavagem com água e sabão e desinfecção quando indicada.

Botas

Indicada para as atividades de lavagem em geral.

Luas de borracha

Para a proteção das mãos, sendo usadas duas colorações:

Verde – usadas nas superfícies onde a sujidade é maior (ex: lixeiras, pisos, banheiro, rodízios de mobiliários, janelas, tubulações na parte alta, etc.).

Amarela – usadas em mobiliários (ex: cama do paciente, mesa, cadeiras, paredes, portas e portais, pias, etc.).

A escolha do epi dependerá do procedimento a ser realizado pelo profissional.

Os epi não descartáveis são de uso individual. Quando for atingido por sangue/secreções, deve ser higienizado após o uso. Diariamente os calçados, luvas e avental de borracha, devem ser lavados, desinfetados, secos e armazenados em local arejado.

Protocolo de coleta de lixo

Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza;
As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3 de sua capacidade;
Lavar as lixeiras diariamente e sempre que necessário;
O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário;
Acondicionar o resíduo biológico (resolução 306-anvisa, 358 conama e nt 426001 – comlurb) em saco plástico branco leitoso;

Acondicionar o resíduo comum (resolução 306-anvisa e 358 conama e nt 426001 – comlurb) em saco plástico nas cores verde, azul ou outra cor que o eas (estabelecimento de assistência à saúde) recomendar;
O eas que adotar o sistema de reciclagem acondicioná-los em sacos transparentes (lei municipal 3273 de. 2001 – comlurb);
Manter os recipientes de lixo em locais afastados do tráfego de pessoas e fechados;
Não colocar sacos de lixo pelos corredores, os mesmos devem ser armazenados no container do abrigo interno e encaminhados para o abrigo externo. No setor que não dispôr de abrigo interno os resíduos deverão ser transportados (em container) para o abrigo externo;
As caixas para materiais perfuro cortantes, deverão ser transportadas em container específico, alternando com os outros tipos de resíduos,
Não desprezar o conteúdo de um saco de lixo em outro saco maior;
O carrinho que transporta o lixo não deve ser deixado nos corredores e nem em outro local de acesso a paciente, funcionários e ao público;
No caso de haver derramamento de resíduos no piso ou em outra superfície, o mesmo deverá ser removido. Em seguida, proceder a técnica de limpeza do local, seguida por desinfecção quando necessário.

Princípios básicos na operacionalização do processo de limpeza

Utilizar equipamento de proteção individual (epi), sempre.

Começar do ambiente menos contaminado para o mais contaminado.

Iniciar a limpeza pelo teto ou áreas mais altas.

Proceder a varredura úmida.

Corredores: dividir corredor ao meio, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal enquanto procede a limpeza do outro.

Usar a técnica de dois ou três baldes:

Área crítica, usar três baldes:

Balde 1: água pura;
Balde 2: água e sabão;
Balde 3: com solução padronizada desinfetante

Área semicrítica e não crítica, usar dois baldes:

Balde 1: água pura
Balde 2: água e sabão

Limpar em único sentido, de cima para baixo e em linhas paralelas, nunca em movimentos de vai e vem.

Nos banheiros, lavar por último o vaso sanitário, onde será desprezada toda água suja (contaminada).

Todo material usado para limpeza (baldes, panos, vassouras etc.), deverá ser limpo e guardado em local apropriado.

Não utilizar material de limpeza de pisos e banheiros, na limpeza de móveis e de outras superfícies.

Ao término da limpeza de cada área, o material deverá ser lavado em água corrente, com detergente neutro, assim como proceder à troca da água e/ou da solução utilizada.

Manter todos os pisos higienizados.

Os equipamentos metálicos ou de madeira, devem ser limpos com água e pano úmido, usando detergente conforme a necessidade.

Os equipamentos elétricos e eletrônicos devem ser limpos com pano seco.

Os corredores devem ser limpos após todas as outras superfícies.

As águas devem ser renovadas de sala para sala, os panos devem ser higienizados de superfície para superfície.

Não tocar em maçanetas, telefones ou superfícies limpas calçando as luvas de trabalho.



Dimensionamento de recursos humanos área de limpeza

Área crítica:

- Um auxiliar de serviço para cada 350 m² por turno (diurno)
- Um auxiliar de serviço para cada 700 m² por turno (noturno)

Área semicrítica:

- Um auxiliar de serviço para cada 450 m² por turno (diurno)
- Um auxiliar de serviço para cada 900 m² por turno (noturno)

Área não crítica:

Serviços de apoio administrativos

– Um auxiliar de serviço para cada 550 m²

Vidros

– Um auxiliar de serviço para cada 220 m²

Área externa

– Um auxiliar de serviço para cada 6.000 m².

Resolução da diretoria colegiada – rdc nº. 63 de 25 de novembro de 2011.

Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde

A diretoria colegiada da agência nacional de vigilância sanitária, no uso da atribuição

Que lhe confere o inciso iv do art. 11, do regulamento aprovado pelo decreto nº. 3.029, de

16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso ii e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do

Regimento interno nos termos do anexo i da portaria nº. 354 da anvisa, de 11 de agosto de

2006, republicada no dou de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 24 de novembro de 2011, adota a seguinte resolução da diretoria colegiada e eu, diretor presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º fica aprovado o regulamento técnico que estabelece os requisitos de boas

Práticas para funcionamento de serviços de saúde, nos termos desta resolução.

Capítulo ii

Das boas práticas de funcionamento

Seção i

Do gerenciamento da qualidade

Art. 7º as bpf determinam que:

O serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade

Exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes.

li – o serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo:

Quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e identificado;

Ambientes identificados;

Equipamentos, materiais e suporte logístico;

Procedimentos e instruções aprovados e vigentes.

Descrição Limpeza de Mobiliário

Processo	Recursos humanos envolvidos	Descrição do processo

Móveis e acessórios	Equipe de limpeza	Podem ser de madeira, metal, estofados de couro, de tecido ou de material sintético.sua limpeza geralmente é feita com água e sabão neutro sendo que a umidade deve ser mínima para não empenar a madeira ou enferrujar o metal.
Móveis e acessórios de metal	Equipe de limpeza	Pode ser limpo com água e sabão;enxaguar e secar com pano;não usar um polimento corrosivo; Passar pano com álcool a 70%; Cuidado para não riscar.
Móveis e estofados	Equipe de limpeza	Limpar periodicamente com pano embebido em água e sabão enxaguar com pano úmido e passar álcool a 70%;realizar esse processo a cada 7 dias ou quando necessário.

Descrição técnica para utilização do mop

Material necessário:

01 par de luvas de látex;

01 desinfetante;

03 panos limpos ou mop (se necessário);

01 balde contendo água e detergente (se necessário).

Realizar a técnica

Equipe de limpeza

Reúna o material necessário;

Desligue os equipamentos da corrente elétrica;

Lave as mãos;

Calce as luvas;

Preparar 2 baldes: 1 com água e sabão líquido e outro com água limpa. Levar o material até a área a ser limpa;

Afastar os móveis, para facilitar o trabalho;

Molhar o local a ser lavado com a solução de água e sabão;

Passar máquina de lavar no chão com movimentos circulares e movimentando para frente e para trás;

Repetir a operação se necessário;

Passar a mop embebido em água limpa para enxaguar bem o chão;

Repetir o processo até que o chão fique bem limpo;

Passar a mop seca para secar bem o chão;

Limpar e guardar os equipamentos;

Obs: mudar a água sempre que necessário.

Uso de equipamento de proteção individual, limpeza e conservação

Equipe de limpeza

Os trabalhadores do serviço de limpeza devem utilizar equipamentos de proteção individual para protegê-los durante o exercício de suas atividades, minimizando os riscos operacionais.

São eles:

Avental impermeável;

Luvras grossas de pvc, cano médio e longo;

Gorros;

Máscaras com filtro e descartáveis;

Botas cano médio e cano longo;

Óculos;

Faz parte da responsabilidade do empregador o fornecimento de epi necessário ao uso diário, bem como a sua descrição da sua utilização correta.

Equipe de limpeza

Cabe ao funcionário o dever de usá-lo, zelar pela sua conservação, higienização e guarda.

Avental

Deve ser usado na desinfecção terminal dos quartos e ambientes contaminados;

Vestir antes de entrar no ambiente que vai ser desinfetado;

Após a limpeza:

Tirar o avental puxando-o pelas mangas e dobrando-as para dentro e enrolando-o pelo avesso;

Tirar o avental na saída da área onde foi feita a desinfecção na porta;

Encaminhar o avental em saco plástico rotulado “contaminado” para a lavanderia.

Luvras grossas

Servem de proteção para as mãos e braços;

Devem ser usadas sempre que for realizar limpeza e desinfecção de superfícies contaminadas;

Após o uso: devem ser lavadas e desinfetadas com solução de hipoclorito de sódio a 0,5% viradas pelo avesso e postas a escorrer;

Não devem ser usados indevidamente, pelo risco de transmissão de infecção, não pegar em maçanetas, torneiras e objetos de uso comum.

Registro de Enfermagem

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

Você pode estar se perguntando em que cenário da prática assistencial da enfermagem os registros são essenciais, não é mesmo?

Os registros refletem todo empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações. Vejamos, se a finalidade dos registros é fornecer informações do paciente, da família e da comunidade, estes registros devem configurar o instrumento legal de defesa dos profissionais. Devem, portanto, obrigatoriamente, ser efetivados em todos os cenários da prática profissional, na área hospitalar e ambulatorial, nas unidades básicas, na Estratégia de Saúde da Família, nas instituições de longa permanência, na assistência domiciliar, etc.

Você sabia que toda documentação de enfermagem, para ser considerada autêntica e válida, deverá estar legalmente constituída, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (artigo 398 do Código do Processo Civil – CPC) não ter rasuras, entrelinhas, emendas, borrões ou cancelamento?

Quando, todavia, um documento contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular apenas provará a declaração, mas não o fato declarado, por isso a importância de cada profissional registrar seus atos e não os de outros.

Essas características poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental. Salientamos que as declarações constantes no documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou, fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

Como você sabe, as anotações de enfermagem constituem um dos mais importantes instrumentos de comunicação. E como já vimos na primeira Unidade de Estudo, a comunicação, quer seja oral ou escrita, é imprescindível para a prática da enfermagem.

A comunicação escrita faz, parte das atividades do enfermeiro, porque é empregada em situações como, na entrevista, no exame físico, no planejamento da assistência, nas anotações dos prontuários e nas orientações aos indivíduos, famílias e comunidades.

Mediante essa afirmação, percebe-se a importância do enfermeiro compreender e apreender a forma como o processo de comunicação ocorre e os elementos que o compõe.

Do ponto de vista gerencial/administrativo, outra área inerente à atuação do enfermeiro são os registros de enfermagem completos, que consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade.

Nesse âmbito, com o propósito de planejar, executar e avaliar continuamente a atuação da equipe e do cuidado por ela prestada, o gerente ou líder deve pautar a sua atuação em dados e fatos, os quais, na maioria das vezes, são extraídos dos registros no prontuário do cliente.

Assim, a anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Qualidades Para Uma Boa Anotação De Enfermagem

Assim, podemos afirmar que os registros de enfermagem devem ter regras claras e importantes, entre as quais destacamos:

- Devem ser legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos;

- Devem ser precedidos de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Devem conter observações efetuadas e cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, os de rotina ou os específicos;
- Devem, ainda, constar as respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registrados após o cuidado prestado e conter a orientação fornecida ou a informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não devem conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Devem conter apenas abreviaturas consagradas, previstas em literatura;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Como observamos até o momento, podemos afirmar que no sistema de saúde, em todos os cenários da prática, a informação é o integrador, e para que essa comunicação exista é importante que haja um canal de transmissão. Para a enfermagem este canal são os registros efetuados em prontuário, portanto devem conter todos os elementos que favoreçam o processo e a solução do problema, do paciente, da família e da comunidade.

Até o momento, cursista, você pôde acompanhar os vários conceitos referentes aos registros de enfermagem, bem como seus objetivos e finalidades. Mas como estariam ocorrendo esses registros, na prática?

Na literatura existem vários problemas, assim como um elevado contingente de processos éticos que ocorrem junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que evidenciam uma insuficiência de dados nos prontuários do paciente, que em nada refletem a assistência prestada.

A importância do prontuário do paciente: ele deve estar “em um pedestal” e ser utilizado para registros que apresentem riqueza de detalhes, informações corretas, organizadas, seguras, completas e claras.

Perceba, podem existir vários pontos que demonstram inconsistência e que em nada contribuem para a continuidade da assistência ou defesa legal: ilegibilidade; ausência de data e hora; impossibilidade de relacionar a anotação com alguma ação de enfermagem realizada.

O exemplo acima exposto evidencia com maior força que, além de realizar os registros de enfermagem, é preciso fazê-lo com seriedade e comprometimento, seguindo os pontos de qualidade esperados de um registro.

Anotações e Registros de Enfermagem

Admissão e Prontuário

As anotações de enfermagem são todos os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados, entre eles a execução das prescrições médicas.

Pode-se afirmar que é um instrumento valorativo de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável na aplicação do processo de enfermagem, pois está presente em todas as fases do processo.

As anotações de enfermagem são o meio utilizado pela enfermagem para informar sobre a assistência prestada e, como consequência, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demandam clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir a compreensão e a legibilidade da informação.

Tipos de Anotações de Enfermagem

São vários tipos de anotações de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles são destacados:

Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais do paciente, como temperatura (T), pulso (P), respiração (R) e pressão arterial (PA) ou dos sinais objetivos, tais como: peso, altura, perímetros, pressão venosa central, entre outras;

Descrição: numérica - são anotados valores de parâmetros mensuráveis.

Podem ser locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; narração escrita - registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuário de paciente.

A anotação de enfermagem, quando cientificamente estruturada, apresenta elementos valiosos para o diagnóstico das necessidades do paciente, da família e da comunidade, facilitando o planejamento de assistência ao paciente e apresentando elementos para o ensino e pesquisa no campo profissional.

No dia-a-dia verificamos que as anotações de enfermagem, de modo geral, não são completas em relação ao cuidado integral que o paciente necessita e recebe, e não satisfazem os requisitos necessários para sua padronização.

Acreditamos que essas falhas ocorram devido à falta de conscientização de seu valor pelo pessoal de enfermagem.

Quanto mais consciência o funcionário tiver sobre a finalidade dos registros de enfermagem, mais ele o fará com riqueza de conteúdo, colaborando assim, efetivamente, para a elaboração de cuidados de enfermagem, individualizados, ao paciente.

Roteiro para Anotação de Enfermagem

Comportamento e observações relativas ao paciente:

Nível de consciência;

Estado emocional;

Integridade da pele e mucosa;

Hidratação;

Aceitação de dieta;

Manutenção venóclise;

Movimentação;

Eliminação;

Presença de cateteres e drenos.

Cuidados prestados aos pacientes, prescritos ou não pelo enfermeiro:

Mudança de decúbito;

Posicionamento no leito ou na poltrona;

Banho;

Curativos;

Retirada de drenos, sondas, cateteres, etc.

Medidas prescritas pelo médico e prestadas pela enfermagem:

Repouso;

Uso de colete/faixas;

Recusa de medicação ou tratamento.

Respostas específicas do paciente à terapia e assistência:

Alterações do quadro clínico;

Sinais e sintomas;

Alterações de sinais vitais;

Intercorrências com o paciente;

Providências tomadas;

Resultados.

Medidas terapêuticas executadas pelos membros da equipe:

Passagem de dispositivo intravenoso (intracath, duplo ou triplo lúmen, etc.);

Visita médica especializada (avaliações);

Atendimento do fisioterapeuta, da nutricionista ou psicólogo.

Orientações educativas:

Nutrição;

Atividade física;

Uso de medicações.

Outros fatos relevantes (de qualquer natureza) referidos pelo paciente ou percebidos pelo profissional:

Acidentes e intercorrências;

Recebimento de visitas.

Exemplo de prontuário:

9:00hs- apresenta-se consciente, comunicativo, ictérico, aceitou o desjejum oferecido, tomou banho de aspersão, deambulando, afebril, dispneico, normotenso, taquicárdico, mantendo venóclise por scalp em MSE, com bom refluxo, sem sinais flogísticos, abdômen ascítico doloroso à palpação, SVD com débito de 200ml de coloração alaranjada, eliminação intestinal ausente há 1 dia. Refere algia generalizada. Marcela

Admissão

É a entrada e permanência do paciente no hospital, por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado ao quarto ou enfermaria. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Geralmente, o paciente está preocupado com a sua saúde.

A primeira impressão recebida é fundamental ao paciente e seus familiares, inspirando-lhes confiança no hospital e na equipe que o atenderá. Se recebido atenciosamente, proporcionará sensação de segurança e bem-estar, e deste primeiro contato depende em grande parte a colaboração do paciente ao tratamento.

Procedimentos:

Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas estão completas;

Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o a deitar e dando-lhe todo o conforto possível;

Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;

Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias; horários das refeições; modo de usar a campainha; nome do médico e da enfermeira chefe;

Explicar o regulamento do hospital quanto à: fumo; horário de repouso; horário de visita;

Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio e encaminhar para a sala de pertences;

Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;

Fornecer roupa do hospital, se a rotina da enfermeira não permitir o uso da própria roupa;

Fazer o prontuário do paciente;

Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;

Anotar no relatório de enfermagem a admissão; 12. Anotar no Relatório Geral a admissão e o censo diário.

Exemplo de Admissão:

10:00 hs- Admitida nesta unidade vinda de casa acompanhada pela prima para tratamento cirúrgico... (o resto é como no prontuário)

Alta

Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

A alta do paciente deve ser assinada pelo médico.

Procedimentos:

Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo médico;

Verificar no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;

Informar ao paciente sobre a alta, hora e de como será transportado;

Entregar ao paciente a receita médica e orientá-lo devidamente;

Auxiliar o paciente a vestir-se;

Reunir as roupas e objetos pessoais e colocá-los na mala ou sacola;

Devolver objetos e medicamentos ao paciente, que foram guardados no hospital;

Providenciar cadeira de rodas ou maca para transportar o paciente até o veículo;

Transportar o paciente;

Preparar a unidade para receber outro paciente.

Transferência Interna do Paciente

É a transferência do paciente de um setor para o outro, dentro do próprio hospital. Poderá ser transferido quando necessitar de cuidados intensivos, mudança de setor e troca do tipo de acomodação.

Procedimentos:

Após confirmação da vaga pela chefia, orientar o paciente;

Checar na prescrição toda a medicação que foi administrada e cuidados prestados;

Separar medicamentos para encaminhá-los junto com o paciente;

Proceder as anotações de enfermagem no plano assistencial;

Fazer rol de roupas e pertences do paciente, entregando-os à família ou encaminhando junto ao paciente;

Proceder o transporte do paciente, com auxílio;

Levar o prontuário completo, medicamentos e pertences;

Auxiliar na acomodação do paciente;

Retornar ao setor levando a maca ou cadeira de rodas;

Preparar a unidade para receber outro paciente.

Anotações de Enfermagem

As anotações de enfermagem são todos os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados, entre eles a execução das prescrições médicas. Pode-se afirmar que é um instrumento valorativo de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável na aplicação do processo de enfermagem, pois está presente em todas as fases do processo.

As anotações de enfermagem são o meio utilizado pela enfermagem para informar sobre a assistência prestada e, como consequência, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demandam clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir a compreensão e a legibilidade da informação.

Tipos de anotações de enfermagem

São vários tipos de anotações de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles são destacados:

Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais do paciente, como temperatura (T), pulso (P), respiração (R) e pressão arterial (PA) ou dos sinais objetivos, tais como: peso, altura, perímetros, pressão venosa central, entre outras;

Sinal gráfico: realizado por meio do checar li ou (l) significa que a ação prescrita (médica ou de enfermagem) foi realizada e, do circular @ significa que a ação prescrita (médica ou de enfermagem) não foi realizada. Quando um horário está circulado, é importante uma justificativa da não-realização do cuidado na anotação de enfermagem;

Descrição: numérica - são anotados valores de parâmetros mensuráveis. Podem ser locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; narração escrita - registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuário de paciente.

A anotação de enfermagem, quando cientificamente estruturada, apresenta elementos valiosos para o diagnóstico das necessidades do paciente, da família e da comunidade, facilitando o planejamento de assistência ao paciente e apresentando elementos para o ensino e pesquisa no campo profissional.

No dia-a-dia verificamos que as anotações de enfermagem, de modo geral, não são completas em relação ao cuidado integral que o paciente necessita e recebe, e não satisfazem os requisitos necessários para sua padronização. Acreditamos que essas falhas ocorram devido à falta de conscientização de seu valor pelo pessoal de enfermagem.

Quanto mais consciência o funcionário tiver sobre a finalidade dos registros de enfermagem, mais ele o fará com riqueza de conteúdo, colaborando assim, efetivamente, para a elaboração de cuidados de enfermagem, individualizados, ao paciente.

Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?

A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes ao processo de cuidados de enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, etc.) constituem a finalização do processo de cuidar do paciente: trazem maior visibilidade a profissão, permitem o planejamento da assistência, refletem a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, servem de fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem, são provas cabais da jornada de trabalho, e ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde.

A Resolução Cofen 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º, da referida Resolução, diz que:

Art.6º "A execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente".

A Resolução Cofen 311/ 2007, que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem-CEPE, incluiu mais seis novos artigos sobre Anotações de Enfermagem (dentre os três já existentes), dentre os quais nos cabe especificar: artigos 25, 35, 41, 42, 54, 68, 71 e 72. Em destaque os artigos 41, 68, 71 e 54, quais sejam:

Art.41. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art.68. Registrar no prontuário e em outros documentos próprios da Enfermagem informações referentes ao processo de cuidar da pessoa (grifo meu).

Art. 71. Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

O Capítulo I, Seção III, Das Relações com as Organizações da Categoria, Responsabilidades e Deveres, artigo 54, do CEPE, prevê que é dever do profissional de enfermagem:

Art. 54. Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Portanto, nas anotações de enfermagem, seja na evolução, na prescrição, em relatórios ou qualquer documento utilizado quando no exercício profissional, constitui responsabilidade e dever do profissional, apor o número e a categoria de inscrição, conjuntamente a sua assinatura. O uso do carimbo é facultativo, porém, por ser material de baixo custo e cujo uso traz benefício ao profissional, por racionalizar a finalização da anotação de enfermagem, seu uso é indicado.

O Decreto 94.406 /87 que regulamenta a Lei do Exercício dos Profissionais de Enfermagem-LEPE prevê as Anotações de Enfermagem nos Artigos 11, Inciso II e 14, Inciso II.

A Resolução Cofen 191/ 96, dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de enfermagem, no entanto, a Resolução Cofen 372/ 2010 estabeleceu novos parâmetros sobre o uso do número de inscrição e siglas das categorias profissionais de Enfermagem. Em seu artigo 4º consta: Enfermeiros-ENF; Técnicos de Enfermagem-TEC; Auxiliares de Enfermagem-AUX; Parteira-PAR, os quais deverão ser apostos após o número de inscrição, nas anotações de enfermagem.

Recentemente foi aprovada e homologada a Resolução Cofen 429/ 2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte- Tradicional ou Eletrônico. O artigo 1º, assevera que:

Art.1º É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Portanto, diante da ampla legislação sobre o registro e anotações das atividades de enfermagem, ocorrências e intercorrências, os referidos registros se fazem necessários em qualquer área da assistência de enfermagem. Atentando-se para o fato de que os registros dos atendimentos e/ou cuidados de enfermagem, devem ser realizados no prontuário, folha de evolução ou folha de atendimento do paciente e que as ocorrências e intercorrências referentes a equipe, devem ser registrados no livro de relatório de enfermagem, acessível e privativo da equipe de enfermagem.

15 Passos para Realizar uma Boa Anotação de Enfermagem

Como já foi falado em outro artigo, a anotação de enfermagem é o que garante legalmente que o cuidado foi prestado pelo profissional de enfermagem, além disso, nos fornecem dados importantes para garantir a continuidade da assistência, para subsidiar o enfermeiro na realização de um boa Sistematização da Assistência de Enfermagem, para fins de pesquisa, auditoria e para respaldo legal dos profissionais de enfermagem. Por tratar-se de um assunto tão importante para a nossa categoria profissional, precisamos sempre refletir sobre ele e saber também como realizar uma boa anotação de enfermagem.

Neste artigo abordarei o passo-a-passo de como realizar uma boa anotação de enfermagem, atribuição que compete à todos os profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem).

Mas lembre-se, é imprescindível que você saiba o que a instituição em que você trabalha preconiza em relação ao tema, como por exemplo, no uso de siglas e abreviaturas.

Roteiro para a 1ª anotação de Enfermagem do Plantão 1) Estado ou Nível de Consciência:

Qual estado de consciência do paciente? Alerta? Letárgico? Obnubilado? Torporoso, Comatoso?

Se o paciente estiver alerta, avaliar o estado mental (item 02), que é a qualidade deste estado.

Se o paciente não estiver alerta, é claro, não tem como avaliar o estado mental, então segue para o item 3.

2) Estado Mental:

Está orientado no tempo e espaço? Para avaliar a orientação é preciso perguntar ao paciente:

Avaliação da orientação no tempo: Que dia da semana estamos?

Avaliação da orientação no espaço: Onde você está?

3) Estado emocional/ expressão facial:

Calmo? Apático? Alegre? Triste? Preocupado? Hostil? Agitado?

Qual o comportamento que retrata o estado emocional do paciente? Por exemplo: Refere estar triste por estar longe dos filhos e choroso durante o diálogo.

4) Condição de Deambulação:

Deambulante? Tipo de marcha? Deambula com dificuldade? Com auxílio da enfermagem? Locomove-se em cadeira de rodas? Com auxílio de muletas, bengala, andador?

5) Acamado?

Em cama com grades elevadas? Qual decúbito? Encontra-se com restrição mecânica? Em que segmento corporal? Está com aparelho ortopédico? Especificar. Quais os métodos utilizados para evitar lesão por pressão? Colchão piramidal? Colchão pneumático? Placas de proteção?

Na primeira anotação o registro é da posição em que você encontrou o paciente e no decorrer do plantão, a cada 2 horas, é preciso anotar em que decúbito foi colocado o paciente, além das medidas de proteção utilizadas, como coxins, e os sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc) 6) Repouso no leito?

Relativo ou absoluto?

7) Sono e Repouso:

Refere ter dormido bem a noite? Não? Por quê? Especificar.

Ex: Refere insônia devido a dor difusa em região abdominal, de intensidade 6 (ENV: 0-10)

8) Equipamentos/ Dispositivos/ Aparelhos/ Cateteres/ Sondas/ Uripen/ Drenos/ Curativos/ Venóclise:

Todos os dispositivos que o paciente mantém e todas informações necessárias relacionadas à eles devem estar descritas. Exemplos:

Mantem cateter vesical de demora aberto, com débito de 400 ml, amarelo-escuro, turvo, com grumos.

Mantem cateter nasogástrico aberto, em narina direita, com débito de 120 ml, esverdeado 9) Sinais – aqueles identificados por meio da observação.

Integridade da pele: íntegra? lesão?

Em caso de lesão – especificar: tipo, tamanho, localização e outras características, se houver. Neste caso utilizamos o termo “Apresenta”. Por exemplo:

Apresenta lesão escoriativa, de 4,0 x 5,2 cm, em região antero-medial da perna D, com exsudato seroso, em pequena quantidade (quando não for possível mensurar o volume em ml)

Outros exemplos que devem ser observados: dispneia, hemorragia, edema, descamação, hematoma, incisão cirúrgica, cicatriz, febre, entre outros. Lembrando que qualquer alteração identificada, deve ser comunicado o enfermeiro, por exemplo, a dispneia.

Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, livre de julgamentos

10) Sintomas – aqueles referidos pelo paciente.

Dor? Especificar: tipo, localização, intensidade e outras característica, se houver.

Outros exemplos: náuseas, mal estar, insônia, prurido

11) Condições dos Membros Superiores e Inferiores:

Coloração, perfusão, temperatura do membro, pulso

12) Aceitação da dieta ☐ Especificar o que e quanto consumiu. Evite os termos, “baixa” aceitação, “boa” aceitação alimentar. Esse tipo de termo não nos fornece parâmetros confiáveis, o que é pouco

para você, pode não ser para mim. De preferência, tente mensurar em número de colheres ou por exemplo, “aceitou 1/3 da dieta”.

Recusou a dieta? qual o motivo?

Está em jejum? Especificar no início da anotação o motivo, se é para cirurgia, tipo de cirurgia, se é para algum exame.

13) Eliminação Vesical

Espontânea? Por sonda vesical de demora? por sonda vesical de alívio? uripen? cistostomia?

Quantidade? Mensurar o volume em ml, sempre que mantiver sonda, estiver em controle de diurese ou balanço hídrico.

Qual as características? Coloração (amarelo-claro, escuro, alaranjado)? Odor? (fétido? característico?)

Presença de anormalidades? hematúria? piúria? disúria?

14) Eliminação Intestinal

Presente? Ausente? Há quantos dias?

Via de eliminação: em caso de ostomia, descrever qual – ileostomia, jejunostomia, colostomia.

Episódios: Geralmente na primeira anotação registra o que o paciente referiu, mas nos respectivos horários, descreve-se após cada episódio

Quantidade: pequena, média ou grande quantidade?

Consistência: Pastosa? líquida? semi-pastosa? Aspecto: Qual frequência? Cor?

Características: coloração, odor, consistência, quantidade;

Queixas.

15) Anotar orientações dadas, as condutas adotadas e os resultados das mesmas. Por exemplo:

16/08/16 – 10h: Refere dor de intensidade 4, comunico enfermeira Raquel, que avalia e orienta administrar Dipirona 500 mg/ml, 40 gotas, por via oral, conforme prescrição médica (se necessário).

16/08/16 – 11h: Refere dor zero após administração da Dipirona. Oriento comunicar em caso de qualquer desconforto, via campainha. Mantenho campainha próxima ao paciente.

Lembre-se:

De uma forma didática, para que você tenha sempre em mente o que é preciso registrar, lembre-se de avaliar o paciente no sentido cefalopodálico (da cabeça aos pés) e da sequência de registro “Apresenta”, “Mantem” e “Refere”:

Apresenta: tudo aquilo que foi possível observar no paciente (pele, cabeça, pescoço, tronco, membros superiores, inferiores, genitália). Por exemplo: Apresenta escoriação em região orbital D, com crosta, de aspecto limpo e seco, edema em 5º pododáctilo D.

Mantem: todos os dispositivos que o paciente mantém. Por exemplo: Mantem cateter venoso central em subclávia E, ocluído com película transparente realizado no dia 15/08, com inserção sem sinais flogísticos.

Refere: tudo que o paciente te relatou durante a coleta de dados. Por exemplo: Refere dor em região abdominal após as refeições, baixa aceitação alimentar devido a dor.

É importante anotar as orientações realizadas ao paciente, as condutas adotadas e os resultados da mesma.

Exemplo de uma anotação de enfermagem de início de plantão:

18/08/2016 – 07h10 – Alerta, orientado em tempo e espaço, calmo, comunica-se verbalmente, em repouso relativo no leito, em posição de fowler, deambula com auxílio de bengala. Apresenta hematoma em região orbital D, escoriação em região escapular E, de aspecto limpo e seco, edema 2+/4+ em perna D. Mantém cateter nasoenteral em narina D, com dieta instalada 30 ml/hora, com fixação íntegra e limpa, cateter venoso central em subclávia E, salinizado, ocluído com película transparente do dia 15/08, com inserção sem sinais flogísticos. Refere boa aceitação alimentar, nega algia, eliminações, vesical amarelo-clara em grande quantidade e intestinal ausente há 1 dia. João Lucas Ferreira-COREN-SP-11111-TE.

Bom, a primeira visita ao paciente foi realizada, já me apresentei, aferi os sinais vitais, coletei os dados necessários para a minha primeira anotação de enfermagem. E agora, como continuar o registro? Cada um descobre a sua forma de se organizar durante o plantão, o importante é que as medicações sejam administradas no horário, o paciente consiga ser encaminhado para o exame, para a cirurgia, que o profissional consiga prestar uma assistência com excelência, segura e que realize os registros, com o horário correspondente, logo após a ação realizada, pois sem eles é o mesmo que não ter feito.

Por exemplo, administrei um medicamento e não registrei, como o próximo profissional vai saber se administrei ou não? Ele administra de novo para garantir? Ou ele não administra e o paciente fica sem? Você consegue perceber o quanto a segurança do paciente é afetada? E caso tenha algum problema judicial, quem ler, vai considerar que não foi feito, porque não está anotado.

Portanto, cuidado prestado é cuidado anotado!

O que anotar no decorrer do plantão?

Realizado a primeira anotação de enfermagem, conseguimos imaginar o estado geral do paciente, sem precisar olhar para ele. Para que eu consiga imaginar toda assistência prestada e como o paciente esteve durante o plantão, é preciso realizar o registro. Mas, o que devo anotar?

Procedimentos realizados, observações feitas, sejam eles os já padronizados, de rotina e/ou específicos;

Todos os cuidados prestados: registro das prescrições de enfermagem e médica cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros.

Medicamentos administrados;

Orientações fornecidas;

Intercorrências com o paciente, resposta do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro e a conduta adotada em cada situação;

Não sabe se a anotação está completa, clara, objetiva? Te convido a fazer o seguinte exercício sozinho ou troque com um colega: Faça uma anotação de enfermagem e depois, sem olhar para o paciente, leia a anotação e tente imaginar as condições do paciente.

Conseguiu imaginar o paciente sem olhar para ele? Parabéns, está no caminho certo!

Não conseguiu imaginar alguma característica ou ficou na dúvida sobre o estado do paciente? Talvez você precise aprimorar sua anotação.

Utilize o roteiro, refaça a coleta de dados, a anotação e leia novamente. Aos poucos o roteiro será memorizado e o registro será mais natural e completo.

Características gerais das anotações de enfermagem:

Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas e cronológicas;

Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;

Devem ser registradas logo após o cuidado prestado, a orientação fornecida ou informação obtida;

Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

Não deve ser utilizado corretivo, esparadrapo ou qualquer forma para apagar o registro realizado, por tratar-se de um documento legal.

Caso aconteça uma anotação errada, utilize o termo “digo” entre vírgulas. Por exemplo: Mantem cateter venoso periférico em mão direita, digo, esquerda.

Caso o erro percebido seja extenso, por exemplo, realizado a anotação de um paciente no impresso de outro paciente, é preciso “passar” um traço na diagonal e utilizar o termo “SEM EFEITO”, continuando o registro correto na linha subsequente.

16/08/16 - 10h: Refere dor de intensidade 4, comunico enfermeira Raquel, que avalia e orienta administrar Dipirona 500 mg/ml - 40 gotas, por via oral, conforme prescrição médica (se necessário). João Lucas da Silva.COREN-SP-111111-TE. **SEM EFEITO**

16/08/16 - 10h: Refere náuseas após o jejum. Administrado Cloridrato de Metoclopramida 10mg, por via oral, conforme a prescrição médica. João Lucas da Silva.COREN-SP-111111-TE.

Não deixar espaços em branco entre uma e outra anotação e não passar traço entre o final da anotação e a identificação do profissional;

Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro. O ato de “checar” utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica, significa que a ação foi realizada, e o “bolar” ou “circular” significa que a ação prescrita não foi realizada. Acima do sinal “checar” é indispensável a colocação das iniciais do nome completo do profissional que realizou a ação. Lembrando que o ato de checar não dispensa a necessidade de anotar também. E após “bolar” um horário, é imprescindível anotar a justificativa de não realização do cuidado.

Exemplo de “checar” e “bolar”:



Após cada horário de anotação de enfermagem, deve constar a identificação do profissional ou assinatura e carimbo, conforme preconizado pela instituição. Para saber as informações necessárias na sua identificação ou no carimbo.

No impresso de anotação de enfermagem devem constar o cabeçalho com preenchimento completo: dados do paciente (nome, idade, sexo e RG hospitalar), e complementado com data, número do leito e enfermaria. Pode ser utilizado etiqueta impressa ou na sua falta preencher manualmente o cabeçalho do impresso com esses dados.

A anotação deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional; O que não fazer?

Não utilizar os verbos no gerúndio, como fazendo, comendo, andando, falando.

Não iniciar com a palavra “Paciente”, porque o prontuário é dele, com certeza as informações são dele.

Não anotar em impressos não padronizados para anotação.

Fazer isso anula o documento, te deixa sem respaldo!

[illegible]

REFERÊNCIAS

Os links citados abaixo servem apenas como referência. Nos termos da lei brasileira (lei no 9.610/98, art. 80), não possuem proteção de direitos de autor: As ideias, procedimentos normativos, sistemas, métodos, projetos ou conceitos matemáticos como tais; Os esquemas, planos ou regras para realizar atos mentais, jogos ou negócios; Os formulários em branco para serem preenchidos por qualquer tipo de informação, científica ou não, e suas instruções; Os textos de tratados ou convenções, leis, decretos, regulamentos, decisões judiciais e demais atos oficiais; As informações de uso comum tais como calendários, agendas, cadastros ou legendas; Os nomes e títulos isolados; O aproveitamento industrial ou comercial das ideias contidas nas obras.

Caso não concorde com algum item do material entre em contato com a Domina Concursos para que seja feita uma análise e retificação se necessário

A Domina Concursos não possui vínculo com nenhuma banca de concursos, muito menos garante a vaga ou inscrição do candidato em concurso. O material é apenas um preparatório, é de responsabilidade do candidato estar atento aos prazos dos concursos.

A Domina Concursos reserva-se o direito de efetuar apenas uma devolução parcial do conteúdo, tendo em vista que as apostilas são digitais, isso, [e, não há como efetuar devolução do material.

A Domina Concursos se preocupa com a qualidade do material, por isso todo conteúdo é revisado por profissionais especializados antes de ser publicado.



Prezado cliente,

É com imensa satisfação que expressamos nossa profunda gratidão pela sua escolha em adquirir suas apostilas de estudos conosco. A preferência pelo nosso serviço é motivo de grande alegria e reforça nosso compromisso em fornecer materiais de alta qualidade para contribuir efetivamente em seu caminho educacional.

Aqui na nossa loja, dedicamo-nos diariamente para oferecer produtos que atendam não apenas às suas necessidades de aprendizado, mas que também superem suas expectativas. Cada compra realizada é um voto de confiança em nossa equipe, e estamos comprometidos em corresponder a essa confiança através de excelência em produtos e atendimento.

Saiba que sua decisão de confiar em nós para sua jornada de estudos é valorizada e respeitada. Estamos sempre empenhados em aprimorar nossos serviços para garantir que sua experiência seja positiva e produtiva. Se houver algo específico que possamos fazer para melhor atendê-lo, por favor, não hesite em nos informar.

Agradecemos por fazer parte da nossa comunidade de clientes e por escolher a qualidade e confiabilidade das nossas apostilas. Estamos ansiosos para continuar a servi-lo com dedicação e comprometimento.

Atenciosamente, Domina Concursos.



contato@dominaconcursos.com.br



WhatsApp (48) 9.9695-9070



Rua Aracatuba, nº 45,
Centro, Criciúma/SC - CEP
88810-230

