



Habilidades

Habilidades

Claudia dos Santos Oliveira

© 2016 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Dieter S. S. Paiva

Camila Cardoso Rotella

Emanuel Santana

Alberto S. Santana

Regina Cláudia da Silva Fiorin

Cristiane Lisandra Danna

Danielly Nunes Andrade Noé

Parecerista

Priscila Perez Domingos

Editoração

Emanuel Santana

Cristiane Lisandra Danna

André Augusto de Andrade Ramos

Daniel Roggeri Rosa

Adilson Braga Fontes

Diogo Ribeiro Garcia

eGTB Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Oliveira, Claudia dos Santos
O48h Habilidades / Claudia dos Santos Oliveira. – Londrina :
Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.
208 p.

ISBN 978-85-8482-427-4

1. Serviços de saúde. 2. Pessoal da área médica e
pacientes. 3. Enfermagem - Técnica. 4. Biossegurança.
I. Título.

CDD 610.73

2016

Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Serviços de Saúde	7
Seção 1.1 - Prontuários	8
Seção 1.2 - Documentação e anotação de enfermagem	18
Seção 1.3 - Organização do serviço de enfermagem	27
Seção 1.4 - Introdução à biossegurança	38
Unidade 2 Biossegurança	47
Seção 2.1 - Infecções	50
Seção 2.2 - Classificação das áreas hospitalares	62
Seção 2.3 - Procedimentos de higienização	77
Seção 2.4 - Educação e biossegurança no controle das infecções	89
Unidade 3 Relacionamento Terapêutico	103
Seção 3.1 - Aspectos éticos do relacionamento terapêutico	106
Seção 3.2 - Forma de abordagem	118
Seção 3.3 - Fundamentos do cuidado	132
Seção 3.4 - Anamnese	144
Unidade 4 Procedimentos básicos de enfermagem	157
Seção 4.1 - Técnicas relativas ao bem-estar do paciente	160
Seção 4.2 - Sinais vitais: verificação e registro	171
Seção 4.3 - Sinais vitais: identificação de alterações	183
Seção 4.4 - Sinais vitais: intervenções	194

Palavras do autor

Olá, aluno. Seja bem-vindo! A partir deste momento você está sendo convidado a conhecer a disciplina Habilidades. Ela é específica do curso de Enfermagem, faz parte dos aprendizados de base da profissão e pretende ser sua companheira por toda a sua vida profissional, portanto, estudá-la deve ser importante e prazeroso para você. Esta é a nossa proposta.

Vamos começar percorrendo sobre a importância do prontuário e das anotações de enfermagem e o quanto tudo isso impacta na organização dos serviços de saúde. Passaremos pela biossegurança, falaremos de infecção e veremos como a não observância da qualidade poderá impactar negativamente na vida do nosso cliente. Vamos falar ainda de alguns procedimentos básicos de Enfermagem, como os cinco sinais vitais, incluindo a dor (que apesar de subjetiva afeta a qualidade de vida). Para finalizar este livro apresentaremos o relacionamento terapêutico, em que o enfermeiro, embasado em conhecimentos científicos, poderá ajudar o cliente que está sob seus cuidados a chegar no final de sua vida certo de estar sendo cuidado com muito amor e empatia.

Você consegue imaginar sua importância diante da sociedade? Ainda não? Ao percorrer estes estudos você terá certeza de que é a diferença que uma sociedade tão necessitada e carente precisa. Vamos nos apoderar dessa ferramenta. Bons estudos!

Serviços de Saúde

Convite ao estudo

Olá, caro aluno. Seja bem-vindo. Vamos iniciar o estudo de Habilidades falando sobre serviços de saúde.

O que caracteriza esses serviços?

Para que os serviços funcionem precisamos seguir algumas rotinas, que devem ser anotadas para que toda a equipe dentro de uma Instituição (seja ela hospitalar, de longa permanência, home care, laboratórios, ambulatórios, etc.) tenha acesso a elas. Para que estes dados não se percam temos um documento chamado de prontuário. Em nosso primeiro encontro vamos estudar: O que constitui este instrumento? Qual é o seu valor legal? Qual é a finalidade de cada componente do prontuário? Como deve ser feita sua organização? Quais são seus preceitos?

A partir destas perguntas, vamos iniciar nossa leitura e entender melhor esse instrumento.

Bons estudos!

Competência a ser desenvolvida:

Conhecer o prontuário como um documento legal, identificando suas etapas e constituição.

Objetivos:

- Conceituar prontuário.
- Identificar a importância de manter sigilo do prontuário.
- Discutir a importância do prontuário para a pesquisa.
- Analisar e interpretar erros comuns nos prontuários.

- Relacionar a importância da informática e a qualidade do serviço de saúde.

Marcos, Roberta e Carla estudam juntos desde o ano passado no curso de Enfermagem. Em cada seção deste livro você vai acompanhar a história destes três estudantes em uma nova situação-problema, e juntos todos conseguirão encontrar respostas através dos materiais que estão disponíveis, como o livro didático e a webaula.

Preparado? Então, vamos começar!

Boa sorte!

Seção 1.1

Prontuários

Diálogo aberto

Os alunos de enfermagem Marcos, Roberta e Carla optaram por realizar estágio sem remuneração, por acreditarem que esta é uma forma de aprendizado que contribuirá significativamente para o desenvolvimento de sua competência profissional. No primeiro dia de estágio em uma Instituição Pública, na unidade de internação de clínica médica, eles se depararam com a seguinte situação: o Sr. Olímpio está recebendo alta hospitalar, e, ao receber as orientações da Enfermeira Joana, solicitou a vista do prontuário, pois queria saber tudo o que aconteceu com ele durante a internação. Ao ler o prontuário o Sr. Olímpio identificou algumas informações que não condiziam com sua história atual. Ao ser questionada sobre o fato, a Enfermeira não soube informar o que havia ocorrido.

Quando chegaram na aula os três estudantes foram compartilhar com os outros alunos o que haviam presenciado e perguntar ao professor o porquê de as informações que estavam naquele prontuário não serem condizentes com o paciente em questão.

O professor decidiu então oferecer uma proposta. Vamos pesquisar através de livros e artigos o que pode ter acontecido e o que pode ser feito para que não ocorram erros no prontuário.

Para se ter condições de saber o que ocorreu, será necessário estudar mais sobre o prontuário e seus aspectos éticos e legais.

Não pode faltar!

Como abordamos anteriormente, o prontuário é um documento importante para a Instituição, para o profissional e para o cliente. Para que uma Instituição tenha o certificado de qualidade atribuído por um órgão competente, como a The Joint Commission, é preciso que siga algumas diretrizes. Entre elas podemos destacar um prontuário atualizado com informações recentes e disponíveis para os profissionais que prestam o cuidado.

Código de ética de enfermagem

Segundo o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, resolução COFEN nº 311/07, art. 25, é responsabilidade e dever desses profissionais registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar. Além disso, de acordo com o art. 41, deve-se prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência, o que nos leva a pensar o quanto é importante a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro no manejo deste documento.

Prontuários

Desde a idade da pedra já existiam dados gravados em murais, e a estimativa é de que estes dados foram gravados 25.000 anos antes de Cristo. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro atribuído ao médico egípcio Inhotep, considerado o patriarca da medicina. No Brasil, o primeiro Hospital de que se tem relato é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, criado em 1943 com a implantação de um SAME (Serviço de Arquivo Médico). Somente após firmar um convênio com a Previdência Social, na década de 1970, e mediante suas exigências, é que se pôde observar uma melhoria nos registros do prontuário nessa instituição de saúde.

Sendo assim, podemos definir o prontuário como sendo todo acervo documental padronizado, legal, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência. É um relato contínuo do estado de saúde do cliente e fica disponível a todos os membros da equipe de saúde. O hospital mantém um prontuário padronizado para cada cliente, e determina seu conteúdo e formato. É importante que se tenha um registro que permita ao hospital encontrar facilmente o cliente. Esse registro pode ser físico ou eletrônico (este último foi instituído em 2002).

Prontuário eletrônico

Um volume significativo de papéis se acumulava na mesma proporção em que avançava a ciência médica. Pouco a pouco a informática foi nos presenteando com inovações, e hoje os registros eletrônicos fazem parte da nova forma de organização dos sistemas de informática nas Instituições. Avanços na saúde passaram por um processo natural, porém impactante. Só serão considerados prontuários eletrônicos os documentos atrelados à assistência, ou seja, que dizem respeito a informações multiprofissionais dos problemas de saúde, exames diagnósticos, tratamento e evolução clínica do paciente.

Utilidades do Prontuário

É uma documentação importante tanto para o paciente como para o hospital, para a equipe de saúde e para o ensino e pesquisa.

Formulários comuns pertencentes ao prontuário

Cada Instituição preconiza a constituição de seu próprio prontuário, que é basicamente formado de: identificação do paciente, folha de evolução médica ou multidisciplinar, folha de prescrição médica, folha de anotação de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, resultados de exames (como raio-x, exames laboratoriais, etc.), tratamento e evolução da doença e resumo da alta. Em alguns hospitais existe um formulário para o controle de gastos, mas este formulário é opcional.

O aspecto Legal e Civil do Prontuário

O prontuário é do paciente. Por isso, além do próprio paciente, somente os profissionais da saúde regulamentados terão acesso a este documento. O hospital por sua vez é o responsável legal pela guarda e conservação das informações organizadas na forma de prontuário único do paciente. Além disso, o prontuário tem informações de cunho científico e jurídico que não podem ser perdidas. O artigo 8º da Resolução CFM nº 1.821/07 determina que o prontuário em papel fique no mínimo 20 anos guardado e preservado, a contar do último registro nele lançado: "Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro para a preservação do prontuário dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado".

Já o Parecer CREMEC nº 14/2007 estabelece esse mesmo prazo para a guarda do prontuário de papel, mas determina que após esse período ele deve ser arquivado eletronicamente ou microfilmado. Desta forma, o prontuário deverá ser guardado de forma permanente: "A Res. CFM nº 1.639/02 autoriza a eliminação do suporte em papel de prontuários médicos, quando microfilmados ou digitalizados, decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos do último registro, salvo os definidos pela Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da Instituição detentora do arquivo como de valor médico-científico, histórico e social, cuja manutenção do suporte em papel é permanente".

Segundo o art. 10, inciso I do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o prontuário referente a partos deve ser mantido pelo prazo mínimo de 18 (dezoito) anos: "Art. 10 - Os hospitais e demais estabelecimentos

de atenção à saúde de gestantes públicos e particulares, são obrigados a: I - Manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais pelo prazo de dezoito anos".

Outro ponto que merece nossa atenção diz respeito ao destino do prontuário que estava sob a guarda de um médico que vem a falecer ou de uma Instituição de saúde que encerrou suas atividades. Existe um parecer do Conselho Regional de Medicina do Paraná que enfatiza a importância de tentar a devolução do prontuário ao paciente, e caso o paciente o rejeite, deixar claro que o material será incinerado: "1º - O responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os seguintes critérios:

a) publicar em jornal de grande circulação local, no mínimo em duas ocasiões, intervaladas por prazo não inferior a 10 (dez) dias, nota esclarecendo o motivo da desativação do arquivo, colocando à disposição dos clientes interessados as fichas ou prontuários;

b) a publicação deverá explicar local para a entrega do material, em horários não inferior a duas sessões de duas horas;

c) esses documentos médicos somente serão entregues ao cliente ou responsável legalmente habilitado, mediante identificação contra recibo;

d) a destruição dos documentos deverá aguardar um prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a última publicação".

Percebendo a importância do prontuário, nos compete pensar na importância dos registros e/ou preenchimento adequado do prontuário, pois ele é o principal documento para provas judiciais. É necessário que suas informações tenham veracidade reconhecida, devendo o prontuário estar devidamente preenchido, datado e assinado. A falta dessas informações caracteriza má qualidade da documentação.

Quem determina o conteúdo do prontuário são comissões de revisão do prontuário atrelada a uma comissão de Ética Médica, através da Resolução CFM nº 1.638/2002, que diz que os estabelecimentos e/ou instituições de saúde devem prestar assistência médica e contar com um número igual ou superior a vinte médicos em seu corpo clínico, independentemente do seu vínculo empregatício. É importante dizer que essa comissão não precisa conter apenas médicos, mas também

outros profissionais da área da saúde.

Como foi dito anteriormente, temos o prontuário físico e eletrônico e temos também formas diferentes de organizar os documentos dentro do prontuário. Existem os chamados de estruturados, que são documentos de ordem variada, com vários tipos de laudos e relatórios diferentes, com anotações diversificadas e de formato livre. Contamos também com os não estruturados, em que os documentos mais novos são guardados por cima dos mais antigos, exigindo numeração sequencial de todas as folhas, carimbo com data e assinatura, para que se assegure sua autenticidade, o que torna o prontuário muito parecido com os processos judiciais.

É importante organizar o prontuário usando formulários, pois além de agilizar a padronização dos dados, tornam o documento uma fonte em que os profissionais da saúde podem anotar o que foi pedido e de que forma.



Assimile

Este momento é importante para você assimilar todos os conteúdos que foram abordados, principalmente com relação ao prontuário físico e eletrônico e quanto ao que diz o Código de Ética da categoria.



Refleta

Como enfermeiro em uma Instituição você tem o dever de conhecer o prontuário e saber do que ele é constituído. Dessa forma você está contribuindo para uma assistência de qualidade e segura para o cliente.

Vale ressaltar que sem o prontuário não há uma assistência embasada em evidências. Logo, informações são perdidas e a continuidade do tratamento fica prejudicada, provocando internações prolongadas, descontinuidade do tratamento e informações desencontradas. A assistência torna-se insegura, acarretando prejuízo ao cliente.



Pesquise mais

Para conhecer um pouco mais sobre o prontuário, você pode realizar uma leitura complementar através dos seguintes links: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015. e <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 13 out. 2015.



Exemplificando

O Prontuário é um documento fundamental para garantir uma assistência livre de danos, como a imprudência e a negligência. A falta de dados ou informações pode levar a erros irreversíveis, como a assistência prestada ao cliente errado.



Faça você mesmo

Vimos que o prontuário é um documento importante dentro de uma Instituição e que os registros de Enfermagem, além de garantir a comunicação, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança para o cliente e todos os envolvidos. Como você, Enfermeiro, pode contribuir para que a qualidade dos registros no prontuário seja alcançada?



Vocabulário

Prontuário: manual de informações úteis e a soma de todas as informações a respeito do paciente.

Formulário: documento com campos pré-impressos nos quais são preenchidos os dados e as informações. Permite a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades nas organizações.

Sem medo de errar

É preciso lembrar que o prontuário é um documento legal que deve conter partes escritas e/ou impressas e ser sempre manipulado por pessoas autorizadas e que ofereçam assistência direta ao paciente. Ele também é um meio de comunicação entre as equipes, podendo assim dar continuidade ao tratamento, evitando recursos terapêuticos desnecessários ou repetitivos. É importante que ele seja um documento acurado, compreensível e flexível o suficiente para fornecer dados críticos a fim de monitorar a evolução do cliente e refletir os padrões atuais da prática de Enfermagem, economizando tempo e minimizando os riscos de erros. Tudo o que é feito precisa ser documentado no prontuário. Organizações não governamentais de acreditação, como a The Joint Commission (TJC), fornecem diretrizes especificamente para essa documentação.

O Enfermeiro como membro da equipe de saúde deve comunicar

informações de maneira precisa, na hora certa e de modo efetivo. Estudos demonstram que a qualidade do cuidado depende da habilidade dos profissionais em comunicar-se uns com os outros. É ainda necessário que essas informações sejam tão concisas que os envolvidos possam desenvolver um plano de cuidado organizado e abrangente. Outro item importante a salientar é que os clientes podem solicitar cópias de seus prontuários, já que têm o direito de ler esses registros. Algumas Instituições estabelecem regras para sua liberação, por exemplo, exigindo que o cliente peça por escrito a liberação das informações.

Basicamente, em todos os prontuários devem conter as seguintes informações: identificação e dados demográficos; consentimento informado para tratamento e procedimentos; histórico da admissão pelo enfermeiro; diagnóstico e plano de cuidado de enfermagem ou de cuidado multidisciplinar; registro do cuidado de enfermagem, tratamento e avaliação; histórico e diagnóstico médico; prescrições terapêuticas; anotações da evolução de saúde e das disciplinas médicas; registros de exames físicos e diagnósticos; educação do cliente; resumo dos procedimentos operacionais e plano de alta.



Atenção

Preste atenção, pois através de todas as informações que foram abordadas, principalmente com relação ao prontuário físico e eletrônico, você terá condições de resolver a situação-problema.



Lembre-se

Como podemos conhecer esses formulários? A resposta é muito simples. Ao sermos admitidos em uma Instituição, devemos conhecer quais são suas missões e valores. A partir de então, precisamos conhecer as rotinas estabelecidas e, entre elas, a constituição do prontuário.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Prontuário"	
1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância de sua atuação e os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho, da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre os que integram a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos com relação ao prontuário.
3. Conteúdos relacionados	Prontuário físico.
4. Descrição da SP	<p>Marcos, Roberta e Carla acabaram de chegar no hospital onde realizam estágio. A Enfermeira do setor informa que acaba de chegar na Unidade de Internação um paciente com diagnóstico de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e comenta que o prontuário precisa ser arrumado. Dentro deste contexto, após realizar o checklist você percebe que nos prontuários estão faltando alguns formulários e que será preciso completá-los, para que a Instituição esteja em conformidade com a lei para a guarda do prontuário. Você solicita ao auxiliar administrativo os formulários que estão faltando, que são a prescrição médica do dia e o resumo da alta. Qual será o seu próximo passo? Para onde o prontuário deve ser encaminhado?</p> <p>Monte o prontuário corretamente e justifique sua conduta.</p>
5. Resolução da SP	<p>No caso do prontuário físico, existem alguns formulários básicos que são instituídos pela Comissão de Prontuários e pelo Comitê de Ética dos Médicos.</p> <p>Cada Instituição tem sua forma de organização e seus formulários correspondentes. Na Instituição onde Mário, Roberto e Carla estagiam, foram identificadas a falta destes formulários e a falta do seu preenchimento.</p> <p>Para resolver esta situação-problema, Mário, Roberta, Carla e você precisam rever os conteúdos que foram abordados anteriormente.</p> <p>Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudá-lo na resolução desta situação-problema, tais como:</p> <p>DANTAS, E.; COLTRI, M. Comentários ao Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 1.931/2009. 2. ed. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2007.</p> <p>POTTER, P. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.</p>



Lembre-se

O prontuário é um documento legal. Por isso, é preciso existir formulários comuns que o constituam. Cada Instituição formula as categorias que devem existir dentro de um prontuário.



Faça você mesmo

Um prontuário físico é aquele montado por um assistente administrativo a cada internação, segundo regras preestabelecidas pela comissão de prontuários.

Após o paciente ser avaliado no Pronto Socorro, o médico solicita sua internação.

Ao chegar no setor de internação você confere o prontuário e identifica que o nome do cliente não confere. O que deve ter ocorrido no momento da internação?

Faça valer a pena

1. Sabemos que o prontuário tem aspecto ético e legal perante o cliente e a Instituição e para o profissional autorizado a manipulá-lo. Quando falamos do aspecto legal, a instituição tem a obrigatoriedade de guardar o prontuário por no mínimo:

- a) 5 anos.
- b) 10 anos.
- c) 15 anos.
- d) 20 anos.
- e) 25 anos.

2. Para uma Instituição ter o certificado de excelência, ela deve atender a alguns padrões internacionais da The Joint Commission para o formato de prontuário. Dentre os padrões podemos destacar:

- a) Um prontuário atualizado, com informações recentes e disponíveis para os profissionais que prestam o cuidado.
- b) Um prontuário com formato em Excel, que atenda a padrões internacionais.
- c) Um prontuário que todos podem utilizar, independentemente de sua função.
- d) Um prontuário que tenha todas as informações, em que é possível usar jargões de formal geral.
- e) Um prontuário autêntico, que somente os médicos podem manipular.

3. O prontuário é um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente, de caráter sigiloso, legal e científico. Quando bem organizado o prontuário possibilita:

- a) A comunicação entre os médicos, pois eles são os responsáveis pelo tratamento do cliente.
- b) A comunicação entre membros da equipe profissional e a continuidade da assistência.
- c) Que a assistência não seja prejudicada, pois temos formulários que não estão vinculados ao prontuário.
- d) A comunicação entre os enfermeiros, pois o prontuário somente traz informações referentes ao cuidado.
- e) A comunicação entre os outros profissionais, como fisioterapeutas, biomédicos e fonoaudiólogos, pois os cuidados prestados por eles são importantes para sabermos a evolução do cliente.

Seção 1.2

Documentação e anotação de enfermagem

Diálogo aberto

Como vimos na seção anterior, o prontuário é um documento legal que possui formulários designados por cada Instituição de Saúde. Dentre estes formulários temos a Folha de Registro, na qual os auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros realizam anotações que condizem com a realidade do paciente/cliente (por exemplo, sinais vitais, líquidos ingeridos e eliminados, condições em que o cliente foi encontrado, etc.), e a Evolução Interdisciplinar, na qual enfermeiros e outros profissionais da saúde também realizam anotações e registram evoluções a respeito da saúde do cliente. Nesta seção você vai aprofundar-se na anotação de Enfermagem e vai perceber o quanto é importante se apoderar dessa ferramenta de trabalho.

Marcos, Roberta e Carla continuam estagiando. Após terem manipulado o prontuário e passado a conhecê-lo melhor, a Enfermeira da Instituição pediu para que eles fizessem uma anotação referente ao cuidado que tinham prestado ao paciente/cliente.

Quando começaram a fazer a anotação os estagiários tiveram muitas dúvidas, não sabiam como escrever, que termos técnicos utilizar e se aquela anotação era pertinente para sua formação.

Ao pesquisar descobriram que na anotação devem ser respeitados alguns preceitos éticos e que cada Instituição apresenta suas normas de anotações através da educação permanente dos profissionais.

Com a leitura de todo o conteúdo desta aula você será capaz de responder, junto com Marcos, Roberta e Carla, às seguintes perguntas:

Quais são os preceitos éticos?

O que devo anotar?

O que é a Educação permanente e de que forma ela contribui para uma boa anotação?

Agora vamos estudar juntos todos os conteúdos desta aula e descobrir por que é tão importante a anotação de Enfermagem.

Boa sorte!

Não pode faltar

Em 1957, a enfermeira religiosa Irmã Maria Iasi, chefe da primeira clínica de homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, fez uma menção sobre a importância da anotação de Enfermagem e destacou sua importância tanto para o paciente, hospital, pesquisa científica, casos de defesa legal, como para a saúde pública.

Antes desta citação, na História da Enfermagem, nos lembramos de Florence Nightingale, que diz respeito à enfermagem moderna. Consta que quando ela chegou na guerra da Crimeia e ao visitar os soldados feridos, ela anotava em sua agenda tudo que observava, as condutas tomadas, os cuidados e também as respostas a esses cuidados, conseguindo com essas informações e com medidas simples (como arejar e limpar o ambiente e higienizar as mãos) reduzir os índices de infecções e mortes dos soldados.



Assimile

Em 1970, foi introduzido na Enfermagem Brasileira o Processo de Enfermagem, por Wanda Horta de Aguiar. Esse Processo visa assistir o ser humano em seis fases, que são: histórico e diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

O plano de cuidado foi um marco para a Enfermagem Brasileira, pois percebeu-se que com ele começou a existir uma comunicação eficaz com a equipe de Enfermagem. A anotação de Enfermagem é uma das principais atribuições da equipe, e reflete também a qualidade do serviço prestado ao paciente, valorizando assim as ações da equipe de enfermagem. Por isso sua importância em ser abordada nesta disciplina, pois constitui uma das principais atividades que devem ser ensinadas no curso de graduação de Enfermagem e também reflete o grau de preparo dos profissionais. A enfermagem a partir deste momento torna-se uma profissão científica, embasada em evidências.



Refleta

Este processo não teria tido sucesso sem a contribuição dos auxiliares, dos técnicos e até do próprio enfermeiro com os registros de Enfermagem.

Antes de começar a falar da anotação de enfermagem, é preciso deixar muito claro que existem diferenças quando falamos da anotação e da evolução de enfermagem. As principais: a anotação é de um registro pontual, ou seja, devemos anotar todos os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências e respostas dos pacientes para as ações realizadas pontualmente e por qualquer membro da equipe de saúde, se tratando somente de um registro de observação. A evolução de enfermagem, por sua vez, é de responsabilidade única do enfermeiro, e nela deve conter todas as informações dos fatos que aconteceram com o paciente em 24 horas, de forma contextualizada, reflexiva e analítica.

O maior objetivo desses registros/anotações é fornecer informações sobre o cuidado prestado ao paciente, bem como efetivar a comunicação entre todos os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações durante as 24 horas.

Muitas vezes, observamos que a equipe de enfermagem, ao prestar um cuidado ou administrar um medicamento, faz a checagem que seria indicada por dois símbolos: o (I) para o item que foi realizado e o (O) para aquela medicação ou cuidado que não foi ministrado para o paciente que está ausente ou impossibilitado. Em um contexto mais atual, quando falamos de segurança do paciente e qualidade na assistência, existe a dupla checagem (II), que é realizada pelo próprio profissional por duas vezes ou por dois profissionais, quando é administrada uma medicação de alto risco ou quando é realizada uma assistência de saúde. Vale ressaltar que além da checagem, devemos também fazer a anotação, e é fundamental que a checagem não tire a qualidade desta anotação.

A lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e a Resolução COFEN 311/07, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, trazem fundamentações legais quanto às anotações de Enfermagem.

A Lei nº 7.498/86 diz que:

Cabe ao Enfermeiro:

"Art. 11 [...] I - Privativamente:

[...] c) planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

- [...] i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem".

O Decreto nº 94.406/87 dispõe:

Cabe ao técnico de Enfermagem:

"Art. 10 Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto".

Cabe ao auxiliar de enfermagem:

"Art. 11 [...] II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem [...]".

Ainda no Código de Ética de enfermagem consta que devemos assegurar uma assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, garantindo a continuidade da assistência, bem como registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao cuidar.



Pesquise mais

É importante que você conheça o código de Ética dos profissionais de Enfermagem e o que ele orienta quanto à anotação de Enfermagem. Você pode realizar uma leitura complementar através do link a seguir: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

Outro ponto importante que diz respeito à anotação de enfermagem é a necessidade de atentar para uso do português correto e de terminologias científicas, não esquecendo de colocar horário, data, a categoria e o nome do executante.

É importante o conhecimento das terminologias, porém só devemos recorrer a seu uso se tivermos esse conhecimento. Um dos erros mais comuns nas anotações, é o uso de termos dos quais não temos conhecimento, como a anotação de enfermagem tem um cunhojudicial, devemos estar atentos a este fato. Outro ponto importante, é não permitir que haja rasuras, borrões e entrelinhas,

além do preenchimento com letra legível.

O código de Defesa do Consumidor, Art. 43, parágrafo 1º, nos diz: "Os cadastros e dados dos consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos".

Quando há uma boa anotação de enfermagem há também uma boa sistematização da assistência de enfermagem, a qual nos referimos anteriormente como o plano de cuidado, pois é da anotação que tiramos dados relevantes para uma boa Sistematização.



Exemplificando

Vamos observar algumas regras para realizar a anotação de enfermagem.

Deve ser precedida de data e hora. A letra deve estar legível e a anotação precisa ser objetiva, pontual e cronológica. Se eu realizo a assistência eu faço a anotação, e não pode haver rasuras. Não devemos nos esquecer de que se trata de um documento legal. Por isso, caso você erre uma palavra, coloque uma vírgula, explique e continue a anotação. Não podem existir linhas em branco ou espaços, para não dar oportunidade para outras pessoas realizarem anotações. Caso você esqueça de anotar algo importante, é possível escrever em tempo, colocar o horário e prosseguir com a anotação. É imprescindível que não existam termos que deem uma conotação de valores, por exemplo: bem, mal, muito, pouco, etc. Por fim, as abreviaturas permitidas são apenas as previstas em literaturas ou as que forem institucionais.

Educação Permanente

A Educação Permanente está associada à auditoria de enfermagem. Dependendo do que é analisado nos prontuários, é através da auditoria que são levantadas as necessidades de treinamento da equipe no que concerne à anotação. A anotação é uma importante ferramenta para um cuidado contínuo e de qualidade, e o Enfermeiro deve ser um facilitador para garantir à equipe tais habilidades e responsabilidade profissional. É importante fazer uma avaliação contínua do que é anotado.



Faça você mesmo

Você está no hospital em uma unidade de internação. Neste momento, um paciente proveniente do Pronto Socorro dá entrada no setor para admissão e você vai realizar a anotação de enfermagem. Para isso, considere os seguintes passos:

- Nome completo, data e hora da admissão.
- Condições da chegada (cadeira de rodas, etc.).
- Quem o estava acompanhando?
- Em que situação de higiene ele chegou?
- Ele tinha alguma queixa?
- Quais são os procedimentos e orientações realizados?



Vocabulário

Sintomas: são os relatos, as queixas, aquilo que o paciente nos diz durante a consulta. É uma queixa subjetiva sobre o que a pessoa está sentindo ou sentiu.

Sinais: são as imagens, os sons e outros dados objetivos que se vê, escuta, ausculta (com estetoscópio) e sente quando realizamos o exame físico.

Sem medo de errar

No caso das anotações de enfermagem, e por se tratar de um documento particular, para ser considerado autêntico é preciso conter data e hora e que sejam anotados os dados referentes aos cuidados prestados ao paciente, sem rasuras, emenda, borrão ou espaço em branco. No final você deve estar assinado, garantindo a autenticidade das informações.

É importante que o enfermeiro saiba orientar quanto à anotação. Por exemplo, eu não posso pedir para que o auxiliar ou técnico de enfermagem anote dados que exijam maior conhecimento científico, mas sim os dados considerados mais simples.

Quando um enfermeiro realiza uma ausculta pulmonar, por

exemplo, ele anota movimentos vesiculares positivos com roncosp e sibilos. Esse tipo de anotação somente o enfermeiro deve realizar, por fazer parte de sua formação.

Releia a matéria indicada anteriormente em "Pesquise mais!".



Atenção

Preste atenção, pois através de todas as informações que foram abordadas, principalmente com relação ao registro/anotação de enfermagem, você terá condições de resolver a situação-problema.



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudá-lo na resolução desta situação-problema, tais como:

POTTER, P. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SANTOS, A. M. Terminologia em Enfermagem. 4. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

Com as informações que foram passadas, ficou claro como se deve fazer uma anotação de Enfermagem?

Ao iniciar a anotação de Enfermagem os estagiários Marcos, Roberta e Carla ficaram com muitas dúvidas, assim como você, quando começou a praticar no item Faça Você Mesmo. Somente praticando é que suas dúvidas vão sendo sanadas, pois a cada passo você vai se aprimorando, até alcançar o nível de aprendizado de excelência.

No início tudo parecerá ser complexo, pois você terá que se acostumar a escrever usando alguns termos técnicos, cujos quais você não está acostumado a ouvir ou falar. Além disso, por se tratar de uma anotação em um documento legal, em que as informações devem chegar ao outro de forma clara e compreensível, a comunicação escrita não deve possuir barreiras, mas ao contrário, deve estar livre de conotações errôneas ou que deem margens ao erro, e ainda garantir a continuidade da assistência de qualidade em 24 horas.

Somente quando você praticar diariamente seu conhecimento é que essas dúvidas serão resolvidas. Por isso, pratique!

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Anotações de Enfermagem"

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância de sua atuação e os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho, da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre os que integram a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos com relação à anotação de Enfermagem.
3. Conteúdos relacionados	Recurso didático parecido com o formulário de anotação de enfermagem.
4. Descrição da SP	Marcos, Roberto e Carla continuam no estágio. O Enfermeiro supervisor, ao avaliar os clientes, pede para que os três alunos auxiliem o Sr. Francisco no banho. Ao chegar no quarto e após avaliação conjunta, fica determinado que o banho pode ser dado no chuveiro sob supervisão. Ao terminar de dar o banho e deixar o cliente confortável na poltrona, Marcos, Roberto e Carla vão até o prontuário e acessam o formulário de anotação de enfermagem. Depois dos estudos realizados, responda: como devem ser realizadas as anotações de Enfermagem? Faça a anotação corretamente, seguindo os preceitos éticos e a orientação do manual de anotações de enfermagem do COREN-SP.
5. Resolução da SP	No caso das anotações de enfermagem e por se tratar de um documento particular, para ser considerado autêntico é preciso conter data e hora e que sejam anotados os dados referentes ao cuidado que você prestou ao paciente, sem rasuras, emenda, borrão ou espaço em branco. No final você deve colocar sua assinatura, garantindo a autenticidade das informações. É importante que o Enfermeiro saiba orientar quanto à anotação. Por exemplo, eu não posso pedir para que o auxiliar ou técnico de enfermagem anote dados que exijam maior conhecimento científico, mas sim os dados considerados mais simples. No caso da ausculta pulmonar, por exemplo, o enfermeiro anota Movimentos Vesiculares positivos com roncocal e sibilocal. Esse tipo de anotação somente o Enfermeiro deve realizar, por fazer parte de sua formação.

Faça valer a pena

1. A anotação de enfermagem tornou-se uma obrigatoriedade nos serviços em que se prestam cuidados ao cliente. Porém, hoje em dia há ainda muita confusão quando falamos de anotação e de evolução de Enfermagem. Para diferenciá-las podemos dizer que:

- a) A anotação é referente ao período de 24 horas e a evolução são dados analisados.
- b) A evolução é referente ao momento e a anotação é referente a dados processados e contextualizados.
- c) A anotação refere-se a dados brutos e a evolução a dados analisados.
- d) A evolução é elaborada por toda a equipe de enfermagem e a anotação é elaborada pelo enfermeiro.
- e) A anotação registra uma reflexão e análise de dados e a evolução registra uma observação.

2. A anotação tem vários objetivos, mas o principal está relacionado a:

- a) Fornecer informações sobre o cuidado prestado ao paciente, bem como efetivar a comunicação entre todos os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações durante as 24 horas.
- b) Fornecer informações informais, visando principalmente à auditoria e pesquisa.
- c) Fornecer informações do paciente, da equipe de enfermagem e da família.
- d) Garantir a continuidade das informações obtidas através da anamnese somente do profissional enfermeiro.
- e) Efetivar a comunicação dos profissionais no que se refere aos problemas Institucionais.

3. O Código de Ética de Enfermagem nos diz que devemos assegurar uma assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de:

- a) Negligência, desobediência e benevolência.
- b) Imperícia, iatrogenias e descaso.
- c) Imperícia, negligência e imprudência.
- d) Imprudência, eutanásia e maleficência.
- e) Negligência, iatrogenias e não maleficência.

Seção 1.3

Organização do serviço de enfermagem

Diálogo aberto

Na Seção 1.1 estudamos sobre o prontuário e sua importância do ponto de vista legal. Na Seção 1.2 percebemos a importância das anotações de enfermagem para a equipe de saúde e principalmente para o enfermeiro, que é o único profissional que fica ao lado do paciente durante as 24 horas. Nesta seção vamos estudar a organização do serviço de enfermagem, que complementa tudo o que vimos até agora, pois a organização dependerá de como as instituições veem o cliente e, a partir deste ponto, criam e expressam suas opiniões e elaboram manuais de técnicas e procedimentos. Dependendo da cultura organizacional há o direcionamento do caminho que devemos seguir diante de várias alternativas de ação.

Marcos, Roberta e Carla estão agora mais familiarizados com o prontuário e já sabem como realizar a anotação de enfermagem. Porém, foi despertado neles o interesse de conhecer a estrutura organizacional do serviço de Enfermagem. Como saber por onde começar? Que caminho seguir?

Os três alunos estagiários ouviram um Enfermeiro conversando com seus colaboradores e os orientando a seguir o padrão de teorias que a instituição adota, e afirmando que quando o enfermeiro faz uso deste padrão o cuidado se torna coordenado e menos fragmentado. Em uma aula de história da enfermagem, Marcos, Roberta e Carla ouviram falar que Florence Nightingale havia desenvolvido uma teoria em sua ida à guerra da Crimeia, visto que, ao chegar, observou muitos soldados feridos e em condições de higiene precárias. Sua atitude naquele momento foi providenciar a limpeza do ambiente, a ventilação do local, a separação dos feridos conforme a gravidade de cada ferimento e, além disso, implantar no local a higienização das mãos. Florence Nightingale, com atitudes simples como estas, diminuiu a infecção cruzada em número considerável. Marcos, Roberta e Carla, analisando este fato, se perguntaram: Será que teria alguma relação com a atitude de Florence o que o Enfermeiro da Instituição estava

falando? Será que existe alguma relação com as teorias?

Nesta seção, vamos estudar se existe relação entre as Teorias e a Organização do Serviço de Saúde. Esperamos que no final desta seção você esteja apto a definir e conhecer esse modelo de organização.

Bons estudos!

Não pode faltar

No passado discutia-se muito se a Enfermagem era uma profissão ou uma ocupação. Segundo McEwen e Wills (2016), uma ocupação é um trabalho ou uma carreira, já uma profissão é uma vocação ou ocupação aprendida que tem status de superioridade e precedência na divisão de trabalho. Outro fator importante é que as profissões apresentam algumas características, que são: uma base bem definida e especializada de conhecimento; controla e tem autoridade sobre o treinamento e ensino; um sistema de credenciamento de modo a assegurar a competência; serviço altruísta na sociedade; tem código de ética e educação formal no ensino superior; socialização prolongada e relacionada à profissão e autonomia. No século XX a enfermagem era vista mais como uma ocupação, era encarada como subserviente para a medicina. Os enfermeiros demoraram para identificar e organizar seu conhecimento profissional. Podemos dizer então que a Enfermagem é uma profissão aspirante, em formação.

As teorias são feitas para descrever, explicar e prever os fenômenos da natureza e proporcionar um entendimento dos relacionamentos entre os fenômenos. Para ser útil uma teoria deverá ser significativa e relevante, mas acima de tudo, compreensível. Dentro da enfermagem sua importância está relacionada a oferecer estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, além de proporcionar um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática. Florence Nightingale acreditava que o papel do enfermeiro era colocar o cliente na melhor condição para que a natureza atuasse sobre ele. Foi ela a primeira a defender o ensino dos sintomas e o que indicavam, além dos poderes treinados de observação e reflexão. Depois de Florence, vieram outros estudiosos da enfermagem para descrever, definir e orientar sua prática.

O enfermeiro em cargo de gerência ou liderança, além do

conhecimento prático, deve também ter conhecimento funcional de teorias, modelos e estruturas teóricas de administração e gestão capazes de ajudar e orientar a prática, e desta forma organizar os serviços de saúde.

A liderança organizacional causa profundo impacto quando implementa com êxito melhorias na qualidade, pois quando pensamos em qualidade, pensamos em um ambiente bem-sucedido. Todos concordam que para que essa melhoria seja alcançada não há algo que possa ser feito em um período curto de tempo. Alguns autores afirmam que a melhoria só poderá ser alcançada a partir de dois a cinco anos, no mínimo. Alcançar a qualidade não implica só mudanças administrativas, mas também ações tanto no âmbito individual como coletivo.

Para que uma Instituição trabalhe com qualidade de organização dos serviços, principalmente de enfermagem, ela deve basear o cuidado nessas teorias, que são a junção do conhecimento (pesquisa) e da explicação para o conhecimento (teorias).

Mesmo sendo assistencial, o enfermeiro que assume um cargo de liderança costuma ser responsável pelas atividades de melhoria do desempenho nos processos de tomada de decisão, na gestão de conflitos e no controle e melhoria da qualidade.

É importante diferenciarmos os conceitos de liderança e de gestão. A liderança é a capacidade de influenciar os outros, pois o líder inspira confiança e gera apoio entre os liderados, fortalecendo e liderando outros indivíduos de forma voluntária. Já a gestão é um processo de realização do trabalho pelas pessoas e com elas, desempenhando funções, deveres e responsabilidades específicas e delineadas. Em qualquer local de trabalho é necessário que existam líderes e gestores. Um líder motivado e apaixonado pelas atividades de seu trabalho inspira e motiva os outros.

Poder e autoridade são conceitos importantes que muitas vezes são usados como sinônimos, mas existem diferenças entre eles. O poder pode ser definido como a influência exercida por um indivíduo ou grupo de indivíduos para mudar comportamentos e atitudes, enquanto a autoridade depende da posição do administrador na organização.

Os administradores cometem alguns erros ao propor mudanças organizacionais. Para minimizar esses erros foi criado um plano de oito etapas de planejamentos sugeridos por Kotter, que incluem:

1. Criar um sentimento de urgência para a mudança.
2. Formar coligações com energia suficiente para liderar a mudança.
3. Criar uma nova visão para direcionar a mudança – devem ser desenvolvidas estratégias para o alcance da nova visão.
4. Comunicar a nova visão propositadamente e de forma eficaz por toda a empresa.
5. Remover as barreiras à mudança, fortalecer os outros para que atuem em relação a esta nova visão e encorajar um ambiente de criatividade e assunção de riscos.
6. Planejar recompensas para "vitórias" de curto prazo, quando a organização iniciar a movimentação na direção da nova visão.
7. Continuamente, levantar dados sobre os efeitos da mudança e fazer ajustes, sempre que necessário, nos novos programas.
8. Reforçar as mudanças associando os novos comportamentos ao sucesso da organização.

Hoje as organizações estão à procura de pessoas que tenham altos níveis de resiliência, uma vez que estes indivíduos parecem estar capacitados a controlar melhor suas reações em situações e circunstâncias estressantes. Essas pessoas tendem a ser membros e líderes de equipe mais eficientes. O termo se refere a indivíduos que tenham capacidade de adaptação a adversidades e/ou mudanças.

Com a crescente demanda sobre as organizações de serviços de saúde por melhoria da qualidade e redução dos custos, todo o sistema de atendimento de saúde é forçado a avaliar seus modos operacionais. A melhoria da qualidade é o compromisso e a abordagem usados para examinar e aprimorar de forma contínua cada processo, em todas as partes de uma organização. Essa melhoria delega poder a indivíduos e equipes no sistema para que examinem como o serviço é fornecido ao consumidor, conseguindo assim identificar os reais problemas e em seguida adotar soluções criativas para eles.

Os pioneiros em pensar na melhoria na qualidade foram o médico do século XIX, Semmelweis, que introduziu a importância da lavagem das mãos, e Florence Nightingale, cujo trabalho levou à redução das taxas de mortalidade entre soldados, pela imposição de condições sanitárias rígidas.

Hoje a Joint Comissão certifica as instituições através de programas de padronização hospitalar, com foco na qualidade para melhorar os sistemas, os processos e os resultados do atendimento.

Apesar do foco na melhoria da qualidade e redução de custos no sistema de atendimento de saúde, ainda existe um sistema ineficiente e com qualidade insatisfatória, que costuma levar a erros muito divulgados em nossa mídia, enganos, mortes prematuras e redução da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.



Assimile

As teorias são de grande importância para a Enfermagem, pois identificam determinados padrões para a prática, dirigem o fornecimento dos serviços de enfermagem, orientam o desenvolvimento dos sistemas de classificação do cliente, dirigem programas de garantia de qualidade, entre outros.



Refleta

A prática de enfermagem era prescrita por outros, e o fazer estava relacionado a tarefas tradicionais que não levavam muito em consideração a justificativa de suas ações. O uso das teorias nos ofereceu estruturas e organização ao conhecimento de enfermagem, além de ter proporcionado um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática.



Pesquise mais

As teorias são ferramentas importantes para o trabalho de enfermagem. É necessário que tenhamos essas ferramentas a nosso favor, pois elas nos conferem um propósito mais claro; não apenas o foco da prática, mas também metas e resultados específicos. Para saber mais sobre as teorias, leia o livro indicado a seguir:

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.



Exemplificando

Vamos observar alguns tópicos importantes quando falamos das teorias. Elas se referem à explicação sistemática de eventos, dão estrutura e organização aos conhecimentos de enfermagem, além de fornecer formas sistemáticas de coletas de dados para descrever, explicar e prever a prática de enfermagem. As teorias estão em um momento de grande avanço, estão em um estágio do conhecimento integrado que enfatiza a prática baseada em evidências. Podemos compartilhar teorias e conceitos de outras disciplinas e ter consciência de que os conceitos de enfermagem, pessoa, ambiente e saúde têm ampla aceitação diante dos fenômenos denominados da enfermagem.



Faça você mesmo

Você trabalha em uma Instituição renomada que está sempre preocupada com a melhoria da qualidade do serviço prestado. Como você poderia contribuir para a melhoria desse serviço? Com base nas teorias, modelos e estruturas de administração e gestão, monte seu conceito. A resposta você irá encontrar no livro indicado no item "Pesquise Mais!" (capítulo 16, p. 363).



Vocabulário

Teoria: conjunto de conceitos logicamente inter-relacionados, indicações, proposições e definições, que foram derivados de crenças filosóficas e de dados científicos e dos quais as questões e hipóteses podem ser deduzidas, testadas e verificadas. Uma teoria propõe-se a dar respostas a alguns fenômenos ou a caracterizá-los.

Fenômenos: designação de um aspecto da realidade. Os fenômenos de relevância tornam-se o assunto específico dos interesses primários de uma disciplina.

Sem medo de errar

Com as informações que acabamos de passar para você, ficou claro como as organizações de saúde estão associadas às teorias de enfermagem e como essas teorias interferem na qualidade do atendimento?

Em outro dia, ao retornar para a unidade, os estagiários Marcos, Roberta e Carla ainda não sabiam quais eram as teorias adotadas.

Um dia antes, sob orientação do Professor, estudaram sobre a visão e missão da Instituição. Ao chegarem no local do estágio levantaram junto aos enfermeiros quais eram as teorias e a qualidade de atendimento, e tentaram relacionar com o que aprenderam em sala de aula.

No início tudo parece ser complexo, pois o estudo da teoria exige que aprendamos vários conceitos, princípios, pensamentos e ideias novas. A teoria é tão importante na prática como na pesquisa, no ensino e na administração de enfermagem. Somente quando praticamos diariamente é que compreendemos a relação entre teoria, prática e pesquisa e de que modo desenvolvemos a disciplina, a ciência e a profissão de enfermagem. Por isso, pratique!



Atenção

Preste atenção, pois através de todas as informações que foram abordadas, principalmente com relação às teorias de Enfermagem associadas à organização do serviço de saúde e qualidade, você terá condições de resolver a situação-problema.



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudá-lo na resolução desta situação-problema, tais como:

POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Avançando na prática

Com a crescente demanda sobre as organizações de serviços de saúde por melhoria da qualidade e redução dos custos, todo o sistema é obrigado a avaliar seus métodos operacionais. Isto irá repercutir na melhoria da qualidade, que nada mais é do que o compromisso e a abordagem usados para examinar e aprimorar de forma contínua cada processo, em todas as partes de uma organização.

Essa melhoria delega poder aos indivíduos e a toda a equipe,

para que examinem como o serviço é fornecido ao consumidor, e determina e mede a variação em um produto ou serviço, o qual é componente fundamental no controle de qualidade. Quando falamos na área de saúde, podemos citar como exemplo um sistema de saúde que pode monitorar as taxas de readmissão de pacientes com infecção em feridas, após procedimento cirúrgico. O retorno de vários pacientes com a mesma infecção e com taxas estatisticamente mais altas do que a taxa média possivelmente será questionado pelo sistema de saúde para explicar o problema, uma vez que taxa de infecção e readmissão frequentes indicariam uma variação de qualidade.

Nos últimos anos, termos como “práticas” e “enfermagem baseada em evidências” surgiram e assumiram uma posição significativa na literatura de saúde. As estruturas de decisão baseadas em evidências são usadas para descrever os métodos adotados por profissionais especializados e outros, em uma tentativa de aumentar a qualidade do atendimento de saúde e diminuir a variabilidade e os custos do serviço de saúde.

Após estudar sobre práticas baseadas em evidências, Marcos, Roberta e Carla perceberam que na unidade onde realizam estágio o número de pacientes com relatos de quedas tinha aumentado nas últimas duas semanas. Então, o grupo decidiu efetuar levantamentos em prontuários a fim de constatar os motivos deste aumento. Depois de analisarem profundamente os prontuários, observaram que a maioria das quedas ocorria devido ao não levantamento da grade do leito, e decidiram então propor uma melhoria da qualidade, considerando que, por se tratar de uma unidade geriátrica, seria preciso adotar a seguinte prática: todos os pacientes internados na unidade deveriam estar com as grades elevadas, e com isto as quedas iriam diminuir. Com a implementação do novo processo, os estagiários observaram após seis meses que o índice de queda diminuiu consideravelmente.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Teorias e Modelo Organizacional de Saúde”	
1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância de sua atuação e os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho, da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre os que integram a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos com relação às teorias e ao modelo organizacional de saúde.
3. Conteúdos relacionados	Incentivar a leitura do livro indicado no item “Pesquise Mais!”, para ampliar o conceito do que é teoria e de como ela está associada à prestação do cuidado de enfermagem com qualidade.
4. Descrição da SP	Marcos, Roberto e Carla continuam no estágio. A enfermeira do setor os convoca para uma reunião e começa perguntando se eles têm ideia de como avaliar a qualidade do trabalho. Os estagiários, motivados por este progresso e com o intuito de melhorar a assistência, se dispõem a aprender. A enfermeira enfatiza que a Instituição usa várias teorias para direcionar a organização, mas que no momento ela precisa orientar um paciente sobre o autocuidado, com base na teoria de Orem. O cliente descobriu que é diabético, e irá receber alta dentro de três dias. É preciso desenvolver um plano de alta para que ele receba o esquema de insulina subcutânea em casa. Monte um modelo de plano de ensino para a orientação desse cliente.
5. Resolução da SP	Para resolver a situação-problema deve-se criar ou utilizar um protocolo de orientação, que normalmente é oferecido pela Instituição e que também faz parte do prontuário. O protocolo deve conter o nome do paciente, sua idade e gênero, o motivo da internação e o dia de provável alta. Deve-se fazer uma abordagem sistemática para que o próprio cliente fale sobre suas dúvidas, e em seguida lançar um plano estratégico de abordagem para sanar todas essas dúvidas. Por exemplo, o cliente deve ser esclarecido acerca da escolha da insulina, do reconhecimento de sinais de hipo e/ou hiperglicemia, do rodízio dos locais de aplicações e dos riscos inerentes a este procedimento.



Lembre-se

Para montar o protocolo de qualidade assistencial é importante que você tenha lido os livros indicados. Hoje, em uma tentativa de aumentar a qualidade do atendimento à saúde e diminuir as variabilidades e os custos do serviço de saúde, é importante ter estruturas de decisões baseadas em evidências.



Faça você mesmo

Crie um protocolo de atendimento ao paciente diabético, levando em consideração todo o assunto abordado nos itens anteriores.

Faça valer a pena

1. Diferencie ocupação de profissão:

- a) A ocupação refere-se a um trabalho ou uma carreira; a profissão é uma vocação ou ocupação.
- b) A ocupação é uma vocação ou ocupação aprendida; a profissão refere-se a um trabalho ou uma carreira.
- c) A ocupação e a profissão são sinônimas, ou seja, não existe diferença entre os termos.
- d) A ocupação tem uma base bem definida; a profissão é especializada e tem conhecimento.
- e) A ocupação é uma educação formal do ensino superior; a profissão tem um código de Ética.

2. No século XX a enfermagem era vista mais como uma ocupação, era encarada como subserviente para a medicina. Os enfermeiros demoraram para identificar e organizar seu conhecimento profissional. Hoje, o que torna a enfermagem uma profissão está relacionado ao desenvolvimento de:

- a) Qualidade.
- b) Liderança.
- c) Gestão.
- d) Teorias.
- e) Leis.

3. As teorias são feitas para descrever, explicar e prever os fenômenos da natureza e proporcionar um entendimento dos relacionamentos entre os

fenômenos. Para ser útil uma teoria deve ser significativa e relevante, mas acima de tudo, compreensível. Dentro da enfermagem sua importância está relacionada a oferecer estrutura e organização ao:

- a) Termo que emprega conceito como o termo mais geral.
- b) Conhecimento de enfermagem, além de proporcionar um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática.
- c) Fenômeno observável e mensurável, como a química e a física.
- d) Grupo social ou cultural, para descrever as crenças desse grupo a respeito da realidade.
- e) Estudo da existência e da natureza da realidade.

Seção 1.4

Introdução à biossegurança

Diálogo aberto

Na seção anterior estudamos sobre a importância da organização dos serviços de saúde. As instituições estão preocupadas com um atendimento de qualidade e que traga segurança não somente para o paciente, mas também para os profissionais. Ouvimos na mídia noticiários falando da saúde, de sua precariedade, da falta de atendimento ou, quando há atendimento, este ocorre sem materiais necessários para os profissionais desempenharem seu trabalho com qualidade. Verificamos a falta de material para realizar os procedimentos de forma correta, o setor de recursos humanos impossibilitando o enfermeiro de realizar os dimensionamentos da equipe, a prestação de cuidados para um número maior de pacientes e um ambiente de trabalho insalubre, ou seja, a sobrecarga de trabalho pode levar os profissionais a cometer erros, refletindo assim na qualidade dos serviços.

Na sala de aula os alunos Marcos, Roberta e Carla ouviram o professor dizer que para uma gestão de qualidade os profissionais de saúde devem se preocupar com a Biossegurança, pois a qualidade de uma interfere no resultado da outra. Os alunos não entenderam o que o professor estava querendo dizer, e por isso decidiram se reunir para estudar o assunto. Descobriram que a Biossegurança está em todos os lugares: no ambiente hospitalar, nas residências (ao descartar materiais infectantes no lixo comum), no ambiente de trabalho, em laboratórios e nas universidades.

Ao chegar no hospital onde fazem estágio, decidiram conhecer melhor a unidade. Começaram observando o ambiente, a forma como os profissionais trabalhavam, como os pacientes eram tratados, se havia torneira para a higienização das mãos, luzes suficientes e com boa claridade, caixas de materiais perfurocortantes e em que situação estavam essas caixas.

Durante esta seção vamos ajudar Marcos, Roberta e Carla a

desvendar os mistérios da Biossegurança e introduzir em suas atividades novos raciocínios, estabelecendo mudanças e levando a uma abertura para algo maior e melhor para o paciente e para o profissional.

Bons estudos!

Não pode faltar

Vamos iniciar conceituando biossegurança, que consiste em ações destinadas à prevenção, proteção, controle ou eliminação de riscos que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida ou a saúde do trabalhador, minimizando os riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços; à saúde do homem e dos animais; e à preservação do meio ambiente.

No âmbito do Ministério da Saúde, a biossegurança é tratada pela Comissão de biossegurança em Saúde. Esta, por sua vez, é coordenada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que é composta pelas secretarias de Vigilância e Saúde e de Atenção à Saúde, pela Assessoria de Assuntos Internacionais, pela Fundação Oswaldo Cruz, pela Fundação Nacional de Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Comissão foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.683, em 28 de agosto de 2003.

O objetivo da Comissão é definir estratégias de atuação, avaliação e acompanhamento das ações ligadas à biossegurança de forma a obter o melhor entendimento entre o Ministério da Saúde e os órgãos e entidades relacionados ao tema.

Suas principais atribuições são: participar e acompanhar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas de biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana; propiciar debates públicos, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde nas questões de biossegurança em saúde; e assessorar nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança. No Brasil, a biossegurança

começou a ser institucionalizada a partir da década de 1980, quando se tornou parte do Programa de Treinamento Internacional de biossegurança ministrado pela Organização Mundial de Saúde, que teve como objetivo estabelecer pontos focais na América Latina para o desenvolvimento do tema. Em 1995 ocorreu a publicação da primeira Lei de Biossegurança – Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, posteriormente revogada pela Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005.

Quando falamos de biossegurança no Sistema de Saúde o foco normalmente está relacionado ao agente biológico, levando em consideração a saúde do trabalhador e as condições de funcionamento de hospitais, laboratórios, indústrias, universidades e centros de pesquisa. É importante considerar que estes fatores podem ser influenciados por agentes químicos, físicos e sociais, e podem contribuir para a formalização de protocolos e para a formação de recursos humanos e fontes de financiamento, que devem estar contemplados na política nacional de biossegurança em saúde.

A Norma Regulamentadora nº 32 é uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde, inclusive os que trabalham em escolas, ensinando ou pesquisando. Seu objetivo é prevenir acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho nos profissionais da saúde, eliminando ou controlando as condições de riscos presentes nos Serviços de Saúde. Ela recomenda para cada situação de risco a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores para o trabalho seguro. A norma atinge não só os empregados próprios dos serviços de Saúde, como também os empregados das empresas terceirizadas, cooperativas, prestadoras de serviços e todos que trabalham na área de saúde. Ela também dispõe que a responsabilidade é solidária, ou seja, compartilhada entre contratantes e contratados quanto ao seu cumprimento, pois às vezes a empresa contribui para que o ambiente seja salubre, porém o colaborador faz a opção de não aderir a essa contribuição, passando a assumir a responsabilidade por sua escolha. Vale ressaltar que todos os trabalhadores que prestam assistência à saúde são abrangidos pela norma – por exemplo, atividades de limpeza, lavanderia, reforma e manutenção (COREN-SP, 2010).



Assimile

A Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32) trata da proteção à saúde no trabalho e em estabelecimentos de saúde. Ela regulamenta as medidas de proteção para os trabalhadores de saúde, como ações de capacitação, programas de prevenção de riscos ambientais, uso de vestimentas adequadas e vacinação preventiva.



Refleta

Após a leitura das normas de biossegurança você pode chegar à seguinte dúvida: Como posso contribuir para a criação de um ambiente favorável relacionado à biossegurança em saúde? Seria importante um programa de Educação continuada para todos os profissionais de saúde? Por que é importante abordar este assunto, nesta disciplina?



Pesquise mais

Para responder a estes questionamentos é importante que você leia o artigo indicado no link a seguir:

Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto_nr32_0.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.



Exemplificando

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional, e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente como para os profissionais de saúde. Ela tem uma atuação fundamental no despertar de uma consciência sanitária coletiva, seja na redução de riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio ambiente pela manipulação e descarte dos resíduos químicos, tóxicos e infectantes.



Faça você mesmo

Você é convidado para participar do monitoramento, planejamento e gerenciamento do descarte de material perfurocortante. Que estratégias utilizaria para diminuir os acidentes, pensando em Biossegurança?



Risco: perigo ou possibilidade de perigo.

Perigo: circunstância, estado ou situação que prenuncia um mal para alguém ou algo; aquilo que provoca.

Salubre: saudável.

Sem medo de errar

A NR-32 abrange as situações de exposição aos diversos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de riscos biológicos, químicos e físicos, com destaque para as radiações ionizantes e também para os agentes de risco ergonômico. Ela também abrange a questão da obrigatoriedade da vacinação do profissional de enfermagem (tétano, difteria, hepatite B e o que mais estiver contido no PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), com reforços e sorologias de controle pertinentes, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Essa vacinação deve ser devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante entregue ao trabalhador. A NR-32 determina ainda algumas situações na questão de vestuário e vestiários, refeitórios e resíduos, além de capacitação contínua e permanente na área específica de atuação. Para ajudar Marcos, Roberta e Carla a responder aos questionamentos, será necessário que você leia atentamente o que diz a NR-32 quanto aos riscos biológicos, químicos e quimioterápicos; riscos com gases medicinais e com radiação; cuidados com resíduos e com refeições; e capacitação e ergonomia ocupacional. A partir da leitura da NR-32 os alunos estagiários e você terão condições de responder a todos os questionamentos relacionados ao ambiente, aos profissionais e ao paciente (COREN-SP, 2010).



Atenção

Na Norma Regulamentadora nº 32, o principal objetivo é prevenir acidentes e o adoecimento, recomendando, assim, que adotemos medidas preventivas para um trabalho seguro.



Lembre-se

Biossegurança é a ciência voltada para a minimização de riscos advindos da prática.

Avançando na prática

Durante seu trabalho, o enfermeiro deve estar preocupado em minimizar os riscos provenientes do exercício profissional, preparar-se para reconhecê-los dentro da unidade e, através da educação continuada, montar estratégias para diminuir ou eliminar esses riscos, fornecendo este saber como forma de proteção do ambiente e da saúde do trabalhador.

Você é enfermeiro de uma unidade de internação de pacientes com doenças neoplásicas (câncer). O número de afastamentos dos trabalhadores por reações alérgicas tem aumentado. Você resolve levantar os motivos que levaram a este índice. Ao realizar a visita no setor, você percebe que os trabalhadores não têm seguido as normas da NR-32 para o manuseio dos quimioterápicos, tanto na manipulação quanto na instalação e descarte do material. Como é de sua responsabilidade prezar por um ambiente seguro e pela saúde do trabalhador, quais condutas devem ser assumidas para minimizar os afastamentos?

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Biossegurança e NR-32"

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância de sua atuação e os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho, da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre os que integram a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos com relação às Normas de Biossegurança e à NR-32.
3. Conteúdos relacionados	Incentivar a leitura do livro indicado no item "Pesquise Mais!"; para ampliar o conceito do que é Biossegurança e entender como a NR-32 está associada à prestação do cuidado de enfermagem com qualidade.

<p>4. Descrição da SP</p>	<p>Marcos, Roberto e Carla continuam no estágio, e agora se sentem familiarizados com o prontuário dos pacientes e com os registros de Enfermagem. Além disso, eles já conhecem a visão e a missão da Instituição, sendo que esta última consiste em levar ao paciente um atendimento livre de imperícia, negligência e imprudência. Porém, sua missão também traz a qualidade de vida para os trabalhadores, com um ambiente salubre, de modo que esse ambiente apresente condições adequadas a fim de que não ocorram acidentes. O enfermeiro da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) convoca os estagiários para uma reunião e diz que é preciso adequar o ambiente para que não ocorram mais acidentes. Nos últimos três meses houve cinco afastamentos por acidentes com materiais perfurocortantes. Ajude os alunos estagiários a montarem um plano estratégico para a resolução da situação-problema.</p>
<p>5. Resolução da SP</p>	<p>A NR-32 considera como Risco Biológico aquele com probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos (como bactérias, fungos, parasitas e vírus) e suas toxinas. Os profissionais de enfermagem são os trabalhadores mais expostos, pois reúnem o maior número de profissionais da categoria trabalhando nos serviços de saúde e mantendo contato direto com esses agentes, na assistência ao paciente. A gravidade dos acidentes causados por materiais perfurocortantes pode aumentar, porque eles são a porta de entrada para doenças infecciosas graves que até levam à morte após contato (como no caso do vírus da Hepatite B e C e do HIV – sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana). Para resolver a situação-problema, você deverá ler a NR-32. Após a leitura você estará apto para montar o plano estratégico.</p>



Lembre-se

Para montar o plano estratégico, é importante que você leia os livros indicados nas referências finais desta unidade.



Faça você mesmo

Crie uma aula para os colaboradores da Instituição com o objetivo de diminuir os acidentes com materiais perfurocortantes, levando em consideração todo o assunto abordado nos itens anteriores.

Faça valer a pena

1. Ao conceituar biossegurança, podemos dizer que:

- a) São ações destinadas à prevenção, proteção, controle ou eliminação de riscos que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida.
- b) São ações destinadas à prevenção, proteção e controle de micro-organismos que possam comprometer a saúde, apenas.
- c) São ações voltadas para a saúde do trabalhador da área da saúde, apenas.
- d) São ações voltadas para os laboratórios de ensino e pesquisa, apenas.
- e) São ações voltadas para laboratórios que manipulam organismos de mutações transgênicas, apenas.

2. No âmbito do Ministério da Saúde, a biossegurança é tratada pela Comissão de biossegurança em Saúde. O objetivo da Comissão é definir:

- a) Metas para a segurança do paciente, de forma que se consiga alcançar um atendimento de excelência.
- b) Estratégias de atuação a nível hospitalar, alcançando objetivos de ações ligadas à Biossegurança.
- c) Estratégias de atuação, avaliação e acompanhamento das ações ligadas à Biossegurança, de forma a obter o melhor entendimento entre o Ministério da Saúde e os órgãos e entidades relacionados ao tema.
- d) Estratégias voltadas para a segurança do trabalhador de saúde, com alcance através de vacinações.
- e) Metas de padrão de excelência nos laboratórios, a serem alcançadas seja no âmbito hospitalar como no âmbito escolar e de pesquisas.

3. As principais atribuições da biossegurança são:

I. Participar e acompanhar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas de biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana.

II. Propiciar debates públicos, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade.

III. Estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde nas questões de Biossegurança em saúde, além de assessorar nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança.

IV. Minimizar os riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços; à saúde da criança e dos animais; e à preservação do meio ambiente.

Assinale a alternativa que indica apenas as afirmativas corretas:

- a) I, II e IV.
- b) II, III e IV.
- c) II e IV.
- d) I, II e III.
- e) II e V.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **NR 32**: Normas regulamentadoras, referências e elaboração. São Paulo, 2010.

DANTAS, E.; COLTRI, M. **Comentários ao código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931/2009. 2. ed. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2007.

HIRATA, M. H.; HIRATA, R. D. C.; MANCINI FILHO, J. **Manual de biossegurança**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas da enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

NETTINA, S. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Biossegurança

Convite ao estudo

Olá, caro aluno, bem-vindo a mais uma unidade de ensino deste livro didático da disciplina de Habilidades!

Antes de iniciar os estudos, convido-o a refletir com os seguintes questionamentos: por que estudar sobre infecções? Qual é o impacto das infecções nos serviços de saúde? Esta unidade tratará assuntos que são pertinentes a este tema e, por isso, esse estudo proporcionará um conhecimento sobre infecções e a melhor forma de preveni-las nas unidades hospitalares.

As infecções, sejam elas hospitalar ou comunitária, têm grande impacto negativo em saúde pública. Como você, caro aluno, pode atuar na sua vida profissional para diminuir ou eliminar os riscos de infecção hospitalar, já que foi informado que estes riscos levam a impactos negativos?

Deste modo, nesta unidade de ensino, vamos enfatizar os conceitos gerais sobre as infecções hospitalares. Você aprenderá de que forma o enfermeiro pode atuar para minimizar os riscos de infecções, proporcionando qualidade no atendimento e segurança à equipe da área de saúde e aos pacientes.

Competência Geral:

Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho, da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.

Competências Técnicas:

Conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e à biossegurança.

Objetivos:

- Entender a cadeia de transmissão.
- Identificar as defesas normais do corpo contra a infecção.
- Identificar os pacientes com maior risco de adquirir infecção.
- Explicar a justificativa das precauções padrão.
- Explicar as condições que promovem a transmissão de infecção relacionada com o cuidado da saúde.

Nos hospitais há uma grande preocupação com a segurança do paciente. Permeadas de procedimentos e de práticas complexas, as ações de enfermagem exigem não somente técnica apurada, mas também atitudes cordiais, otimizadas pela junção dos três saberes: "saber que", com o "saber fazer", nutridos pelo "saber ser". O profissional dessa área deve estar preocupado em oferecer assistência qualificada, reunindo princípios práticos da profissão e valorizando a autonomia do paciente e seus direitos. O cuidado, que é a práxis da enfermagem, mais que uma ação, deve ser uma atitude que abrange a atenção, o cuidado e a preocupação para com o outro. Por suas características, ela necessita cuidar, mas isso nem sempre ocorre de maneira adequada.

Os alunos Marcos, Roberta e Carla, estão no estágio. Eles ouvem a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da Educação Continuada, solicitar a presença dos colaboradores e também dos estagiários para uma reunião. Iniciam dizendo que o índice de infecção relacionado ao cateter venoso periférico havia aumentado naquela unidade, e se prontificaram a tirar todas as dúvidas, assim como, entender os motivos que levou a essa situação, e que impactava diretamente

na qualidade de vida do paciente, pois aumentou seus dias de internação, assim como, o colocava em risco para adquirir novas infecções. Quais seriam os motivos que levou a esse resultado negativo? Se a enfermagem é a arte do cuidar, como deve-se proceder para que essa ação aconteça sem levar riscos aos pacientes?

Espera-se que com a leitura deste livro didático, você consiga entender e ajudar os estagiários a resolver essa situação.

Seção 2.1

Infecções

Diálogo aberto

Olá, caro aluno, seja bem-vindo!

Na unidade anterior, você estudou sobre o prontuário, seu valor legal, civil, para pesquisa e auditoria, aprendeu também, sobre o que observar antes de realizar um registro e qual a orientação do COREN, além da importância do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua relação com as teorias de enfermagem. Finalizamos a seção 1.4 fazendo uma breve introdução à Biossegurança e a relação com a NR-32.

Agora, vamos iniciar o estudo das Infecções. Nesta seção 2.1 vamos falar das infecções relacionadas à assistência à saúde, quais são os fatores de risco, as medidas de prevenção, higiene do ambiente, precauções padrão e resistência bacteriana. Na seção 2.2 vamos falar sobre a classificação das áreas hospitalares; na seção 2.3 abordaremos sobre os procedimentos de higienização e na seção 2.4 falaremos sobre educação e Biossegurança no controle de infecções.

As infecções, sejam elas hospitalar ou comunitária, têm impacto negativo na saúde pública. Como você, caro aluno, pode atuar na sua vida profissional para diminuir ou eliminar os riscos de infecção hospitalar, já que foi informado que estes riscos levam a impactos negativos? Um grande número de microrganismos vive e se multiplica em todos os lugares. Estão no ar, sobre a pele e no intestino, vale salientar que existem microrganismos que fazem parte da fisiologia corporal, outros ajudam a produzir alimentos e a manter a ecologia do planeta; em grande parte do tempo, os microrganismos e os seres humanos vivem em harmonia, somente quando esse equilíbrio é perturbado, são capazes de provocar infecção.

É importante que você leia o livro didático, assista aos vídeos, links e leituras sugeridas, pois a partir destas leituras, você vai adquirir conhecimento para compreender a importância na sua área de

atuação e para minimizar os riscos existentes, bem como conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e à biossegurança. Desejo a você novos conhecimentos!

Não pode faltar

Os alunos Marcos, Roberta e Carla estão no estágio. Eles ouvem a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da Educação Continuada, solicitar a presença dos colaboradores e também dos estagiários para uma reunião. Inicia dizendo que o índice de infecção relacionado ao cateter venoso periférico aumentou naquela unidade, se prontificando, então, a tirar todas as dúvidas. Era preciso entender os motivos que levaram a essa situação, já que ela impacta a vida dos pacientes, aumentando seus dias de internação e colocando-os em risco de adquirir novas infecções. Quais seriam os motivos que levaram a esse resultado negativo? Espera-se que com a leitura deste livro didático, você consiga entender e ajudar os estagiários a resolver essa situação.

Vamos iniciar esta seção, falando um pouco da história das infecções. Na idade média, o primeiro relato que se ouviu falar foi sobre suspeitas de que alguma coisa "sólida" pudesse transmitir doenças de um indivíduo para outro. Francastorius, médico italiano de Verona, declara que as doenças surgiam devido a microrganismos que eram transmitidos de pessoas para pessoas, em 1546, ele defende a teoria de que certas doenças eram transmitidas por meio de corpúsculos de contato direto ou por roupas e objetos. Descreve os três mecanismos de transmissão de doenças infecciosas que seriam por contato direto, indireto e sem contato direto e sem fômites. Esse pesquisador descreveu a sífilis desde a lesão inicial até a fase terciária da doença. O holandês Anton Van Leeuwenhock, mesmo sem formação científica descobriu em 1863 o microscópio que identificou as bactérias, lançando com isso a base da bacteriologia. Foi no século XIX que Von Pettenkoffer, ressaltou a interação de três fatores, o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. Vale ressaltar na história o médico Semmelweis, que descobriu que as mortes puerperais eram devido à presença de venenos cadavéricos e instituiu em 1847 que todo o pessoal médico e de enfermagem deveriam lavar as mãos com solução clorada, reduzindo a mortalidade materna de 12,24% para 2,38%. Outro destaque vai para Florence Nightingale que, com medidas simples de

cuidado com o ambiente, como a melhoria das condições sanitárias, cuidados com cozinhas e lavanderias, conseguiu diminuir as taxas de infecção de 42,7% para 2,2%. Para saber um pouco mais da história das Infecções e as descobertas acesse <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-716720060005000021&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 nov. 2015.

Evitar a transmissão de microrganismos é uma preocupação de todo o profissional da saúde, e uma forma de atingir essa meta é por meio da assepsia que significa ficar livre de organismo que produzem doenças. A prática de enfermagem está em fornecer um ambiente seguro e terapêutico para impedir que pacientes, membros da família e profissionais da saúde contraiam infecções.

Os microrganismos capazes de lesionar pessoas são chamados de patógenos ou patogênicos, ao entrar e se multiplicar dentro dos tecidos corporais eles rompem os processos fisiológicos normais e produzem uma infecção. A sepse que é uma intoxicação dos tecidos, frequentemente está relacionada à presença de infecção. Quando há o transporte da infecção ou um dos produtos da infecção por todo o corpo pelo sangue, chamamos de septicemia. Há diferenças quando se fala de infectado e séptico. Quando se diz que um paciente está infectado, significa que possui uma doença causada por microrganismos, quando séptico, significa que o paciente está manifestando destruição microbiana dos tecidos, como febre alta ou hipotensão.

A doença infecciosa refere-se à patologia ou a eventos patológicos que resultam da invasão e multiplicação de microrganismos em um hospedeiro.

Os profissionais de saúde dedicam grande parte do seu tempo, energia e talento para desenvolver e manter as práticas para controlar a disseminação de microrganismos. Algumas práticas são adotadas, como, por exemplo, higienização das mãos, processos de limpeza, desinfecção e esterilização e também de barreiras como os EPIs (Equipamentos de Proteção Individuais) como luvas, máscaras, gorros e aventais.

A taxa de incidência de pacientes desenvolvendo infecções como resultado de internações em hospital está aumentando. The Joint

Comission considera um assunto de segurança do paciente, todos os ambientes de cuidado de saúde estão em risco de adquirir infecção devido a sua baixa resistência, bem como exposição aumentada aos micro-organismos infecciosos, como, por exemplo, procedimentos invasivos. Em todos os ambientes, os pacientes e seus familiares precisam ser capazes de identificar as fontes de infecções e instituir medidas protetoras. Os profissionais de saúde estão em risco pela exposição às infecções causadas pelo contato com sangue, fluidos corporais dos pacientes, equipamentos e superfícies contaminados.

A infecção é causada pela entrada e multiplicação de um organismo em um hospedeiro, nem sempre a presença de um agente infeccioso em um hospedeiro significa que ocorrerá infecção, quando isso ocorre significa que houve uma colonização. Se os patógenos se multiplicam e causam sinais e sintomas chamamos de sintomáticos, se os sinais e sintomas não estão presentes é chamado de assintomático.

A presença de um patógeno não significa que ocorrerá uma infecção, ela ocorre em um ciclo que depende da cadeia da infecção que incluem o agente infeccioso, o reservatório, porta de saída, mecanismo de transmissão, porta de entrada e hospedeiro.

Os agentes infecciosos incluem os microrganismos como bactérias, vírus, fungos e protozoários. O reservatório é um lugar onde um patógeno pode sobreviver, mas pode ou não se multiplicar. Por exemplo, o vírus da hepatite A que sobrevive em moluscos, mas não se multiplica. O reservatório mais comum é o corpo humano. Após os microrganismos acharem um local para crescer e se multiplicar, eles precisam encontrar uma porta de saída, que incluem o sangue, pele e mucosas, trato respiratório, trato geniturinário, trato gastrointestinal e transplacentário (da mãe para o feto).

Cada doença tem um modo específico de transmissão, por exemplo, um mosquito serve como um vetor, transmitindo um vírus quando ele pica o hospedeiro. Alguns microrganismos podem ser transmitidos por mais de uma maneira, como exemplo, a Herpes Zoster que pode ser transmitida pelas vias respiratórias e também por contatos diretos. A porta de entrada, normalmente é o mesmo lugar que saíram, por exemplo, quando uma agulha fura a pele, os

organismos entram no corpo se uma preparação adequada da pele não foi executada. Alguns fatores influenciam a suscetibilidade de uma pessoa que incluem: idade, estado nutricional, presença de doenças crônicas, trauma e tabagismo. Algo que é muito discutido hoje é o uso do antibiótico de forma desordenada, o que leva o organismo infeccioso a se tornar resistente ao antibiótico.

O paciente que se encontra nos ambientes de cuidados da saúde tem risco aumentado de adquirir infecções. As infecções relacionadas ao cuidado de saúde ou nosocomiais, podem ocorrer como resultado de procedimentos invasivos, administração de antibióticos, a presença de microrganismos multirresistentes a drogas e quebras nas atividades de prevenção e controle de infecção. As infecções iatrogênicas são causadas por procedimentos onde o profissional não se atenta para os procedimentos assépticos impactando na qualidade da assistência. Já as relacionadas ao cuidado de saúde podem ser exógenas, ou seja, um organismo que está fora do paciente, por exemplo, uma infecção pós-operatória. Já os endógenos fazem parte da flora normal do paciente, podendo causar infecção quando parte da flora se torna alterada, por exemplo, o uso de antibiótico pode alterar a flora intestinal normal, levando a uma infecção. As infecções relacionadas ao cuidado da saúde aumentam consideravelmente o custo do cuidado de saúde. Um tempo maior de internação do paciente, ou seja, permanência nas instituições (hospitalar ou clínicas), aumenta a incapacidade, os custos de antibióticos e prolonga o tempo de recuperação. Uma forma de diminuir os riscos de infecção dentro de um hospital ou em instituições de saúde é a adoção de precauções padrão que se aplicam ao sangue, fluidos corporais (exceto suor), pele não intacta e mucosas. É imprescindível realizar a lavagem das mãos quando em contato com pacientes, principalmente após contato com sangue e/ou fluidos corporais, secreções e excreções e após contato com equipamentos ou artigos contaminados por eles e imediatamente após a retirada das luvas. No cuidado ao paciente, usar luvas quando for tocar em sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não intacta, membranas mucosas ou itens ou superfícies contaminadas. Após o cuidado, as luvas devem ser removidas e as mãos higienizadas. Usar máscaras, proteção ocular ou escudos faciais, quando em contato com espirros ou respingos de sangue ou fluidos corporais. Descartar todos os objetos perfurocortantes contaminados e agulhas em um

recipiente resistente a furo, adequado para o material. Existem outras formas de precauções para evitar os riscos de infecções nos hospitais, como precauções respiratórias, por gotículas, por contato e ambiente protetor, usado em pacientes de alto risco, com o objetivo de impedir a aquisição de esporos fúngicos do ambiente, por exemplo, aos que irão se submeter a transplante de medula óssea.



Assimile

Muitos fatores influenciam a suscetibilidade à infecção, inclusive a nutrição. Uma redução na ingestão de proteína e outros nutrientes, tais como carboidratos e gorduras, reduz as defesas do corpo contra infecção e prejudica a cicatrização de feridas.



Refleta

O acesso ao aconselhamento de saúde sobre infecções é importante para mulheres em idade reprodutiva. Não é permitido que profissionais da saúde grávidas tratem de pacientes portadores de doenças que gerem riscos para o feto, no caso de rubéolas, hepatite B, herpes simples, varicela zoster, o citomegalovírus e o HIV.



Pesquise mais

A equipe de enfermagem é apontada como a principal responsável pela Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar. Para saber mais, acesse o link: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26390/17583>>. Acesso em: 8 dez. 2015.



Exemplificando

As infecções relacionadas ao cuidado de saúde são exógenas ou endógenas. Um organismo exógeno é aquele que está presente fora do paciente. Por exemplo, uma infecção pós-operatória é uma infecção exógena. Os organismos endógenos são parte da flora normal ou organismos virulentos residentes que podem causar infecção. Uma infecção endógena pode ocorrer quando parte da flora do paciente se torna alterada e resulta em um crescimento exagerado. Por exemplo, um paciente recebe vários antibióticos no ambiente hospitalar e desenvolve infecção por *Clostridium difficile* como resultado. Esta é uma bactéria que está naturalmente presente na flora intestinal de pessoas saudáveis, contudo alguns antibióticos utilizados podem interferir no equilíbrio das bactérias boas da flora intestinal, causando sintomas como diarreia e febre.



Faça você mesmo

Há um grande número de profissionais do cuidado em contato direto com o paciente, por meio de procedimentos invasivos, a manipulação excessiva, o tempo em que o paciente fica hospitalizado aumentam o risco de infecção. As principais causas de infecções no serviço de saúde estão relacionadas ao trato urinário, feridas cirúrgicas e traumáticas, trato respiratório e corrente sanguínea. Que medidas de segurança você adotaria para minimizar os riscos de infecção durante a internação de um paciente que está sob o seu cuidado?

Para ajudar leia POTTER, P. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



Vocabulário

Fômites: qualquer objeto inanimado ou substância capaz de absorver, reter e transportar organismos contagiantes ou infecciosos (de germes a parasitas), de um indivíduo a outro.

Nosocômio: substantivo de hospital.

Curiosidades: Zika vírus e Microcefalia: evento histórico ocorrido no Nordeste, de que bebês estão nascendo com microcefalia. Em novembro de 2015, no Rio Grande do Norte o infectologista Kleber Luz identificou que 16 das 21 mães que deram à luz a bebês com microcefalia, tiveram sintomas de Zika vírus durante a gravidez.

Sem medo de errar

Os principais riscos associados à corrente sanguínea estão relacionados à técnica. Antes de falar da técnica de punção em si, vale ressaltar a importância de identificarmos os sinais da inflamação antes que ocorra a infecção, que podem incluir edema, rubor, calor, dor ou sensibilidade e até perda da função na parte do corpo afetada. A inflamação aguda é uma resposta imediata à lesão celular. O aumento do fluxo sanguíneo local causa vermelhidão no local da inflamação, o aquecimento localizado é também resultado de maior volume de sangue, o edema está relacionado ao acúmulo de fluido, proteínas e células que entram nos espaços intersticiais, essa por sua vez estimula a dor, que está associado ao aumento da pressão sobre a terminação nervosa. Como resultado das mudanças fisiológicas ocorridas com a inflamação, parte do corpo envolvido pode experimentar uma perda

temporária da função, mas que pode retornar quando a inflamação diminui.

Agora que você entendeu como acontece a inflamação, vamos falar das infecções associadas à corrente sanguínea. Normalmente, estão associadas quando há contaminação de fluidos Intravenosos pelo sistema, por exemplo: a forma como são manipulados os aditivos farmacológicos e estes aos fluidos intravenosos, outro fator é o uso de torneirinhas de cateteres venosos que, ao manipular sem medidas assépticas podem levar à infecção. A forma inadequada de realizar a antisepsia com álcool 70%, onde será inserido o cateter venoso, cuidados ao manipular de forma adequada agulhas e cateteres. Falha ao trocar o acesso venoso no primeiro sinal de inflamação; cada instituição tem um protocolo onde preconizam a troca do cateter a cada três dias, mas pode ser trocado antes, caso se percebam os sinais. A dica é o uso de filme transparente que diminui a incidência de infecção, pois possibilita a visualização sem precisar retirar a agulha ou cateter. A técnica inadequada durante a administração de cateteres centrais e medicamentos, cuidados inadequados na manipulação.



Atenção

O enfermeiro tem uma atuação importante no que diz respeito à Infecção hospitalar, é o profissional que realiza quase todos os procedimentos no paciente, por isso deve ter, além da habilidade na manipulação de materiais, um aprofundado conhecimento científico para que se evite a contaminação por germes e bactérias.



Lembre-se

Alguns fatores como idade, estado nutricional, estresse, o processo da doença, entre outros fazem com que o sistema imunológico esteja susceptível a certos tipos de infecções, além disso, muitas vezes o paciente adquire a infecção devido à má prática dos profissionais de saúde na manipulação de medicamentos, curativos e materiais perfurocortantes.

Avançando na prática

Há três dias, Sr. Francisco (66 anos) sofre uma piora de seu estado geral e, por isso, foi internado. A filha relata que ele perdeu sua esposa, que amava muito, há um mês e, que depois disso começou

a adoecer. Ao examinar o paciente, o que mais chama atenção é o emagrecimento, pele seca com vermelhidão na região do cóccix, desinteresse pela comida e não responde aos estímulos. A filha relata que ele é hipertenso e iniciou recentemente o tratamento com insulina devido ao diabetes mellitus tipo 2. Com o histórico e o relato da filha do Sr. Francisco, o que você faria para diminuir os riscos de uma provável infecção?

Ele tem vários riscos para desenvolver infecções, primeiro a idade, durante a vida a probabilidade para adquirir uma infecção aumenta a resposta imunológica, particularmente a imunidade mediada por células diminui e os idosos experimentam alterações na estrutura e função da pele, trato urinário e pulmões. A pele, por exemplo perde seu turgor (que é a habilidade de se esticar e retornar a força original) e o epitélio afina (na pele, o epitélio tem a função de proteger o corpo), como resultado, fica mais fácil no idoso cortar ou raspar a pele, aumentando o risco potencial de invasão por patógenos. O estado nutricional também está prejudicado, por se alimentar pouco e inadequadamente, o paciente se encontra fraco. Sabe-se que, por ingerir uma alimentação inadequada, há redução das defesas do corpo contra infecção e com isso o prejuízo na cicatrização das feridas. Outro fator importante encontrado na vida do paciente foi a perda recente da esposa, o que provavelmente levou o Sr. Francisco ao estresse. Durante o estágio de alarme, a taxa de metabolismo basal aumenta, enquanto o corpo usa a energia armazenada. O hormônio adrenocorticotrófico age para aumentar os níveis séricos de glicose e diminuir as respostas anti-inflamatórias desnecessárias por meio da liberação de cortisona. Se o estresse continuar ou tornar-se intenso, os níveis elevados de cortisona resultam em diminuição da resistência à infecção. As doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes são também mais suscetíveis à infecções por causa da debilidade geral e prejuízo nutricional. Ao abordar um paciente é importante que o enfermeiro tenha em mente alguns questionamentos como, se ele tem algum fator de risco, por exemplo, se tem alguma lesão, se realizou algum exame invasivo, possíveis infecções existentes, por exemplo, se teve febre nos últimos dias, se sentiu dor ou queimação ao urinar, histórico medicamentoso, principalmente quimioterápicos ou antiviral e por último, perguntar sobre fatores estressantes, como mudanças no estilo de vida, perda de trabalho, de um ente querido, lugar para morar, divórcio entre outros.

É importante usar sua habilidade de pensamento crítico para prevenir o desenvolvimento ou transmissão de uma infecção. Implemente procedimentos para minimizar os números de microrganismos que poderiam ser transmitidos. Elimine reservatórios de infecção, use medidas assépticas e as precauções de barreiras, precauções padrão, precauções baseadas em transmissão e a adequada higienização das mãos. Outra forma é oferecer suporte nutricional, repouso, manutenção dos mecanismos de proteção fisiológicas. Ter consciência da prevenção e controle de infecção ajuda você a aplicar os princípios de assepsia.

Avançando na prática

Pratique mais!	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.	
"Medidas de Prevenção"	
1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância da sua atuação, no ambiente de trabalho, na equipe multiprofissional e no relacionamento interpessoal.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos com relação às infecções.
3. Conteúdos relacionados	Incentivar a leitura do link indicado no "Pesquise mais" e o livro, para ampliar o conceito do que é Infecção e do impacto nas relações instituição, profissional e paciente.
4. Descrição da SP	Os alunos, Marcos, Roberta e Carla, estão no estágio e ouvem a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da Educação Continuada, solicitar a presença dos colaboradores e também dos estagiários para uma reunião. Os enfermeiros iniciam dizendo que o índice de infecção relacionado ao cateter venoso periférico aumentou naquela unidade. Eles se prontificaram, então, a tirar todas as dúvidas. Era preciso entender os motivos que levaram a essa situação, já que ela impacta a vida dos pacientes, aumentando seus dias de internação e colocando-os em risco de adquirir novas infecções. Quais seriam os motivos que levaram ao resultado negativo?

5. Resolução da SP

Para resolver a SP acima, o profissional deverá fazer um levantamento das possíveis causas que levaram ao aumento da infecção por cateteres venosos periféricos que incluem a forma inadequada de realizar a antisepsia com álcool a 70%, onde será inserido o cateter venoso. O cuidado ao manipular de forma adequada agulhas e cateteres; falha em trocar o acesso venoso ao primeiro sinal de inflamação, cada instituição tem um protocolo onde preconizam a troca do cateter a cada três dias, mas pode ser trocado antes, caso se percebam os sinais. O uso de filme transparente diminuiu a incidência de infecção, pois possibilita a visualização sem precisar retirar as fitas. A técnica inadequada durante a administração de múltiplos produtos sanguíneos. Cuidados inadequados de cateteres centrais, após levantar as possíveis causas deve-se pensar em treinamentos para assim diminuir os números de infecção.



Lembre-se

Para que se evite a infecção, o enfermeiro é quem auxilia no preparo do paciente, por exemplo, ele precisa de um acesso venoso periférico. Você deverá conduzir todo o processo desde o preparo da pele com higienização e utilização do antisséptico alcoólico. O enfermeiro também auxilia na manutenção, por exemplo identificação do acesso com data, tipo de cateter utilizado e o nome do profissional que realizou a punção.



Faça você mesmo

Você é o principal condutor de ensino e aprendizagem, faça uma anotação de enfermagem, após puncionar um acesso venoso periférico. Lembre-se dos preceitos éticos e legais. Para ajudá-lo, acesse o manual do COREN sobre a anotação de enfermagem.

Faça valer a pena

1. Evitar a transmissão de micro-organismos é uma preocupação de todo o profissional da saúde e uma forma de atingir essa meta é por meio da assepsia que significa, ficar livre de organismos que produzem doenças. A prática de enfermagem está em fornecer:

a) Um ambiente seguro e terapêutico para impedir que pacientes, membros da família e profissionais da saúde contraiam infecções.

- b) Um ambiente tranquilo, para impedir que pacientes e membros da família contraíam infecções.
- c) Um ambiente formal para impedir que pacientes e profissionais da saúde contraíam infecções.
- d) Um ambiente favorável para que pacientes, profissionais da saúde e família contraíam infecções.
- e) Um ambiente quente, pois em ambientes quentes os microrganismos não se reproduzem, e assim diminuindo o risco de infecções.

2. Os microrganismos capazes de lesionar pessoas são chamados de patógenos, ao entrar e se multiplicar dentro dos tecidos corporais eles rompem os processos fisiológicos normais. A sepse é uma intoxicação dos tecidos e frequentemente está relacionada à:

- a) Presença de infestação.
- b) Presença de vírus.
- c) Presença de parasitos.
- d) Presença de infecção.
- e) Presença de assepsia.

3. Os profissionais de saúde dedicam grande parte do seu tempo, energia e talento para desenvolver e manter as práticas para controlar a disseminação de micro-organismos. Algumas práticas adotadas são:

- a) Higienização das mãos, limpeza do ambiente e material sem a necessidade de esterilização ou desinfecção e também barreiras como os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) como luvas, máscaras, gorros e aventais.
- b) Higienização das mãos, processos de trabalhos e esterilização e também nos quartos como o uso de grades elevadas impossibilitando que o paciente saia da sua cama para levar contaminação para os outros.
- c) Higienização das mãos somente com o álcool gel, processos de limpeza, desinfecção e esterilização e também barreiras como os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) como luvas, máscaras, gorros e aventais.
- d) Higienização das mãos, processos de limpeza, desinfecção e esterilização e também barreiras como o uso apenas das luvas.
- e) Higienização das mãos, processos de limpeza, desinfecção e esterilização e também barreiras como os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) como luvas, máscaras, gorros e aventais.

Seção 2.2

Classificação das áreas hospitalares

Diálogo aberto

Olá, caro aluno, seja bem-vindo!

Você já estudou sobre os tipos de Infecções relacionadas à assistência na saúde. O serviço de saúde é o estabelecimento destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes, incluindo as clínicas, casas de saúde mental e outros estabelecimentos de saúde, como consultórios médicos e odontológicos, sendo mais abrangente que a definição clássica que delimita a estrutura hospitalar.

É preciso um pouco de cuidado e de percepção para penetrar nos caminhos e na estrutura organizacional hospitalar. É possível, então, verificar que em um hospital existe muita coisa além dos setores encarregados pelo atendimento e para diagnóstico e tratamento da doença.

Você já pensou nas estruturas dos hospitais? Quando visitamos um paciente, nos deparamos, com aquelas paredes brancas, aquele piso brilhando, toda hora somos chamados em salas diferentes, e até perguntamos: por que o pessoal da saúde não se organiza para fazer todos os atendimentos em um mesmo lugar?

É importante saber que o hospital é uma das mais complexas empresas existentes, devido às suas múltiplas atividades e, já ao ser construído, exige a participação multidisciplinar, que deve ser qualificada, entender a importância das escolhas do material (piso, tipo de tintas, etc.), logística, porque o hospital é apontado como um importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. Ainda, a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde.

Nesta seção você irá estudar e compreender a classificação das

áreas hospitalares.

É importante que você leia o livro didático, assista aos vídeos, acesse links e leituras sugeridas, pois a partir destas leituras, você vai adquirir conhecimento para compreender a importância na sua área de atuação, bem como conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e a biossegurança.

Desejo a você novos conhecimentos!

Não pode faltar

Vamos iniciar esta seção com um breve relato da história dos hospitais em geral. A palavra é de raiz latina (*hospitalis*). Vem de *hóspes*, que significa hóspedes. Antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. Hoje, o hospital tem a mesma interpretação de *nosocomium*, de fonte grega, cujo significado é tratar os doentes. O hospital tem sua origem em época muito anterior a era cristã, não há dúvida, que o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. A profissão médica foi, desta forma, estabelecida (Código Hammurabi - 2.250 a.C.), a remuneração dos médicos estaria mesmo cuidadosamente regulamentada por lei. Nesta época, se o paciente falecia ou perdia um órgão visual era o operador castigado severamente, tinha sua mão cortada, no caso do cliente rico e, no caso de um escravo, era obrigado a dar-lhe substituto quando morria, ou metade do valor da operação caso o escravo perdesse o olho. Em 1634, constitui-se a ordem das irmãs de caridade de São Vicente de Paulo, originada no Hotel Dieu, de Paris, por um pequeno grupo de moças que aprenderam enfermagem. Nessa época haviam três tipos de edifícios na Europa Meridional e do Renascimento que foram classificados em basilical, um grande edifício de pedras e fortes colunas, cruciforme, que consiste em duas grandes cruces de igual longitude, e palaciano, um conjunto quadrado e retangular com um pátio. No século XVII, começam a aparecer novas disposições, e a principal consistia em não colocar os doentes por andar. No pavimento térreo eram localizados os serviços gerais. O pavimento seguinte era reservado para os enfermos. As enfermarias eram cobertas por pedras e tijolos. Em cima do pavimento reservado aos doentes não deveria haver outro, nem para pessoas sãs, nem para

pacientes com doenças contagiosas, nem para qualquer outro fim.

A assistência hospitalar à população brasileira, desde o início da colonização, era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela Filantropia em geral. Os hospitais militares surgiram no país a partir do século XVIII, ocupando os edifícios dos jesuítas recém-expulsos do país oferecendo assistência somente aos componentes das tropas. Até o final do século XIX, o problema principal no que tange à saúde da população eram as pestes, principalmente varíola e febre amarela.



Assimile

A organização dos serviços era precária e os conhecimentos científicos estavam baseados nas concepções de que as doenças eram causadas por substâncias como certos odores venenosos, gases ou resíduo nocivo que eram arrastadas pelo vento até um possível indivíduo, que acabaria por adoecer.

Para combater as doenças e proteger a população, as ações públicas se preocupavam com o espaço urbano e com a circulação do ar e da água. Os indigentes e os pobres eram atendidos em instituições filantrópicas ligadas à Igreja Católica, ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes. O restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais como cirurgiões, barbeiros e curiosos. Os surtos epidêmicos, como a cólera e febre amarela encontraram o Império Brasileiro desprovido de leitos hospitalares, para atendimento à enorme demanda de doentes, com isso, os hospitais filantrópicos ficaram repletos, até que o Estado Imperial, a partir de 1850, inaugurou os primeiros hospitais de isolamentos e enfermarias destinados à atenção e separação dos enfermos das epidemias. Os hospitais de isolamento, criados por diversas instâncias do Estado, as clínicas privadas, voltadas para o público mais rico e os hospitais de ordens religiosas ou de entidades filantrópicas eram o que existiam de oferta de assistência hospitalar à população brasileira naquele período. Entre o final do século XIX e início do século XX, multiplicaram as casas de saúde com fins lucrativos e foram criados novos hospitais, muitos deles relacionados com as colônias dos imigrantes, mas a carência destas Instituições continuava persistindo (MENDES, 2005).

A partir do século XIX, com o aparecimento da medicina científica, da tecnologia e da infraestrutura mais sofisticadas, deixaram de ser espaços para abrigarem pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham indicação de serem tratados em casa,

tornando-se influentes na área da saúde no Brasil, com assistência predominantemente curativa, dentro do modelo médico com enfoque biológico, técnico e positivista (o positivismo entende que o conhecimento científico é baseado em observações empíricas).



Refleta

Há uma verdadeira revolução na evolução dos hospitais. Hoje, o hospital não é mais uma organização onde os pobres e doentes são abandonados pelos familiares para morrer, ele se transformou em uma instituição preocupada com a cura da enfermidade, evolução tecnológica e com a qualidade de atendimento que garanta soluções para o usuário.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (ANVISA, 1997), hospital é definido como todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, de ensino e pesquisa.

A caracterização dos hospitais é feita considerando, entre outros, os atributos abaixo:

a) Nível de atenção à assistência:

- Secundário: atende usuário com nível médio de complexidade.
- Terciário/quaternário: atende o usuário com maior complexidade.

b) Porte:

- Pequeno: de 25 a 49 leitos.
- Médio: de 50 a 149 leitos.
- Grande: de 150 a 500 leitos.
- Extra ou especial: acima de 500 leitos.

c) Natureza de assistência:

- Geral: atende usuários de várias especialidades.
- Especializado: atende usuário portador de patologias específicas.

d) Natureza jurídica:

- Público: pertencente a qualquer esfera do governo, atende o usuário de modo gratuito.

- Privado filantrópico: particular com finalidade de atender determinada parcela de seus clientes de maneira gratuita.

- Privado com fins lucrativos: particular com objetivo de lucro.

- Privado sem fins lucrativos (beneficente): particular, mas objetiva o atendimento de determinado grupo de usuários ou comunidade.

e) Corpo clínico:

- Fechado: com corpo clínico exclusivo.

- Aberto: não dispõe de corpo clínico exclusivo, qualquer médico pode atender seus pacientes particulares.

- Misto: associação das duas formas acima.

f) Sistema de edificação:

- Pavilhonar: com várias edificações.

- Monobloco: com bloco único.

- Misto: com blocos e pavilhões.

- Vertical: composto de vários andares.

- Horizontal: blocos dispostos, predominantemente em superfície.

g) Quanto ao tempo de estadia:

- Curta permanência: o usuário permanece internado por período inferior a quinze dias.

- Longa permanência: o usuário permanece internado por período maior que quinze dias (MELLO, 2008).

Após o estudo da história do hospital e sua evolução até os dias de hoje, vamos agora entender a necessidade de existir barreiras físicas e não físicas de um hospital.

A RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração

e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Apesar de sua aparente simplicidade e semelhança com hotelaria, uma Unidade de Internação geral guarda dificuldades de projeto que levam os pesquisadores da arquitetura para a saúde a uma particular atenção. A unidade de Internação é definida como a que atende pacientes que necessitam de assistência direta programada por um período superior a 24 horas, ela obriga o edifício hospitalar a possuir uma infraestrutura complexa, que vai dos cuidados de alimentação e rouparia aos mais avançados equipamentos de diagnósticos. Segundo a Portaria nº 1.101/2002, o tempo médio de permanência hospitalar em dias por ano por internação, no Brasil, varia de 3 a 45 dias, a depender da especialidade envolvida. Torna-se importante aprimorar os ambientes hospitalares a fim de minimizar as intercorrências indesejáveis relacionadas ao espaço físico e contribuir com a redução de dias de internação.

Elas são classificadas pelo tipo de pacientes que recebem e seu grau de complexidade do atendimento. Em relação aos pacientes, é possível separar as unidades por faixas etárias, como a de adultos, pediátricas, berçários, neonatologia e as da terceira idade. Ainda relativamente aos pacientes, deve haver um agrupamento por gênero e tipo de agravo, como as de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, queimados e outras. No caso da divisão por complexidade de atendimento, têm-se as unidades gerais e as de terapia intensiva e semi-intensiva, que recebem pacientes que exigem maiores cuidados. Leitos de observação, também chamados de internação de curta duração, localizados normalmente em emergências, ambulatórios ou hospitais-dia e que são utilizados para cuidados até 24 horas, não caracterizam unidades de internação, apesar de exigirem apoio compatível com o número disponível.

A RDC nº 50/2002 (BRASIL, 2004, p. 39-41) estabelece que no setor de internação deverá ter como atividades principais:

- Separar, conforme os pacientes, a faixa etária (por exemplo: crianças de adultos), a patologia (pacientes imunodeprimidos não devem ser internados juntos a pacientes com diarreia), o gênero e a intensividade de cuidados.

- Executar e registrar assistência de enfermagem e médica diária.
- Prestar assistência nutricional.

- Prestar assistência psicológica.

Localização:

A unidade de internação necessita do apoio de outras unidades funcionais do hospital, se relacionando fundamentalmente com: apoio ao diagnóstico e à terapia, especialmente aos setores de: centro cirúrgico; imagenologia; métodos gráficos; medicina nuclear; patologia clínica; nutrição e dietética; processamento de roupa e farmácia. O apoio ao diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação à unidade de internação, garantindo-lhe fácil acesso. Deve ser observada, ainda, a condição de conforto térmico, acústico, olfativo e luminosidade, elaborando-se cuidadosos estudos que garantam a recuperação do paciente com a utilização do mínimo de meios artificiais, como ar-condicionado ou ventilação mecânica. Para tanto, uma orientação bem escolhida, relativamente à incidência do sol e dos ventos, é essencial. Outro cuidado relativo à localização da unidade deve-se à permissão de acesso a acompanhantes e visitas, obrigatória pelos atuais preceitos de humanização do atendimento. Eles não podem ser considerados como importunos, devendo-se indicar a previsão de espaços próprios, como esperas, vestiários e sanitários, além de acomodações para a estadia deles junto ao leito. Experiências têm sido feitas, inclusive, com a admissão de animais domésticos e de estimação, comprovando-se a eficiência dos cuidados afetivos para a melhoria do estado psicológico dos internados. Por outro lado, deve-se proteger a unidade contra o acesso não autorizado e indevido, sendo local de especial cuidado relativo à segurança. Da mesma forma, o trânsito de funcionários ou pessoas estranhas aos serviços da unidade deve ser evitado, prevendo-se acesso único e de fácil controle por parte da enfermagem.

Dimensionamento:

ARDC nº 50/2002 recomenda uma sala de serviço de enfermagem para cada trinta leitos hospitalares, devendo existir, no mínimo, um quarto que possa servir de isolamento. No caso da utilização de quartos de um leito, aconselha-se a adoção de, no máximo, 25 leitos. Esses módulos atendem ao estipulado por associações de classe de enfermeiros, em relação ao número de leitos por responsável técnico, e à economia de funcionamento do setor, que implica máximo aproveitamento do pessoal de enfermagem. O parâmetro quantitativo de leitos para a determinação da complexidade do

atendimento de unidades hospitalares é pouco utilizado nos dias de hoje. Pela adoção de práticas como a alta precoce, os cuidados domiciliares e as cirurgias ambulatoriais, as internações estão se tornando, gradativamente, locais de cuidados de tratamento intensivo e semi-intensivo, o que obriga a existência de grande estrutura de apoio, mesmo para casos de relativamente poucos leitos. Existem, hoje, hospitais de grande complexidade de atendimento com menos de 50 leitos de internação ou com a demanda totalmente voltada para o tratamento intensivo. Os quartos de internação devem preservar a privacidade, sendo aconselhada a separação individual. A RDC prescreve o máximo de seis leitos por enfermaria. Existem estudos, contudo, que desaconselham a utilização de módulos de três e seis leitos para que se evite a vizinhança de camas dos dois lados de um leito, o que diminui a privacidade do paciente. Os quartos de dois leitos são os mais aconselhados, por permitirem maior flexibilidade de uso e privacidade. As enfermarias de quatro leitos, no entanto, são indicadas para casos em que há necessidade de maior aproveitamento de área e em que o agrupamento por patologias, gênero ou faixa etária sejam de menor importância, como em obstetrícia ou pediatria. O quarto de isolamento da internação para queimados deve ser dimensionado considerando-se um quarto para cada dez leitos de enfermaria. Em relação às dimensões mínimas, na internação é importante observar as áreas e os afastamentos estipulados em norma, respeitando-se as particularidades de cada tipo. A maioria dos códigos de obra prescreve uma distância do pavimento ao teto no mínimo de 2,60 m e iluminação natural de um sexto do vão.

Setorização:

Os setores básicos de uma unidade de internação englobam duas áreas: a de quartos e enfermarias e a de apoio. Os quartos e as enfermarias devem separar pacientes por faixa etária, sexo e patologia. Os quartos de isolamento podem possuir ou não antecâmara, a depender da patologia que tratam, e são posicionados, comumente, ou em fim de corredor para resguardá-los de fluxos indesejáveis, ou próximos ao posto de enfermagem para facilitar seu cuidado e vigilância. O apoio engloba a recepção de pacientes e visitas, que inclui salas de espera, sanitários ou vestiários, o atendimento com serviço e posto de enfermagem, prescrição, exame, curativos e entrevistas e o apoio administrativo, técnico e logístico com a previsão de salas para utilidades, material de limpeza, depósito de equipamentos, roupas e

sanitários para pessoal. A depender da filosofia administrativa e das exigências programáticas da unidade, pode haver necessidade de espaços para copa, chafia, áreas de recreação e lazer, salas de aulas, higienização, entre outras.



Pesquise mais

Além do setor de internação, existem outras áreas que ao serem construídas necessitam de alguns cuidados. Para saber mais, acesse o link abaixo:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FE+VEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 10 dez. 2015. Nele você encontrará todas as normas para cada área do hospital.

Ao construir um hospital, além da estrutura arquitetônica e a evolução tecnológica, há uma preocupação com a classificação das áreas em serviços de saúde. Para se adequarem à nova tecnologia, muitos serviços de saúde necessitaram de reformas ou ampliação das áreas construídas. A aparência do ambiente proporcionada pela limpeza é um importante critério de qualidade de atendimento do serviço de saúde. Considerando-se a variedade das atividades desenvolvidas, há necessidade de áreas específicas para realizar atividades administrativas e operacionais. As áreas dos serviços de saúde são classificadas em relação ao risco de transmissão de infecções com base nas atividades realizadas em cada local. Essa classificação auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde. O objetivo da classificação das áreas é orientar as complexidades e o detalhamento dos serviços a serem executados nesses setores, de modo que o processo de limpeza e desinfecção de superfícies esteja adequado ao risco. Portanto, a definição das áreas foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não críticas.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, é realizado procedimento de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

São também considerados críticos os locais onde os profissionais manipulam constantemente materiais com alta carga infectante. São exemplos desse tipo de área: centro cirúrgico (CC), centro obstétrico (CO), unidade de terapia intensiva (UTI), unidade de diálise, laboratório de análises clínicas, banco de sangue, setor de hemodinâmica, unidade de transplante, de queimados, de isolamento, berçário de alto risco, central de material e esterilização (CME), lactário, serviço de nutrição. Devem ser limpas e desinfetadas diariamente.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores, e dietética (SND), farmácia e área suja da lavanderia. Devem ser limpas diariamente.

Áreas não críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura. Devem ser limpas diariamente.

Atualmente, essa classificação é questionada, pois o risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Entretanto, pode nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais (ANVISA, 2010).

A limpeza da unidade objetiva remover mecanicamente o acúmulo de matéria orgânica, reduzindo assim o número de microrganismos presentes. Ela pode ser de dois tipos:

Limpeza concorrente: é realizada diariamente, após a arrumação de cama, remoção de poeiras que se acumulam durante o dia nos mobiliários, normalmente é utilizado um pano úmido e é realizada pela equipe de enfermagem.

Limpeza terminal: é realizada em todo o mobiliário do quarto do paciente, inclusive teto e piso. Em alguns serviços essa limpeza é realizada pelos profissionais de enfermagem, em outras pelo serviço

de higienização, desde que devidamente treinados.

A realização da limpeza requer conhecimentos básicos assépticos e o uso de técnica adequada, evitando assim a disseminação de microrganismos e contaminação ambiental.

Nas unidades de internação em áreas críticas a limpeza concorrente é realizado 3x ao dia e quando se faz necessário, já a terminal é realizada após alta, óbito, transferência do paciente para outra unidade, ou semanal no caso dos pacientes que ficam internados por períodos prolongados.



Faça você mesmo

O ambiente físico hospitalar onde várias pessoas transitam e outras se encontram internadas podem aumentar a probabilidade de algumas doenças ocorrerem. Agora, imagine a seguinte situação: Uma criança de 1 (um) ano é internada com broncopneumonia, no mesmo setor é admitido um adolescente de 15 (quinze) anos pós tratamento quimioterápico, qual conduta o enfermeiro adotaria?

Resposta: a regra da Anvisa, é separar por idade, observe que uma criança de 1 (um) ano chora muito, devido ao ambiente e pessoas estranhas, outro fator importante a considerar é a broncopneumonia que pode estar associada a bactérias ou vírus. O outro, o adolescente, está internado pós-quimioterapia, provavelmente encontra-se imunodeprimido, a conduta correta seria separar da criança de 1 (um) ano de idade, pois, o adolescente tem grande chance de adquirir uma pneumonia devido sua suscetibilidade.



Exemplificando

Para entender qual conduta tomar, é importante que o enfermeiro conheça o manual da Anvisa, pois descreve e dá parâmetros para os prováveis riscos que podem ocorrer e o que deve ser feito antes que eles ocorram.



Vocabulário

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

Sem medo de errar

Caro aluno, com o conceito estudado sobre hospital e classificação das áreas, percebeu-se que ao construir um hospital e devido ao seu alto grau de complexidade, uma equipe multiprofissional deve estar envolvida. A segurança nos cenários de cuidados de saúde reduz a incidência de doenças e lesões, evita tempos prolongados de tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém o estado funcional de um cliente e aumenta a sensação de bem-estar dele.

Um ambiente seguro dá proteção também para a equipe, permitindo que ela trabalhe em nível ótimo. Um ambiente seguro inclui o atendimento das necessidades básicas, a redução dos riscos físicos, redução da transmissão de patógenos, manutenção do estado sanitário e o controle da poluição.

A visão tradicional das organizações hospitalares, objetivando apenas uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas, já está superada pelos novos estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados positivos no desempenho da instituição.



Atenção

Quando o cliente é internado em instituição de cuidado de saúde, você precisa determinar se existem riscos no ambiente dos cuidados imediatos. O posicionamento do leito do cliente permite que ele alcance itens na mesinha de cabeceira ou nos suportes? O Enfermeiro também colabora com a equipe de engenharia clínica para assegurar que o equipamento tenha sido avaliado para garantir funções e condições apropriadas.



Lembre-se

Segurança, frequentemente definida como ficar livre de dano psicológico e físico, é uma necessidade humana básica que tem que ser atendida. Cuidados com a saúde, oferecidos de maneira segura, e um meio comunitário seguro são essenciais para a sobrevivência e para o bem-estar do paciente. O enfermeiro, incorporando a capacidade de pensamento crítico quando usa o processo de enfermagem, é responsável pela avaliação do cliente e do ambiente para riscos que ameacem a segurança, bem como pelo planejamento e pela intervenção apropriada para manter um ambiente seguro. Fazendo isto, o enfermeiro não é apenas um prestador de cuidados seguros, restauradores e contínuos, mas, um participante ativo na promoção da saúde.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Áreas críticas, semicríticas e não críticas”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Compreender a importância do hospital e classificação das suas áreas.
3. Conteúdos relacionados	Barreiras físicas e não físicas. Áreas críticas, semicríticas e não críticas.
4. Descrição da SP	No hospital, quando um paciente está internado em uma área crítica, ele necessita de alguns cuidados quanto ao processo de limpeza. O enfermeiro desenvolve uma atuação essencial em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o Serviço de Higienização. Existem dois tipos de limpeza: A limpeza concorrente e a limpeza terminal. O paciente encontra-se internado há 8 dias, na mesma enfermaria. Pense no que você pode fazer para minimizar os riscos para este paciente.
5. Resolução da SP	Para resolver essa situação-problema, você precisa recordar os conceitos de áreas críticas, limpeza terminal e concorrente.



Lembre-se

Além das questões de estética, a limpeza do ambiente causa uma sensação agradável. A enfermagem deve zelar pela unidade do paciente sem, contudo, desprezar a privacidade que lhe cabe por direito.



Faça você mesmo

Como você já sabe o conceito da classificação das áreas hospitalares, principalmente da unidade de internação, imagine a seguinte situação: você chega ao hospital e ao realizar a passagem do plantão, a enfermeira

relata que o paciente Francisco, do leito 32, foi internado com uma queimadura de terceiro grau em 30% do corpo, mas, apesar da situação está respondendo bem à internação, a enfermeira que está no quarto de Francisco informa que está subindo um paciente com diarreia e o único leito desocupado é onde está o Sr. Francisco. Qual será sua conduta?

Resposta: avisar o setor de internação que o paciente não poderá subir para esse leito, pois o Sr. Francisco é um paciente imunodeprimido.

Faça valer a pena

1. Na história do hospital vimos que a palavra tem dois significados: um vem de hóspedes, que significa hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. Hoje ele é conhecido como nosocomium, de fonte grega, cujo significado é:

- a) Tratar os doentes.
- b) Tratar os pobres.
- c) tratar os soldados de guerra.
- d) Tratar aqueles que possuem dinheiro.
- e) Tratar os políticos.

2. No século XIX a organização dos serviços era precária e os conhecimentos científicos estavam baseados nas concepções de que as doenças eram causadas por algumas substâncias como:

- a) certos animais, gases ou resíduo nocivo que eram arrastados pelo vento até um possível indivíduo, que acabaria por adoecer.
- b) Certos odores venenosos, gases ou resíduo nocivo que eram arrastados pela tempestade até um possível indivíduo, que acabaria por adoecer.
- c) Certos odores venenosos, gases ou resíduo nocivo que eram arrastados pelo vento até um possível indivíduo, que acabaria por adoecer.
- d) Certos odores venenosos, gases ou resíduo nocivo que eram arrastados pelo vento até um possível indivíduo, que não adoecia, mas, apresentava graves sequelas.
- e) Certos odores venenosos, gases ou resíduo nocivo que eram arrastados pelo vento até um grupo de pessoas, que acabariam por adoecer.

3. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, hospital é definido como todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação. Quanto à caracterização dos hospitais eles podem ser:

I - Quanto ao Nível de atenção à assistência ele pode ser secundário, terciário e/ou quaternário.

II - Quanto ao porte ele pode ser: pequeno, médio, grande e extra ou especial.

III - Quanto à natureza de assistência pode ser: geral e especializada.

IV - Quanto ao tempo de estadia pode ser: de curta ou longa permanência.

Após analisar as afirmativas acima, assinale somente a correta:

a) Apenas I e II.

b) Apenas II e III.

c) Apenas III e IV.

d) Apenas I e IV.

e) Todas as alternativas correspondem à caracterização dos hospitais.

Seção 2.3

Procedimentos de higienização

Diálogo aberto

Olá, caro aluno, muito bem-vindo!

Você tem acompanhado nas seções anteriores o que foi discutido sobre Infecções e o impacto na qualidade da assistência à saúde. Em seguida estudou sobre a classificação das áreas hospitalares, e a história dos hospitais, a atuação dos enfermeiros nas áreas hospitalares que hoje são classificadas como críticas, semicríticas e não críticas, na higienização e também nas barreiras ambientais. Nesta seção discutiremos a importância do enfermeiro, entender o que acontece com o lixo que produzimos dentro de um hospital e para onde ele é encaminhado. O enfermeiro tem atuação fundamental nesse aspecto, pois se ele não entender este contexto, não tem como intervir de maneira eficaz neste lixo. Hoje há uma preocupação mundial em relação aos resíduos de uma forma geral, e quando se fala de resíduo hospitalar há uma preocupação ainda maior. Vamos conversar um pouco também sobre os métodos de esterilização, assepsia, limpeza, desinfecção e descontaminação dos materiais. A qualidade do serviço de saúde é um fator determinante para a segurança do paciente, e neste aspecto tentaremos levar a você aluno a importância do enfermeiro neste processo. Esperamos que você faça uma viagem e descubra através da leitura deste material didático a sua importância na sociedade e de que forma pode contribuir para um mundo melhor.

É importante que você leia o livro didático, vídeos, links e leituras sugeridas, pois a partir destas leituras, você vai adquirir conhecimento para compreender a importância na sua área de atuação, bem como conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e a Biossegurança.

Vamos juntos fazer essa viagem?

Não pode faltar

Como vimos nas seções anteriores, as infecções hospitalares

constituem um grave problema de saúde pública, tanto pela sua dimensão como pelo seu custo nas Instituições hospitalares. É imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento e conscientização dos vários riscos inerentes aos processos de desinfecção e de esterilização, bem como nas dificuldades relacionadas a este processo devido à natureza de cada artigo (alguns de polivinil, outros de metal, etc.), para que assim, consiga tomar as devidas precauções.

Referente ao material de uso hospitalar, existem vários processos que são utilizados sem riscos para o paciente. Entre eles temos a limpeza dos materiais, a desinfecção e esterilização e relacionados a estes processos, a técnica asséptica.

A drástica redução na incidência da doença infecciosa que aconteceu durante o final do século XIX e início do século XX resultou, em grande parte, da compreensão de que os microrganismos causam a doença e que eles podem ser controlados por meio de práticas assépticas. Os métodos de controle estabelecidos incluem a utilização de agentes físicos, como desinfetantes, sobre os agentes externos do corpo; o uso de agentes químicos, como os antissépticos, sobre objetos inanimados e na superfície corporal; e o uso de agentes quimioterápicos, como os antibióticos, para combater os microrganismos nas superfícies corporais e dentro do corpo. A assepsia é a ausência de microrganismos patogênicos (produtores de doenças). A técnica asséptica refere-se a práticas/procedimentos para auxiliar na redução de riscos de infecção. Existem dois tipos de técnicas assépticas: a assepsia clínica e cirúrgica.

A assepsia clínica, ou técnica de limpeza, inclui procedimentos usados para reduzir o número de organismos presentes e prevenir as transferências de organismos. Higiene das mãos, usar luvas limpas para prevenir a transferência de organismos de um paciente para outro ou para prevenir contato direto com sangue ou fluidos corporais do paciente, o uso de aventais e rotinas de limpeza do ambiente são exemplos de assepsia clínica. O princípio da assepsia clínica também pode ser seguido no dia a dia, por exemplo, quando lavamos as mãos antes de fazer comida ou após ir ao banheiro. Após um objeto se tornar não esterilizado ou não limpo, ele é considerado contaminado. Na assepsia clínica, uma área ou objeto é considerado

contaminado se ele contém ou é suspeito de conter patógenos. Por exemplo, um urinol (recipiente utilizado para pacientes do sexo masculino urinar), a mesa de alimentação e uma roupa usada são considerados itens contaminados. O enfermeiro deve seguir certos princípios e procedimentos, incluindo precaução padrão, para prevenir e controlar a infecção e sua disseminação.



Assimile

Você é responsável em prover um ambiente seguro para o paciente. A eficiência das práticas de controle de infecção depende da sua conscientização e consistência no uso eficiente de técnica asséptica.

Já a limpeza, desinfecção e esterilização adequadas de objetos contaminados reduzem significativamente e frequentemente eliminam microrganismos. Nas instituições de saúde o departamento de processamento de esterilização é responsável pela desinfecção e esterilização de suprimentos e equipamentos reutilizáveis. É importante saber que muitos princípios de limpeza e desinfecção também se aplicam em domicílio.

Limpeza: A limpeza é a remoção de toda sujeira e dos resíduos visíveis por meio de lavagem, tirar o pó ou esfregar as superfícies que estão contaminadas. A limpeza antecede a desinfecção e a esterilização. Geralmente, a limpeza envolve o uso de água e ação mecânica com detergentes ou produtos enzimáticos (é um produto cuja formulação contém além de um tensoativo, pelo menos uma enzima hidrolítica, que tem como finalidade remover a sujidade clínica e evitar a formação de compostos insolúveis na superfície desses dispositivos). Os detergentes devem ter pH natural. Quando um objeto entra em contato com um material infectado ou possivelmente infectado, o objeto é contaminado. Se o objeto é descartável, ele deve ser descartado. Os objetos reutilizáveis devem ser completamente limpos antes do reuso e então desinfetados ou esterilizados de acordo com as recomendações do fabricante. O material que tem contato com pele intacta, e por ser uma barreira efetiva para a maioria dos microrganismos, os artigos que entram em contato com a pele íntegra não precisam ser estéreis. Artigos como manguitos de pressão arterial, roupas de cama, mesinhas de cabeceira e a mobília do quarto podem ser limpos e reutilizados.



Se você quiser saber mais sobre os produtos enzimáticos e a recomendação da Anvisa (na Seção III, Art 4º Parágrafo I ao XI), acesse: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5b22ac004d9a646fb63ff7c116238c3b/27+de+novembro+RDC+55_2012+-+Detergentes+Enzimaticos.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 17 dez. 2015.

Desinfecção: refere-se aos processos químicos ou físicos usados para reduzir as quantidades de patógenos potenciais sobre a superfície de um objeto, descreve também um processo que elimina muitos ou todos os microrganismos, com a exceção de esporos de bactérias de objetos inanimados. Uma substância química empregada em objetos inanimados é chamada de desinfetante. Uma substância química usada em objetos vivos é chamada de antisséptico. Uma substância química é bactericida quando mata os microrganismos; um agente que impede a multiplicação bacteriana, mas não mata todas as formas do organismo é chamado de bacteriostático. Para ser útil, o método escolhido deve matar ou retardar o crescimento dos patógenos sem lesionar o material ou a pessoa que está sendo tratada. Qualquer artigo que entra em contato com mucosas ou com a pele que não está intacta deve estar livre de todos os microrganismos, com exceção dos esporos. Os equipamentos de terapia respiratória e de anestesia, termômetros e endoscópios gastrintestinais são exemplos de artigos que são desinfetados.

Esterilização: é a completa eliminação ou destruição de todos os microrganismos, incluindo esporos. Vapor sob pressão, gás de óxido de etileno, plasma de peróxido de hidrogênio e produtos químicos são os agentes esterilizantes mais comuns. O gás de óxido de etileno representa um risco à saúde em especial para a equipe de processamento com este agente, e a exposição deve ser monitorada. Os processos de esterilização são cáusticos porque exigem extremos de calor, substâncias químicas potentes ou gás que não possa ser usado sobre tecidos corporais. Qualquer processo empregado para esterilizar equipamentos deve ser efetivo na morte dos organismos, mas não destrutivo para o equipamento. Os dois métodos mais populares são a esterilização a vapor e a esterilização a gás com óxido de etileno. Os outros métodos incluem o calor seco e a radiação ionizante. A decisão de limpar, ou limpar e desinfetar ou esterilizar, depende da intenção de uso do item. Há três categorias de classificação do equipamento que são:

Itens críticos: estes precisam ser estéreis, como exemplo têm-se os instrumentos cirúrgicos; cateteres cardíacos ou intravasculares; cateteres vesicais e implantes. Itens semicríticos: estes itens entram em contato com membranas e mucosas ou pele não intacta. Eles precisam ser submetidos à desinfecção de alto nível ou esterilizados, como exemplo têm-se os equipamentos respiratórios e de anestesia; endoscópios; cânulas endotraqueais entre outros. Itens não críticos: eles entram em contato com pele intacta, mas não membranas mucosas. Precisam ser limpos e desinfetados, como comadres, manguitos para aferir a pressão arterial, grades de cama, roupas de cama, estetoscópios entre outros. Para simplificar a classificação das categorias a Anvisa propôs um novo conceito para os artigos críticos e semicríticos. Críticos: aqueles que têm contato direto ou indireto com áreas estéreis do corpo, independente de serem mucosas ou tecidos epiteliais; Semicríticos: os que entram em contato direto ou indireto com mucosa, com flora própria ou com lesões superficiais de pele.

A assepsia cirúrgica ou técnica estéril previne a contaminação de uma ferida aberta, serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia. Para ser estéril, um objeto deve estar isento de todos os microrganismos. A técnica estéril é empregada para evitar a introdução ou a disseminação de patógenos do ambiente para dentro do paciente. Os procedimentos que exigem a técnica estéril compreendem a inserção de cateteres intravenosos, injeções, cateterismo urinário, irrigação de tubos de drenagem que entram em regiões estéreis do corpo e todos os procedimentos operatórios. Para pacientes cujo sistema imune está comprometido, determinados procedimentos que normalmente exigiriam a técnica limpa devem ser efetuados com o uso de técnica estéril. Neonatos prematuros, pacientes queimados, receptores de transplante e pacientes que recebem quimioterapia ou radiação constituem exemplos de grupos para os quais pode ser necessária a técnica estéril para procedimentos que, de outra forma, empregariam a técnica limpa.



Exemplificando

Na assepsia cirúrgica, uma área ou um objeto são considerados contaminados se tocados por qualquer objeto não estéril. Por exemplo, uma ruptura em uma luva cirúrgica expõe o exterior da luva à superfície da pele, deste modo contaminando-a.

Ao realizar um procedimento com a assepsia cirúrgica é importante envolver o paciente para que ele compreenda o que está sendo realizado e assim conseguir sua compreensão e colaboração. Certos pacientes têm medo de mover ou tocar objetos durante um procedimento de esterilização, enquanto outros tentam ajudar. É importante explicar como será executado o procedimento e como o paciente pode fazer para evitar a contaminação de itens estéreis, como exemplo podemos orientá-los quanto a evitar movimentos bruscos das partes do corpo cobertas pelos tecidos esterilizados; evitar tocar os materiais, tecidos estéreis, luvas ou aventais do Enfermeiro; evitar tossir, espirrar ou falar sobre uma área estéril. As condições do paciente algumas vezes resultam em ações ou eventos que contaminam um campo estéril, o enfermeiro deve se anteceder a esses eventos de maneira preventiva, por exemplo, se um paciente com uma infecção respiratória transmite organismos pela tosse ou ao falar, antes de começar o procedimento o enfermeiro deve oferecer uma máscara ao paciente.

Vamos falar um pouco agora sobre os resíduos hospitalares. Sabe-se que todos os procedimentos realizados dentro de um hospital produzem resíduos, o enfermeiro deve se preocupar onde descartar esses resíduos. É exigido que as instituições de saúde pública e privadas desenvolvam programas para o descarte de resíduos categorizados como infecciosos, lesivos ou perigosos para empregados, pacientes, visitantes, público em geral e ambiente. Muitos resíduos que os hospitais produzem não são infectantes, lesivos ou perigosos. O resíduo seguro inclui papel, plástico, metal e produtos de vidro usados para diversas finalidades dentro da instituição de saúde. Existe uma grande controvérsia sobre os produtos residuais hospitalares, e grande parte dela decorre do medo do público da infecção pelo HIV. O CDC (Sigla em inglês que significa Centro de Controle e Prevenção de Doenças) sustenta que o resíduo hospitalar em geral não é mais infeccioso que o resíduo residencial. As atuais recomendações são para a incineração ou a autoclavagem dos resíduos infecciosos antes do descarte em aterro sanitário. Os fluidos corporais líquidos (sangue, urina, líquidos orgânicos aspirados) podem ser derramados em um ralo conectado ao sistema de esgotos. As instituições de cuidado de saúde utilizam recipientes de resíduos separados, claramente marcados com "Perigo Biológico", para os resíduos infecciosos, tais como artigos contaminados por sangue. Como o custo do descarte do resíduo contaminado é grande, é importante não descartar a

totalidade dos resíduos nesses recipientes. Outra preocupação da saúde pública é o uso de fraldas descartáveis para lactentes e pacientes geriátricos. Embora a maioria das embalagens comerciais aconselhe a lavagem da fralda no vaso sanitário antes do descarte em recipientes de lixo, sabe-se que há pouca adesão institucional ou residencial a essa advertência. O resultado consiste em milhões de toneladas de urina ou fezes cuidadosamente acondicionadas presentes nos aterros, em plástico não biodegradável.

Quando falamos dos resíduos de saúde sempre estará associado a qualquer atividade de natureza médico-assistencial humana ou animal como as clínicas odontológicas, veterinárias, farmácias, centros de pesquisa - farmacologia e saúde, medicamentos vencidos, necrotérios, funerárias, medicina legal e barreiras sanitárias. Nesses estabelecimentos são gerados resíduos com alguma periculosidade, como resíduos infectantes (sépticos) - cultura, vacina vencida, sangue e hemoderivados, tecidos, órgãos, produtos de fecundação, materiais resultantes de cirurgia, agulhas, ampolas, pipeta, bisturi, animais contaminados, resíduos que entraram em contato com o pacientes (secreções, refeições, etc.); resíduos especiais - rejeitos radiativos, medicamento vencido, contaminado, interditado, resíduos químicos perigosos e os resíduos comuns que são aqueles que não entram em contato com o paciente (escritório, restos de alimentos, etc.).

A gestão sustentável dos resíduos sólidos pressupõe reduzir o uso de matérias-primas e energia, reutilizar produtos e reciclar materiais, o que vem ao encontro do princípio dos 3 Rs, apresentado na Agenda 21: redução, reutilização, e reciclagem de materiais. Para atingir tal meta, é imprescindível a implantação de uma eficiente coleta seletiva.



Refleta

A Agenda 21 constitui um marco mundial importante na busca do desenvolvimento sustentável a médio e longo prazo. É o principal documento da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano. Diz respeito às preocupações com o nosso futuro, a partir do século XXI. Este documento foi assinado por 170 países, inclusive o Brasil.

O gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e

proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo desses resíduos.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de: segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Deve considerar as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes (ANVISA, 2006).



Faça você mesmo

Você é enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um paciente é encaminhado para que o oriente quanto a um curativo que será realizado na residência pela esposa. Que tipo de educação em saúde você daria relacionado ao curativo e ao material utilizado na residência?

Resposta: Primeiramente, você ensina quanto aos cuidados ao realizar o curativo, por exemplo, como retirar o curativo antigo, quais os cuidados com o material limpo que será utilizado no novo curativo, os princípios de assepsia; após o término do curativo, você o orienta onde poderá jogar o material utilizado e como é importante acondicioná-lo em um saco branco e levar na UBS mais próxima para descarte correto. É importante que você teste a compreensão do paciente quanto aos conteúdos ensinados.



Vocabulário

Lixo: (ou rejeito) são os materiais considerados não aproveitáveis, indesejados, ou desprovidos de valor. A palavra lixo vem do latim (lix = cinza). No senso comum é associado à sujeira, inutilidade, empecilho e imundície. Para a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) lixo são os "restos das atividades humanas, considerados pelos geradores como inúteis, indesejáveis ou descartáveis, podendo se apresentar no estado sólido e líquido, desde que não seja passível de tratamento.

Resíduo: são sobras ou restos do processo produtivo ou de consumo, que tem valor e podem ser reutilizados ou reciclados. Deriva do latim residuum, que significa o que sobra de determinada substância.

Também vale a pena destacar a Política dos 5Rs, que é um processo educativo que gera uma atitude ética em relação ao RESÍDUO: Reduzir: diminuir a geração de resíduos; Repensar: inovar as práticas de consumo; Reaproveitar: dar novo uso aos resíduos; Reciclar: retornar os resíduos ao processo produtivo; Recusar: rejeitar produtos cujos resíduos gerem impactos ambientais negativos significativos.

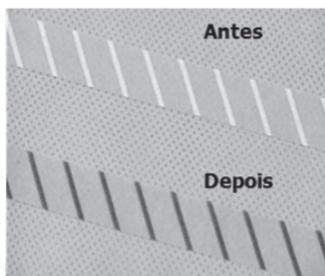
Sem medo de errar

Caro aluno, com o conteúdo estudado sobre esterilização e assepsia, limpeza, desinfecção e descontaminação e Resíduos dos Serviços de Saúde, você está apto para desempenhar trabalhos que envolvam procedimentos como assepsia clínica ou cirúrgica e também já possui conhecimento sobre os resíduos produzidos nos serviços de saúde. A prevenção e o controle efetivos de infecção requerem que você permaneça atento aos modos de transmissão e meios de controlá-los. No hospital, domicílio ou Instituição de longa permanência, o paciente deve ter um conjunto de pertences pessoais de cuidado. Dividir comadres, urinóis, bacias de banho e utensílios de refeições pode facilmente conduzir à infecção cruzada.

! Atenção

Quanto ao material estéril a umidade provoca a contaminação, manuseie cuidadosamente os líquidos para evitar respingos, coloque objetos sobre superfícies impermeáveis, esterilizadas, como cubas esterilizadas. Nunca "achar" que um objeto está esterilizado, verificar antes para ver se ele está rotulado como esterilizado, como está a integridade das embalagens, a data de validade e se houver qualquer dúvida em relação à esterilidade de um objeto, ele deve ser considerado não esterilizado.

Figura 2.1 | A figura abaixo, indica a fita antes e após a esterilização



Fonte: <https://esterilizacao.files.wordpress.com/2011/09/imagem1.png>. Acesso em: 20 dez. 2015.



Os artigos esterilizados abertos e não utilizados não são mais estéreis depois do procedimento. Quando foram removidos os invólucros protetores, o artigo está sendo contaminado pelo ar. Mesmo quando não é tocado e repousa sobre uma superfície esterilizada, ele deve ser descartado ou esterilizado novamente antes de ser usado. Os líquidos abertos durante o procedimento e que permanecem em seus frascos originais também são considerados contaminados.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Descarte de resíduo hospitalar e assepsia”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do seu relacionamento interpessoal.
2. Objetivos de aprendizagem	Compreender a diferença de assepsia clínica e cirúrgica e o descarte de resíduos dos serviços de saúde.
3. Conteúdos relacionados	Resíduos dos serviços de saúde; esterilização e assepsia; limpeza, desinfecção e descontaminação.
4. Descrição da SP	O Sr. Felício está internado há oito dias, ele foi recém-diagnosticado com diabetes, que é uma doença originada no pâncreas, órgão responsável pela produção de alguns hormônios, entre eles a insulina. Devido a ter o comprometimento desse órgão, desde o primeiro dia de internação iniciou tratamento com insulina. Você já sabe que este paciente irá realizar o tratamento para o resto de sua vida, associado com exercícios físicos e dieta. Pensando na assepsia e no lixo que ele vai produzir em casa, que tipo de orientação você usaria como estratégia.
5. Resolução da SP	Para resolver essa situação-problema, você precisa recordar os tipos de assepsia que existem e o que determina a Anvisa quanto à produção de lixo hospitalar nas residências.



Lembre-se

Para aplicar uma injeção deve-se tomar alguns cuidados para não contaminar o material e não quebrar o processo de esterilização, por exemplo, não permitir que a agulha que irá ser introduzida no paciente tenha contato com a superfície, como as regiões externas do frasco, região externa da tampa da agulha; quanto à seringa, evitar tocar o comprimento do êmbolo ou a parte interna do corpo da seringa, a ponta da seringa deve sempre estar coberta com uma tampa ou agulha. Pedir para que limpe a pele com água e sabão e ao realizar a antisepsia da pele, friccionar a região com movimentos circulares, e fazer a limpeza do centro da região para a bordas.



Faça você mesmo

seja efetiva? E quanto ao lixo produzido em casa?

Resposta: quando você, enfermeiro, percebe que suas orientações não estão sendo entendidas pelo paciente, aconselha-se verificar se este encontra-se acompanhado de familiar e neste caso passar todas as orientações para ele, o qual fará todo o acompanhamento na residência. Quanto ao lixo produzido em casa convém fazer a orientação para o mesmo familiar, hoje as Unidades Básicas de Saúde já disponibilizam a caixa para perfurocortantes, onde depois de completas conforme as orientações da Anvisa, devem ser devolvidas às UBS.

Faça valer a pena

1. As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, devido ao impacto da sua:

- a) Dimensão, como pelo seu custo nas instituições hospitalares.
- b) Dimensão, como pelo seu custo nas residências.
- c) Solução, como pelo seu custo nas instituições de longa permanência.
- d) Administração, como pelo seu custo na esterilização.
- e) Reavaliação, como pelo custo na assepsia cirúrgica e clínica.

2. A partir da compreensão de que os microrganismos causam a doença e que eles podem ser controlados por meios de práticas assépticas, alguns métodos de controle foram estabelecidos, entre eles incluem:

- I- agentes físicos, como desinfetantes, sobre os agentes externos do corpo.
- II - Agentes químicos, como os antissépticos, sobre objetos inanimados e na superfície corporal.

III - Agentes quimioterápicos, como os antibióticos, para combater os microrganismos nas superfícies corporais e dentro do corpo.

IV - Agentes mecânicos, como as escovas responsáveis para a remoção de sujidades que ficam grudadas nos objetos.

Assinale a alternativa correta:

- a) I e IV.
- b) II e IV.
- c) I, II e III.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e IV.

3. A técnica asséptica refere-se a práticas/procedimentos para auxiliar na redução de riscos de infecção. Existem dois tipos de técnicas assépticas que são a:

- a) Assepsia clínica ou técnica estéril, que previne a contaminação de uma ferida aberta, serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia; e cirúrgica ou técnica de limpeza, que inclui procedimentos usados para reduzir o número de organismos.
- b) Assepsia clínica ou técnica de limpeza, que inclui procedimentos usados para reduzir o número de organismos e prevenir a transferência de organismos; e cirúrgica ou técnica estéril, que previne a contaminação de uma ferida aberta, serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia.
- c) Assepsia clínica, que inclui procedimentos de esterilização e assepsia cirúrgica, que inclui procedimentos de limpeza de materiais com produtos degermantes.
- d) Assepsia clínica, que inclui procedimentos como o usado com o gás óxido de etileno e assepsia cirúrgica, que inclui procedimentos como a limpeza terminal.
- e) Assepsia clínica, que inclui procedimentos como o uso de glutaraldeído e assepsia cirúrgica, que inclui procedimentos como a limpeza concorrente.

Seção 2.4

Educação e biossegurança no controle das infecções

Diálogo aberto

Olá, caro aluno, estamos juntos novamente, seja muito bem-vindo!

Só para lembrar, nas seções anteriores estudamos sobre infecção; classificação das áreas hospitalares; procedimentos de higienização e na última seção, a importância de o enfermeiro entender o que acontece com o lixo que produzimos dentro de um hospital e para onde ele é encaminhado, a sua atuação que é fundamental nesse aspecto, pois com este entendimento o enfermeiro pode intervir de maneira eficaz neste lixo. Estudamos também, sobre os métodos de esterilização, assepsia, limpeza, desinfecção e descontaminação dos materiais. Nesta seção, dando continuidade às seções anteriores vamos falar de educação, o que podemos fazer enquanto enfermeiros nas ações educativas para controlar as infecções hospitalares. Dentre estes métodos educativos, você irá aprender sobre a higienização das mãos, quais os tipos que existem e como uma técnica tão simples é tão eficaz na prevenção das infecções. Discutiremos sobre o manejo de equipamentos de proteção individual; quando falamos de equipamentos de proteção individual, temos a preocupação de como utilizá-lo, mas esquecemos que podemos quebrar a técnica ao retirá-lo, contaminando assim o ambiente, os profissionais e o próprio paciente. E por último vamos aprender a técnica de calçar e retirar as luvas.

Como você pode perceber, temos muito o que aprender, e pretendemos que você, ao ter contato com este material, perceba que maneiras tão simples, como a lavagem das mãos e o uso de luvas, podem diminuir consideravelmente as infecções hospitalares, repercutindo na qualidade da assistência, e na segurança do paciente.

É importante que você leia o livro didático, assista aos vídeos, acesse os links e faça as leituras sugeridas, pois, a partir destas leituras, você

vai adquirir conhecimento para compreender a importância na sua área de atuação, bem como conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e à biossegurança.

Bons estudos!

Não pode faltar

Vamos iniciar esta seção falando sobre o que as Instituições de Saúde têm feito para diminuir as infecções. As instituições de cuidados de saúde mantêm programas de serviços de saúde para os profissionais como parte de seus programas de controle de infecção. Os enfermeiros, inclusive os que trabalham na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), estão frequentemente envolvidos nos programas de educação de colaboradores. Os objetivos desses programas incluem a ênfase nas boas práticas de saúde, na dieta, no exercício, no repouso e na higiene pessoal; monitoração e pesquisa das exposições a infecções potencialmente perigosas e dos surtos de infecções entre os profissionais; o fornecimento de cuidado para os profissionais, para as exposições ou doenças ligadas ao trabalho; a identificação dos riscos de infecção relacionados com o emprego; e a instituição das medidas apropriadas para evitar a exposição e transmissão de doença infecciosa. Quase todas as Instituições exigem palestras de educação de segurança e saúde para os profissionais como parte do processo de orientação. Outras instituições exigem triagem laboratorial para doenças de alto risco e oferecem programas de imunização rotineiros para os seus colaboradores. Os mecanismos para o diagnóstico e tratamento imediatos das doenças ocupacionais e a provisão da profilaxia para as doenças evitáveis são importantes para assegurar a saúde de todos os colaboradores. O acesso ao aconselhamento de saúde sobre infecções é particularmente importante para as mulheres em idade reprodutiva, pois não é permitido que enfermeiras grávidas tratem de pacientes portadores de doenças que gerem riscos ao feto. As principais doenças que podem levar algum risco ao feto são: rubéola, hepatite B, vírus do herpes simples, varicela zoster, citomegalovírus e HIV. É importante informar à colaboradora, caso ela esteja ou pretenda, quais são os riscos potenciais para o feto, decorrentes das atribuições do trabalho e sobre as medidas preventivas que reduzem tais riscos. Os profissionais do hospital estão em risco de contrair e transmitir

doenças passíveis de prevenção por vacinas, por isso uma boa prática de saúde é manter atualizada a imunização. Em geral, é necessário que os colaboradores que trabalham em áreas de alto risco, como as unidades pediátricas, de diálise ou de transplantes, comprovem que seu estado de imunização está atualizado.

Algumas exposições são significativas, as políticas institucionais e as restrições para colaboradores destinam-se a evitar a exposição e a aquisição de doenças infecciosas. Qualquer exposição significativa é investigada para proteger os colaboradores, os pacientes e as instituições. O significado de uma exposição é determinado pelo tipo e pela duração da exposição, com a consideração da forma de transmissão, se o hospedeiro é suscetível e se foram tomadas as medidas de precauções. Muitas exposições exigem o relato adequado pelos membros da equipe para o fornecimento da profilaxia (se houver alguma disponível) e para qualificar para a cobertura do seguro ocupacional e industrial, caso sobrevenha a doença.



Pesquise mais

É importante que você leia o artigo a seguir, sobre os acidentes biológicos que os profissionais de enfermagem estão expostos e suas consequências, evidenciando que os problemas de saúde decorrem da organização do trabalho. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000400011>. Acesso em: 24 dez. 2015.

Existem algumas restrições de trabalho para os profissionais de saúde que apresentam doenças contagiosas. É importante que profissionais que se encontram com doenças caracterizadas por tosse abundante, coriza ou diarreia frequente permaneçam em casa. Os profissionais considerados portadores de qualquer um dos aspectos clínicos associados às doenças oportunistas da AIDS devem ser aconselhados sobre os riscos que impõem aos pacientes e a si mesmo no ambiente de trabalho. Os profissionais de saúde que realizam procedimentos invasivos como, uma lesão por picada de agulha ou com bisturi exporia o seu sangue ao do paciente gerando risco máximo de contaminação. Todos os profissionais portadores do vírus HIV (AIDS) devem usar luvas, para contato direto com mucosas ou pele não intacta de todos os pacientes. Qualquer profissional de saúde portador do vírus HIV, lesões ou dermatite exsudativa deve abster-se de todo o cuidado direto e manuseio do equipamento de

cuidados do paciente até que as lesões estejam curadas. Profissionais de saúde portadores do vírus do HIV precisam ser cuidadosos na adesão às práticas de controle de infecção. O HIV compromete o sistema imune, fazendo com que as pessoas portadoras deste vírus tenham mais probabilidades de adquirir doenças infecciosas ou de experimentar complicações mais graves e devem ser orientados sobre os riscos potenciais para si mesmos.

Outro componente principal da proteção do paciente e do colaborador é a higiene das mãos. Embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil. A higienização das mãos é uma medida individual, simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo lavagem das mãos foi substituído por higienização das mãos devido a maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica, que iremos abordar adiante.

A transmissão por contato através das mãos dos profissionais de saúde ou dos próprios pacientes, é a forma mais comum de contaminação por microrganismos. A higienização das mãos tem a finalidade de remoção de sujidades, suor, oleosidade, pelos, células descamativas, microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato, a prevenção e a redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas. Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais: agente tópico com eficácia antimicrobiana, procedimento adequado ao utilizá-lo (com técnica adequada e no tempo preconizado) e adesão regular no seu uso (nos momentos indicados).

A higienização simples das mãos tem por finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A higienização pode ser feita com água e sabão, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas, ao iniciar o turno do trabalho, após ir ao banheiro, antes e após as refeições, antes do preparo de alimentos, antes do preparo e manipulação de medicamentos. A técnica e o tempo gasto durante o procedimento normalmente dura,

em média, 40 a 60 segundos. Com intuito de estimular a higienização das mãos e não criar obstáculos para execução do procedimento recomenda-se que o sabonete seja agradável ao uso, suave, de fácil enxague, não resseque a pele, possua ou não fragrância leve e tenha boa aceitação pelos trabalhadores. A higienização antisséptica das mãos tem por finalidade promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico, a duração do procedimento dura em média de 40 a 60 segundos. A fricção antisséptica das mãos, com preparações alcoólicas tem a finalidade de reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de gel alcoólico preferencialmente a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A duração do procedimento é de 20 a 30 segundos. A antisepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos constitui uma medida importante dentre outras, para a prevenção da infecção de sítio cirúrgico e tem por finalidade eliminar a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. As escovas utilizadas devem ser de cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com antissépticos e de uso exclusivo em leito ungueal e subungueal. A duração do procedimento é de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes (ANVISA, 2015).

Para realizar uma boa higienização das mãos alguns equipamentos são necessários, como, por exemplo: lavatórios; dispensadores de sabão e antissépticos; porta-papel toalha; secador elétrico; lixeira para descarte do papel toalha.



Pesquise mais

Para conhecer a técnica de higienização das mãos e os produtos utilizados, acesse o manual da Anvisa, no link: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2015.



Refleta

Você deve considerar outros aspectos antes de realizar a higienização das mãos, que constitui em manter as unhas naturais, limpas e curtas; não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com o paciente; evitar utilizar anéis, pulseiras e outros adornos; aplicar creme hidratante diariamente nas mãos para evitar ressecamento da pele.



Exemplificando

É importante que as mãos sejam lavadas nas seguintes situações: no início e no final do plantão; antes do contato com um paciente; entre o contato com os diferentes pacientes; antes e depois do contato com feridas, curativos ou roupas de cama; antes de realizar qualquer procedimento invasivo; antes de administrar medicamentos; depois do contato com qualquer secreção ou excreção do paciente; antes e depois de usar o banheiro; depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz; depois de remover as luvas; antes de se alimentar.

O uso de luvas: o ato de calçar luvas tem por finalidade diminuir a possibilidade de propagação de agentes infecciosos aos pacientes e de o profissional contaminar-se com produtos orgânicos. As luvas utilizadas na enfermagem têm duas funções: luvas de procedimentos: usadas para autoproteção na manipulação de material contaminado e/ou áreas de pele e mucosas infeccionadas do paciente; luvas esterilizadas: usadas para realizar os cuidados de enfermagem que necessitam de técnica asséptica, como cateterismo vesical, curativos, aspiração de secreção traqueal, qualquer procedimento cirúrgico, parto vaginal, procedimentos invasivos, etc. Deve-se selecionar o tamanho correto de luva: a luva não deve esticar de modo tão apertado que possa rasgar facilmente, no entanto, ela deve estar justa o suficiente para que possa pegar objetos facilmente. As recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são: usar luvas somente quando indicados; para proteção individual, nos casos de contato com mucosas e pele não íntegra, ou seja, pele onde existem lesões como ferimentos, úlceras de pressão, feridas cirúrgicas de todos os pacientes: redução da contaminação por microrganismos das mãos dos profissionais no campo operatório com o uso de luvas estéreis; redução da possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato; trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente e durante o contato com o paciente, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo ou quando esta estiver danificada; não tocar desnecessariamente superfície e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas; não lavar ou usar o mesmo par de luvas; a utilização de luvas não substitui a higienização das mãos; usar a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos.



Profilaxia: utilização de procedimentos e recursos para prevenir e evitar doenças; parte da medicina que estabelece medidas preventivas para a preservação da saúde da população.

Surtos: dois ou mais casos de uma determinada doença ocorrem em um determinado local, como instituições, escolas, creches, cozinhas, etc., aliados à hipótese de que tiveram, entre esses casos, a mesma fonte de infecção ou de contaminação ou o mesmo fator de risco, como exemplo, a infecção alimentar em uma creche.

Infecção do Sítio Cirúrgico: são infecções relacionadas aos procedimentos cirúrgicos.

Sem medo de errar

Usar a habilidade de pensamento crítico para prevenir o desenvolvimento ou multiplicação de infecção; implementar procedimentos para minimizar os números e tipos de organismos que poderiam ser possivelmente transmitidos; eliminar reservatórios de infecção, controlar portas de saídas e entradas e evitar ações que transmitam microrganismos, prevenindo a bactéria de encontrar um novo lugar para crescer. O uso adequado de suprimentos estéreis, precauções de barreira, precauções padrão, precauções baseadas em transmissão e adequada higiene das mãos são exemplos de métodos para controlar a disseminação de microrganismos. Uma medida preventiva final é fortalecer as defesas potenciais do hospedeiro contra infecção, como o suporte nutricional, repouso, manutenção dos mecanismos de proteção fisiológica e imunizações recomendadas protegem um paciente. Por exemplo, a vacinação anual para proteger contra a gripe é um importante elemento de redução de risco. Quando um paciente desenvolve uma infecção, é necessário implementar técnicas e procedimentos para reduzir a oportunidade para o pessoal do cuidado da saúde ou outros pacientes de serem expostos à infecção. Pacientes com doenças transmissíveis podem requerer precauções de isolamento específicas para romper a cadeia de infecção.

As mãos são consideradas as principais vias de disseminação de infecções relacionadas à assistência à saúde e uma das razões apontadas para o descumprimento da prática, incluem, dentre outros,

a falta ou localização não acessível de equipamentos, produtos e suprimentos necessários para a higienização das mãos.



Atenção

Algumas estratégias são utilizadas para a promoção da higienização das mãos nos serviços de saúde, entre elas podemos citar: educação; observação/auditoria e feedback; medidas administrativas como: tornar a higienização das mãos possível, conveniente e fácil e disponibilizar preparações alcoólicas; educação do paciente; lembretes no local de trabalho; sanções administrativas e premiações; troca de produto utilizado para higienização das mãos; promoção do cuidado da pele dos profissionais de saúde; participação ativa no âmbito individual e institucional; evitar superlotação do hospital, a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de profissionais e a combinação de várias estratégias.



Lembre-se

Faz-se necessário mais estudos que analisem de forma cuidadosa, a custo-efetividade das estratégias de promoção de higienização das mãos e é claro, até o momento que elevar a adesão a esta medida pode reduzir infecções e conseqüentemente os custos na maioria dos serviços de saúde.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com a de seus colegas.

“Controle de infecção hospitalar através da higienização das mãos”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância da sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e seu relacionamento interpessoal.
2. Objetivos de aprendizagem	Compreender como as ações educativas podem influenciar no controle das infecções hospitalares.
3. Conteúdos relacionados	Ações educativas no controle das infecções. Técnicas de higienização das mãos. Manejo de equipamentos de proteção individual na Assistência à saúde. Técnica de calçamento e retirada de luva estéril e procedimentos.

<p>4. Descrição da SP</p>	<p>Você é convidado a realizar um treinamento, com o objetivo de diminuir as infecções hospitalares. Ao analisar os motivos das infecções, você percebe que o problema principal é que os colaboradores não realizam a técnica de higienização das mãos de maneira correta, para que posteriormente possa calçar as luvas e ficar livre de contaminação. Em parceria com o enfermeiro responsável pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), e enfermeira da Educação Continuada, vocês decidem realizar um novo treinamento de técnica de higienização das mãos, técnica de calçamento das luvas de procedimento, cuidados com materiais perfurocortantes e estratégias de lembretes e motivação.</p>
<p>5. Resolução da SP</p>	<p>Para resolver essa situação-problema, você precisa recordar os tipos de higienização das mãos que existem e o que orienta a Anvisa.</p>



Lembre-se

A higiene das mãos é a técnica mais importante usada na prevenção e controle de transmissão de infecção. Uma forma de avaliar se houve sucesso no treinamento e nas estratégias que você utilizou é determinar se alcançou os objetivos para redução ou prevenção da infecção. Acompanhe os colaboradores, verifique se existe um comprometimento e se toda a equipe está engajada para alcançar este objetivo. É importante que você indique em cada turno um ou dois líderes, que pode ser o técnico ou o auxiliar de enfermagem, ele será uma espécie de agente multiplicador; repassará o que aprendeu para toda a equipe e cobrará quando observar que a técnica não está sendo utilizada corretamente. Quanto aos pacientes e acompanhantes, uma forma de analisar se o resultado foi alcançado é colocá-los dentro do processo, ou seja, engajá-los, mostrando que também são responsáveis pelo sucesso do tratamento, com medidas simples como a higienização das mãos.



Faça você mesmo

Você está cuidando do Sr. Francisco, de 89 anos, que faz uso de antibiótico por via intravenosa devido uma infecção no trato urinário. Ele retirou o dispositivo venoso acidentalmente. Ao realizar a visita de rotina, você presencia o técnico de enfermagem preparando o material para realizar uma nova punção e administrar o antibiótico. O técnico separa o material, explica para o paciente o que irá acontecer e calça as luvas de procedimentos sem realizar a higienização das mãos. Quando você questiona o técnico sobre sua prática, ele diz, não se preocupe, eu já fiz a higienização no posto de enfermagem e que também o

paciente está tomando o antibiótico, que serve exatamente para matar os microrganismos. Como você poderia responder a este comentário? Qual seria seus próximos passos no acompanhamento desse incidente?

Resposta: as mãos devem ser lavadas nas seguintes situações: no início e no final do plantão; antes do contato com um paciente; entre o contato com os diferentes pacientes; antes e depois do contato com feridas, curativos ou roupas de cama; antes de realizar qualquer procedimento invasivo; antes de administrar medicamentos; depois do contato com qualquer secreção ou excreção do paciente; antes e depois de usar o banheiro; depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz; depois de remover as luvas; antes de se alimentar. Após lembrar a importância da higienização e em quais momentos ela deve ser realizada, encaminhar o técnico para um novo treinamento.

Faça valer a pena

1. Ao chegar para visitar um paciente e após manusear equipamentos contaminados os visitantes são encorajados pela equipe de enfermagem a:

- a) Calçar luvas de procedimentos.
- b) Usar um quarto privativo.
- c) Deixar o hospital o mais rápido possível.
- d) Higienizar as mãos.
- e) Calçar luvas estéreis.

2. Os enfermeiros, inclusive os que trabalham na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), estão frequentemente envolvidos nos programas de educação de colaboradores. Os objetivos desses programas incluem:

I - Ênfase nas boas práticas de saúde na dieta, no exercício, no repouso e na higiene pessoal.

II - Monitoração e pesquisa das exposições a infecções potencialmente perigosas e dos surtos de infecções entre os profissionais.

III - Fornecimento de cuidado para os profissionais para as exposições ou doenças ligadas ao trabalho.

IV - Identificação dos riscos de infecção relacionados com o emprego; e a instituição das medidas apropriadas para evitar a exposição e transmissão de doença infecciosa.

As afirmativas corretas são:

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) I, II, III e IV.

- d) I, III e IV.
- e) II, III e IV.

3. Os mecanismos para o diagnóstico e tratamento imediatos das doenças ocupacionais e a provisão da profilaxia para as doenças evitáveis são importantes para assegurar a saúde de todos os colaboradores. O acesso ao aconselhamento de saúde sobre infecções é particularmente importante para as mulheres em idade reprodutiva, pois não é permitido que enfermeiras grávidas tratem de pacientes portadores de doenças que gerem riscos ao feto. As principais doenças virais ou bacterianas que podem levar algum risco ao feto são:

- a) A rubéola, hepatite b, vírus do herpes simples, varicela zoster, citomegalovírus e o HIV.
- b) Doença de Chagas, hepatite A, vírus do herpes simples, varicela zoster, citomegalovírus e o HIV.
- c) A rubéola, a hepatite B, a leishmaniose, a varicela zoster, o citomegalovírus e o HIV.
- d) Rubéola, a hepatite A, o vírus do herpes simples, a leucemia, o citomegalovírus e o HIV.
- e) Rubéola, hepatite B, vírus da herpes simples, varicela zoster, amebíase e HIV.

Referências

ANVISA. Ministério da Saúde. **Histórico e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Anvisa, 1965. 588p.

_____. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições de Saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 1997. 30 p.

_____. Ministério da Saúde. Agência nacional de Vigilância Sanitária. **Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2006. 182 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007. 52 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2015. 100 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf >. Acesso em: 26 dez. 2015.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Iniciação à ciência da enfermagem**. Tradução de Isabel Cristina Fonseca da Cruz e José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. Rede humaniza FMUSPHC, 2008. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

MORAES, M. F. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso clínico de São Vicente**. 2005. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6123/2/51.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SARQUIS, L. M. M. et al. Exposição ao material biológico: consequências para os profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000400011>. Acesso em: 24 dez. 2015.

SILVA, C. R. L. et al. Fundamentos de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. (orgs.). **Tratado prático de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

Relacionamento Terapêutico

Convite ao estudo

Olá, caro aluno, seja bem-vindo! Vamos iniciar as seções de relacionamento terapêutico. Você já pensou na importância do relacionamento terapêutico no cuidado de saúde? Antes o cuidado de enfermagem acontecia de forma empírica, ou seja, sem conhecimento científico; hoje, para estabelecer um relacionamento terapêutico é preciso conhecer os aspectos éticos: o paciente não é somente um ser humano sob os nossos cuidados, ele tem direitos, culturas, crenças que precisam ser respeitados. É preciso também pensar na forma de abordagem, ou seja, a comunicação na enfermagem deve ser utilizada sem ruídos, ou pelos menos diminuir essa falha. A enfermagem é a arte do cuidar, como desenvolver esse cuidado com zelo, atenção, colocando-se no lugar do outro. Após desenvolver as formas de abordagem terapêutica e a comunicação, será que estaremos aptos para realizar uma boa Sistematização de Enfermagem? A resposta para essa questão, você vai descobrir no decorrer das seções desta unidade.

Competência Geral:

Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.

Competências Técnicas:

Conhecer e identificar as necessidades relacionadas ao ambiente terapêutico e à biossegurança.

Objetivos:

- Definir ética, ética em enfermagem e os termos básicos utilizados.
- Especificar as estratégias que podem ser úteis para os enfermeiros na tomada de decisão ética.
- Explicar como uma ética do cuidado influencia a tomada de decisões do enfermeiro.
- Realizar coleta de informações do paciente para o histórico de enfermagem.
- Corrigir comportamento e postura no momento da coleta de dados.
- Usar as formas de comunicação para abordagem do paciente.
- Discutir o papel que o cuidado desempenha na construção de uma relação enfermeiro-paciente.
- Discutir as potenciais implicações quando as percepções do enfermeiro sobre o cuidado diferem da percepção dos pacientes sobre este cuidado.
- Discutir e compreender a primeira etapa do processo de enfermagem (histórico e exame físico).

Nesta seção, você vai conhecer e compreender a importância da sua atuação no relacionamento interpessoal e como agir de maneira ética no cuidado e respeito ao paciente e família. Também vai conhecer e identificar as necessidades relacionadas aos procedimentos técnicos voltados à humanização. Pretende-se que você consiga discutir o papel da ética na enfermagem profissional, no cuidado e respeito ao paciente e família; conhecer e descrever os termos básicos da Ética na saúde e explicar o que é Deontologia. Na área da saúde, muitas vezes você irá se deparar com algumas questões éticas que exigirão resolução e atitudes que poderão vir de encontro a alguns valores, mas na profissão você terá que agir com Ética para que todos os

preceitos sejam respeitados.

Na unidade em que você trabalha foi internada uma adolescente de 17 anos, com três meses de gestação. Ela relata que foi vítima de abuso sexual do próprio namorado, no momento ela havia ficado muito nervosa e, junto com seus pais, recorreu à justiça para realizar o aborto de forma legal e gratuita, por não ter condições de pagar o procedimento em uma clínica particular. Há quinze dias o juiz havia autorizado o aborto, porém ela não tem mais certeza se quer realizá-lo, embora seus pais insistam no ato. Você avisa o médico, e ele diz que vai valer o princípio da autonomia. Este é um dilema ético?

Espera-se que após a leitura deste livro didático e das webaulas, você consiga resolver esse dilema. É importante levar em conta que esse momento é de grande conflito, tanto para a paciente como para a família e para a equipe multiprofissional. Quando pensamos em estudar enfermagem, logo associamos o cuidar a dar o que temos de melhor, e já nos vem à mente a frase de Florence Nightingale: "A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do Espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes".

O que fazer diante de uma situação como essa?

Convido-o para, juntos, tentarmos dar um desfecho a essa história, sempre pensando na Arte do cuidar. Seja muito bem-vindo!

Seção 3.1

Aspectos éticos do relacionamento terapêutico

Diálogo aberto

Caro aluno, seja bem-vindo! Antes de iniciarmos esta seção, vamos retomar a situação de realidade apresentada no Convite ao estudo? Na unidade em que você trabalha, foi internada uma adolescente de 17 anos, com três meses de gestação. Ela relata que foi vítima de abuso sexual do próprio namorado, no momento ela havia ficado muito nervosa e, junto com seus pais, recorreu à justiça para realizar o aborto de forma legal e gratuita, por não ter condições de pagar o procedimento em uma clínica particular. Há quinze dias o juiz havia autorizado o aborto, porém ela não tem mais certeza se quer realizá-lo, embora seus pais insistam no ato. Você avisa o médico, e ele diz que vai valer o princípio da autonomia. A adolescente grávida relata que sente o bebê mexendo dentro dela e que isso a tem deixado com dúvidas quanto ao procedimento que há três meses tinha resolvido que faria. Informa que tem encontrado com o pai da criança às escondidas e que ele também pede para que ela não realize o aborto. Ela diz que o relacionamento é conturbado, e que ele já a agrediu, por duas vezes, mas que mesmo assim o ama. Pede para que não conte aos seus pais, afirmando que só contou para você porque está desesperada. Ao conversar com os pais, eles insistem no ato, relatam que sua filha é jovem, "quase uma criança", que não perdoaram o rapaz e acreditam que a melhor coisa a fazer é realizar o aborto.

O código de Ética da American Nurses Association afirma que todo enfermeiro pratica suas relações profissionais com compaixão e respeito pela dignidade, valor e individualidade inerentes a cada indivíduo, sem restrições por considerações quanto ao estado social ou econômico, atributos pessoais ou a natureza dos problemas de saúde. Afirma ainda que o compromisso primário é com o cliente, seja um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. O enfermeiro também promove, advoga e se esforça para proteger a saúde, a segurança e o direito dos pacientes. A nossa profissão, representada pelas associações e por seus membros, é responsável pela articulação dos valores de enfermagem, pela manutenção da integridade da profissão e de sua prática e pela formação de uma política social.

A prática da enfermagem exige que você esteja em contato com os clientes não apenas fisicamente, mas também emocional, psicológica e espiritualmente. A maioria das relações íntimas é escolhida precisamente porque se antecipa que seus valores serão compartilhados com a outra pessoa. Porém, no caso da enfermagem, você concorda em prestar cuidados para seus clientes apenas com bases em suas necessidades. Inevitavelmente, você trabalhará com clientes ou colegas cujos valores diferem dos seus. Para negociar as diferenças de opinião e de valor, é importante ter clareza sobre seus próprios valores: o que você valoriza, por que e como respeita seus próprios valores, mesmo quando você tenta respeitar aqueles valores diferentes dos seus. Os valores que um indivíduo carrega refletem as influências culturais e sociais, e variam entre pessoas, se desenvolvem e se modificam com o tempo.

Não pode faltar

A Ética é o estudo de conduta e do caráter, está relacionada com a determinação do que é bom ou valioso para os indivíduos, para grupos de indivíduos e para a sociedade em geral. Atos que são éticos refletem um compromisso com padrões, além das preferências pessoais ou padrões que os indivíduos, profissões e sociedades empenham-se em alcançar. Quando se trata de tomar decisões no cuidado de saúde, entretanto, valores diferentes entre indivíduos causam um intenso desacordo sobre a coisa certa a se fazer. Conflitos compreensíveis ocorrem entre prestadores de cuidados, famílias, clientes, amigos e pessoas na comunidade sobre a coisa certa a se fazer quando ética, valores e decisões sobre o cuidado de saúde se contradizem.

Os termos ética e moralidade são empregados para descrever o que se pensa sobre o que é certo e errado e para sugerir as diretrizes de ação apropriadas. Resumindo, ética é o estudo formal e sistemático das crenças morais enquanto moralidade é a adesão a valores pessoais informais.

Teorias éticas

Uma teoria clássica na ética é a teoria teleológica (aquela que identifica primeiro o que é bom nos estados de coisas, caracterizando depois os atos corretos, apenas em termos desse bem). A forma mais conhecida dessa teoria, o utilitarismo, baseia-se no conceito do "bem máximo para o maior número possível". A escolha da ação é nitida,

segundo essa teoria, porque a ação correta é a que maximiza o bem em relação ao mal. A teoria gera dificuldade quando devemos julgar valores intrínsecos e determinar qual bem é o máximo. Além disso, é importante perguntar se as boas consequências podem justificar quaisquer ações amorais que poderiam ser empregadas para alcançá-las.

Outra teoria na ética é a teoria deontológica, ou formalista, que argumenta que os princípios ou padrões éticos existem de maneira interdependente da terminalidade ou das consequências. Em determinada situação, um ou mais princípios éticos podem ser aplicados. Os enfermeiros têm a responsabilidade de agir com base em um princípio relevante, ou no mais relevante possível dentre os vários princípios éticos. Os problemas com essa teoria surgem quando as tendências pessoais e culturais influenciam a escolha do princípio ético mais fundamental.

O código de ética é um conjunto de princípios, guias que todos os membros de uma profissão aceitam. Ele é uma afirmativa coletiva sobre as expectativas do grupo e do padrão de comportamento. Os códigos servem como guia para auxiliar grupos profissionais quando surgem questões sobre prática ou comportamento correto.

A deontologia propõe um sistema de ética que talvez seja mais familiar para os médicos. Ela define ações como certas e erradas com base nas características que as tornam corretas, como fidelidade às promessas, conteúdo de verdade e justiça. A deontologia especificamente não olha para as consequências das ações para determinar o certo e o errado. Ao contrário, ela examina a situação para a existência do certo ou errado essencial. Por exemplo, se você tentar decidir sobre a ética de um procedimento médico controverso, a deontologia guia você a focar como o procedimento assegura fidelidade ao paciente, à verdade, à justiça e à beneficência. A deontologia depende da compreensão mútua e da aceitação desses princípios.

Para discutir ética, é aconselhável que se estabeleça um vocabulário básico. Termos comuns contêm significados específicos no contexto da ética no cuidado da saúde. Os termos incluem autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, fidelidade, confidencialidade, paternalismo, respeito pelas pessoas, santidade da vida e veracidade. A compreensão desses significados ajudará uma participação mais ativa e a construção de seus próprios pensamentos sobre tópicos e situações éticas.



O desenvolvimento do suporte tecnológico influenciou os pacientes em todos os estágios da vida e também contribuiu para o aumento na expectativa média de vida. Por exemplo, o período pré-natal foi influenciado pela triagem genética, fertilização in vitro, coleta e congelamento de embriões e cirurgia pré-natal. Os bebês prematuros, que antes morriam precocemente, podem sobreviver por causa dos avanços tecnológicos. Crianças e adultos que morriam por falência orgânica estão vivendo mais tempo em decorrência dos transplantes de órgãos.

Princípios Éticos Comuns

A autonomia refere-se ao compromisso de incluir os pacientes nas decisões sobre todos os aspectos do cuidado. Por exemplo, o termo de consentimento que os pacientes devem ler e assinar antes da cirurgia ilustra o respeito pela autonomia. O consentimento assinado assegura que a equipe que está prestando o cuidado obteve a permissão do paciente antes de proceder com o ato cirúrgico.

A beneficência refere-se à tomada de ações positivas para ajudar os outros. A prática da beneficência encoraja a vontade de fazer o bem para os outros. Ao concordar em agir com beneficência, exige-se que o melhor interesse do paciente se mantenha mais importante que o autointeresse. Por exemplo, uma criança pode pedir que um comprimido seja esmagado e misturado com um alimento favorito, ainda que você saiba que a criança pode engolir o comprimido inteiro. Seu compromisso de fazer o bem para os outros o guiará a atender os desejos da criança.

A confidencialidade relaciona-se com o conceito de privacidade. A informação obtida de um indivíduo não será revelada para outro, a menos que venha a beneficiar a pessoa ou que exista uma ameaça direta ao bem social.

Não maleficência é evitar danos ou ferimentos. No cuidado da saúde, a prática ética envolve não apenas fazer o bem, mas também o compromisso de não causar danos. O profissional de cuidado da saúde tenta equilibrar os riscos e os benefícios de um plano de cuidado enquanto se esforça para causar o menor dano possível. Por exemplo, um procedimento de transplante de medula óssea oferece uma chance de cura, porém o processo envolve períodos de sofrimento que a própria doença causa e o sofrimento que outros tratamentos possivelmente causarão. O compromisso de oferecer as intervenções menos danosas ilustra a não maleficência.

A justiça refere-se à equidade. O termo é frequentemente usado nas discussões sobre os recursos para o cuidado da saúde. O que constitui uma justa distribuição dos recursos nem sempre é claro, por exemplo, no caso dos transplantes de órgãos, as listas de candidatos deveriam ser respeitadas, mas o que se vê na mídia são furos de filas – quem paga mais é passado na frente sem preocupação em fazer justiça.

A fidelidade refere-se à concordância em manter promessas. Um compromisso com a fidelidade sustenta a relutância em abandonar pacientes, mesmo quando ocorrem desacordos sobre as decisões que o paciente toma. O padrão da fidelidade também inclui a obrigação de continuar com os cuidados oferecidos ao paciente. Se você avalia um paciente com dor e então oferece um plano para tratar a dor, o padrão de fidelidade o encoraja a monitorar a resposta do paciente ao plano. O comportamento profissional inclui a revisão do plano, quando necessário, para tentar manter a promessa de reduzir a dor.

O paternalismo é a limitação intencional da autonomia de outro, justificada por um apelo à beneficência ou ao bem-estar ou à necessidade de outro. Sob esse princípio, a prevenção do mal ou dano tem precedência em relação a qualquer dano potencial causado pela interferência na autonomia ou liberdade do indivíduo.

O respeito pelas pessoas é frequentemente utilizado como sinônimo de autonomia. No entanto, vai além de aceitar a noção ou atitude de que as pessoas têm escolha autônoma, visando tratar os outros de tal modo que lhes possibilite fazer escolhas.

A santidade da vida é a perspectiva de que a vida é um bem supremo. Portanto, todas as formas de vida, incluindo a mais simples existência biológica, deverão ter precedência em relação aos critérios externos para julgar a qualidade de vida.

E a veracidade é a obrigação de dizer a verdade e não mentir nem enganar os outros.



Assimile

Alguns problemas éticos que afetam a enfermagem também podem aplicar-se à área mais ampla da bioética e da ética dos cuidados de saúde. No entanto, a profissão de enfermagem é uma profissão predominantemente de "cuidar" em lugar de "curar"; portanto, é primordial que apenas não igualemos a ética da enfermagem à ética

médica, porque a profissão médica possui foco na "cura". Além disso, a enfermagem possui seu próprio código de ética profissional.

O desenvolvimento dos valores começa na infância, com as experiências dentro da unidade familiar. As variações na criação da criança resultam em variações nos valores e nos comportamentos à medida que as crianças crescem. A vontade fundamental de amá-las e nutri-las toma diferentes expressões dentro de cada uma das culturas no nosso mundo.

Escolas, governos, tradições religiosas e outras instituições sociais desempenham um papel na formação dos valores, reforçando ou, às vezes, desafiando os valores familiares. Com o tempo, um indivíduo adquire valores escolhendo alguns que a comunidade defende fortemente e talvez descartando ou transformando outros. As experiências individuais e as mudanças imprevisíveis que ocorrem na vida influenciam a formação dos valores. Uma pessoa que sofre uma grande perda precoce na vida às vezes é levada a valorizar as coisas de forma diferente de alguém cuja vida foi livre de sofrimento. Dilemas éticos quase sempre ocorrem na presença de valores conflitantes e para resolvê-los é preciso distinguir entre valor, fato e opinião. Às vezes, as pessoas possuem valores tão fortes que os consideram como fatos, não como opiniões. Às vezes as pessoas são tão apaixonadas por seus valores que provocam atitudes de julgamento durante o conflito. Esclarecer os valores, os seus próprios, dos seus clientes e de seus colegas, é uma parte importante e efetiva de discurso ético.



Refleta

O enfermeiro é o profissional a quem foi atribuído um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos ou comunidade. O enfermeiro assume uma capacidade crescente para pautar novas formas de Ser e Estar face aos cuidados que presta.

A ética começou como um padrão ao qual os profissionais de cuidado da saúde se referiam para determinar a ação correta. Ela cresceu para um campo de estudo preenchido com diferenças de opinião, sistemas competitivos de valores e esforços profundamente significativos para compreender a interação humana. Virtudes éticas correspondem à parte apetitiva da alma, uma vez que esta é moderada ou guiada pela razão e que consistem no justo meio entre dois extremos, dos quais um é vicioso por excesso e o outro por

deficiência, tais como coragem, temperança, liberalidade, mansidão, fraqueza e justiça. A ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas com as coisas como podem ser e, especialmente, como devem ser. Não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética (PUGGINA; SILVA, 2009).

Esses mesmos autores afirmam sobre assistir à família, indicando que as necessidades dos familiares são muitas vezes desconhecidas e menosprezadas pela equipe de saúde, sendo o paciente o principal foco do cuidado. A sensibilidade em perceber as necessidades da família pode resultar na implementação de novas políticas, como horários de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe e maior facilidade na obtenção de informações. Os horários de visita são momentos ímpares em que os profissionais de saúde podem interagir com a família. Ela vivencia, durante o processo de adoecimento de um ente querido, inúmeros sentimentos, como medo, ansiedade, insegurança, preocupação, e também esperança de que tudo melhore e volte a ser como antes. A maioria dos familiares, durante esse processo, parece passar por um período turbulento de mudanças, transformações, amadurecimento e buscas intensas de forças internas e externas para superar as dificuldades.



Pesquise mais

O artigo indicado a seguir retrata a ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/229>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

As questões éticas sempre afetaram a atuação dos enfermeiros. A definição da enfermagem como profissão deu novo sentido à prática desses profissionais, por sua atuação como defensores dos pacientes. O Código de Ética de enfermagem encontra-se à disposição dos estudantes de enfermagem e enfermeiros no Conselho Regional de Enfermagem, ou no link: <<http://www.coren-sp.gov.br/node/35326>>. Acesso em: 11 jan. 2016.



Faça você mesmo

Sr. Frederico está internado com diagnóstico de câncer de pulmão em fase terminal. Apesar do diagnóstico, ele está consciente e pede que se, por acaso, ele tiver uma parada cardíaca, não seja reanimado. Segundo os princípios da autonomia, qual seria sua conduta?

Quando um paciente é competente para tomar decisões e opta para prescrição de não reanimar, essa escolha deverá ser honrada, de acordo com os princípios de autonomia e respeito à pessoa. É importante deixar claro que um paciente com uma prescrição de não reanimar por vezes exige mais cuidados de enfermagem e mais atenção. Eticamente, todos os pacientes merecem e deverão receber cuidados de enfermagem apropriados, apesar do seu estado de reanimação.



Vocabulário

Distanásia: prolongamento máximo da vida.

Eutanásia: é a prática pela qual se abrevia a vida de um doente incurável de maneira controlada e assistida.

Intrínsecos: refere-se ao que está no interior de algo e que é essencial para sua existência, ou ainda, que faz parte da essência de alguém.

Ortotanásia: morte natural.

Pré-natal: antes do nascimento.

Utilitarismo: é uma doutrina ética, que afirma que as ações são boas quando tendem a promover a felicidade e más quando tendem a promover o oposto da felicidade.

Sem medo de errar

O aborto constitui um tópico extremamente polêmico, pois há quem o defenda como um direito e outros que o condenem como crime. Há os que falam em direito sobre o próprio corpo e no direito de decidir. O direito sobre o próprio corpo é maior que o direito à vida? Tanto a mãe como o pai, o embrião e o feto têm igual direito à vida. A destruição do feto ou do embrião seria crime de abortamento, assim como é homicídio a destruição do feto durante ou após o parto. O direito à vida é personalíssimo, que significa que é privativo ou exclusivo à pessoa, não podendo ser transferido, cedido ou separado da própria pessoa.



Atenção

O art. 128 do Código Penal estipula que "não se pune o aborto praticado por médico, se não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou de seu representante legal, quando incapaz".

Os direitos da mulher são inseparáveis e perfeitamente compatíveis com o direito da criança. Importante ressaltar que a responsabilidade do pessoal de enfermagem tem início no pré-natal, quando a usuária procura o serviço. Durante a consulta de enfermagem é preciso levar em conta o significado do diagnóstico para a gestante e para a família. Se tais mudanças forem totalmente indesejadas, e se ela se sentir abandonada e oprimida pela situação do momento, ela, em desespero, poderá apelar pelo abortamento como única medida para solução do problema. No caso da nossa situação-problema, devido à gestante sentir seu filho, as batidas do seu coração, o vínculo afetivo entre mãe e filho aumentou. Isso a levou a revelar, em sigilo, o desejo de não querer realizar o abortamento. Assim, a manutenção do sigilo de todos os segredos ou problemas ouvidos no exercício da profissão constitui um dever ético profissional importantíssimo para manter a harmonia familiar e a confiança da usuária. Os registros no prontuário devem ser técnicos, sem entrar em detalhes que possam quebrar esse compromisso, a não ser em caso de doenças transmissíveis e outras situações que exijam notificação compulsória. Nesse caso, a gestante deve ser comunicada ou ser-lhe solicitado que informe, ela mesma, à pessoa competente.

Quanto ao poder familiar, segundo o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), é o conjunto de obrigações e direitos inerentes aos pais sobre a pessoa de seus filhos enquanto menores de idade. Os filhos menores, de qualquer natureza, estão sujeitos ao poder familiar. No exercício do poder familiar, compete aos pais, enquanto pessoa responsável pelos filhos menores representá-los, até os 16 anos, e assisti-los até os 18 anos.



Lembre-se

O pai ou a mãe poderá perder o poder familiar por determinação judicial quando: faltar aos deveres para com o filho; arruinar os seus bens; castigá-lo imoderadamente; deixá-lo em abandono; praticar atos contrários à moral e aos bons costumes.

Avançando na prática

Uma estrutura ética básica da profissão de enfermagem é o fenômeno do cuidado humano. As teorias de enfermagem que incorporam as dimensões biopsicossociais-espirituais enfatizam um ponto de vista holístico, tendo o humanismo ou cuidado como núcleo

central. Quando a profissão de enfermagem se empenha em delinear a sua própria teoria de ética, o cuidado é frequentemente citado como a base moral. Embora os avanços tecnológicos e a redução de recursos tenham se constituído em instrumento na geração de inúmeras questões éticas e controvérsias, incluindo as questões de vida e morte, os enfermeiros não deverão ignorar as muitas situações rotineiras que envolvem considerações éticas.

Algumas das questões mais comuns com as quais os enfermeiros se deparam em nossos dias incluem a confidencialidade, uso de contenções, questões relacionadas ao dizer a verdade, recusar-se a prestar cuidados e questões de término da vida. Quando um enfermeiro se confronta entre duas alternativas conflitantes, é sua decisão moral escolher o menor dentre os dois males. Diversas estratégias de prevenção estão disponíveis para ajudar a antecipar ou evitar determinados tipos de dilemas éticos. Com frequência, os dilemas acontecem quando os profissionais de saúde não se sentem seguros quanto aos desejos dos pacientes, porque estes se encontram inconscientes ou com comprometimento cognitivo muito acentuado para se comunicarem diretamente. Na ética preventiva existem diretrizes antecipadas, que constituem documentos legais para especificar os desejos de uma pessoa antes da hospitalização e fornecem informações valiosas, as quais podem ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão. As procurações duráveis para os cuidados de saúde, nas quais uma pessoa identifica outra para tomar as decisões de saúde em seu favor, é mais um tipo de diretriz antecipada.

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com a de seus colegas.

“Término de vida e cuidados paliativos”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância da sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Especificar as estratégias que podem ser úteis para os enfermeiros na tomada de decisão ética.

<p>3. Conteúdos relacionados</p>	<p>É importante a leitura do livro: OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.</p>
<p>4. Descrição da SP</p>	<p>Sr. Frederico está internado há um mês com diagnóstico de câncer de pulmão em estágio avançado. Evolui com muita dor. Todos os recursos e tecnologias disponíveis foram utilizados, porém as tentativas resultaram inúteis. Há três dias o médico responsável pelo seu tratamento resolve colocá-lo em tratamento paliativo. Os familiares foram chamados, e o médico, o enfermeiro e o assistente social conversaram com a família com intuito de explicar o que seria tratamento paliativo. O médico explica que pensando na qualidade de vida irá prescrever, além do cuidado paliativo, também uma sedação paliativa. Após todos os profissionais irem embora, a família solicita a presença do enfermeiro, pois relata ter várias dúvidas sobre o que foi conversado anteriormente com os outros profissionais. A família inicia o diálogo perguntando se a sedação paliativa é o mesmo que eutanásia e o que seria, de fato, estar em fase terminal.</p>
<p>5. Resolução da SP</p>	<p>Por questões éticas, é necessário que a família compreenda que sedação paliativa é diferente de eutanásia ou suicídio assistido por médico pelo fato de que a intenção da sedação paliativa é aliviar os sintomas, e não acelerar a morte. É comum utilizar a sedação paliativa em pacientes que apresentam dor intratável, dispneia (dificuldade para respirar), convulsões e delírios. Antes de implementar a sedação, a equipe de cuidados de saúde deverá avaliar a presença de causas ocultas e tratáveis do sofrimento, como a depressão ou a dor espiritual. Por fim, o paciente e a família deverão estar totalmente informados a respeito do uso desse tratamento e das alternativas. São considerados pacientes terminais aqueles que sofrem de uma enfermidade incurável e com prognósticos fechados, assim como os que estão em processo irreversível de morte. Já os cuidados paliativos são um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.</p>



Lembre-se

A dificuldade sentida pelos profissionais é: O que dizer? Como dizer e quando dizer? Muitos não consideram que conversar com o paciente

possa ser muito importante, limitando-se a administrar o tratamento prescrito, até mesmo para minimizar a dor física. A responsabilidade dos profissionais de enfermagem é suavizar o sofrimento, aliviar a dor e fazer com que o paciente se sinta o melhor possível, ajudando-o a morrer em paz e dando apoio à família.



Faça você mesmo

Você é um profissional que lida com paciente terminal e que também enfrenta o medo, e isso o faz lembrar da sua própria morte. Esse é um fator que poderá levá-lo a evitar o paciente? Ou a fazer visitas mais rápidas? Como você pode ajudar um paciente a morrer?

Faça valer a pena

1. A palavra Ética vem do grego e significa:

- a) Realizar.
- b) Caráter.
- c) Inspiração.
- d) Dignidade.
- e) Resolução.

2. O aborto constitui um tópico extremamente polêmico, pois há quem o defenda como um direito e outros que o condenem como crime. O art. 128 do Código Penal estipula que não se pune o aborto praticado por médico quando:

- a) Para salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou de seu representante legal, quando incapaz.
- b) Para salvar a vida da gestante, quando é de interesse da família ou quando ainda é feto.
- c) O feto é portador de anencefalia (ausência total ou parcial do cérebro) ou quando a mãe adquiriu citomegalovírus na gestação.
- d) A gestação é indesejada pela mãe e/ou familiares.
- e) É preciso o controle de natalidade.

3. Os princípios éticos comuns que se aplicam à enfermagem incluem:

- I. Autonomia; beneficência.
- II. Fidelidade; justiça; não maleficência.
- III. Paternalismo; respeito pelas pessoas; santidade da vida.
- IV. Veracidade; confidencialidade.

Assinale a alternativa correta:

- a) I, II e IV.
- b) I, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II, III e IV.
- e) II, III e IV.

Seção 3.2

Forma de abordagem

Diálogo aberto

Olá, caro aluno! Bem-vindo à Seção 3.2 da disciplina Habilidades.

A Sra. Nice foi internada para realizar uma cirurgia de grande porte, ou seja, ela irá passar várias horas em um procedimento cirúrgico. Você realiza uma entrevista para conhecê-la melhor e proporcionar uma cirurgia segura. Ela conta que faz 20 anos que só vai ao banheiro após usar remédios, e que, mesmo assim, evacua em pequena quantidade, mas que isso nunca foi uma preocupação. Relata se alimentar bem de frutas e verduras, ter uma vida regrada, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas. Há um ano, começou a sentir dores abdominais, que aumentaram nos últimos meses e que piorou há um mês. Devido às dores, que se tornaram insuportáveis, decidiu procurar um médico, realizou ultrassonografia e tomografia abdominal e foi diagnosticada uma neoplasia (câncer) no intestino e, devido à urgência, o médico marcou a cirurgia. Diz estar tranquila, e confiar muito em Jeová. Utilizando do seu raciocínio crítico e considerando experiências anteriores, você percebe que terá que fazer perguntas mais aprofundadas para conhecer melhor a paciente, mas está com pouco tempo e realizou as perguntas superficialmente, afinal, você tem vários pacientes para entrevistar. Ao levantar os dados para dar continuidade ao processo de enfermagem, você percebe que faltaram várias informações importantes e não consegue dar continuidade ao planejamento. O que você acredita ter acontecido? Você acha importante o enfermeiro ter uma comunicação eficaz? O que você acha das relações interpessoais? Você acredita que a falta de comunicação contribui para erros no local de trabalho e ameaça a credibilidade profissional? Como deverá ser a postura de um enfermeiro na abordagem de um paciente que está sobre os seus cuidados?

Espera-se que com a leitura deste livro didático, das webaulas e com as leituras complementares você adquira competência e habilidade para desenvolver estratégias de comunicação eficazes e

realizar o seu trabalho com excelência.

Bem-vindo aos novos desafios!

Bons estudos!

Não pode faltar

O pensamento ou raciocínio crítico é uma competência multidisciplinar, um processo cognitivo ou mental ou um conjunto de procedimentos. Uma decisão racional é aquela que não é apenas fundamentada, mas também é ideal para alcançar um objetivo ou resolver um problema. O raciocínio envolve o pensamento e o raciocínio proposital, sistemático, reflexivo, racional e direcionado para o resultado em um conjunto de conhecimentos, bem como o exame e a análise de todas as ideias e informações disponíveis. As habilidades envolvidas no pensamento crítico são desenvolvidas com o passar do tempo, pelo esforço pessoal, com a prática e a experiência.

Os enfermeiros engajados no pensamento crítico consideram a possibilidade das tendências pessoais quando interpretam os dados e determinam as ações adequadas. Os pensadores críticos devem possuir um senso de equidade e integridade; a coragem de questionar a ética pessoal; a perseverança para se empenhar continuamente no sentido de minimizar os efeitos da egocentricidade, etnocentricidade e outras tendências sobre o processo de tomada de decisão.

Determinadas atividades cognitivas ou mentais são componentes primordiais do pensamento crítico. Os pensadores críticos fazem perguntas para determinar por que certos desdobramentos aconteceram e para ver se há necessidade de maiores informações para compreender com exatidão a situação do paciente; reúnem a maior quantidade possível de informações relevantes para considerar o maior número provável de fatores; validam as informações apresentadas para garantir que elas sejam precisas (que não sejam suposições nem opiniões), façam sentido e se baseiem em fatos e evidências; analisam as informações para determinar o que elas significam, verificar se podem ser agrupadas e se formam um certo padrão que aponte para determinadas conclusões; recorrem ao conhecimento e às experiências clínicas anteriores para explicar o

que está acontecendo e para antecipar o que poderia acontecer em seguida, reconhecendo as tendências pessoais e influências culturais; mantêm uma atitude flexível que permite que os fatos orientem o pensamento e levam em consideração todas as possibilidades; consideram as opções disponíveis e examinam cada uma delas em relação a suas vantagens e desvantagens; formulam as decisões que refletem a criatividade e a tomada de decisão interdependente.



Refleta

O pensamento crítico na prática de enfermagem resulta em um plano abrangente de cuidados com potencial maximizado para o sucesso.

O uso do pensamento crítico para desenvolver um plano de cuidado de enfermagem requer a consideração dos fatores humanos que poderiam influenciar o plano. Os enfermeiros interagem com os pacientes, famílias e outros profissionais de saúde no processo de prestação do cuidado de enfermagem individualizado e adequado.

Você deve estar se perguntando: mas o que seria o processo de enfermagem?

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Segundo a resolução do COFEN 358/2009, o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. É organizado em cinco etapas, que incluem: o histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem. Organizar o processo de enfermagem em etapas distintas serve para enfatizar as ações de enfermagem essenciais que devem ser realizadas visando abordar os diagnósticos do paciente e controlar quaisquer problemas interdependentes ou complicações.

Nesta seção, vamos iniciar o processo de enfermagem descrevendo a primeira etapa, que é o histórico de enfermagem. Os dados do histórico correspondem à história de saúde e ao exame físico. Além disso, a monitoração contínua é crucial para manter-se consciente das necessidades do paciente e da eficácia dos cuidados

de enfermagem.

A história de saúde é colhida para determinar o estado de bem-estar ou doença de uma pessoa e é mais compreendida como parte de uma entrevista estruturada. A entrevista é um diálogo pessoal entre o paciente e o enfermeiro realizado para obter as informações. A conduta do enfermeiro para o paciente determina, em grande parte, a quantidade e a qualidade das informações recebidas. Para atingir uma relação de confiança e respeito mútuos, o enfermeiro deve ter capacidade de se comunicar com sinceridade e interesse pelo paciente. Você também pode obter informações relevantes adicionais com a família ou parentes do paciente, de outros membros da equipe de saúde, por exemplo, anotações realizadas por médicos, fisioterapeutas e outros especialistas e comparar com resultados de exames laboratoriais ou outros exames e até mesmo as anotações realizadas no prontuário. Dependendo das necessidades do paciente, essa informação pode ser completada antes que a história de saúde e o exame físico sejam obtidos.

O exame físico pode ser realizado antes, no decorrer ou depois do levantamento da história de saúde, dependendo do estado físico e emocional do paciente e das prioridades imediatas da situação. A finalidade do exame físico é identificar aqueles aspectos do estado físico, psicológico e emocional de um paciente que indicam a necessidade de cuidados de enfermagem. Isso exige a utilização da visão, audição, tato e olfato, bem como das técnicas e habilidades de entrevista apropriadas.

Qualquer que seja a sequência de eventos, é importante usar todas as fontes de dados pertinentes disponíveis para completar o histórico de enfermagem. Depois que a história de saúde e o exame físico são finalizados, as informações obtidas são registradas no relatório permanente do paciente.



Faça você mesmo

Internado na unidade de primeiros socorros está um paciente com suspeita de intoxicação alimentar. Quais seriam suas prioridades, como enfermeiro, ao realizar as perguntas para preenchimento do histórico de enfermagem? E quais seriam suas prioridades no exame físico?

As perguntas devem ser direcionadas, nesse primeiro momento, para os

problemas mais importantes, ou seja, aqueles problemas que levaram o paciente a procurar a unidade de saúde. As perguntas prioritárias deveriam ser: Como aconteceu a intoxicação? Lembra-se se comeu alguma coisa diferente de sua alimentação habitual? Tomou algum medicamento? Tem histórias de alergias, medicamentosas ou alimentares? Quanto ao exame físico, o mais importante é observar o sistema respiratório, pois a intoxicação poderá levar a edema de glote; e observar a pele para avaliar as lesões. O histórico de Enfermagem pode ser preenchido completamente até 24 horas após a internação.

Para realizar um bom histórico de enfermagem e todas as outras partes do processo, os enfermeiros devem ter uma boa comunicação. A comunicação é um processo de aprendizado que ocorre ao longo da vida. Os enfermeiros participam da jornada íntima dos pacientes e de suas famílias desde o milagre do nascimento até o mistério da morte. É necessário construir comunicações terapêuticas para essa jornada. Os enfermeiros se comunicam com pessoas sob estresse: clientes, famílias e colegas. Eles precisam ser assertivos em fazer as perguntas corretas e fazer-se ouvir. Ser assertivo na comunicação das próprias necessidades garante equilíbrio na vida do próprio enfermeiro; sem esse equilíbrio, o ambiente de alto estresse contribui para diminuir ou extinguir a sua efetividade. Apesar da complexidade da tecnologia e das múltiplas demandas sobre o tempo do enfermeiro, é o momento íntimo de contato que faz toda a diferença na qualidade e na importância do cuidado para o paciente. À medida que o profissional refina suas habilidades de comunicação e aumenta sua segurança, está no caminho certo para tornar-se especialista.

A comunicação eficaz é um atributo essencial da prática de enfermagem. A competência na comunicação ajuda a manter relações efetivas em toda a esfera da prática profissional e ajuda a atingir padrões legais, éticos e clínicos de cuidados. A comunicação com habilidade é um padrão para estabelecer e sustentar ambientes de trabalho saudáveis. Os enfermeiros com experiência em comunicação expressam cuidados pelos seguintes meios: tornando-se sensíveis a si mesmo e aos outros; promovendo e aceitando a expressão de sentimentos positivos e negativos; desenvolvendo relações de confiança e ajuda mútua; inserindo fé e esperança; promovendo o ensinamento e aprendizado interpessoal; fornecendo um ambiente de apoio; assistindo com gratificação as necessidades humanas; permitindo a expressão espiritual.

A capacidade do enfermeiro de se relacionar com outros é importante para a comunicação interpessoal. Essa comunicação inclui a habilidade de tomar a iniciativa no estabelecimento e na manutenção da comunicação, de ser autêntico e de responder apropriadamente à outra pessoa. Uma boa comunicação interpessoal também exige uma noção de reciprocidade, uma crença de que a relação enfermeiro-paciente é uma parceria na qual ambos são participantes iguais. Os enfermeiros devem respeitar a complexidade e as incertezas das pessoas. Ao dar toda a sua atenção ao paciente, você será capaz de atender às necessidades dele e ajudar no processo da cura. Como qualquer agente terapêutico poderoso, a comunicação pode ser tanto perigosa quanto boa. Cada nuance de postura, cada expressão e gesto, cada palavra escolhida, cada atitude, todos têm o potencial de prejudicar ou curar.

O ganho de experiência na comunicação, como em qualquer aspecto da enfermagem, exige compreensão e reflexão sobre as experiências comunicativas. Os enfermeiros que desenvolvem boas habilidades de pensamentos críticos são os melhores comunicadores. Outras qualidades referentes ao bom pensamento crítico também são importantes para o processo de comunicação. As atitudes de pensamento crítico, por exemplo, ser curioso, oferecem diretrizes sobre como abordar um problema. A curiosidade motiva o enfermeiro a comunicar-se e a saber mais sobre a pessoa e os pacientes têm maior probabilidade de comunicar-se com enfermeiros que expressam interesse por eles.



Assimile

Conforme as habilidades de comunicação se desenvolvem, a competência do Enfermeiro no processo de enfermagem também aumenta. Use essas habilidades para coletar, analisar e transmitir informações e para realizar o trabalho de cada etapa do processo.

Ainda falando de comunicação, existem algumas técnicas para que uma comunicação terapêutica seja bem-sucedida; estas incluem comportamentos e posturas. Essas técnicas são respostas específicas que encorajam a expressão de sentimentos e ideias e transmitem aceitação e respeito. Entre elas, podemos citar:

A escuta atenta, que significa estar atento ao que o paciente diz, tanto verbalmente quanto não verbalmente. A escuta facilita a comunicação do cliente. Várias habilidades não verbais facilitam a

escuta atenta, por exemplo: sentar em frente ao paciente; manter braços e pernas descruzados; inclinar-se em direção ao paciente; estabelecer e manter contato visual intermitente e relaxar; a inquietação comunica falta de interesse e também transmite um sentimento de desconforto.

O compartilhamento de observações, que difere de fazer suposições, ou seja, tirar conclusões desnecessárias sobre a outra pessoa sem validá-las, por exemplo, o enfermeiro que interpreta fadiga como depressão. Fazer observações é uma técnica mais gentil e segura: "Você parece cansado".

O compartilhamento de empatia é a capacidade de compreender e aceitar a realidade de outra pessoa, de perceber sentimentos com precisão e de comunicar essa compreensão para o outro. As afirmações de empatia são neutras, não implicam julgamentos e ajudam a estabelecer confiança em situações difíceis.

O compartilhamento de esperança é essencial para a cura, você pode reassegurar aos pacientes que existem vários tipos de esperança e que o significado e crescimento pessoal podem vir junto com as experiências de doença.

O compartilhamento de humor, o riso significa eventos positivos para as pessoas e também contribui para o sentimento de união, proximidade e amizade. O humor funciona promovendo a comunicação preventiva de três maneiras: na prevenção, quando ocorre uma crise no ambiente de trabalho e quando a tensão pode ser grande; a equipe pode ficar mais disposta a trabalhar unida. A percepção, a injeção de humor em uma situação de tensão muda a percepção de que a situação não é tão terrível e que se pode lidar com ela.

O compartilhamento de sentimentos: você deve ajudar os pacientes a expressarem sentimentos "negativos" e modelar a autoexpressão emocional saudável.



Exemplificando

Às vezes, os pacientes direcionam contra os enfermeiros a raiva ou a frustração desencadeada pela doença. Não leve essas expressões para o campo pessoal. O conhecimento dos sentimentos do cliente comunica que você ouviu e compreende os aspectos emocionais de sua situação de doença.

A utilização do toque é uma das formas mais potentes de comunicação e os enfermeiros são privilegiados, mais do que qualquer outro profissional, na experiência dessa forma íntima de contato pessoal.

A utilização do silêncio faz com que algumas pessoas falem. O silêncio permite que o paciente pense e tire conclusões. Permanecer em silêncio demonstra a paciência do enfermeiro e a disposição para esperar uma resposta quando a outra pessoa é incapaz de responder rapidamente. O silêncio é extremamente terapêutico durante momentos de profunda tristeza e pesar.

O fornecimento de informações transmite para outras pessoas o que elas necessitam ou querem saber para serem capazes de tomar decisões, experimentar menos ansiedade e sentir-se seguras.

O esclarecimento é importante para verificar se a compreensão está certa, se você não entendeu, pergunte novamente, peça para que repita, explique ou dê exemplo do significado.

A focalização centraliza elementos ou conceitos-chave de uma mensagem, o enfermeiro deve direcionar o diálogo.

O parafraseamento é o estabelecimento mais breve da mensagem do outro, usando palavras diferentes. Por exemplo, o paciente diz "Sempre fui gordo e nunca tive problemas. Não entendo por que tenho que fazer dieta". É incorreto parafrasear esta afirmação dizendo "Você não se preocupa se está com sobrepeso ou não". O mais correto é dizer "Você não está convencido de que precisa de dieta, porque tem estado saudável".

A indagação sobre questões relevantes é importante para uma boa comunicação, sendo necessário que o enfermeiro realize uma pergunta por vez e explore completamente um tópico antes de ir para outra área.

O resumo é uma revisão concisa de aspectos-chave de uma interação e acrescenta informações relevantes adicionais conforme necessário. O início de uma nova interação com resumo de uma interação anterior ajuda o paciente a relembrar os tópicos discutidos e mostra a ele que o enfermeiro analisou a comunicação.

A autoexposição diz respeito a experiências pessoais que são

intencionalmente reveladas para outra pessoa. Você escolherá partilhar experiências ou sentimentos que são semelhantes àqueles do cliente e enfatizará as semelhanças e diferenças.

O confrontamento é uma técnica que aumenta a autoconsciência do paciente e o ajuda a reconhecer crescimento e a lidar com questões importantes.



Pesquise mais

Além das técnicas de comunicação terapêutica, existem também as técnicas de comunicação não terapêutica. Para compreender melhor essas técnicas, leia o livro:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 339-359.



Vocabulário

Etnocentricidade: ocorre quando um determinado indivíduo ou grupo de pessoas, que têm os mesmos hábitos e caráter social, discrimina outro, julgando-se melhor ou pior, seja por causa de sua condição social, pelos diferentes hábitos ou manias, por sua forma de se vestir ou até mesmo pela sua cultura.

Introspectivo: conforme a filosofia da mente, é um tipo de autoconhecimento.

Proativo: alguém que age antecipadamente, evitando ou resolvendo situações e problemas futuros.

Raciocínio proposital: está relacionado com as expectativas sobre o comportamento de outros seres humanos ou de objetos no ambiente.

Sem medo de errar

A prática de enfermagem na sociedade atual requer a utilização das habilidades de pensamento crítico de alto nível dentro do processo de enfermagem. O pensamento crítico estimula a tomada de decisão clínica, ajudando a identificar as necessidades do paciente e a determinar as melhores ações de enfermagem que ajudarão os pacientes a satisfazer tais necessidades. Os pensadores críticos possuem as seguintes características: pensamento ativo, imparcialidade, persistência, empatia, autonomia para pensar,

boa comunicação, honestidade, organização e sistematização, proatividade, flexibilidade, realista, humildade, atenção às regras da lógica, curiosidade e introspecção, assim como criatividade e compromisso com a excelência.



Lembre-se

O estado físico e do desenvolvimento, as percepções, os valores, emoções, o conhecimento, a experiência sociocultural, os papéis e o ambiente do emissor e do receptor influenciam a transmissão da mensagem.

Existem barreiras na comunicação que podem ser minimizadas quando você tem conhecimento delas. Por exemplo:

Limitação da capacidade do receptor: às vezes o paciente tem uma capacidade relativa ao seu grau cultural, aos seus interesses, ao seu modo de ver o mundo, e o enfermeiro deve ter a sensibilidade de reconhecer essas limitações.

Uma outra barreira é a distração: por exemplo, às vezes o enfermeiro deixa para dar as orientações para alta no mesmo dia que o paciente está indo embora – ele não vai conseguir entender, pois a ansiedade de voltar para casa é maior que a vontade de concentrar-se nas informações.

Há também a presunção não enunciada, que seria o enfermeiro acreditar que o paciente já tem conhecimento do termo que está sendo utilizado. Às vezes são termos técnicos que parecem óbvios para o profissional, mas são desconhecidos para o paciente.

Já a apresentação confusa é a comunicação de assuntos sem uma ordem lógica e coerente, o que dificulta a formação de imagens na mente do paciente.

A representação mental traz a importância de não tratar o paciente como uma estátua: ao mesmo tempo que ele recebe os dados, vai formando uma imagem afetiva do que está sendo comunicado, então temos que ter o cuidado para não falar demais.

A credibilidade pode ser outra barreira da comunicação, pois algumas pessoas contam com mais credibilidade que outras; têm-se a tendência de acreditar mais nessas pessoas e descontar informações

recebidas de outras.

A distância física também é uma barreira, a probabilidade de duas pessoas se comunicarem decresce proporcionalmente ao quadrado da distância entre elas.

A defensividade, quando o paciente tem um conceito formado, ele acaba se colocando em defensiva, impedindo que os seus ouvidos participem da comunicação interpessoal.



Atenção

Somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento (SILVA, 2003).

Avançando na prática

A etapa de coleta de dados é a coleta deliberada e sistemática para determinar o estado de saúde, o estado funcional e padrões de ajustes atuais e anteriores do paciente. Essa coleta inclui duas etapas: a primeira é a coleta e verificação de dados a partir de uma fonte primária (o paciente) e de fontes secundárias (ex.: familiares, profissionais de saúde e prontuário), outros registros na literatura e experiências do próprio enfermeiro; a segunda é a análise de todos os dados para elaboração de diagnósticos de enfermagem, a identificação de problemas colaborativos e o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizados. A finalidade da etapa de coleta de dados é estabelecer um banco de dados sobre as necessidades percebidas do paciente, seus problemas de saúde e suas respostas para esses problemas. Além disso, os dados revelam experiências relacionadas, práticas de saúde, objetivos, valores e expectativas em relação ao sistema de cuidado de saúde.

O conhecimento das ciências físicas, biológicas e sociais permite que você, como profissional de enfermagem, faça perguntas pertinentes e colete dados relevantes da história e na avaliação física em relação às necessidades de saúde atuais do paciente. O uso de boas habilidades de comunicação e dos padrões intelectuais do pensamento crítico possibilita que você colete dados completos, precisos e relevantes. A experiência clínica anterior também contribui

para as habilidades de coleta.

Ao encontrar um paciente pela primeira vez, faça uma rápida visão geral ou triagem por observação. Você vai aprender a diferenciar dados importantes entre os dados totais coletados. Uma evidência é a informação que você obtém pelo uso dos sentidos, já a inferência é seu julgamento ou sua interpretação dessas evidências. Há duas fontes de dados básicas: os dados subjetivos e objetivos. Os dados subjetivos são as descrições verbais fornecidas pelos pacientes de seus problemas de saúde, por exemplo, o paciente diz que está com febre. Normalmente os dados subjetivos incluem sentimentos, percepções e o autorrelato de sintomas. Os dados objetivos são observações ou medidas do estado de saúde de um cliente. São exemplos de dados objetivos a inspeção da condição de uma ferida e a verificação da temperatura corporal através de um termômetro. A medida dos dados objetivos se baseia em um padrão aceito, como o Celsius num termômetro, centímetros numa fita métrica ou características de comportamento (ex. ansiedade ou medo). Ao coletar dados objetivos, aplique os padrões intelectuais do pensamento crítico para poder interpretar corretamente seus achados.

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Coleta de dados e comunicação”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Compreender o processo de enfermagem na sua primeira etapa, denominada histórico de enfermagem, e relacionar o sucesso da coleta de dados a uma boa comunicação.
3. Conteúdos relacionados	Histórico de saúde (coleta de informações das condições do cliente); comportamento e postura de enfermagem.
4. Descrição da SP	Maria é enfermeira de uma unidade de internação. Às 9 h internou uma paciente, a Sra. Filomena, que é atendida com frequência devido à fibromialgia.

	<p>(síndrome clínica que se manifesta, principalmente, com dor no corpo todo). Maria a conhece muito bem e devido às internações regulares, o vínculo se tornou forte e a Sra. Filomena confia bastante nela. Conversam informalmente e Maria pede para aguardar um pouco, que ela vai fazer as perguntas e preencher o histórico de enfermagem. Quando retorna para o quarto, antes mesmo de iniciar, a Sra. Filomena começa a dizer que as dores têm aumentado nos últimos dias e percebe que nessas condições ela não poderá ficar mais em casa, pois melhora somente com medicações na veia; ela também relata que está muito preocupada com essa situação. Somente essas informações seriam o suficiente para a enfermeira Maria realizar o processo de enfermagem? O que mais poderia ser perguntado?</p>
<p>5. Resolução da SP</p>	<p>Como estudamos anteriormente, quanto mais informações, melhor será o nosso planejamento, o que irá proporcionar um cuidado de enfermagem apropriado e eficaz. A enfermeira Maria já conhece a paciente de internações anteriores, então suas perguntas serão mais objetivas, porém é importante manter o raciocínio crítico para a tomada de decisão. Por exemplo, ela pode perguntar como é essa dor, se é generalizada, ou seja, pelo corpo inteiro, ou se é pior em um determinado lugar. Também pode notar se a paciente se move; se é capaz de andar; ficar de pé e sentar-se normalmente; como é sua postura na cama; suas expressões não verbais, etc.</p>



Lembre-se

A definição clara do problema da paciente irá proporcionar a base para o planejamento e a implementação de intervenção de enfermagem, e para avaliação dos resultados finais do cuidado.



Faça você mesmo

Você é um enfermeiro que está sempre preocupado com a qualidade do atendimento. Ao entrevistar um paciente, deve-se pensar em um atendimento humanizado, ou seja, não o tratar como um sistema, por exemplo, só o coração, ou pulmão ou somente a própria dor. Às vezes, o problema atual, que no caso da nossa paciente é a dor, contribui para desencadear outros tipos de problemas, como não dormir direito, estresse, entre outros. O que mais a dor pode desencadear?

Faça valer a pena

1. O pensamento ou raciocínio crítico é uma competência multidisciplinar, um processo cognitivo ou mental ou um:

- a) Conjunto de procedimentos.
- b) Conjunto de respostas.
- c) Conjunto de razões.
- d) Conjuntos de atitudes.
- e) Conjunto de normas.

2. Segundo a resolução do COFEN 358/2009, o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas, que incluem:

- a) O histórico de enfermagem; diagnóstico médico; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem.
- b) O histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; sistematização de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem.
- c) O histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem.
- d) O histórico e a anamnese médica; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem.
- e) O histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e prognóstico de enfermagem.

3. Existem algumas técnicas para que uma comunicação terapêutica seja bem-sucedida, que incluem comportamentos e posturas. Essas técnicas são respostas específicas que encorajam a expressão de sentimentos e ideias, e transmitem aceitação e respeito, incluindo:

- I. Escuta atenta; compartilhamento de observações; de empatia; de esperança.
- II. Compartilhamento de humor; de sentimentos; utilização do toque.
- III. Utilização de silêncio; fornecimento de informação; esclarecimento; focalização; resumo.
- IV. Parafraseamento; indagação sobre questões relevantes; autoexposição e confronto.

Assinale a alternativa correta:

- a) II, III e IV.
- b) I, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II e IV.
- e) I, II, III e IV.

Seção 3.3

Fundamentos do cuidado

Diálogo aberto

Olá, caro aluno! Bem-vindo à Seção 3.3.

A Sra. Roberta, interna transferida da UTI após um infarto agudo do miocárdio (IAM), relata não sentir mais dor (algia), nem falta de ar (dispneia) e que os dias na UTI foram muito difíceis, mas o que importa é que está se recuperando e, em breve, voltará para casa. A enfermeira Elisabete, responsável pelo setor de internação, realiza uma checagem do prontuário, anotações multidisciplinares, como a paciente chegou, procedimentos, exames realizados e o histórico de enfermagem, e observa que a paciente é judia. Isso lhe chama a atenção, pois não foi passado no plantão por sua colega. Por que preocupar-se com essa informação? A cultura pode interferir no cuidado? Seria essa uma informação tão importante?

Você estudou nas seções anteriores a importância das relações terapêuticas, da sua atuação no relacionamento interpessoal, como agir de maneira ética no cuidado e respeito ao paciente e à família e que existem formas de abordagem. A maneira de se comunicar e a observação do não verbal do paciente poderão nos indicar muito. Nesta seção você vai adquirir conhecimento quanto aos fundamentos do cuidar e que este cuidado não está somente associado ao que o enfermeiro realiza, mas a uma troca entre paciente e enfermagem. Quanto maior o conhecimento que o enfermeiro adquire relacionado ao cuidado, melhor entenderá o mundo do paciente, que é um ser humano individual, e o cuidado deve ser holístico, ou seja, pensar no paciente como um todo, não só no porquê dele ter procurado o serviço de saúde. Quando se pensa no paciente holisticamente, inclui-se sua família, sua cultura, sua religião, seus amigos, etc. A enfermagem tornou-se científica através das teorias, e esta seção não irá detalhar todas as posições teóricas, ajudando-o a compreender melhor como o cuidado está no centro da capacidade de trabalho de um enfermeiro para com todos os pacientes de maneira respeitosa e terapêutica.

Pretende-se, com esta seção, que você compreenda que o cuidar envolve um encontro interpessoal que transmite uma proximidade e um senso de cuidado que envolve "estar lá" e "estar com" os pacientes.

Espera-se que após a leitura deste livro didático e das webaulas você compreenda o fundamento do cuidar. Conte conosco!

Não pode faltar

Vamos iniciar esta seção explicando a diferença entre saúde, enfermidade e doença. Saúde é um estado de ser que as pessoas definem conforme os seus próprios valores, personalidade e estilo de vida, ela existe ao longo de um continuum. A enfermidade é a experiência de perda ou função, enquanto doença é a manifestação de uma anormalidade ao nível celular, tecidual ou orgânico. Alguns têm uma doença, por exemplo, hipertensão (aumento da pressão arterial), mas não experimentaram a sensação de estar enfermos ou de diminuição da função, por isso não procuram cuidado de saúde até que haja uma ruptura, perda ou preocupação. Enfermidade, portanto, tem sentido apenas no contexto da vida da pessoa, ou seja, como ela se sente.

O cuidado é fundamental na prática de enfermagem, porém, quando se trata do ambiente de cuidado de saúde, torna-se ainda mais importante. Normalmente os enfermeiros e a equipe de saúde realizam suas funções sob pressão e com limitações de tempo, o que resulta, às vezes, em frieza e indiferença em relação às necessidades do paciente. Existe ainda o uso cada vez maior dos avanços tecnológicos para o rápido diagnóstico e tratamento, levando a equipe de saúde a perceber a relação com o paciente como menos importante, sem o contexto de cuidados com habilidade e compaixão. Quando o enfermeiro envolve o paciente no cuidado de maneira atenciosa e piedosa, aprende que o ganho terapêutico do cuidar traz uma enorme contribuição para a saúde e bem-estar do paciente. Durante períodos de doença ou quando uma pessoa procura a orientação profissional de um enfermeiro, o cuidado é essencial para ajudar o indivíduo a atingir resultados positivos.

Cuidar é um fenômeno universal que influencia as maneiras pelas quais as pessoas pensam, sentem e comportam-se com relação umas às outras. Cuidado significa que pessoas, eventos, projetos e

coisas são importantes para as pessoas. O cuidado, ao contrário da cura, auxilia um indivíduo ou um grupo a melhorar sua condição humana, uma necessidade humana fundamental, essencial para a saúde e a sobrevivência. Atos de cuidar referem-se a atividades, processos e decisões afetuosas e habilidosas para ajudar as pessoas de maneira empática, compassiva e com apoio. Um ato de cuidado é dependente das necessidades, problemas e valores do paciente. Madeleine Leininger (enfermeira que escreveu a teoria transcultural) estudou inúmeras culturas em todo o mundo e descobriu que o cuidado ajuda a proteger, desenvolver, alimentar e fornecer sobrevida às pessoas. O cuidado é vital para a recuperação de uma enfermidade e para a manutenção de práticas de vida saudável em todas as culturas; destaca-se ainda a importância da compreensão dos comportamentos culturais pela equipe de saúde. O cuidado é muito pessoal e, portanto, a expressão do cuidado difere para cada paciente. Para que o cuidado atinja a cura, os enfermeiros precisam aprender comportamentos e palavras culturalmente específicos que reflitam o cuidar humano, para identificar e responder às necessidades de todos os pacientes.

A Teoria de Enfermagem Transcultural é de difícil compreensão e para aplicá-la o enfermeiro deve saber interagir com pessoas e observar valores. Para isso, necessita se autoavaliar e julgar se está apto a assumir a relação de cuidador com o paciente em diferentes contextos e cenários. Essa autoavaliação deve considerar conflitos étnicos e raciais; problemas sociais e religiosos; dificuldades físicas e mentais, e políticas inclusivas. Na nossa situação-problema trouxemos a questão de a paciente ser judia, sabe-se que existem diferenças em relação à cultura. O enfermeiro, ao cuidar de um paciente judeu ortodoxo, deve preocupar-se com a alimentação, rituais e costumes, considerando esses aspectos, oferecendo cuidado holístico, preocupado com o fator cultural que também faz parte do cuidado.



Pesquise mais

O artigo a seguir traz algumas reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde-doença. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1590/pdf_693>. Acesso em: 24 jan. 2016.

Além da teoria transcultural, pode-se citar a cuidado transpessoal. Os pacientes e suas famílias esperam uma interação humana de alta

qualidade por parte do enfermeiro, mas, infelizmente, muitas das conversas que ocorrem entre eles são breves e sem ligações. A teoria do cuidado de Jean Watson (enfermeira que escreveu a teoria do cuidado transpessoal) é um modelo holístico para a enfermagem que sugere que uma intenção consciente de cuidado promove a cura e a totalidade. A teoria transpessoal entende que na relação de cuidar o enfermeiro não está só, ele precisa do paciente para que o cuidado nesta relação aconteça. É a partir da relação transpessoal que o enfermeiro e o paciente tornam-se apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma em uma relação (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013). Essa teoria rejeita a orientação da doença em direção ao cuidado de saúde e coloca o cuidado antes da cura. O profissional olha além da doença do cliente e do seu tratamento por meios convencionais, já o cuidado transpessoal procura por fontes mais profundas de cura interior para proteger, valorizar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior da pessoa.



Faça você mesmo

Sr. Fred, de 90 anos, está internado e como na rotina hospitalar o horário do banho é às 8h, você determina que o banho será realizado sobre o leito. Pede para providenciarem todo o material para o banho. Antes, você resolve ler o histórico de enfermagem e tem a seguinte informação: Costuma realizar sua higiene pessoal às 17h e, mesmo com suas condições limitadas, o faz no banheiro e sempre na companhia da esposa, que segura sua mão e o auxilia na higienização íntima.

Pensando no cuidado transpessoal, qual seria sua atitude?

O cuidado transpessoal é percebido como aquele que acontece no momento de cuidado. Ele é capaz de propiciar a restauração/reconstituição entre os seres envolvidos no processo e, assim, o momento de cuidar torna-se parte da história de vida passada e futura de ambos os seres e possibilita novas oportunidades, como, por exemplo, o autoconhecimento. É entendido também como um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, promove a ampliação da capacidade de reestruturação, engloba e valoriza o trinômio corpo-mente-espírito e é capaz de mudar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

Além das teorias citadas, existem várias outras conhecidas pela enfermagem brasileira, mas como foi dito anteriormente, não é o foco desta seção, fizemos somente uma introdução para lembrar que

todo o cuidado de enfermagem está embasado em uma ou em várias teorias. As teorias do cuidado de enfermagem têm temas em comum e o cuidar é altamente relacional. O enfermeiro e o paciente entram em uma relação que é muito mais do que uma pessoa simplesmente "realizar tarefas por" outra, existe um dar e receber mútuo que se desenvolve à medida que o enfermeiro e o paciente começam a se conhecer e se importar um com o outro.

Uma enfermeira estava realizando assistência a um paciente e era preciso puncionar um acesso venoso para administrar um antibiótico. Ao chegar no quarto, ela se identificou e explicou o que iria acontecer com ele. Durante a punção do acesso, foi explicando todo o procedimento, o porquê de estar passando álcool para realizar a antisepsia da pele, que sentiria dor quando o cateter ultrapassasse a pele, mas que seria suportável, e assim prosseguiu, conforme realizava o procedimento. Ao terminar, o paciente lhe disse "eu nunca fui tratado com tanto zelo". Os pacientes percebem quando os enfermeiros não conseguem relacionar-se com eles. Há uma frase muito interessante que o COREN lançou nas redes sociais, que diz: "Seja o enfermeiro, o técnico ou o auxiliar de enfermagem que você gostaria de ter, se fosse o paciente!". A partir do cuidado que você oferece ao paciente, ele desenvolve percepções que valorizam claramente a dimensão afetiva do cuidado de enfermagem.

Estabelecer uma presença tranquilizadora, reconhecer um indivíduo como único e manter um olhar atento e próximo são comportamentos recorrentes que os pacientes valorizam. Todos são únicos, no entanto, a compreensão dos comportamentos comuns que os pacientes associam ao cuidado ajuda a aprender a expressar o cuidado na prática.



Exemplificando

Quando os pacientes sentem que a equipe de saúde é sensível, solidária, compassiva e interessada nos pacientes como pessoas, geralmente tornam-se parceiros ativos nos planos de cuidado. A satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem é um fator importante na sua decisão de retornar ao hospital.

Quando começamos com a prática clínica, é importante considerar como os pacientes percebem e quais são as melhores abordagens de prestação de cuidados. Por essa razão, concentre-se em construir uma relação que lhe permita saber o que é importante para seus

pacientes. Por exemplo, ao abordar um paciente que precisa de um cateterismo vesical de demora, você percebe que ele está ansioso devido ao procedimento. Considere que você é novato na instituição e não tem muita habilidade, então, para aliviar a ansiedade, decide que o paciente será beneficiado se obtiver uma assistência de um membro da equipe que tenha mais experiência. Os comportamentos associados aos cuidados oferecem um ponto de saída excelente.

O cuidado é uma obrigação moral. Através do cuidado de outros seres humanos, em última análise, a dignidade humana é protegida, aumentada e preservada. Essa postura é fundamental para garantir que os enfermeiros exerçam os padrões éticos de boa conduta, caráter e motivação. A ética no cuidar coloca o enfermeiro como defensor do paciente, resolvendo dilemas éticos ao ocupar-se das relações interpessoais e dando prioridade à individualidade do paciente.

O cuidado na prática de enfermagem

Para aqueles que consideram o cuidado uma parte rotineira em sua vida, este é um produto da sua cultura, valores, experiências e relações com os outros. As pessoas que não experimentam o cuidado em suas vidas frequentemente acham difícil executá-lo. Como os enfermeiros lidam com a saúde e a doença em sua prática, eles evoluem na capacidade de cuidar. Os comportamentos de enfermagem relacionados com o cuidado incluem proporcionar a presença, um toque carinhoso e o escutar. Proporcionar a presença é um encontro interpessoal que envolve proximidade e um senso de cuidado, a presença envolve "estar lá" e "estar com". "Estar lá" não é apenas uma presença física, mas também inclui comunicação e compreensão. A relação interpessoal de "estar lá" parece depender do fato de que um enfermeiro é atencioso com o paciente. Esse tipo de presença é algo que o enfermeiro oferece ao cliente com a finalidade de alcançar alguns objetivos, como apoio, conforto, ou incentivo, para diminuir a intensidade dos sentimentos indesejados ou para tranquilizá-lo.



Refleta

Será que tranquilizar e fornecer explicações completas sobre um procedimento, permanecer ao lado do paciente e desempenhar o papel de treinador para o paciente durante a experiência transmite uma presença que é inestimável para o seu bem-estar?

É importante estabelecer a presença quando os pacientes estão passando por situações ou eventos estressantes. Esperar um relatório do médico sobre resultados de exames, preparar-se para um procedimento não familiar e planejar o retorno para casa após uma doença grave são apenas alguns exemplos de eventos no decurso da doença de uma pessoa que podem criar imprevisibilidade e dependência em provedores de saúde. A presença do enfermeiro ajuda a acalmar a ansiedade e o medo relacionados com situações estressantes.

O toque é uma forma não verbal que indica cuidado, os pacientes enfrentam situações que são embaraçosas, assustadoras e dolorosas. Seja qual for o sentimento ou sintoma, os pacientes buscam conforto nos enfermeiros. O uso do toque é uma abordagem confortante em que o enfermeiro se aproxima do cliente comunicando preocupação e conforto. Pelo fato de o toque transmitir muitas mensagens, use-o com discrição. O toque em si é uma preocupação quando atravessa barreiras culturais, seja do cliente ou do próprio enfermeiro. Saiba e compreenda se os pacientes estão aceitando o toque e como eles interpretam as intenções do enfermeiro.

Quanto à escuta, é uma habilidade que o enfermeiro deve treinar; ouvir é fundamental, porque transmite toda a atenção e interesse do enfermeiro. Ouvir inclui "absorver" o que diz um paciente, bem como uma interpretação e compreensão do que o paciente está dizendo e o retorno desta compreensão à pessoa que fala. Ouvir o significado do que um paciente diz ajuda a criar uma relação mútua, a verdadeira escuta leva a saber verdadeiramente e responder ao que realmente importa para o paciente e sua família. Para ouvir efetivamente, o enfermeiro tem de calar-se. É importante permanecer intencionalmente em silêncio e concentrar-se naquilo que o paciente tem a dizer, é preciso ser capaz de dedicar sua atenção completa, concentrada, enquanto eles contam suas histórias. Observar as expressões e a linguagem corporal fará com que você encontre indícios para ajudar o paciente a explorar maneiras de alcançar uma paz maior.



Assimile

O cuidado envolve um dar e receber mútuo que se desenvolve à medida que o enfermeiro e o paciente começam a conhecer-se e cuidar um do outro, é difícil fornecer esse cuidado sem antes saber quem são eles e qual a sua percepção da doença.

O cuidar ainda envolve conhecer bem o paciente, o que significa evitar suposições, concentrar-se e envolver-se em uma relação de cuidado com o paciente que revela informações e indícios que facilitam o pensamento crítico e os julgamentos clínicos. O cuidado espiritual ocorre quando uma pessoa encontra um equilíbrio entre os seus próprios valores de vida, objetivos e sistemas de crenças. As crenças e expectativas de um indivíduo realmente exercem efeitos sobre o bem-estar físico da pessoa. O cuidado com a família refere-se ao que cada indivíduo experimenta na vida através das relações com os outros, assim o cuidado não pode ocorrer de forma isolada, é importante conhecer a família quase tão amplamente quanto se conhece o paciente.



Vocabulário

Contexto: conjunto de circunstâncias em que se produz a mensagem que se deseja emitir – lugar e tempo, cultura do emissor e do receptor, etc. – e que permitem sua correta compreensão.

Continuum: conjunto de elementos tais que se possa passar de um para outro de modo contínuo.

Sem medo de errar

A cultura é descrita como os pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de grupos raciais, étnicos, religiosos ou sociais. Consiste em conhecimento, padrões de comportamento, valores, crenças, normas e estilo de vida de um grupo particular, transmitidos socialmente, que guiam sua visão de mundo e tomada de decisão. A enfermagem transcultural é um estudo comparativo das culturas para compreender similaridades (cultura universal) e diferenças (culturas específicas) entre grupos humanos. O objetivo da enfermagem transcultural é o cuidado culturalmente apropriado, ou o cuidado que se ajusta aos modelos de valores de vida da pessoa e estabelece significados.



Atenção

Padrões e significados são gerados pelas próprias pessoas, e não por critérios predeterminados. Cuidado culturalmente apropriado é, algumas vezes, diferente dos valores e significados do profissional do sistema de cuidado de saúde.

Descobrir os valores, significados, crenças e práticas de cuidado cultural do paciente à medida que eles se relacionam com a enfermagem e com o cuidado de saúde requer que os enfermeiros assumam o papel de aprendizes e parceiros do paciente e familiares para definir as características de um cuidado significativo e benéfico.

Muitos integram crenças religiosas e espirituais na prática do cuidado. Por exemplo, as igrejas afro-americanas têm um papel ativo no cuidado dos membros de suas comunidades. O cuidado de enfermagem realizado pelo mesmo gênero é de forte valor entre islâmicos, judeus ortodoxos, hindus e outros grupos que enfatizam a modéstia feminina. Os enfermeiros aprendem várias habilidades necessárias para reunir uma avaliação cultural acurada e abrangente ao longo do tempo. Os seguintes componentes de avaliação cultural auxiliam no discernimento do tipo de informação que pode ser útil no planejamento e fornecimento do cuidado de enfermagem: herança étnica e etno-história; história biocultural; organização social; crenças religiosas e espirituais; padrões de comunicação e orientação do tempo.



Lembre-se

O cuidado culturalmente apropriado é significativo, assistente e facilitador, pois ele preenche os valores de padrões de vida do paciente. Os enfermeiros alcançam os cuidados culturalmente apropriados através da avaliação cultural da aplicação da preservação, acomodação e repadronização cultural.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Relacionamento terapêutico”

1. Competência Geral

Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.

2. Objetivos de aprendizagem	Discutir o papel que o cuidado desempenha na construção de uma relação enfermeiro-paciente.
3. Conteúdos relacionados	Visão teórica sobre o cuidar. Percepção do cliente. Cuidado na prática de enfermagem.
4. Descrição da SP	Ao iniciar o plantão, a enfermeira Joyce é comunicada que o Sr. João está precisando de muitos cuidados. É solicitante, pois não admite que coloquem fraldas para que ele faça suas necessidades fisiológicas e também não permite que coloquem o uripen (dispositivo usado no gênero masculino para urinar). A enfermeira decide conversar com ele. Ela chega ao quarto, e inicia a conversa com o Sr. João com um belo sorriso, perguntando como ele está. Atenciosamente, escuta todas as reclamações e pontuações, e o convence a urinar no papagaio (dispositivo usado em pacientes acamados ou que tenham dificuldades para andar). Ao chegar no posto de enfermagem e avisar o que ficou combinado, todos ficaram espantados. O que havia acontecido? Qual argumento ela usou para convencê-lo?
5. Resolução da SP	Na correria do dia a dia, o profissional, muitas vezes não se atenta para observar pequenas coisas que acontecem. Quando a enfermeira Joyce foi conversar com o paciente, ela o ouviu atentamente, e observou que ele era do interior. Repetidas vezes o paciente relatou que não iria permitir que colocassem o “tal do Uripen”, nem o tal do “papagaio”, e ainda acrescentou, “o que o papagaio tem a ver com a minha urina?”. Foi então que ela percebeu que a falha estava na comunicação, o paciente não conhecia o dispositivo como urinol, mas sim como papagaio e, para ele, era um pássaro, e ainda acrescentou “finalmente alguém com atitude”. Às vezes estamos tão acostumados com a linguagem técnica, nossa cultura e saber, que esquecemos de realizar essas pequenas observações, o que, no final, acaba influenciando no relacionamento com o paciente e causando estresse desnecessário para o enfermeiro e também para a equipe de enfermagem.



Lembre-se

Você terá grandes ferramentas nas mãos para realizar o cuidado, basta saber como usá-las. Já pode iniciar dentro da sala de aula com os seus colegas e professores, no seu trabalho, com sua família, realizando trabalhos voluntários.



Faça você mesmo

Um paciente irá realizar uma cirurgia. Ao fazer a entrevista, ele relata que nunca havia sido internado, está com muito medo, pois para ele tudo é novo e ameaçador. Que atitudes você adotaria para estabelecer um bom relacionamento terapêutico?

Faça valer a pena

1. Cuidar é um fenômeno universal que influencia a maneira que as pessoas pensam, sentem e:

- a) Comportam-se com relação umas às outras.
- b) Comportam-se com relação somente a si mesmas.
- c) Comportam-se em relação somente à família.
- d) Comportam-se somente quando fazem caridade.
- e) Comportam-se quando cuidam dos seus inimigos.

2. A teoria transcultural afirma que o cuidado ajuda a proteger, desenvolver, alimentar e fornecer sobrevida às pessoas. Destaca ainda a importância da compreensão dos comportamentos culturais pela equipe de saúde. Ao realizar a autoavaliação, o enfermeiro deve considerar:

- a) Conflitos pessoais e raciais; problemas particulares e religiosos; dificuldades físicas e mentais e políticas inclusivas.
- b) Conflitos étnicos e raciais; problemas sociais e de moradia; dificuldades financeiras e mentais e políticas inclusivas.
- c) Conflitos familiares e raciais; problemas sociais e religiosos; dificuldades físicas e mentais e políticas públicas.
- d) Conflitos étnicos e raciais; problemas sociais e religiosos; dificuldades físicas e mentais e políticas inclusivas.
- e) Conflitos étnicos e pessoais; problemas raciais e religiosos; dificuldades físicas e mentais e políticas saudáveis.

3. O cuidado envolve um dar e receber mútuo que se desenvolve à medida que o enfermeiro e o paciente começam a conhecer-se e cuidar um do outro, é difícil fornecer esse cuidado sem antes saber quem são eles e qual a sua percepção da doença. O cuidar ainda envolve:

- I. Conhecer bem o paciente, o que significa evitar suposições, concentrar-se e envolver-se em uma relação de cuidado.

II. Cuidado espiritual ocorre quando uma pessoa encontra um equilíbrio entre os seus próprios valores de vida, objetivos e sistemas de crenças.

III. Cuidado com a família, refere-se ao que cada indivíduo experimenta na vida por meio das relações com os outros, assim o cuidado não pode ocorrer de forma isolada.

IV. Cuidado com o trabalho, ocorre quando o enfermeiro conhece o que o paciente faz e a partir desse conhecimento ele traça o cuidado.

Assinale a afirmativa correta:

- a) I, II e IV.
- b) I, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II, III e IV.
- e) II, III e IV.

Seção 3.4

Anamnese

Diálogo aberto

Olá, caro aluno! Seja muito bem-vindo.

Nesta seção você vai compreender o que é a anamnese e entenderá o quanto é importante o conhecimento dos assuntos abordados nas seções anteriores. Será que para realizar uma boa anamnese é importante conhecer os aspectos éticos que envolvem relacionamento terapêutico? Será que a forma de abordagem que você utiliza interfere no resultado da sua entrevista? Ou ainda, se a forma de abordagem é eficaz, pode fundamentar o plano de cuidado que você irá traçar para o seu paciente?

Você é enfermeiro em um Pronto Atendimento. A ambulância do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) acaba de trazer o paciente Sr. José. Ao realizar a anamnese, o paciente relata que está com fortes dores abdominais, de início súbito. Você pede para que o paciente conte a história com mais detalhes. Ele conta o seguinte: levantou-se logo cedo e estava tudo bem, tomou o café da manhã, realizou as rotinas habituais e ao meio-dia sua esposa o chamou para almoçar. Mais ou menos duas horas após o almoço, começou a sentir fortes dores na barriga, foi algumas vezes até o banheiro acreditando ter comido algo que não fez bem e que isso provavelmente causaria uma diarreia, foram várias tentativas, mas sem sucesso. No final da tarde a dor ficou insuportável, causando mal-estar, suor frio, palidez e desmaio. Sua esposa, acreditando ser um infarto e não sabendo o que fazer, chamou o SAMU e por isso ele se encontra no hospital.

Você acredita que o relato do paciente é suficiente para fechar um diagnóstico? O que mais pode ser perguntado para que a anamnese seja completa?

Por meio da leitura do livro didático, de outras leituras sugeridas e técnicas corretas, você irá adquirir habilidades e a competência para realizar uma excelente anamnese.

Desejo a você bons estudos!

Não pode faltar

Vamos iniciar esta seção falando sobre a anamnese. O termo vem do grego *ana*, trazer de novo, e *mnesis*, memória, é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, com estimativa de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença ou patologia. É importante destacar nesse momento que, quando o enfermeiro realiza a anamnese, a intenção é levantar o máximo de informações para planejar o cuidar através do diagnóstico de enfermagem, enquanto a anamnese realizada pelo médico é para diagnosticar o tipo de patologia (doença) existente.

O processo de enfermagem é a abordagem de um enfermeiro visando identificar, diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença e é fundamental para a maneira de atuação da prática. A Resolução do COFEN nº 272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras. No artigo 1º diz que é privativo ao enfermeiro a implantação, o planejamento, a organização e a execução do processo de enfermagem, que compreende as etapas de consulta de enfermagem, o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, e ainda, no artigo 2º, diz que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada. A Resolução 272/2002 foi revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009 que cita em seu Art.2º que o processo se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Cada vez que você encontrar um paciente, deverá aplicar o processo de enfermagem para proporcionar um cuidado apropriado e eficaz. Ele deve iniciar na primeira etapa a coleta de dados e a análise de informações ou Histórico de Enfermagem a respeito do estado de saúde do paciente, realizando julgamentos clínicos em relação à resposta do paciente aos problemas de saúde. Na segunda etapa é realizado o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e no exame físico, identificará os problemas de enfermagem, quais são as necessidades básicas afetadas e qual o grau de dependência, realizando um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade, aos processos de vida atual ou potenciais. A terceira etapa consiste no planejamento de enfermagem, na determinação dos resultados que se pretende alcançar, ações ou intervenções que são realizadas à partir

das respostas do paciente, familiares ou coletividade. A quarta etapa é a implementação de enfermagem onde são realizadas as ações que foram determinadas na terceira etapa, a de planejamento. A última e quinta etapa é a avaliação de enfermagem que consiste em verificar mudanças nas respostas do paciente, família em um dado momento do processo para saber se as ações alcançaram o resultado esperado; além de verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A realização da história de saúde é o primeiro entre dois passos essenciais no histórico de enfermagem. Embora essas etapas possam ser um pouco demoradas, é importante completá-las com precisão e na sua totalidade, pois é fundamental estabelecer um plano de cuidados adequado para o paciente.



Exemplificando

As duas etapas da coleta de dados incluem: a coleta e verificação de dados a partir de uma fonte primária (o paciente) e de fontes secundárias (familiares, outros profissionais da saúde e o prontuário); e a análise de todos os dados para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a identificação dos problemas colaborativos e o desenvolvimento de um plano de cuidado individualizado.

A história de saúde organiza informações sobre fisiologia, psicologia, aspectos culturais e psicossociais, relacionando-as ao estado atual de saúde do cliente e considerando influências, como estilo de vida, relações familiares e questões culturais. O histórico de enfermagem é compreendido por duas partes, a história de saúde e a avaliação física, que também ajuda a estabelecer um plano de assistência adequado.



Refleta

Antes de iniciar uma entrevista é importante realizar uma autorreflexão: ela o ajudará a aprofundar a conscientização acerca de si e permitirá a abertura a diferenças.

É importante ler o prontuário do paciente e estabelecer objetivos, pois você terá informações e desenvolverá competências quanto ao enfoque a adotar durante a entrevista, porém, às vezes, as informações descritas no prontuário podem não ser completas, os dados provêm

de vários observadores e ele não deve ser um impeditivo para o desenvolvimento de novas abordagens. Outra forma de realizar uma boa entrevista está no estabelecimento de objetivos, é necessário que tenhamos uma entrevista estruturada através de formulários específicos e que os objetivos sejam esclarecidos antes de iniciar a entrevista, pois isso ajudará o enfermeiro a manter-se direcionado e organizado.

A precisão e a integridade das respostas do paciente dependerão de sua habilidade como entrevistador; antes de fazer as perguntas, é importante rever as diretrizes de comunicação abordadas nas seções anteriores. A entrevista, para ser eficaz, exige boas habilidades de comunicação e de relação interpessoal, observação de comportamentos verbais e não verbais, da linguagem corporal do paciente quanto às indicações de sentimentos e comportamentos não manifestos. Além disso, tenha ciência da sua própria linguagem corporal para assegurar a comunicação ideal, o que o enfermeiro demonstra em termo de postura, gesto, contato visual e tom de voz pode expressar interesse e compreensão. A aparência também pode afetar a relação com o paciente, ele confia no enfermeiro que se apresenta com aspecto de asseio e organização e vestindo roupas adequadas e crachá de identificação.

Outro fator importante é o uso terapêutico de si próprio, o que significa empregar habilidades interpessoais de uma maneira curativa para ajudar o paciente. Nessas habilidades são usadas três técnicas importantes: empatia, aceitação e reconhecimento. Para demonstrar empatia, é importante empregar frases que falem dos sentimentos do paciente, por exemplo, "Isso deve aborrecer você"; para mostrar aceitação, empregue afirmativas neutras como "Estou entendendo" ou comportamentos não verbais, como acenar com a cabeça, o contato visual, e para mostrar reconhecimento é importante ouvir atentamente, e ocasionalmente demonstrar, de modo verbal ou não verbal, que está prestando atenção, com a intenção de encorajá-lo a continuar falando.

Os valores pessoais e as experiências anteriores com o sistema de atendimento da saúde podem afetar as expectativas do paciente quanto à história de saúde. O enfermeiro deverá aproveitar esse momento para esclarecer as expectativas, preocupações e dúvidas; quando você tem conhecimento dos conceitos equivocados do paciente, pode ajudá-lo de forma eficaz. Pode acontecer de uma informação ser confidencial

e o paciente sentir-se desconfortável em fornecê-la – assegure que só terão acesso a essas informações profissionais de saúde autorizados.

Perdemos com tantas informações, principalmente quando estamos iniciando na profissão. Ao realizar a entrevista, é importante escrever frases concisas, datas e palavras, em vez de tentar transcrever toda a narrativa do paciente; não deixe que o ato de tomar notas tire a sua atenção para com o paciente. Outro fator importante que interfere na coleta de dados é o ambiente, por isso, antes de realizá-la, escolha um ambiente tranquilo e reservado, evite termos técnicos, use linguagem corporal adequada, confirme as afirmativas do paciente para evitar mal-entendidos e, por último, faça perguntas abertas, que começam sempre com "o que", "como", ou "qual". O uso de perguntas fechadas não é proibido, é importante para obter fatos e focar a atenção em informações específicas.



Pesquise mais

Para compreender melhor as técnicas específicas de comunicação realizadas na entrevista, leia o livro da autora:

WEBER, J. **Semiologia**: guia prático para a enfermagem. Tradução: João Clemente Barros; Revisão técnica Sônia Regina de Souza. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Alguns pontos especiais devem ser considerados, por exemplo, os intérpretes, que hoje estão disponíveis na maioria das instituições e também podem ser um membro da família. Quando o paciente tem comprometimento auditivo, encare-o e fale com clareza, de forma que ele possa ler os seus lábios. Existem os intérpretes de sinais para pacientes com comprometimento de audição, verifique com a instituição essa possibilidade. Pode ainda usar gestos tranquilizadores, como inclinar a cabeça para a frente, para estimular o paciente a continuar falando.

A avaliação envolve a coleta de dois tipos de dados, os objetivos e os subjetivos. Os dados objetivos são obtidos por meio da observação e são confirmáveis por meio do exame físico; os dados subjetivos não podem ser confirmados por outras pessoas, a não ser pelo paciente, baseiam-se simplesmente no relato do próprio paciente, por exemplo, "Sinto dor de cabeça", "Estou sem fome". A história de saúde é usada

para reunir dados subjetivos acerca do paciente e explorar seus problemas anteriores e atuais. Comece perguntando sobre sua saúde física e emocional, depois questione acerca de sistemas e estruturas corporais específicas.



Assimile

Técnicas de sucesso em uma situação podem não ser eficazes em outra. Sua atitude e a interpretação que o paciente faz das suas perguntas podem variar. Então, certifique-se de individualizar o seu estilo para cada paciente, conforme necessário.

Um dos objetivos do processo da entrevista consiste em facilitar o fluxo enquanto as perguntas corretas são feitas para acrescentar detalhes à história do paciente. É importante usar técnicas de questionamentos adaptativos, por exemplo: questionamentos direcionados; para provocar respostas abertas; fazer uma série de perguntas, uma de cada vez; oferecer respostas de múltipla escolha. O questionamento direcionado deve ir do assunto geral para o específico, não deve conduzir a respostas do tipo sim ou não. As perguntas que pedem respostas que vão das mais simples às mais elaboradas, em vez de uma única resposta, permitirão que você obtenha mais informações do paciente. Ao invés de perguntar: "Você tem falta de ar quando realiza pequenos esforços?", pergunte: "Que atividades físicas fazem você sentir falta de ar?". Além disso, certifique-se de fazer uma pergunta de cada vez. Ao perguntar: "Você tem história de doenças infectocontagiosas, hipertensão, diabetes ou cardiopatia?", o paciente pode ficar confuso. Como alternativa, pergunte: "Você tem uma história de algum dos seguintes itens?" e a seguir relacione um de cada vez, fazendo uma pausa após cada problema para dar ao paciente tempo para pensar e responder. Quando for difícil o paciente responder perguntas sem orientação, ofereça múltiplas escolhas a fim de evitar respostas erradas. "A dor é contínua e de intensidade média, pulsante, opressiva, em queimação, ou de que tipo?" Assim, o paciente entenderá o que você está procurando e também terá a oportunidade de descrever a dor com as próprias palavras.



Faça você mesmo

O Sr. José, além dos problemas que o levaram a procurar atendimento na unidade de saúde, relata ter fortes dores nas costas, que o incomodam muito. As informações são vagas, quais perguntas poderiam auxiliá-lo para ajudar o paciente?

Nesse momento, o enfermeiro pode observar se a mobilidade do paciente está limitada e obter mais informações: se o paciente se move, se é capaz de andar, ficar em pé e se sentar normalmente. A definição clara do problema do paciente proporciona a base para o planejamento e a implementação de intervenções de enfermagem, e para a avaliação dos resultados finais do cuidado.



Vocabulário

Inferências: do latim *inferentia*, ato ou efeito de inferir, indução, conclusão.

Método mnemônico: é um auxiliar de memória. Técnicas utilizadas para auxiliar o processo de memorização.

Sistema: Vem do grego e significa formar um conjunto. Quando o mencionamos no texto, referimo-nos ao sistema; aqui, estamos falando de órgãos funcionais, por exemplo: sistema respiratório, neurológico, cardiovascular, reprodutor, etc.

Sem medo de errar

Como enfermeiro, um paciente vai lhe apresentar um problema de saúde inicial, você então passa a observar o comportamento, faz perguntas sobre a natureza do problema, ouve as indicações fornecidas e realiza o exame físico. A família também é entrevistada, pois estão familiarizados com os problemas de saúde do paciente e é importante rever quaisquer dados existentes no prontuário. Após conhecer a natureza e a origem dos problemas de saúde do paciente, você poderá executar intervenções que possam restaurar, manter ou melhorar a saúde do cliente. O pensamento crítico permite ao profissional ver o quadro maior ao formar conclusões ou tomar decisões em relação à condição de saúde do paciente. Ao coletar dados, é importante sintetizar o conhecimento relevante, recordar experiências clínicas anteriores,

aplicar padrões e atitudes de pensamentos críticos e usar padrões de práticas para dirigir sua avaliação de maneira significativa e direcionada, com uma finalidade.



Atenção

A experiência clínica anterior contribui para aumentar sua habilidade na coleta de dados. Por exemplo, se você cuidou de um paciente que teve um AVE (acidente vascular encefálico), você saberá que o paciente não fala adequadamente, perde força motora em um dos lados, fato esse que impossibilita os movimentos normais. Por isso, você irá avaliar exaustivamente o grau de comprometimento e intervir com o intuito de deixar a menor seqüela possível.

O enfermeiro deve ter conhecimento das ciências físicas, biológicas e sociais, esses conhecimentos permitem que faça perguntas pertinentes e colete dados relevantes para a história e a avaliação física em relação ao estado de saúde atual do paciente. Utilize do método mnemônico PQRST para explorar completamente a queixa principal do paciente. Provocativo ou paliativo: "O que provoca ou alivia o sintoma?" ou "O que faz o sintoma agravar ou melhorar?". Qualidade ou quantidade: "Com o que se assemelha o sintoma (sensação, aspecto, som)?" ou "Até que ponto o sintoma afeta suas atividades normais?". Região ou radiação: "Em que parte do corpo ocorre o sintoma?" ou "O sintoma ocorre em outras regiões? Caso afirmativo, onde?". Severidade (gravidade/intensidade), "Qual a intensidade do sintoma? Como você classificaria, numa escala de 1 a 10, sendo dez a mais intensa?". Tempo, "Quando o sintoma começou?" ou "Quanto tempo dura o sintoma?".



Lembre-se

O uso de atitudes de pensamentos críticos, como curiosidade, perseverança e confiança, assegura que você obtenha um banco de dados abrangentes.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Coleta de dados"

1. Competência Geral

Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional, e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.

2. Objetivos de aprendizagem

Relacionar o processo de enfermagem com a coleta de dados.

3. Conteúdos relacionados

Entrevista com o cliente. Coleta de dados. Processo de enfermagem.

4. Descrição da SP

É início de plantão. Douglas, enfermeiro em uma unidade de enfermagem ortopédica, entra no quarto do Sr. Regis pela primeira vez às 8h, quando começa o seu turno. O Sr. Regis é um homem de 20 anos, vítima de atropelamento: estava de moto quando foi surpreendido por um veículo em alta velocidade que o arremessou a 20 metros de distância, está com várias escoriações pelo corpo e uma fratura nos ossos da perna direita, que mais tarde será submetida à cirurgia para correção. Douglas percebe pela expressão do paciente e caretas que ele sente dor e que está desconfortável, ele relata não estar em uma posição confortável e que a dor o impede de se movimentar. Douglas realiza algumas perguntas e pede para que Sr. Regis mostre onde é a dor. Em escala de 1 a 10, sendo 10 a pior dor possível e 0 a ausência de dor, como ele avaliaria a dor? Piora quando vira o corpo? Enquanto Sr. Regis responde a algumas perguntas, Douglas analisa os dados e considera outras informações relevantes, por exemplo, a fratura e o fato de ser arremessado a 20 metros. Douglas decide que Sr. Regis apresenta uma dor aguda relacionada à queda e à fratura, e define um plano para ajudar a aliviar a dor. É administrado um analgésico com prescrição médica e reposicionado o paciente. Trinta minutos depois, Douglas retorna ao quarto do Sr. Regis para determinar se a dor foi aliviada.

5. Resolução da SP

Ao começar a avaliação, a coleta de dados do paciente, pense criticamente sobre o que vai ser avaliado. Determine as perguntas ou as medidas apropriadas com base em seu conhecimento clínico e em sua experiência, e na história de saúde e nas respostas do seu paciente. Ao encontrar um paciente pela primeira vez, faça uma rápida triagem por observação e obtenha uma visão geral baseada em uma situação do tratamento. No caso do Sr. Regis, Douglas focalizou a natureza e a gravidade da dor, o risco de limitação da mobilidade, o grau de ansiedade do paciente. Douglas aplicou o processo de enfermagem ao cuidar do Sr. Regis.



Lembre-se

Saber como investigar e como formular as perguntas é uma habilidade que cresce com a experiência. Você aprende a decidir quais perguntas são relevantes para uma situação e a dar atenção às interpretações aprimoradas dos dados.



Faça você mesmo

Agora que você conhece um pouco mais sobre o processo de enfermagem e a coleta de dados, e compartilhou da situação-problema, que tal conhecer melhor o Sr. Regis? Quais outros problemas podem ocorrer com a hospitalização? Quais as estratégias que você utilizaria para realizar uma coleta mais ampla do paciente? Quanto à cirurgia, qual seria o foco das suas perguntas?

Faça valer a pena

1. O termo anamnese vem do grego ana, que significa trazer de novo, e mnesis, que significa memória; é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde com seu paciente. Qual a intenção da anamnese? Assinale a alternativa correta:
 - a) Ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença ou patologia.
 - b) Iniciar um bom relacionamento entre os profissionais de saúde.
 - c) Iniciar um bom relacionamento entre instituição e paciente.
 - d) Respeito e confiança.
 - e) Tornar o paciente parceiro ativo nas decisões do cuidado.

2. A Resolução do COFEN nº 272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras. No artigo 1º, em relação ao SAE, o que é privativo ao enfermeiro? Assinale a alternativa correta:

- a) Implantação, anotação, organização, execução da prática de enfermagem.
- b) Negociação, planejamento, distribuição, execução do processo de enfermagem.
- c) Implantação, execução, organização e privacidade no processo de enfermagem.
- d) Implantação, planejamento, organização, execução do processo de enfermagem.
- e) Manipulação, planejamento, distribuição, execução da prática de enfermagem.

3. O processo de enfermagem é aplicado pelo enfermeiro para proporcionar um cuidado apropriado e eficaz. Ele é dividido em etapas:

I. Coleta de dados e análise de informações a respeito do estado de saúde do paciente.

II. Exame físico no qual são utilizadas as técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa.

III. Diagnóstico de enfermagem; o enfermeiro, após ter analisado os dados colhidos no histórico e no exame físico, identificará os problemas de enfermagem, quais as necessidades básicas afetadas e qual o grau de dependência.

IV. Prescrição de enfermagem; são medidas decididas pelo enfermeiro para direcionar e coordenar a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, e a evolução de enfermagem consiste em um registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Assinale a alternativa que apresenta as afirmativas corretas:

- a) I, III e IV.
- b) I, II, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II e IV.
- e) II, III e IV.

Referências

ANDRIS, D. A. et al. **Semiologia**: bases para a prática assistencial. Tradução: Carlos Henrique Consedey; Revisão Isabel Cristina Fonseca da Cruz. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Iniciação à ciência da enfermagem**. Tradução: Isabel Cristina Fonseca da Cruz; José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 119-149 p.

FAVERO L.; PAGLIUCA, L. M. F. LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm., USP** [Internet]. v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200032>. Acesso em: 14 mar. 2016.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **Exercício profissional na enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 641-685 p.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. **Ética nos cuidados e nas relações**: premissas para um cuidar mais humano. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 13, n. 4, p. 465-466, jan./mar. 2009.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2003. 33 p.

WEBER, J. **Semiologia**: guia prático para a enfermagem. Tradução: João Clemente Barros; Revisão técnica Sônia Regina de Souza. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Procedimentos básicos de enfermagem

Convite ao estudo

Olá, caro aluno! Bem vindo à seção 4.1.

Nesta seção você vai conhecer e identificar as necessidades do paciente relacionadas aos procedimentos técnicos, como a desinfecção do leito do paciente, as técnicas de arrumação do leito e tipos de arrumação de cama. Avaliar o paciente sobre as necessidades de higiene corporal e, através do pensamento crítico, orientar a equipe sob sua responsabilidade a realizar o banho no leito. Também vamos conhecer os sinais vitais, sinais esses, importantes e responsáveis para manutenção da vida. Aprender a verificar os sinais vitais, através de instrumentos como o termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópios, escalas de dor e oxímetro de pulso. Com o uso do raciocínio clínico e conhecimentos prévios, identificar as alterações e prescrever as medidas de intervenções. Pretende-se com esta seção que você consiga intervir de maneira eficiente nessas técnicas básicas proporcionando o bem-estar do paciente, bem como intervir de maneira rápida ao identificar alterações nos sinais vitais. Vamos lá, superar mais esse desafio!

Competência Geral:

Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.

Competência(s) Técnica(s):

Conhecer e identificar as necessidades relacionadas aos procedimentos técnicos.

Objetivos:

- Discutir a atuação que o pensamento crítico desempenha no fornecimento da higienização.
- Realizar um exame extenso das necessidades totais de higiene de um paciente.
- Discutir as condições que colocam o paciente em risco para o comprometimento da mucosa oral.
- Empregar a técnica correta para arrumação do leito do paciente e identificar os tipos de arrumação de cama.

Para auxiliar no desenvolvimento da competência acima e atender aos objetivos específicos do tema em questão, Procedimentos Básicos de Enfermagem, a seguir será apresentada uma situação da realidade que visa aproximar os conteúdos teóricos com a prática. Vamos lá!

Em um setor de internação, a enfermeira Patrícia assume o plantão. Ao realizar visita nas enfermarias, ela identifica que alguns leitos não estão arrumados corretamente, pois em sua planilha é preciso organizar dois leitos para receber pacientes no pós-operatório. Ainda há dois leitos para arrumar e aguardar a chegada de novos pacientes clínicos. Há alguns leitos ocupados com o paciente, mas com necessidade de trocar a roupa de cama. Aproveita a visita para conversar também com os pacientes. O Sr. José, internado em uma das enfermarias, está acompanhado pela esposa Sr.^a Maria devido à dependência total de cuidados, esta informa que no dia de hoje não foi realizada a higiene oral e corporal. Ao voltar ao posto de Enfermagem, a enfermeira Patrícia distribui as tarefas da unidade conforme as necessidades de prioridade e aproveita o tempo que lhe sobra para ler os prontuários do paciente, observa que alguns sinais vitais não foram verificados, e que existe falta de anotações. Ao analisar o prontuário do Sr. José e confrontar com as informações da esposa, percebe que realmente não foram dados os cuidados básicos de higiene, e nos sinais vitais existia

uma anotação no gráfico de PA (Pressão arterial) de 190x130 mmHg, sem nenhuma observação anotada e conduta tomada.

Analisando essas informações, você consegue imaginar quantos processos importantes estão envolvidos em uma avaliação do enfermeiro no exercício da sua profissão? E o quanto estes processos devem ser cumpridos fielmente para garantir o sucesso do atendimento e recuperação do paciente? O quanto medidas simples, como um banho, higiene oral, uma técnica correta de desinfecção do leito, podem interferir no cuidado e recuperação do paciente? Sendo assim, em cada seção desta unidade você aprenderá os principais temas e assuntos que o levarão a resolver e compreender cada questionamento da situação. Então, vamos começar?

Mãos à obra e boa sorte nos estudos!

Seção 4.1

Técnicas relativas ao bem-estar do paciente

Diálogo aberto

Olá, aluno! Seja bem-vindo à primeira seção de estudos dessa unidade de ensino!

A partir de agora você iniciará seus estudos sobre “Técnicas relativas ao bem-estar do paciente”. Aprenderá nesta seção os principais conceitos de desinfecção do leito, técnicas e tipos de arrumação do leito, higiene corporal e oral do paciente.

Agora vamos relembrar a situação da realidade que foi apresentada no “convite ao estudo”, que visa aproximar os conteúdos teóricos com a prática profissional. Nela foi descrita a seguinte situação. Em um setor de internação, a enfermeira Patrícia assume o plantão. Ao realizar visita nas enfermarias, ela identifica que alguns leitos não estão arrumados corretamente, pois em sua planilha é preciso organizar dois leitos para receber pacientes no pós-operatório. Ainda há dois leitos para arrumar e aguardar a chegada de novos pacientes clínicos. Há alguns leitos ocupados com o paciente, mas com necessidade de trocar a roupa de cama. Aproveita a visita para conversar também com os pacientes. O Sr. José, internado em uma das enfermarias, está acompanhado pela esposa Sr.^a Maria devido à dependência total de cuidados, esta informa que no dia de hoje não foi realizada a higiene oral e corporal.

Sendo assim, nesta seção, você, aluno, deverá analisar e discutir os aspectos relevantes que o enfermeiro responsável por esses serviços de saúde deverá conhecer para que possa organizar essas pendências com habilidades técnicas e humanas, proporcionando para o paciente cuidado diferenciado e seguro e responder aos seguintes questionamentos: Qual a importância da desinfecção do leito? Qual a importância da higiene oral e corporal do paciente? Por que o enfermeiro deve preocupar-se com as técnicas e tipos de arrumação de cama?

Para que você consiga responder esse e outros questionamentos

sobre técnicas relativas ao bem-estar do paciente, será apresentado de forma contextualizada na seção "Não pode faltar!".

Vamos lá e bons estudos!

Não pode faltar

4.1.1 Desinfecção do leito

Como usuários do sistema de saúde, ao ficarmos doentes procuramos um ambiente hospitalar que nos atenda e transmita confiança, um ambiente limpo e organizado já nos fornece uma boa impressão do serviço, assim como auxilia no controle das infecções, na prevenção de acidentes e na gestão do processo de trabalho. Para que a organização aconteça no local e na unidade do paciente, a equipe de enfermagem deve observar alguns preceitos, como: Remover o material desnecessário mantendo o suficiente para o período do trabalho; o material deve ser organizado e identificado em locais apropriados e de fácil acesso; deve-se evitar deixar materiais, roupas e lixo no chão; observar a unidade do paciente com alinhamento seguro e distância adequada entre o mobiliário; as roupas de cama devem estar limpas e esticadas; os pertences do paciente organizados em local apropriado; evitar guarda de sobras de alimentos; o piso, parede e superfícies dos mobiliários e equipamentos sempre limpos; quando necessário, solicitar ou efetuar a limpeza úmida, evitar o uso de panos secos ou objetos que promovam a disseminação das partículas no ambiente; não misturar sabão com hipoclorito de sódio, pois o sabão neutraliza a ação do desinfetante do cloro. Devemos nos preocupar com a desinfecção do leito do paciente e, ao realizar, obedecer alguns princípios técnicos, tanto para a desinfecção como para o profissional que está realizando a técnica, como, por exemplo, o profissional deverá aplicar os princípios de ergonomia na mecânica corporal. Quanto à desinfecção, manter distância relativa para evitar contato direto com as roupas de cama e mobiliário, sempre observando os princípios de movimento unidirecional e amplo (Figura 4.1), e sentido único, iniciando da parte mais limpa para a mais suja; de cima para baixo e respeitar a sequência da limpeza dos mobiliários: mesa de refeição, mesa de cabeceira, poltrona, cama e escada e trocar a água sempre que necessário, evitando molhar o chão, atentar para o risco

de acidentes. Se possível, deixar o leito exposto ao ar e luz solar para completa secagem. E dependendo da rotina, após a limpeza, aplicar álcool 70% nas superfícies. Em alguns hospitais existem produtos industrializados específicos para a higienização da unidade, como lenços descartáveis umedecidos com produto específico, equipamentos com jato de vapor d'água, dispensando o uso de balde; em outros hospitais, esse procedimento é realizado pela equipe do serviço de higienização e limpeza.

Figura 4.1 | Técnica unidirecional para desinfecção do leito



Fonte: <<http://enfermagem.contec.med.br/2013/09/limpeza-de-unidade.html>>. Acesso em: 15 fev. 2016.



Assimile

A técnica de desinfecção do leito é importante para o cuidado? Qual a importância para o enfermeiro ter o conhecimento dessa técnica, se ela pode ser realizada por um profissional da higienização?

4.1.2 Arrumação do leito e técnica utilizada

O leito é importante para o repouso e o conforto do paciente, bem como para o sono reparador, essencial na manutenção e recuperação da saúde. A arrumação da cama tem por função proporcionar conforto e segurança ao paciente, boa aparência à unidade, e uma forma de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, tornando o trabalho da enfermagem mais rápido e menos fatigante. Para realizar a arrumação da cama é necessário que o enfermeiro conheça o tipo de paciente que ele vai receber na unidade. Dentro do hospital existem quatro tipos de arrumação de cama: a cama fechada, a cama aberta com paciente e com paciente que pode locomover-se e a cama de operado, que serão explicadas a seguir. A cama fechada é o tipo de cama preparada após a limpeza terminal, ela permanece fechada até que o novo paciente a ocupe, os materiais utilizados serão 2 lençóis, 1 cobertor (optativo), 1 lençol móvel, 1 impermeável (optativo), 1 colcha, 1 fronha e 1 hamper. A técnica para arrumar os tipos de cama você vai realizar na aula prática.

Figura 4.2 | Cama fechada



Fonte: <<http://www.maispb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Leito-hospitalares-800x600.jpg>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

A cama aberta é aquela ocupada pelo paciente que pode locomover-se, ou aguarda a chegada informada do novo paciente a ser admitido. Ainda existe a cama aberta ocupada com paciente acamado, impossibilitado de locomover-se, essa cama é feita diariamente durante a permanência do paciente na unidade e é utilizado o mesmo material da cama fechada. Por segurança, a cama aberta ocupada com paciente acamado é preparada por dois profissionais, um para apoiar o paciente e outro para arrumar a cama.

Figura 4.3 | Cama aberta



Fonte: <<http://portuguese.alibaba.com/product-gs-irmg/hotel-hospitalar-len-is-117234162.html>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

A cama de operado é preparada para receber paciente submetido à cirurgia ou procedimento sob anestesia, deve ser utilizado o mesmo material da cama fechada acrescentando mais um lençol.

Algumas observações são importantes para a arrumação de camas, como: evitar o contato das roupas de cama com o mobiliário e o uniforme, não arrastar nem colocar as roupas de cama no

chão, não sacudir as roupas e não alisá-las, somente ajustá-las pelas pontas. Ao dobrar as peças, unir o lado direito com direito, de forma que o lado avesso fique exteriorizado; assim, ao dispor o lençol no colchão, o lado direito ficará corretamente posicionado, ao término da arrumação; disponibilizar as peças na cadeira na sequência de uso; o cobertor e a colcha são opcionais na arrumação de cama; ao dispor o lençol na cama, estendê-lo sobre o meio do colchão, de modo que a dobra fique centralizada no meio da cama; a borda do lençol deve ficar na parte da cabeceira da cama; o travesseiro deverá ser posicionado sobre a cama, com a abertura da fronha no lado oposto à porta de entrada da unidade; arrumar um lado da cama e depois o outro, a fim de economizar tempo e movimentos; no preparo de cama com duas pessoas, cada uma deverá se colocar de um lado da cama e proceder à arrumação com movimentos coordenados, com cada pessoa realizando-a no seu lado correspondente.



Refleta

Durante o preparo do leito, use procedimentos seguros para o paciente e adequada mecânica corporal. Importante que você eleve o leito até a altura apropriada antes de trocar as roupas de cama, essa técnica fará com que você não precise se curvar ou se esticar sobre o colchão.

4.1.3 Higiene oral e corporal do paciente, banho no leito

Os hábitos de higiene pessoal variam bastante conforme cada indivíduo, por isso é preciso ter muito cuidado na abordagem ao paciente e respeitar a privacidade. Às vezes é necessário orientar os pacientes quanto aos bons hábitos de higiene, de modo cauteloso, para não provocar constrangimentos. Inúmeros fatores podem influenciar as preferências pessoais de um paciente para higiene, as pessoas não realizam a higiene da mesma maneira, por isso é importante individualizar o cuidado com base no conhecimento a respeito das práticas de higiene e preferências. O cuidado de higiene nunca é uma rotina, ele requer o contato íntimo com o paciente e as habilidades de comunicação para promover a relação terapêutica, aproveite esse momento e invista tempo para aprender sobre as necessidades e práticas de promoção, necessidades emocionais e de educação de cuidados de saúde. Quando os pacientes se submetem à cirurgia, sofrem doenças ou alguma alteração no estado funcional, a imagem corporal se altera de maneira drástica, por isso é importante empreender esforços adicionais para promover o conforto e a aparência higiênica do paciente. É importante ter algumas bases de conhecimento de enfermagem para realizar o banho em um

paciente, por exemplo, as práticas sociais; as preferências pessoais; a imagem corporal; condições socioeconômicas; crenças de saúde e motivação; variáveis culturais e condição física.



Pesquise mais

Para você entender melhor a base do conhecimento de Enfermagem, bem como a higiene do paciente, leia o livro indicado abaixo.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 849-906.

Para o enfermeiro prescrever o banho no leito, é importante que avalie as condições físicas do paciente. Por exemplo, um paciente que passou por um procedimento cirúrgico e que ainda está sob efeito da anestesia, às vezes não apresenta clareza mental ou coordenação para executar o autocuidado; pacientes inconscientes ou com doenças crônicas como cardiopatia, câncer, distúrbios neurológicos e determinadas patologias psiquiátricas, frequentemente estão incapacitados para realizarem sua higienização. O enfermeiro pode aproveitar esse momento para realizar o exame físico, às vezes na entrevista o paciente fica constrangido em permitir o exame das áreas mais íntimas, no banho pode-se fazer essa avaliação sem levar ao constrangimento, também pode-se avaliar a pele, se o paciente apresenta alguma alteração aos esforços, por exemplo, dispneia (falta de ar), cianose (cor azulada na pele). Além das avaliações citadas acima, você pode aproveitar para realizar um exame físico geral, da pele, pés e unhas, cavidade oral, cabelos, olhos, ouvidos e nariz. Existem pacientes que apresentam riscos que exigem cuidados de higiene mais atenciosos e rigorosos. Esses riscos podem resultar de efeitos colaterais de medicamentos, falta de conhecimento, da própria incapacidade de realizar a higiene ou de uma doença que lesione potencialmente a pele, tegumento ou outras estruturas. Os pacientes variam no nível de ajuda, independentemente do tipo de banho, forneça privacidade, fechando as portas ou puxando as cortinas, utilizando biombos, expor somente a área que está sendo higienizada; mantenha a segurança no leito com grades elevadas enquanto estiver longe; mantenha o aquecimento do quarto; a pele úmida provoca perda excessiva de calor através da evaporação, é importante controlar as correntes de ar e deixar as janelas fechadas; prover a independência incentivando o paciente a participar o máximo possível do banho, oferecendo assistência quando necessário; o enfermeiro deve planejar o cuidado antecedendo as necessidades, por exemplo,

trazendo um novo conjunto de roupas ou de produtos de higiene.

A higiene oral ajuda a manter o estado saudável da boca, dentes, gengivas e lábios. O cuidado oral inadequado, juntamente com a condição física geral do paciente e medicamentos, como anti-hipertensivos, antidepressivos e diuréticos, diminuem a produção de saliva, reduzindo a capacidade da cavidade oral de combater os efeitos dos patógenos. A escovação limpa os dentes de partículas de alimentos, placa bacteriana e bactérias, também massageia as gengivas e alivia o desconforto resultante de sabores e odores desagradáveis. A aplicação do fio dental ajuda ainda mais a remover a placa bacteriana e o tártaro entre os dentes para reduzir a inflamação e infecção da gengiva, além disso, aumenta o bem-estar e o conforto, e estimula o apetite.



Exemplificando

Apenas limpar os dentes e a língua do paciente e a aplicação de fio dental não atinge a saúde oral. A avaliação meticulosa e as intervenções individualizadas são necessárias para pacientes que são incapazes de realizar a higienização.

As medidas deficientes de higiene oral resultam em volume de saliva diminuído, placa dentária aumentada e flora oral alterada. A saliva é um componente essencial dos mecanismos de defesa, a produção reduzida resulta em ressecamento da boca e, de modo mais importante, promove a placa dentária, essa placa serve como um reservatório para microrganismos que podem provocar pneumonia associada ao ventilador no paciente criticamente doente. As alterações da flora microbiana oral aumentam o risco para o cuidado de infecções associadas, por causa da colonização de patógenos na orofaringe, este é um risco particularmente alto para pacientes sob ventilação mecânica e aqueles que estão imunossuprimidos. A higiene oral não consiste apenas em uma fórmula para todos, e nunca deve ser realizada com rapidez ou deixar de fazer, individualize as medidas de higiene oral para as necessidades, nível de saúde e funcional, e condição patológica do paciente.



Faça você mesmo

Internada na sua unidade, a Sr.^a Elisa, de 95 anos, com diagnóstico médico de Diabetes descompensado e Hipertensão, ao realizar o exame da cavidade oral, você observa que as condições de higiene estão precárias, mau hálito e utiliza dentadura. Ao ser interrogada quanto aos hábitos de higiene oral, a Sr.^a Elisa informa não realizar, pois acredita que

o uso da dentadura elimina o cuidado rotineiro com a higiene, informa ainda não utilizar a dentadura diariamente.

As dentaduras nem sempre se adaptam de forma apropriada, causando dor e desconforto, afetando o processo digestivo, o prazer em alimentar-se e o estado nutricional. As limitações financeiras e a crença de que o uso da dentadura elimina a necessidade do cuidado dentário rotineiro são motivos pelos quais os idosos não realizam os cuidados da mucosa oral. O enfermeiro deverá aproveitar esse momento para realizar as orientações de promoção da saúde.



Vocabulário

Tegumento: conjunto formado pela pele e seus anexos (pelos, cabelos, unhas e glândulas).

Imunossuprimidos: é quando o sistema imune (de defesa) está com baixa atividade, fazendo com que os indivíduos fiquem mais suscetíveis a infecções.

Ergonomia: estudo da relação entre o homem e o seu ambiente laboral, oferece ao indivíduo o conforto adequado e os métodos de prevenção de acidentes e de patologias específicas para cada tipo de atividade executada.

Sem medo de errar

A principal finalidade do banho é proporcionar limpeza da pele, bem-estar, estimular a circulação, confortar por meio de relaxamento muscular, aliviar a fadiga e o cansaço. Quando o paciente tiver condições de tomar banho, a equipe de enfermagem deve acompanhar, supervisionar e orientar quanto a uma boa higienização e verificar anormalidades como falta de ar (dispneia), tonturas e calafrios. Se o paciente for parcialmente dependente, a equipe de enfermagem deve colocar uma cadeira de banho, ou improvisar uma, para garantir a segurança e evitar quedas. O paciente pode tomar o banho sob supervisão. Deixar o sabonete, a torneira do chuveiro próximo a ele e testar a temperatura da água para evitar queimaduras, oferecer a toalha e ajudar a secar-se, vestir-se e acompanhá-lo até o leito. Para o paciente totalmente dependente, o banho deve ser realizado no leito, com as mesmas finalidades. São vários os tipos de banho, podemos citar o de chuveiro, de imersão (banheira, normalmente utilizado em crianças); no leito utilizado para pacientes acamados; banho com ajuda.

O banho é o momento de maior aproximação e de maior invasão do corpo do outro; é o momento de troca e de detecção de problemas reais, potenciais e subjetivos. Enquanto é realizado o banho e o paciente está consciente, você pode aprofundar a anamnese e levantar mais informações. Se está inconsciente, converse assim mesmo, não se sabe o quanto o paciente nos ouve, aproveite a oportunidade para falar sobre as finalidades do banho, como está o dia, essa é uma forma de trazê-lo para a realidade da vida.



Atenção

Um banho completo no leito é uma atividade exaustiva para o paciente.

A mudança de posição durante um banho aumenta a demanda e o consumo de oxigênio. Antecipar e avaliar se os pacientes são fisicamente capazes de tolerar um banho, medir a frequência cardíaca antes, durante e após o banho é função do enfermeiro.



Lembre-se

É importante o paciente participar do plano de cuidados, pois propicia a oportunidade de incluir as preferências culturais ou pessoais do cuidado de higiene.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Higiene corporal do paciente"

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Discutir a importância da higiene oral, e a atuação do enfermeiro no processo de avaliação.
3. Conteúdos relacionados	Desinfecção do leito; higiene oral e corporal do paciente; técnica de arrumação do leito; tipos de arrumação de cama.
4. Descrição da SP	O Sr. José, internado em uma das enfermarias,

	<p>está acompanhado pela esposa Sr.^a Maria devido à dependência total de cuidados, esta informa que no dia de hoje não foi realizada a higiene oral e corporal. A enfermeira Patrícia, responsável pela unidade, solicita que a equipe realize o banho no leito devido às condições físicas do paciente, e aproveita esse momento para conversar com a esposa, observar o procedimento e realizar o exame físico. Ela percebe que o banho começou um pouco tumultuado, as janelas estavam abertas, entrando corrente de ar, não haviam separado o material necessário, a todo momento o colaborador precisava se ausentar para ir em busca do material. E assim que começou o banho, observou que o procedimento foi muito rápido. O que você acredita ter acontecido? Como o enfermeiro pode atuar para minimizar essas intercorrências?</p>
<p>5. Resolução da SP</p>	<p>A higiene é uma necessidade humana básica, pois proporciona ao paciente uma sensação de bem-estar, conforto, relaxamento e melhora da autoestima. A higiene é um procedimento tão importante como qualquer outro, por isso deve ser realizada de forma consciente, levando em consideração a participação do paciente. É um momento de intimidade, onde coloca-se em prática a comunicação, conhecer as angústias, as inseguranças e estabelecer o cuidado terapêutico. Com frequência leva tempo para que o cuidado higiênico resulte em melhoria na condição do paciente. A avaliação completa considera as metas de cuidado e se são alcançados os resultados esperados. Uma conduta de pensamento crítico considera todos os fatores quando se avalia o cuidado do paciente, e dentro desse modelo existe a atitude, que é o agir com disciplina. Ao realizar o banho, antes é preciso um planejamento para que não ocorra o que foi descrito na SP.</p>



Lembre-se

É preciso determinar a capacidade de um paciente para realizar o autocuidado e fornecer o cuidado de higiene de acordo com as necessidades e preferências dele. Uma conduta atenciosa ajuda e facilita as discussões.



Faça você mesmo

No banho do Sr. José, você observou que a equipe realizou o procedimento muito rápido e que os resultados planejados não foram alcançados. É importante reavaliar o plano de cuidado e a orientação para a equipe de enfermagem?

Faça valer a pena

1. Como usuários do sistema de saúde, ao ficarmos doentes procuramos um ambiente hospitalar que nos atenda e transmita confiança, um ambiente limpo e organizado já nos fornece uma boa impressão do serviço. Além dessa impressão, no que mais o ambiente organizado contribui?

- a) Auxiliar no controle das infecções, na prevenção de acidentes e na gestão do processo de trabalho.
- b) Auxiliar no controle das visitas, na prevenção de acidentes e na gestão do processo de trabalho.
- c) Auxiliar no controle das infecções, na prevenção de alta a pedido e na gestão do processo de trabalho.
- d) Auxiliar no controle das infecções, na prevenção de acidentes e na gestão da equipe de saúde.
- e) Auxiliar no controle do lixo hospitalar, na prevenção de feridas e na gestão do processo de trabalho.

2. Ao realizarmos a desinfecção do leito, alguns princípios devem ser respeitados, como: manter distância relativa para evitar contato direto com as roupas de cama e mobiliário; além desse cuidado deve-se observar alguns princípios, como:

- a) Sempre observar os princípios de movimento circular, iniciando da parte mais limpa para a mais suja; de cima para baixo.
- b) Sempre observar os princípios de movimento unidirecional e amplo, e sentido duplo, iniciando da parte mais limpa para a mais suja; de cima para baixo.
- c) Sempre observar os princípios de movimento unidirecional e amplo, e sentido único, iniciando da parte mais limpa para a mais suja; de baixo para cima.
- d) Sempre observando os princípios de movimento unidirecional e amplo, e sentido único, iniciando da parte mais limpa para a mais suja; de cima para baixo.
- e) Sempre observando os princípios de movimento unidirecional e amplo, e sentido único, iniciando da parte mais suja para a mais limpa; de baixo para cima.

3. O leito é importante para o repouso e o conforto do paciente, bem como para o sono reparador. Para que o leito é essencial?

- a) Para higiene e recuperação da vida.
- b) Para satisfação e segurança.
- c) Na manutenção e recuperação da saúde.
- d) Na manutenção e disciplina.
- e) Na manutenção e conforto.

Seção 4.2

Sinais vitais: verificação e registro

Diálogo aberto

Olá, caro aluno, bem-vindo à seção 4.2. Nessa seção vamos falar de sinais vitais, a importância da verificação e realização do registro.

A enfermeira Patrícia, após receber o plantão no período da noite, antes de passar a visita nas enfermarias, resolve rever os prontuários e as anotações de enfermagem. Ao analisar os dados, percebeu que não estavam anotados os sinais vitais do Sr. José no período da tarde, o que lhe causou preocupação, pois o paciente, segundo as anotações anteriores, apresentava alteração da pressão arterial, pulso, temperatura e dor. Pede para que o técnico de enfermagem priorize o atendimento desse paciente, e que a avise se tiver alguma alteração. Por que a enfermeira tomou essa atitude? Você acha importante anotar os sinais vitais? A falta de anotação dos sinais vitais pode interferir na segurança e cuidado com o paciente?

O cuidado de enfermagem também está relacionado aos registros do que é realizado no paciente, quanto maior a qualidade do registro, melhor a eficiência do cuidado. Precisam conter informações descritiva e objetiva.

Esperamos que no decorrer dessa seção você adquira competência e habilidade para realizar um bom registro dos dados avaliados, bem como uma anotação coerente, pois a anotação é um tipo de comunicação e deve ser organizada. Quando se trata de uma anotação complexa, como uma alteração do sinal vital, pense a respeito do dado e tome nota do que deve ser incluído antes de iniciar a escrita. Então vamos começar? Mãos à obra e boa sorte nos estudos!

Não pode faltar

Sinais vitais são medidas importantes que fornecem dados fisiológicos, evidenciam o funcionamento e as alterações das funções

vitais, indicando as condições de saúde do indivíduo e instrumentalizam o profissional na tomada de decisão e nas intervenções específicas por meio de verificação, da temperatura, do pulso, da frequência cardíaca, da pressão arterial e da avaliação do grau da dor, esta última considerada um sintoma subjetivo. Como indicadores do estado de saúde, essas medidas indicam a eficiência das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Muitos fatores, como a temperatura do ambiente, o esforço físico, a posição do paciente e os efeitos de uma doença podem causar alteração dos sinais vitais, por vezes fora do limite de variação aceitável. Ao aprender as variáveis fisiológicas que influenciam os sinais vitais e reconhecer a relação entre as alterações dos sinais vitais com outros achados de uma avaliação física, pode-se determinar precisamente os problemas de saúde do paciente. Ao avaliar os sinais vitais deve-se utilizar as técnicas básicas de inspeção, palpação e ausculta para obter os sinais vitais. Essas habilidades são simples, porém não devem ser menosprezadas. Técnicas de medições cuidadosas garantem descobertas acuradas e os sinais vitais e outras medidas fisiológicas constituem a base para resolução de um problema clínico.

A verificação dos sinais vitais deve ser realizada: na admissão; transferência e na alta do paciente; durante a rotina diária de atendimento ou de acordo com as prescrições; antes e após procedimento invasivo de diagnóstico ou cirúrgico; alterações das condições gerais do cliente, como sensação de “mal-estar”, perda de consciência, aumento da intensidade da dor; antes de procedimentos que possam alterar esses sinais, como movimentação, banho, alimentação, curativo, punção venosa, administração de determinadas medicações, transfusão sanguínea, entre outros.

Os sinais vitais fazem parte do processo de enfermagem e compõem o histórico de enfermagem. O estabelecimento de um banco de dados de sinais vitais durante um exame físico rotineiro servirá de base para avaliações futuras. As necessidades e a condição do paciente determinam quando, onde, como e por quem os sinais vitais serão verificados. O enfermeiro deverá ser capaz de medir os sinais vitais corretamente ou de delegar apropriadamente a sua medição, além de interpretar os valores, comunicar as alterações de forma apropriada e começar as intervenções conforme a necessidade. Para incorporar as medições na prática de enfermagem, o enfermeiro

deverá seguir algumas diretrizes, como: o enfermeiro que cuida de um paciente é responsável pela mensuração dos sinais vitais, porém este procedimento pode ser delegado, entretanto os dados precisam ser analisados e interpretados pelo enfermeiro para que possa tomar decisões sobre as intervenções; é necessário que os equipamentos estejam com bom funcionamento e sejam adequados ao tamanho e à idade do paciente. Os equipamentos precisam funcionar adequadamente para garantir medições acuradas.



Refleta

Um aparelho de pressão arterial que tenha um manguito para verificar a pressão de um adulto pode ser usado para verificar a de uma criança? Não, é importante que seja selecionado um manguito de acordo com a idade e o tamanho do paciente.

Outro fator importante ao avaliar os sinais vitais é conhecer as variações usuais dos sinais vitais de um paciente. Os valores usuais de um paciente muitas vezes são diferentes da variação aceitável para a idade ou o estado físico, o que serve de base para a comparação com os valores das últimas aferições, assim o enfermeiro será capaz de detectar uma alteração na condição do paciente com o passar do tempo. Aprendam a história da saúde e doença do paciente, terapias e medicações prescritas, pois podem afetar um ou mais sinais vitais.



Assimile

Sr.^a Cristina solicita à enfermagem para verificar a temperatura, pois sente que a sua temperatura aumentou na última meia hora. Ao entrar no quarto, você percebe que o ambiente está muito quente e com as janelas fechadas, você acredita que esse fator pode aumentar a temperatura da paciente?

4.2.1. Temperatura corpórea

Fisiologicamente, temperatura corpórea é a diferença entre a quantidade de calor produzido por processos do corpo e a quantidade de calor perdido para o ambiente externo. Vários processos físicos e químicos promovem a produção ou a perda de calor, mantendo o organismo com temperatura relativamente constante. Apesar dos extremos nas condições ambientais e na atividade física, nos seres humanos os mecanismos de controle da temperatura mantêm a

temperatura corpórea central. Entretanto, a temperatura superficial varia, dependendo da circulação sanguínea na pele e da quantidade de calor perdido para o meio ambiente externo. Esse equilíbrio entre a produção e a perda de calor resulta basicamente da ação do mecanismo termorregulador, controlado pelo hipotálamo: a perda de calor é determinada por impulsos nervosos que provocam vasodilatação periférica, ocorre aumento do fluxo sanguíneo na superfície corporal e estímulo das glândulas sudoríparas. Na retenção de calor corporal, estímulos nervosos provocam vasoconstrição periférica, há diminuição do sangue circulante local e menor perda na superfície corpórea. Devido a essas perdas de temperatura da superfície, a temperatura aceitável para os seres humanos varia de 36 °C a 38 °C. Os tecidos corporais e as células funcionam melhor dentro de um intervalo mínimo de temperatura. Uma única temperatura nunca é normal para todos. Os locais que refletem temperaturas centrais, como reto, membrana timpânica, são indicadores mais confiáveis de temperatura corporal do que os locais que refletem temperatura superficial, como oral e axilar, além disso, pode haver variações da temperatura dependendo do lugar de aferição.



Pesquise mais

Para você entender melhor as variações dos sinais vitais, leia o livro indicado abaixo:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 502-551.

E acesse o link abaixo sobre alterações nos sinais vitais em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200004>. Acesso em: 4 mar 2016.

Algumas alterações fisiológicas podem alterar a temperatura, como o sono e repouso; a desnutrição; exercícios; emoções; fator hormonal; idade; banho; vestimenta; temperaturas de ambientes e alimentos, assim como processos inflamatórios, infecciosos e neoplásicos, reações e manifestações de hipersensibilidade e anafilaxia. Os parâmetros de temperatura variam de acordo com o local de aferição, na região axilar de 35,8 °C a 37 °C; região oral 36,3 °C a 37,4 °C; região retal 37 °C a 38 °C.

4.2.2 Pulso

Quando o sangue é lançado do ventrículo esquerdo para a artéria aorta, a pressão e o volume provocam oscilações ritmadas em toda a extensão da parede arterial; tais oscilações, ou pulso, são evidenciadas quando se comprime moderadamente a artéria contra uma estrutura rígida, como o osso. Determinados fatores, como emoções, exercícios físicos, alimentação, medicamentos, podem provocar alterações transitórias no pulso. Na verificação é necessário atentar para frequência, ritmo, volume e comparação do pulso de um lado com o outro, conforme a situação. O pulso é um indicador do estado circulatório. Pode-se verificar o pulso em vários locais, entre eles pode-se citar a artéria temporal; carótida; braquial; radial; ulnar; femoral; poplíteo; tibial posterior e artéria dorsal do pé. Para acessar a frequência apical requer a utilização de um estetoscópio, devido sua localização, no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular do lado esquerdo do tórax. Quanto às características do pulso, é preciso determinar a frequência, antes, portanto, deve-se rever a frequência basal do paciente; o ritmo: normalmente ocorre um intervalo regular entre cada pulso ou batimento cardíaco; a força, onde reflete o volume de sangue ejetado contra a parede arterial a cada contração cardíaca e a condição do sistema vascular arterial levando ao local de pulsação; e referente à igualdade é importante acessar a pulsação em ambos os lados do sistema periférico, comparando suas características. Os parâmetros de normalidade do pulso em recém-nascido 120-140 (batimentos por minuto) bpm, em lactente de 100 a 120 bpm, segunda infância e adolescência de 80 a 100 bpm, e adultos de 60 a 80 bpm.

4.2.3 Respiração

A respiração constitui uma das funções vitais do organismo, por meio da qual é efetuada a troca de gases dos alvéolos, transformando o sangue venoso, rico em dióxido de carbono, em sangue arterial, rico em oxigênio. Este mecanismo envolve ventilação, que é a movimentação de gases para dentro e para fora dos pulmões; a difusão, que é a movimentação do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e as hemácias, e a perfusão, que é a distribuição das hemácias para os capilares sanguíneos e a partir deles. O tronco encefálico é a sede do controle da respiração automática, porém recebe influências

do córtex cerebral, possibilitando, em parte, um controle voluntário. Certos fatores, como exercícios físicos, emoções, choro, variações climáticas, medicamentos podem provocar alterações respiratórias. O controle da respiração compreende verificação da frequência e outras características, como ritmo e profundidade. Os parâmetros normais de frequência respiratória no recém-nascido são de 30 a 40 (respiração por minuto) rpm e no adulto de 12 a 20 rpm. Alguns fatores podem influenciar a respiração, é importante que o enfermeiro os reconheça, como os exercícios físicos, dor aguda, ansiedade, tabagismo, posição corporal, medicações, lesão neurológica e função da hemoglobina.

4.2.4 Pressão arterial

A pressão arterial é a força ou pressão exercida pelo sangue pulsante proveniente dos batimentos cardíacos sobre a parede de uma artéria. Quando o coração se contrai, força o sangue sob alta pressão para dentro da aorta. O pico máximo de pressão no momento em que a ejeção acontece é a pressão sistólica (pressão máxima). Quando os ventrículos relaxam, o sangue que permanece nas artérias exerce uma pressão diastólica (pressão mínima). A unidade padrão para medir a pressão arterial é dada em milímetros de mercúrio (mmHg). Ao registrar uma pressão arterial no gráfico, a pressão sistólica deverá ser colocada antes da pressão diastólica, por exemplo, 130x80 mmHg. A diferença entre as pressões sistólica e diastólica é a pressão da pulsação. Para uma pressão sanguínea 130x80, a pressão de pulsação é igual a 50. A pressão arterial não é constante e muitos fatores podem influenciá-la, como a idade, o estresse, a etnia, o gênero, a variação diária, as medicações, as atividades e peso e o tabagismo. A alteração mais comum da pressão arterial é a hipertensão, que você vai aprender na próxima seção. As medidas da pressão arterial são obtidas tanto direta (invasivamente), quanto indiretamente (não invasiva). O método direto requer a inserção de um cateter fino dentro de uma artéria. Devido ao risco de sangramento, esse método só é utilizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O método indireto comum requer um esfigmomanômetro e um estetoscópio. A ausculta ou palpação com ausculta é a técnica mais utilizada. Os locais mais comuns para verificar a pressão arterial são em membros superiores na artéria braquial e nos membros inferiores na artéria poplítea. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) classifica a

pressão conforme a tabela abaixo.

Tabela 4.1 | Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

**Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura*

Fonte: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/vidiretriz/06-cap02.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2016.



Exemplificando

Ao verificar a pressão arterial da Sr.^a Meire, o resultado foi de 165x108 mmHg, o número 165 corresponde à pressão sistólica, que deve vir antes da pressão diastólica, que é 108, precedido pela sigla mmHg, e pela tabela de classificação essa paciente está com uma hipertensão estágio 2.

4.2.5 Dor

A dor é considerada o quinto sinal vital e deve ser avaliada, assim como a temperatura, pulso, pressão arterial e frequência respiratória. É importante que os pacientes sejam questionados quanto à dor desde sua internação até sua evolução clínica. A dor é uma experiência subjetiva, com diferentes características e localização, motivo de incapacidade e sofrimento do paciente. A dor precisa ser valorizada, pois a sensação dolorosa influencia na estabilidade das funções orgânicas e nos outros parâmetros vitais, prejudicando a recuperação. Vários métodos são utilizados para verificar a dor, como os instrumentos unidimensionais, que quantificam apenas a gravidade ou a intensidade da dor para obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. São métodos simples e de fácil aplicação. As mais utilizadas são as escalas de categoria numérica/verbal, a escala visual analógica e a escala de faces. Quando se verifica a dor através da escala visual

analógica, utiliza-se em uma reta de 10 cm, solicita-se ao paciente que assinale no ponto da linha correspondente à intensidade da dor, após medir a distância da extremidade “sem dor” até o ponto assinalado com uma régua para obter o valor, em milímetros, correspondente ao grau de dor no momento. Já na escala numérica deve-se explicar ao paciente que zero corresponde à ausência de dor e 10 a dor mais intensa que ele possa imaginar. Solicitar ao paciente que indique o número correspondente à sensação dolorosa no momento, após a orientação na aplicação da escala. A escala de faces é muito utilizada em crianças, onde é solicitado ao paciente que indique qual a face que corresponde à intensidade da dor que está sentindo, logo em seguida registra-se o valor correspondente, entre 0 e 5.



Faça você mesmo

Ao analisar o prontuário da Sr.^a Meire, o enfermeiro Roberto verificou que, além da pressão alta, a paciente tem reclamado de “dor de cabeça”, e que faltava registro de dados. Qual a forma certa de realizar essa avaliação?

A atenção do profissional como bom observador e interlocutor durante a assistência possibilita a identificação precoce de fatores desencadeantes de quadros algícos, permitindo a rápida intervenção na evolução do quadro.

4.2.6 Anotação dos sinais vitais

Nas instituições de saúde normalmente os profissionais da área realizam a anotação dos sinais vitais em um gráfico ou em mapas. Além desses registros, é importante registrar as anotações de quaisquer sintomas acompanhantes ou precipitantes, tais como dor torácica e tontura associadas a uma alteração da pressão arterial, falta de ar com problemas respiratórios, diaforese com temperatura elevada. É importante anotar todas as intervenções iniciadas, por exemplo: uma alteração de pressão arterial e a administração de uma medicação hipertensiva.



Vocabulário

Vasodilatação: é o processo de dilatação dos vasos sanguíneos, através do relaxamento dos músculos lisos do vaso.

Vasoconstrição: é o processo de contração dos vasos sanguíneos.

Algia: dor.

Álgico: que provoca a dor.

Diaforese: é a transpiração excessiva.

Sem medo de errar

Para limitar as responsabilidades da enfermagem, a documentação de enfermagem precisa indicar claramente que cuidados de enfermagem individualizados e direcionados foram prestados ao paciente com base na avaliação de enfermagem, isso inclui os sinais vitais. Os registros precisam descrever exatamente o que aconteceu com o paciente. Isto pode ser conseguido de modo eficaz quando o enfermeiro registra imediatamente após prestar o cuidado, indicando as avaliações, intervenções e respostas do paciente. Um outro fator importante é usar mensurações exatas, essas mensurações podem determinar mais tarde se o paciente melhorou. As anotações imediatas são essenciais para os cuidados contínuos do paciente. Os resultados obtidos dos sinais vitais, em algumas instituições, são anotados juntamente com a folha de balanço hídrico, sendo complementados com o relatório onde oferecem um modo de introduzir rapidamente as informações atuais. Uma medida que o enfermeiro pode adotar é realizar anotações em uma planilha enquanto cuida de diversos pacientes, realizando os registros no momento do cuidado, para que as informações não se percam e anotando posteriormente no prontuário de forma precisa.



Atenção

Entre as atividades ou achados clínicos que devem ser comunicados no momento da sua ocorrência devido à sua relevância, são os Sinais Vitais.

Os sinais vitais devem ter uma abordagem organizada e sistemática, cada procedimento requer uma organização para garantir sua precisão. Com base nas condições do cliente, determine para a equipe a frequência com que os sinais vitais devem ser verificados. Quando um paciente passa por uma cirurgia, é importante verificá-lo com maior frequência para detectar possíveis complicações.

À medida que as condições físicas de um paciente pioram, muitas vezes é necessário monitorar os sinais vitais a cada 5 a 10 minutos, o enfermeiro é responsável pelo julgamento das necessidades de medições mais frequentes. Ao administrar certas drogas é importante a aferição dos sinais vitais, algumas drogas cardíacas não podem ser oferecidas se houver uma variação de pulso ou pressão arterial.



Lembre-se

A anotação de enfermagem é um instrumento que permite comprovar se a prescrição médica foi cumprida ou não. Caso não tenha sido realizada, deve ser anotado e explicado o motivo.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Verificação dos Sinais Vitais”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Capacitar o aluno para verificar os sinais vitais, utilizando e manipulando os instrumentos necessários e realizar a anotação de enfermagem.
3. Conteúdos relacionados	Prescrição (Registro dos Dados); Anotação de Enfermagem.
4. Descrição da SP	Sr. José, após receber o resultado da aferição da pressão arterial pelo técnico de enfermagem, relatou que algo estava errado, pois na aferição anterior o outro profissional havia realizado no Membro Superior Esquerdo (MSE), e que o resultado estava muito diferente; diz ainda saber que é hipertenso, mas agora está muito preocupado, pois a diferença entre os resultados é muito grande. O técnico de enfermagem diz para ele não se preocupar, pois é assim mesmo, cada vez que é aferida a pressão, o resultado difere e que

4. Descrição da SP	nenhuma pressão vai ter resultado igual a outra. A enfermeira Patrícia então é chamada, e ao analisar as informações do paciente, percebe que o manguito não era de tamanho adequado e que a aferição foi realizada no antebraço. Você acha que essas informações têm relevância para o resultado da aferição da Pressão Arterial? Se sim, quais são e o que o técnico poderia ter feito para evitar erros na aferição?
5. Resolução da SP	As informações levantadas pelo enfermeiro são de grande relevância, há algumas observações que o profissional de enfermagem precisa realizar para comparar a Pressão Arterial (PA). É importante aferir de preferência na mesma posição, que seria deitado de costas com a cabeceira elevada a 45 graus, escolher o tamanho do manguito com base na circunferência do antebraço e da parte superior do braço, pois as aferições nesses dois locais podem ter diferenças entre a pressão sanguínea sistólica e diastólica em até 33 mmHg. É essencial usar o manguito de tamanho adequado para realizar uma aferição correta. Outro fator importante é atentar para o que o paciente relata, isso quer dizer que ela foi educada quanto aos valores ótimos de pressão e que está preocupada em mantê-la.



Lembre-se

A posição do paciente durante a determinação rotineira da aferição da pressão arterial deve ser a mesma para permitir a comparação significativa dos valores.



Faça você mesmo

É essencial obter uma aferição correta da PA. Você inicia o procedimento, ao colocar o manguito no braço da paciente o coloca de forma que ficou muito frouxo, isso é um erro comum na avaliação do resultado da PA. Qual seria o efeito dessa não observância?

Faça valer a pena

1. São medidas importantes que fornecem dados fisiológicos, evidenciam o funcionamento e as alterações das funções vitais, indicando as condições de saúde do indivíduo e instrumentalizam o profissional na tomada de

decisão e nas intervenções específicas. O que estamos conceituando?

- a) Pressão arterial.
- b) Temperatura.
- c) Sinais vitais.
- d) Dor.
- e) Frequência cardíaca.

2. Técnicas de medições cuidadosas garantem descobertas acuradas. Os sinais vitais e outras medidas fisiológicas constituem a base para resolução de um problema clínico. Ao avaliar os sinais vitais deve-se utilizar quais técnicas básicas?

- a) Inspeção, palpação e ausculta são habilidades simples, mas que não devem ser menosprezadas.
- b) Inspeção, palpação e percussão são habilidades simples, mas que não devem ser menosprezadas.
- c) Inspeção, percussão e ausculta são habilidades simples, mas que não devem ser menosprezadas.
- d) Percussão, palpação e ausculta são habilidades simples, mas que não devem ser menosprezadas.
- e) Inspeção, palpação e ausculta são habilidades complexas, e, por isso, devem ser menosprezadas.

3. Devido à sua importância, quando a verificação dos sinais vitais deve ser realizada?

I - Na admissão; transferência e na alta do paciente.

II - Durante a rotina diária de atendimento ou de acordo com as prescrições; antes e após procedimento invasivo de diagnóstico ou cirúrgico.

III - Alterações das condições gerais do cliente, como sensação de "mal-estar", perda de consciência, aumento da intensidade da dor.

IV - Antes de procedimentos que possam alterar esses sinais, como movimentação, banho, alimentação, curativo, punção venosa, administração de determinadas medicações, transfusão sanguínea, entre outros.

Assinale a alternativa correta:

- a) I, III e IV.
- b) II, III e IV.
- c) I, II e III.
- d) I, II e IV.
- e) I, II, III e IV.

Seção 4.3

Sinais vitais: identificação de alterações

Diálogo aberto

Olá caro aluno, bem-vindo à seção 4.3. Nesta seção vamos falar de sinais vitais, a importância da identificação de alterações e anotação de enfermagem.

Quando um paciente procura um sistema de saúde, normalmente o faz devido às alterações do seu estado de saúde. Em um ambiente hospitalar, os profissionais envolvidos na cura e no cuidado devem estabelecer princípios de cuidados essenciais para detecção precoce dos sinais e sintomas.

A enfermeira Patrícia inicia diálogo com o paciente Sr. José, que está internado acompanhado pela esposa Sr.^a Maria, na clínica médica devido a alterações nos Sinais Vitais, principalmente a Pressão arterial. Hoje, desde o período da manhã, percebeu que sua pressão aumentou e está associada a uma leve dor na perna que vem sentindo ultimamente; sente-se ansioso, pois esse é um achado que não existia antes da internação e devido a esse sintoma sente o coração "bater mais rápido, quase o sufocando", acredita que a internação tem piorado seu estado de saúde e gostaria de voltar para casa para ficar com sua esposa e filhos. Diante do relato do paciente, a enfermeira resolve verificar os sinais vitais para confrontar as informações obtidas do paciente.

Será que a obtenção dos sinais vitais seria um dado objetivo para direcionar o cuidado do paciente?

Esses sintomas podem identificar alterações nos sinais vitais?

Espera-se que no final da leitura desse livro didático você consiga discutir as principais alterações avaliadas nos sinais vitais.

Então, vamos começar? Bons estudos!

Não pode faltar

Uma mudança nos sinais vitais indica uma alteração na função

fisiológica. A determinação dos sinais vitais fornece dados para identificar diagnóstico de enfermagem, para implantar intervenções planejadas e avaliar os resultados da assistência. Uma alteração dos sinais vitais sinaliza a necessidade de intervenção médica ou de enfermagem. Os sinais vitais são um modo eficiente e rápido de monitorar a condição do paciente ou de identificar problemas e avaliar a resposta do paciente a uma intervenção. Vamos iniciar o nosso livro didático falando sobre as principais alterações na temperatura.

1. Temperatura corporal

Alguns fatores podem alterar a temperatura corporal. Alterações da temperatura corpórea dentro de um limite de variação aceitável ocorrem quando mecanismos fisiológicos ou comportamentais alteram a relação entre a produção de calor. É importante que o enfermeiro esteja atento para esses fatores quando for verificar a temperatura e avaliar os desvios da situação normal. Alterações na temperatura do corpo fora da variação usual afetam o ponto de ajuste do hipotálamo. Essas alterações estão relacionadas com o excesso de produção e perda excessiva de calor, produção e perda mínima de calor, ou qualquer combinação dessas alterações. A natureza das alterações afeta o tipo de problema clínico que um paciente pode ter (POTTER ; PERRY, 2009).

A febre ou piroxia ocorre devido à incapacidade dos mecanismos de perda de calor, de acompanhar o ritmo de uma produção excessiva de calor, resultando em um aumento anormal da temperatura corporal. Geralmente, uma temperatura não é perigosa, se permanecer abaixo de 39 °C, e uma única leitura da temperatura nem sempre indica febre. Além dos sinais físicos e sintomas de infecção, a determinação da ocorrência de uma febre baseia-se na tomada de várias leituras da temperatura em diferentes momentos ao longo do dia, e de sua comparação com o valor que esse paciente usualmente apresenta nesse momento. Uma febre resulta de alteração do ponto de ajustes do hipotálamo. Pirógenos tais como bactérias e vírus elevam a temperatura corporal, atuam como antígenos, desencadeando respostas do sistema imune, reagindo para aumentar o ponto de ajuste da temperatura. O corpo responde produzindo e conservando o calor, podendo passar várias horas até que a temperatura atinja o novo valor. Durante esse período, o paciente pode apresentar sintomas como calafrios, tremores e sentir frio. Durante uma febre, o metabolismo celular aumenta e o consumo de oxigênio se eleva, o

metabolismo aumentado utiliza energia que produz calor adicional; se o paciente tem um problema cardíaco ou respiratório, o estresse causado por uma febre é grande (POTTER; PERRY, 2009).

A Hipertermia é a temperatura corporal elevada relacionada com a incapacidade do organismo de promover perda de calor ou de reduzir sua produção, qualquer doença ou trauma no hipotálamo prejudica esses mecanismos. A hipertermia maligna constitui uma condição em que há produção incontrolada de calor, e ocorre quando pessoas suscetíveis recebem certas drogas anestésicas. A insolação ocorre quando o calor deprime a função do hipotálamo. A exposição prolongada ao Sol ou a temperaturas ambientais elevadas aumenta os mecanismos de perda de calor. Os pacientes que correm maior risco são aqueles muito novos ou muito velhos, e também os portadores de doenças cardiovasculares, hipotireoidismo, diabetes, alcoolismo. Os pacientes que tomam medicamentos como diuréticos podem diminuir a capacidade do corpo de promover perda de calor, bem como aqueles que se exercitam ou se exercitam de forma extenuante. Dentre os sinais e sintomas de insolação encontram-se tontura, confusão, delírio, náusea, câimbras musculares, distúrbios visuais e até mesmo incontinência. O sinal mais importante de insolação é a pele quente e seca. A exaustão térmica ocorre quando uma diaforese abundante resulta em excesso de perda de água e de eletrólitos. Os primeiros socorros incluem o transporte do paciente para um ambiente refrigerado e a reposição de líquidos e eletrólitos. A hipotermia é a perda de calor durante a exposição prolongada ao frio, alterando a capacidade do organismo de produzir calor. Ocasionalmente a hipotermia pode ser induzida durante um procedimento cirúrgico para reduzir demanda metabólica e a necessidade de oxigênio no organismo. Quando a temperatura do paciente cai para 35 °C, o paciente sofre tremores incontroláveis, perda de memória, depressão e baixa capacidade de julgamento. Conforme a temperatura cai abaixo de 34,4 °C a frequência cardíaca, respiratória e a Pressão Arterial baixam e a pele se torna cianótica. As ulcerações causadas pelo frio ocorrem quando o corpo é exposto a temperaturas inferiores à temperatura normal. O lóbulo da orelha, a ponta do nariz e os dedos das mãos e dos pés são as áreas mais suscetíveis a esse tipo de ulceração (POTTER; PERRY, 2009).

2. Pulso

Pode-se verificar o pulso em qualquer artéria, mas geralmente a

escolhida é a artéria radial ou carótida, por serem de fácil localização. Se o pulso radial está anormal ou intermitente como resultado de disritmias, ou se está difícil por causa de um curativo ou imobilizado, pode-se acessar o pulso apical. Muitas vezes, a avaliação da pulsação periférica e da apical revela variações na frequência cardíaca. Duas anormalidades frequentes são a taquicardia e a bradicardia. A taquicardia é uma frequência cardíaca elevada, acima de 100 bpm em adultos, e a bradicardia é uma frequência lenta, abaixo de 60 bpm em adultos. Uma contração cardíaca ineficiente que falha na transmissão da onda de pulsação para o local da pulsação periférica cria um déficit de pulso.



Exemplificando

Para verificar o déficit de pulso, você deve acessar a frequência apical e a radial ao mesmo tempo e compará-las. Por exemplo, uma frequência apical de 92 com uma frequência radial de 78 gera um déficit de 14 batimentos. Geralmente os déficits de pulsação estão associados a ritmos anormais.

No ritmo ocorre um intervalo regular entre cada pulso ou batimento cardíaco. Um intervalo interrompido por um batimento precoce ou tardio, ou por um batimento perdido, indica um ritmo anormal ou disritmia. Esse ritmo prejudica a capacidade do coração de fornecer um débito cardíaco adequado, em particular, se acontece repetidamente. Quanto à força, reflete o volume de sangue ejetado contra a parede arterial a cada contração cardíaca e a condição do sistema vascular arterial levando ao local da pulsação. É importante registrar como forte, fraca, imperceptível ou limitada. Já na igualdade, deve acessar o pulso radial em ambos os lados, comparando suas características. Acesse todas as pulsações simétricas simultaneamente, exceto a pulsação da carótida, pois uma pressão excessiva obstrui o fornecimento de sangue para o cérebro.

3. Respiração

A respiração é o mecanismo que o corpo utiliza para trocar os gases entre a atmosfera e o sangue e entre o sangue e as células. Envolve a ventilação, que é a movimentação de gases para dentro e para fora dos pulmões; a difusão, que é a movimentação do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e as hemácias, e a perfusão, que é a distribuição das hemácias para os capilares sanguíneos e a partir deles. Quando avaliamos a ventilação, é preciso determinar

a frequência, profundidade e o ritmo da respiração. Para avaliar a difusão e a perfusão deve-se determinar a saturação de oxigênio. Embora a respiração seja normalmente passiva, existe envolvimento de trabalho muscular na movimentação dos pulmões e da parede torácica. A inspiração é um processo ativo que envia impulsos ao longo do nervo frênico, causando a contração do diafragma, órgão localizado na região abdominal onde acontece o movimento para baixo e para cima. A eupneia consiste na interrupção da frequência e da profundidade da respiração normal por suspiros, que consistem em uma respiração prolongada e mais profunda, é um mecanismo fisiológico de expansão das vias aéreas pequenas e alvéolos não ventilados durante uma respiração normal. Uma avaliação correta da respiração requer observação e toque para verificar o movimento da parede torácica. Uma mudança súbita na natureza da respiração é importante.



Assimile

Quando um paciente sofre um trauma na cabeça e ocorre queda da respiração, pode significar, muitas vezes, uma lesão do tronco cerebral. Assim como um trauma na região abdominal pode lesionar o nervo frênico, que é responsável pela contração diafragmática.

4.3.1 Alterações no padrão respiratório

A bradipneia consiste na frequência da respiração regular, porém lenta, inferior a 12 rpm. A taquipneia consiste na frequência respiratória regular, porém rápida, superior a 20 rpm. A hiperpneia é a respiração difícil, com profundidade e frequência aumentadas, superior a 20 rpm, normalmente ocorre durante o exercício físico. A apneia é quando cessa a respiração durante vários segundos e, quando persiste, resulta em retardo respiratório. Na hiperventilação a frequência e a profundidade aumentam, podendo ocorrer a hipocarbica. Na hipoventilação a frequência respiratória é anormalmente lenta e a profundidade da ventilação está deprimida, podendo ocorrer a hipercarbica. A respiração de Cheyne-Stokes acontece quando a frequência e a profundidade da respiração são irregulares, caracterizadas pela alternância de períodos de apneia e hiperventilação. O ciclo respiratório começa com a respiração lenta e superficial, que aumenta gradativamente a uma frequência e profundidade anormais, o padrão se reverte, a respiração se torna

lenta e superficial, chegando ao clímax com uma apneia antes do começo da respiração. A respiração de Kussmaul acontece quando a respiração é anormalmente profunda, regular e de alta frequência. E, por último, a respiração de Biot é aquela anormalmente superficial para duas ou três respirações seguidas de um período irregular de apneia.

4.3.2 Pressão arterial

A alteração mais comum da pressão arterial é a hipertensão, muitas vezes ela pode ser assintomática. A pré-hipertensão é diagnosticada em adultos quando uma média de duas ou mais leituras diastólicas em pelo menos duas visitas subseqüentes está entre 85 e 89 mmHg ou quando a média de múltiplas pressões sanguíneas sistólicas em duas ou mais visitas subseqüentes está entre 130 e 139 mmHg. A hipertensão está associada à espessura e à perda de elasticidade das paredes das artérias, a resistência vascular periférica aumenta em veias espessas e inelásticas, o coração trabalha contra uma resistência maior, como resultado há diminuição do fluxo sanguíneo para órgãos vitais como coração, cérebro e rim.



Refleta

Você acredita que um indivíduo com histórico familiar de hipertensão corre maior risco para desenvolvê-la?

Existem vários fatores de risco para que o indivíduo adquira a hipertensão. Além do histórico familiar, existem os fatores modificáveis, como o tabagismo, obesidade, consumo excessivo de sal. Um estilo de vida sedentário e a exposição contínua ao estresse também são fatores que contribuem para a hipertensão. A maior incidência é em clientes diabéticos, idosos e negros, e ela é o principal fator por trás de Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Outra alteração da pressão arterial é a hipotensão, ocorre quando a pressão sistólica cai para 90 mmHg ou menos, embora alguns adultos tenham pressão normalmente baixa. Ela ocorre devido à dilatação das artérias no leito vascular, perda de uma grande quantidade de sangue (por exemplo, hemorragia) ou a ineficiência do músculo cardíaco em bombear sangue adequadamente (por exemplo, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM). Quando associada à

palidez, pele mosqueada, viscosidade, confusão, frequência cardíaca aumentada ou diminuição do débito urinário, a hipotensão pode causar ameaça à vida e o médico deverá ser avisado imediatamente. A hipotensão ortostática ou postural ocorre quando uma pessoa normotensa apresenta sintomas de uma pressão baixa ao se mover para uma posição mais elevada. Quando uma pessoa normotensa (pressão normal) está deitada e muda de posição ficando sentada ou em pé em seguida, as veias periféricas nas pernas se contraem. Essa contração nas extremidades inferiores, quando a pessoa está sentada, previne o acúmulo de sangue nas pernas devido à gravidade; quando o paciente fica em pé, há uma queda significativa em sua pressão sanguínea, com um aumento da frequência cardíaca para compensar a queda do débito cardíaco. Pacientes com desidratação, anêmicos, que passam muito tempo acamados, e algumas medicações podem causar a hipotensão ortostática.

4.3.3 Dor

Segundo Nanda (2015), a dor é classificada em: dor aguda, que é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível, enquanto que a dor crônica tem início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três meses. O controle da dor depende do estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde, paciente e família. O controle da dor vai além do avaliar, envolve a qualidade de vida do paciente, a capacidade de trabalhar produtivamente, divertir-se, desempenhar normalmente seu papel na família e na sociedade. O foco está no planejamento das intervenções para o controle; antes que o paciente apresente a dor, ele precisa entender que o relato informado de dor é precioso e necessário. Durante um episódio de dor, primeiramente deve-se avaliar o local, a severidade e a qualidade da dor. Deve-se coletar dados mais detalhados da dor aguda, quando o paciente estiver mais confortável. Já para o paciente com dor crônica, uma perfeita avaliação da dor inclui as dimensões afetiva, cognitiva, comportamental e social. Ao avaliar a dor em pacientes com disfunção cognitiva, deve-se realizar abordagens de avaliação simples envolvendo uma estreita observação de mudança de comportamento, especialmente a movimentação.



Faça você mesmo

Sr. José mantém Pressão Arterial em níveis elevados e há dois dias tem reclamado de dor de cabeça (cefaleia) de forma latejante. Ao analisar a queixa do paciente, qual seria sua conduta?

É importante fazer com que o paciente descreva a intensidade e o início da dor, observe comportamento, avalie os efeitos da dor nas atividades diárias. Faça perguntas do tipo: O que piora ou melhora sua dor? Como descreveria sua dor? Essa dor permanece na cabeça ou se espalha para mais algum lugar? Na escala de 0 a 10, quão ruim está sua dor agora? Sua dor é constante, intermitente ou ambas?



Pesquise mais

Para uma melhor avaliação da dor, leia o artigo: A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://200.196.224.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.



Vocabulário

Antígenos: é toda substância que ao entrar em um organismo é capaz de iniciar uma resposta imune, ativando seus linfócitos, que, por sua vez, se multiplicam e mandam sinais (citocinas) que ativam outras respostas imunes adequadas ao invasor.

Hipocarbia ou hipocapnia: deficiência de dióxido de carbono no sangue.

Hipercarbica: aumento da concentração de dióxido de carbono no sangue circulante.

Sem medo de errar

A dor é categorizada pela duração (aguda ou crônica) ou pela condição patológica (p. ex., câncer ou neuropatia). No caso da dor aguda, ela tem uma finalidade protetora, tem causa identificável, é de curta duração e tem resposta limitada de dano tecidual e emocional, eventualmente passa com ou sem tratamento após a cura da lesão. Devido ao fato de dor aguda ter um fim previsível e causa identificável, geralmente resulta, por parte dos profissionais da saúde, em tratar agressivamente. É importante perceber que a dor aguda não avaliada pode evoluir para uma dor crônica. Ela ameaça

seriamente a recuperação do paciente devido à hospitalização prolongada, aumento dos riscos provenientes da imobilidade e atraso na reabilitação. Os esforços que visam ensinar e motivar o paciente no autocuidado são frequentemente atrasados até que a dor seja controlada com sucesso. A dor, quando não completamente aliviada, pode evoluir para um nível tolerável. O objetivo principal da enfermagem é assegurar o alívio da dor em níveis que permitam ao paciente participar de sua recuperação.



Lembre-se

A dor interfere em todos os aspectos da vida do indivíduo, o que ajuda a explicar porque o controle da dor é um desafio para a equipe de saúde. Ela ameaça o bem-estar físico e psicológico.

A experiência da dor é complexa, envolve componentes físicos, emocionais e cognitivos. Ela é subjetiva e altamente individualizada. Ela pode ser estimulada de natureza física e/ou mental, além de ser exaustiva e demandar energia da pessoa. O que acaba interferindo no relacionamento pessoal e influenciando o modo de vida. Não se pode mensurar a dor, tal como um exame de sangue, somente o paciente sabe se ela está presente e como é esta experiência.



Atenção

Não é responsabilidade do paciente provar que está com dor e, sim, do enfermeiro aceitar o relato de dor do paciente.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

“Avaliando a dor”

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Capacitar o aluno para avaliar e intervir na dor, utilizando e manipulando os instrumentos

	necessários e realizar a anotação de enfermagem.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação dos sinais vitais. - Identificar alterações nos sinais vitais. - Anotação de enfermagem.
4. Descrição da SP	<p>O Sr. José continua internado acompanhado pela esposa Sr.^a Maria, esta informa que no dia de hoje, desde o período da manhã, o paciente tem reclamado de dores nas pernas e que agora essas dores pioraram e até o momento não recebeu medicamento, diz estar preocupada, pois percebe que quando o Sr. José sente dores, afeta todo o seu estado de saúde. Ao voltar ao posto de Enfermagem, a enfermeira da tarde, Marina, ao ler o prontuário do paciente, observa que em nenhum momento foi anotada a queixa de dor, porém outros sinais vitais estavam alterados, o que identifica que foram aferidos. O que você acredita ter acontecido? Houve aceitação por parte do profissional do relato de dor do paciente? Ele valorizou a dor do paciente? O que mais o enfermeiro poderia ter feito para minimizar essa ocorrência? A dor pode alterar a pressão arterial?</p>
5. Resolução da SP	<p>Todos nós, algum dia, sentimos algum tipo ou grau de dor. Embora a dor seja a causa mais comum de procura nos serviços de saúde, ela não é bem entendida. A pessoa que sente dor sofre e busca alívio, entretanto, o enfermeiro não pode ver ou sentir a dor do paciente. A dor é subjetiva, não existem duas pessoas que sentem a dor do mesmo jeito, e não existem dois eventos dolorosos que gerem sentimentos ou respostas idênticas em uma pessoa. Propiciar alívio da dor é direito básico do ser humano, por isso os enfermeiros são eticamente responsáveis pelo controle da dor e alívio do sofrimento do paciente. O controle efetivo da dor melhora a qualidade de vida, reduz o desconforto físico, promove a mobilização precoce e o retorno ao trabalho, resulta em menores visitas e permanência no hospital, portanto reduz custos no cuidado da saúde. No caso do Sr. José, o uso da escala para avaliação da dor, e o alívio com uso de medidas farmacológicas ou não, conduziria à resposta positiva no controle e diminuição da pressão arterial.</p>



Lembre-se

Conceitos errôneos sobre a dor geralmente resultam em dúvida sobre o grau de sofrimento do cliente e a má vontade para promover alívio.



Faça você mesmo

Ao coletar informação sobre a dor em um paciente, você observará, pelos movimentos, inquietações, movimento das mãos e dos dedos, gemência, dentes cerrados, testa franzida e o paciente evita conversar. Nesse momento, sua melhor atitude seria continuar a coletar os dados, ou providenciar o alívio da dor? Após a avaliação, como você realiza a anotação de enfermagem?

Faça valer a pena

1. Algumas alterações na temperatura do corpo, fora da variação usual, afetam o ponto de ajuste. Que órgão realiza esse controle?

- a) Hipotálamo.
- b) Cerebelo.
- c) Cardiovascular.
- d) Medula espinal.
- e) Neurônio sensorial.

2. Pirógenos, tais como bactérias e vírus, elevam a temperatura corporal, atuam como antígenos desencadeando respostas do sistema imune, reagindo para aumentar o ponto de ajuste da temperatura. O corpo responde produzindo e conservando o calor, podendo passar várias horas até que a temperatura atinja o novo valor. Constitui uma condição em que há produção incontrolada de calor, e ocorre quando pessoas suscetíveis recebem certas drogas anestésicas. Como é conhecida esta condição?

- a) Hipertermia.
- b) Hipotermia.
- c) Insolação.
- d) Hipertermia maligna.
- e) Exaustão térmica.

3. Para verificar o déficit de pulso, você deve acessar a frequência apical e a radial ao mesmo tempo e compará-las. Você verificou a frequência apical que estava em 105 e a frequência radial de 88. Qual foi o déficit gerado?

- a) 10.
- b) 15.
- c) 18
- d) 20.
- e) 17.

Seção 4.4

Sinais vitais: intervenções

Diálogo aberto

Olá, caro aluno!

Estamos finalizando a última seção das unidades de Habilidades. Quantas informações e conhecimentos adquiridos! Discutimos sobre Infecções, as barreiras ambientais, os resíduos dos serviços de saúde, ações educativas no controle de infecções hospitalares, incluindo a higienização das mãos, método simples e eficaz de baixo custo, porém pouco utilizado pela equipe de saúde. Discursamos sobre os aspectos éticos no relacionamento terapêutico, a importância da comunicação, formas de abordagem, fundamentando o cuidado para uma posterior anamnese com resultado eficaz, estabelecendo um bom relacionamento enfermeiro-paciente. Aprendemos sobre a importância da higienização para a Instituição, para o profissional e para o paciente; em seguida, aprendemos sobre a importância de dominar a técnica dos sinais vitais e as principais alterações. Nessa última seção vamos aprender como intervir nos resultados alterados dos sinais vitais.

O Sr. José, internado em uma das enfermarias, está acompanhado pela esposa Sr.^a Maria e sua alta está programada para daqui a dois dias. Ao analisar o prontuário do paciente, a enfermeira Patrícia observa que houve oscilações da Pressão Arterial durante a internação. Com essas informações, ela levanta a hipótese da importância de intervir no sentido de educação do paciente e família, principalmente porque ela ouviu a esposa falar que acredita que, após a alta, o seu esposo vai melhorar e não dependerá mais de remédios. De posse dessas informações, quais seriam as melhores estratégias de intervenção? Você acredita que a família deve ser incluída na orientação? Quais seriam os pontos relevantes a serem analisados pelo enfermeiro que poderiam ajudá-lo na educação paciente-família? Que formas de abordagem você poderia utilizar para ensinar a família e o paciente na verificação dos sinais vitais e nas intervenções que podem ser realizadas frente a essas alterações?

Através da leitura do livro didático e das outras leituras sugeridas,

you will acquire skills and competencies to intervene in this situation and propose strategies to reach the improvement of the patient, avoiding new hospitalizations and contributing to the quality of life.

Desire you have good studies!

Non can be missing

The determination of vital signs provides data to identify diagnostic of illness, implant planned interventions and to evaluate the results of care. A change in vital signs can indicate the need for intervention by the nurse or doctor. It is an efficient and rapid way to monitor the patient's condition or to identify problems and evaluate the results of care. A focus on health promotion and its maintenance, as well as the anticipation of hospital admissions, has resulted in a moment of need for monitoring of vital signs by the patient and by their family at home. Considerations of how to teach affect all measurements of vital signs and should be incorporated into the care plan of the patient. The patient's age is an important factor, since with the increase in the elderly population, there is a great need for their family or caregivers to be aware of the changes that are unique for them.

4.4.1 Interventions in changes related to Temperature (T)

A prolonged fever weakens the patient by exhausting their energy reserves. An increase in metabolism requires extra oxygen. If the organism cannot meet the demand for additional oxygen, cellular hypoxia (inadequate oxygen) occurs. Hypoxia of the myocardium causes angina (chest pain), and hypoxia of the brain causes confusion. Oxygen therapy is one of the interventions performed during a fever. When there is excess loss of water due to increased breathing and diaphoresis, the patient is at risk of presenting a fluid volume deficit. Dehydration is a serious problem for the elderly and for children with low body weight. An optimal fluid volume is an important action of illness.



Reflect

Some factors that can affect the body temperature is the age, the newborn (RN) leaves a relatively constant and warm environment to enter another that fluctuates constantly, besides that, the mechanisms of temperature control are immature.

O cuidado de enfermagem está relacionado a vestir adequadamente a criança, e elas não devem ser expostas a temperaturas extremas, pois um RN perde até 30% do calor corpóreo através da cabeça, por isso necessita de uma touca. A variação da temperatura declina gradualmente conforme o indivíduo.

Na febre, o objetivo da terapia é aumentar a perda de calor, reduzir a produção de calor e prevenir complicações. A escolha das intervenções depende da causa, de qualquer efeito adverso possível e da força, intensidade e duração da elevação da temperatura. O enfermeiro ou o médico deve esforçar-se para determinar a causa do aumento da temperatura, isolando o pirógeno causador. Algumas vezes é necessário coletar amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas. Alguns antibióticos são determinados para serem dados após culturas positivas, pois destroem bactérias pirogênicas e eliminam a estimulação do corpo para temperatura aumentada. Algumas vezes a febre é uma resposta de hipersensibilidade a uma droga; normalmente essas febres são acompanhadas de outros sintomas de alergias, como erupções e pruridos, o tratamento seria a retirada da medicação. É indicado também o uso de antipiréticos, drogas que diminuem a febre. A terapia não farmacológica utiliza-se de métodos para aumentar a perda de calor por evaporação, condução, convecção ou radiação. Banhos mornos com compressas, aplicação de compressas frias nas áreas das axilas e da virilha, tomando o cuidado para que essas medidas não estimulem tremores, o que aumentaria o gasto energético; envolver as extremidades distais (dedos das mãos e dos pés e genitália) reduz o risco de causar danos à pele e outros tecidos com a terapia de hipotermia.

Na hipotermia, a prioridade do tratamento é prevenir que a temperatura corporal caia ainda mais. Remover roupas molhadas e trocá-las por roupas secas e envolver o paciente com cobertores são intervenções-chave de enfermagem. Ainda, o paciente pode ser beneficiado com medidas como ingestão de líquidos quentes, como chá, leite, sopas. Também é útil manter a cabeça do paciente coberta, realizar compressas quentes próximas às áreas do corpo onde ocorre perda mais rápida do calor (pescoço e cabeça). Eduque o paciente com febre para a importância de tomar o antibiótico até o término do tratamento. Crianças e idosos correm o risco de desidratação. Identificar os líquidos preferidos destes pacientes, bem como encorajá-los a ingerir líquidos, é uma intervenção de enfermagem contínua importante.

4.4.2 Intervenções nas alterações referentes ao Pulso (P)

A avaliação do pulso determina o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta do organismo a outros desequilíbrios. Taquicardia, bradicardia e disritmias são características que definem muitos diagnósticos de enfermagem, o plano de cuidado inclui intervenções baseadas nesses diagnósticos e nos fatores relacionados. Quando a pulsação radial está fraca e imperceptível, uma intervenção seria acessar ambos os pulsos e comparar os lados. Uma obstrução local em uma das extremidades, por exemplo, um coágulo, edema, causa diminuição da circulação sanguínea periférica. É importante fazer avaliação de todos os pulsos, observar sintomas que sejam associados a uma diminuição da perfusão tecidual, incluindo palidez e pele fria, com baixa temperatura dos tecidos distais devido ao pulso fraco; medir a pulsação radial e apical simultaneamente para determinar a existência de um déficit de pulsação; a pulsação apical é maior que 100 bpm (taquicardia), identificar os dados relacionados incluindo febre, ansiedade, dor, exercícios recentes, hipotensão, diminuição da oxigenação ou desidratação; deve-se observar a ocorrência de sinais e sintomas de débito cardíaco inadequado, incluindo fadiga, dor torácica, ortopneia, cianose e tontura. Se o pulso apical, ou seja, se o valor do método indireto da frequência cardíaca estiver inferior a 60 bpm (bradicardia), deve-se observar os fatores que afetam a frequência cardíaca, tais como digoxina e antiarrítmicos; algumas vezes é necessário impedir que certas medicações prescritas sejam dadas até que o médico seja capaz de avaliar a necessidade de ajustar a dose.



Exemplificando

Como qualquer medicamento, a digoxina pode causar efeitos indesejáveis. Entretanto, muitos deles ocorrem porque a dose prescrita é mais alta do que o necessário, e o médico precisa ajustá-la. Um desses efeitos indesejáveis inclui a bradicardia.

Nas disritmias, as principais intervenções são analisar a função cardiovascular e risco iminente de arritmia após esforço do paciente e reduzir esse esforço; preparar material para as manobras de Suporte Básico de vida; observar frequência e regularidade do pulso se alterada, verificar sinais de arritmias letais, como Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular (TV) como rebaixamento do nível de consciência.

4.4.3 Intervenções nas alterações referentes à Respiração (R)

A medida da frequência dos sinais vitais respiratórios, seu padrão e profundidade, juntamente com a saturação, avaliam a ventilação, difusão e perfusão. Cada mensuração fornece dicas para a determinação da natureza do problema do paciente. O plano de cuidado de enfermagem inclui intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem e nos fatores relacionados. Avalie as respostas do paciente mensurando a frequência respiratória, a profundidade da ventilação, o ritmo e a saturação após cada intervenção. Se o paciente apresentar uma frequência respiratória inferior a 12 rpm (bradipneia) ou superior a 20 rpm (taquipneia), o padrão respiratório é irregular, a profundidade da respiração aumenta ou diminui e o paciente se queixa de falta de ar, deve-se observar os fatores relacionados, incluindo obstrução das vias aéreas, sons anormais da respiração, tosse produtiva, inquietação, irritabilidade, ansiedade e confusão; é importante que o enfermeiro auxilie o paciente a permanecer na posição sentada com suporte (semi-fowler ou Fowler alto), a não ser que seja contraindicado, o que melhora a ventilação. Outro fator importante é avaliar os fatores ambientais que podem influenciar a frequência respiratória, como tabagismo passivo, ventilação fraca, entre outros.

4.4.4 Intervenções nas alterações referentes à Pressão Arterial (PA)

A determinação da pressão arterial, juntamente com a determinação da pulsação, avalia o estado geral da saúde cardiovascular e as respostas ao desequilíbrio de outros sistemas. Hipotensão, hipertensão, hipotensão ortostática e pressões de pulsação altas ou baixas definem as características de certos diagnósticos de enfermagem. O plano de cuidado de enfermagem inclui intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem, identificando os fatores relacionados. Avalie a resposta do paciente verificando sua pressão arterial após cada intervenção. Quando for incapaz de obter a leitura da pressão arterial, determinar que nenhuma crise imediata esteja presente, medindo o pulso e a frequência respiratória. Deve-se verificar sinais de diminuição do débito cardíaco; se esses sinais estiverem presentes, notifique imediatamente o médico. Usar os locais ou procedimentos alternativos para obter a pressão: ausculta a pressão arterial na extremidade inferior, implementar o método da palpação para obter a pressão sistólica, e repita a aferição da pressão arterial com o

esfigmomanômetro. Quando a pressão arterial não é suficiente para a perfusão e oxigenação tissulares adequados, compare os valores da pressão arterial com o valor basal; posicionar o paciente deitado de costas para aumentar a circulação e restringir a atividade que possa estar causando a sua diminuição; aumentar a frequência da Infusão Intravenosa (IV) ou administrar drogas vasoconstritoras, caso seja determinado.



Faça você mesmo

Um paciente interna na unidade onde você é enfermeira, ao verificar a pressão arterial (PA), é identificado 180/140 mmHg. Qual seria sua intervenção?

Uma dica importante seria repetir a aferição em outro braço e comparar os achados, deve-se verificar a seleção e o posicionamento correto do manguito; pedir para um outro colega enfermeiro repetir a medida em 1 a 2 minutos; relatar a pressão elevada ao médico para iniciar um tratamento adequado e administrar medicamentos anti-hipertensivos caso seja determinado.

4.4.5 Intervenções nas alterações referentes à Dor

Os passos do planejamento do processo de enfermagem exigem que se sintetize informações de múltiplas fontes. O pensamento crítico assegura que o plano de cuidado do paciente integre tudo o que se sabe sobre ele, bem como os elementos-chave do pensamento crítico. Os pacientes que possuem dor, frequentemente, possuem problemas inter-relacionados. Quando um problema piora, outros aspectos do nível de saúde do paciente também podem mudar. Ao controlar a dor, os objetivos do cuidado devem promover a otimização da função do paciente. Deve-se determinar o que a dor tem impedido o paciente de fazer, e então decidir o nível de dor aceitável que permita o retorno do paciente às atividades. Uma indicação do sucesso de um plano é determinada através da realização de objetivos e resultados.



Assimile

No caso do objetivo "o paciente irá adquirir um nível satisfatório de dor no prazo de 24 horas", os possíveis resultados seriam: relato de dor em 3 ou menos na escala de 0 a 10; identificar fatores que intensificam a dor; utilizar medidas seguras de alívio da dor e o nível de desconforto não irá interferir com a atividade da vida diária.

Ao definir prioridades no controle da dor, deve-se considerar o tipo

de dor que o paciente estiver apresentando e os efeitos nas variadas funções do corpo. Por exemplo, se um paciente tinha dor, mas o analgésico aliviou, o enfermeiro deve centralizar a atenção em como a dor está influenciando as atividades, apetite e sono. Ao contrário, quando a dor do paciente continua intensa, impedindo o enfermeiro de implementar outras intervenções, o alívio da dor imediata é a prioridade óbvia. As prioridades do enfermeiro mudarão à medida que a dor do paciente mudar. A terapia da dor exige uma abordagem individualizada, às vezes mais do que qualquer outro problema do paciente. A tríade enfermeiro, paciente e família deve ser mantida para melhor utilização de medidas de controle da dor. Os enfermeiros administram e monitoram intervenções prescritas pelo médico para o alívio da dor e utilizam de medidas independentes de alívio que complementam aquela prescrição, normalmente são utilizadas as terapias menos invasivas ou a terapia mais segura, juntamente com medidas já utilizadas pelo paciente com sucesso.

Uma série de intervenções não farmacológicas que diminuem a dor estão disponíveis; entretanto, elas existem para serem utilizadas em conjunto, não para substituir as medidas farmacológicas. Intervenções não farmacológicas incluem abordagens cognitivo-comportamentais, o seu objetivo é mudar a percepção de dor do paciente, com a utilização de distração, reza, relaxamento, música, incluindo a física, em que o objetivo é fornecer o alívio da dor, corrigindo a disfunção física, alternado a resposta fisiológica e reduzindo o medo da imobilidade associada à dor. Essas medidas também estão relacionadas à acupuntura, terapia de medicina alternativa e complementar, como o toque terapêutico, entre outros.



Pesquise mais

O link abaixo é um artigo que fala sobre as intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Disponível em: <<http://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2016.



Vocabulário

Hipóxia: baixo teor de concentração de oxigênio nos tecidos orgânicos.

Ortopneia: é a dificuldade (dispneia) que ocorre quando a pessoa está deitada.

Fibrilação ventricular: é um tipo de arritmia cardíaca. Acontece quando não existe sincronia na contração das fibras musculares cardíacas dos

ventrículos.

Taquicardia ventricular: as arritmias ventriculares são aquelas que nascem nos ventrículos. Cada batimento é chamado extrassístole ventricular. Quando três ou mais extrassístoles aparecem em sequência, com frequência maior que 100 batimentos por minuto, chama-se taquicardia ventricular.

Sem medo de errar

A pressão arterial é a força exercida pelo sangue circulante sobre as paredes das artérias, que depende da força da contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência da parede do vaso. Quando o paciente está se preparando para a alta, é fundamental que o enfermeiro anteceda a esse momento com orientações simples, mas eficazes. Explicar, por exemplo, qual o nível de uma pressão que é considerada normal, mas em que podem ocorrer alterações fisiológicas, conforme algumas situações. Um aumento da pressão pode ser ocasionado por alimentação, medo, ansiedade, exercícios, dor, estimulantes, entre outros. Uma pressão alta relacionada a um desses fatores pode não indicar uma hipertensão, e não há necessidade de administração de medicamentos, desde que haja diminuição do fator estressante. Já a diminuição da pressão pode ser ocasionada por repouso, depressão e jejum, e as orientações serão as mesmas. Identificar os sinais e sintomas de alteração da pressão arterial também é um fator importante, por exemplo, na pressão arterial elevada, normalmente o paciente terá dor de cabeça (geralmente occipital), vermelhidão da face, sangramento nasal e fadiga em idosos. Enquanto na pressão arterial baixa os sinais e sintomas geralmente são tontura, confusão mental, inquietação; pele e membranas mucosas pálidas ou cianóticas; pele fria e mosqueada sobre as extremidades. Um outro fator importante é o preparo do paciente para a medida da pressão arterial. Ele deve estar em repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo, esvaziar a bexiga antes, não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes; não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes; manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; remover roupas do braço no qual será colocado o manguito; posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto do esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido e solicitar para que ele não fale durante a medida.



Atenção

Quando a hipertensão é diagnosticada, eduque-os sobre os valores da pressão arterial, seguimento a longo prazo e terapia; ausência de sintomas em geral (o fato de que isso não pode ser "sentido"); a capacidade da terapia de controlar, mas não de curar a hipertensão, e sobre o plano continuado de tratamento que assegure um estilo de vida relativamente normal.



Lembre-se

Quando pensar em como ensinar pacientes e familiares todas as mensurações de sinais vitais, sua importância e significado, a idade do paciente é um fator importante. Com um aumento da população idosa, há uma grande necessidade de que os cuidadores estejam cientes das alterações que são únicas para eles.

Avançando na prática

Pratique mais!

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

"Intervenção do enfermeiro nos sinais e educação do paciente"

1. Competência Geral	Conhecer e compreender a importância na sua atuação, os aspectos legais do prontuário do indivíduo, do ambiente de trabalho e da equipe multiprofissional e do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Capacitar o aluno para realizar intervenção na educação do paciente e família, na verificação dos sinais vitais.
3. Conteúdos relacionados	Alteração dos Sinais Vitais. Medidas de intervenção.
4. Descrição da SP	O Sr. José, internado em uma das enfermarias, está acompanhado pela esposa Sr. ^a Maria. Hoje é o dia de sua alta, durante esses dois dias ele e sua esposa foram orientados quanto à verificação dos sinais vitais e aprenderam a identificar as alterações e o que avaliar antes de administrar uma nova medicação. A enfermeira, ainda preocupada, realiza um feedback com a esposa e paciente para

	comprovar se houve entendimento das orientações. Você acredita que a medida que a enfermeira Patrícia adotou é eficaz? Você acredita ser essa uma intervenção de enfermagem?
5. Resolução da SP	Ao falar de intervenção, normalmente a equipe de saúde está preocupada somente com as alterações que acontecem dentro da Instituição de saúde, porém, muitas vezes, essas intervenções deverão passar de dentro da Instituição e o enfermeiro deve preocupar-se em intervenções para que o paciente não volte a internar, pois sabe-se que a internação causa impacto negativo, tanto na vida do paciente como na família. Ao realizar feedback, a enfermeira conseguirá detectar onde houve falhas no aprendizado e reforçar os pontos não entendidos. A adoção de intervenção extra-hospitalar sinaliza que o enfermeiro está preocupado com a qualidade de vida do paciente. Para o cuidado em casa é necessário o uso de um manguito eletrônico, principalmente se o familiar tem dificuldade para escutar. É preciso detectar se ele tem reservas financeiras suficientes e/ou se tem habilidades adequadas.



Lembre-se

Os pacientes com hipertensão precisam aprender sobre os valores de sua pressão arterial, seguimento a longo prazo e terapia, a falta de sintomas usuais, a capacidade da terapia em controlar, mas não de curar a doença, e os benefícios de seguir um plano de tratamento de forma consistente.



Faça você mesmo

Quanto à medida da pressão arterial, que outras orientações você poderia dar ao paciente, para haver um controle eficaz?

É importante que o paciente ou seu cuidador verifique a pressão arterial sempre no mesmo horário e depois que o paciente tenha descansado brevemente. Verificar a pressão com o paciente sentado ou deitado e usar sempre a mesma posição e braço toda vez que for medir a pressão, anotar esses valores em uma caderneta, ou na própria carteirinha do idoso, seriam ótimas orientações.

Faça valer a pena

1. Uma febre prolongada enfraquece o paciente pelo esgotamento de suas reservas energéticas. O aumento do metabolismo requer oxigênio

extra. Se o organismo não pode atender à demanda de oxigênio adicional, ocorre a:

- a) Hipoxia celular.
- b) Anoxia celular.
- c) Hipertermia celular.
- d) Hipotermia celular.
- e) Febrícula celular.

2. Na febre, o objetivo da terapia é aumentar a perda de calor, reduzir a produção de calor e prevenir complicações. A escolha das intervenções depende da causa, de qualquer efeito adverso possível e da força, intensidade e duração da elevação da temperatura. O enfermeiro ou o médico deve esforçar-se para determinar a causa do aumento da temperatura. De que maneira eles podem conseguir?

- a) Isolando o pirógeno estressor, coletando amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas.
- b) Isolando o pirógeno facilitador, coletando amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas.
- c) Isolando o pirógeno causador, coletando amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas.
- d) Isolando o pirógeno sensibilizador, coletando amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas.
- e) Isolando o pirógeno destruidor, coletando amostra para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e material de feridas.

3. A terapia não farmacológica utiliza-se de métodos para aumentar a perda de calor por evaporação, condução, convecção ou radiação. Essas terapias não farmacológicas seriam?

- a) Banhos quentes com compressas, aplicação de compressas mornas nas áreas das axilas e da virilha.
- b) Banhos mornos com compressas, aplicação de compressas frias nas áreas do pescoço e da cabeça.
- c) Banhos quentes com compressas, aplicação de compressas frias nas áreas das axilas e da cabeça.
- d) Banhos mornos com compressas, aplicação de compressas frias nas áreas das axilas e da virilha.
- e) Banhos frios com compressas, aplicação de compressas frias com álcool a 70% nas áreas das axilas e pescoço.

Referências

ANDRIS, D. A. et al. **Semiologia**: bases para a Prática Assistencial. Tradução de Carlos Henrique Consedey; Revisão, Isabel Cristina Fonseca da Cruz. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ARAÚJO, A. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Diagnóstico e intervenção de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 385-392, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

BARROS, A. L. B. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Iniciação à ciência da enfermagem**. Tradução: Isabel Cristina Fonseca da Cruz, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda Internacional**: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 641-685.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética nos cuidados e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 465-466, jan/mar, 2009.

SILVA, M. J. P.; **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2003. 133 p.

WEBER, J. **Semiologia**: guia prático para a enfermagem. Tradução João Clemente Barros; Revisão técnica Sônia Regina de Souza. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ISBN 978-85-8482-427-4



9 788584 824274 >