

MANUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

E sua aplicação na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTIA

CUIABÁ- MT / OUTUBRO DE 2006

REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
Prof. Dr. Paulo Speller

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL
Prof. Dr. José Carlos Amaral Filho

FACULDADE DE ENFERMAGEM
Prof. Dr^a Edir Leite Mandú

DIRETOR CLINICO
Prof. Dr. Alan de Azevedo Ferreira

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Prof. Dr^a. Annelita Oliveira Reiners

DIRETOR ADMINISTRATIVO
Adm. Jonas da Cruz Borges Assumpção

COORDENAÇÃO DE ENSINO ENFERMAGEM
Prof^a Dr^a. Neuci Cunha

DIRETOR INSTRUMENTAÇÃO E INFORMÁTICA
Pedagoga Maria Lúcia Paim

GERENTE DE ENFERMAGEM
Prof^a Dr^a. Aldenan Lima Ribeiro Corrê Costa

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bottosso, Rosa Maria et al.

Manual do processo e sua aplicação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto – UTIA. Rosa Maria Bottosso, Alan das Chagas Rodrigues. Hudean Elen Silva Costa Coelho. Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller. Cuiabá, Mato Grosso, 2006. (Coleções Assistência de Enfermagem Hospitalar)

1. Enfermagem 2. Assistência 3. Teoria 4. Metodologia

ORGANIZADORAS

Rosa Maria Bottosso

Enfermeira. Membro do Comitê Fênix e Assessora da Gerência de Enfermagem do HUJM.
Especialista em Gestão Hospitalar. Especialista em CC, RPA e CME,
Professora, Mestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

Alan das Chagas Rodrigues

Enfermeiro. Membro do Comitê Fênix da Gerência de Enfermagem
Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde
Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HUJM

Hudean Elen Silva Costa Coelho

Enfermeira. Chefe do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HUJM
Especialista em Gestão Hospitalar. Especialista em Saúde Mental.
Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde

APOIO DIGITAÇÃO

Eliana Oliveira de Brito

AGRADECIMENTOS AS COLABORAÇÕES DA EQUIPE

Adriana Maria Viana
Daniela dos Santos
Nara Alves de Lima
Rosalina da Silva Alexandre
Adelir Legrante
Ivaneide Maria de Souza
Selmany Soares de Moraes
Sylene de Freitas Bezzer
Ernesto Francisco
Natalina Rosa de Jesus
Noelei Aparecida Silva
Ruth Ferrieira Cometti
Aurea Rita do Carmo
Ereni Dias de Souza
Jose Nobais da Rocha

Neile Curvo da Boa Norte
Richard Lopes da Silva
Antonio de Oliveira Lima
Cláudia Ribas de Aquino
Jucina Maria dos Reis
Lenil de Arruda e Silva
marcia Rezer da Rosa
Francine Fonseca Rodrigues
João Carlos da Silveira
Joelma Schvindt Couto
Maria Lúcia Braun
Washington Luis Nogueira
Dircilene Lina de Campos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
-------------------	----

I – PRIMEIRA PARTE: ASPECTOS GERAIS

1. HISTÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL.....	08
2. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	10
2.1. Política .da Sistematização da Assistência.....	11
2.2. Política de Qualidade na Assistência de Enfermagem.....	12
2.3. Política de Humanização da assistência.....	13
2.4. Política da Integração Ensino-Serviço.....	14
2.5. Política de Recursos Materiais.....	15
2.6. Política de Educação Permanente em Enfermagem.....	16
3. BASES TEORICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	
3.1 Marco Conceitual da assistência de enfermagem no hospital.....	17
3.2 Modelo Bifocal da prática.....	19
3.3. As etapas da metodologia da assistência de enfermagem.....	19
3.3.1. Etapa da investigação.....	20
3.3.2. Etapa do diagnóstico.....	21
3.3.3. Etapa do planejamento.....	22
3.3.4. Etapa da implementação.....	23
3.3.5. Etapa da avaliação.....	24

II - SEGUNDA PARTE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI ADUTO

1. ESTRUTURA E RECURSOS PARA O ATENDIMENTO AO ADULTO E FAMÍLIA.....	25
2. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO ADULTO.....	26
3. O PRONTUÁRIO E AS REGRAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE.....	27
3.1. Regras gerais para anotações de enfermagem no prontuário.....	27

3.2. Histórico de Enfermagem.....	29
3.3. Mapa dos Problemas de Enfermagem.....	32
3.4. Plano de Cuidados de Enfermagem.....	34
3.5. Evolução de Enfermagem.....	38
3.6. Anotações de Cuidados de Enfermagem.....	41
3.7. Balanço Hídrico.....	43
3.8. Admissão.....	44
3.9. Alta.....	46
3.11. Transferências externa	48
3.12. Encaminhamento para o centro cirúrgico.....	49
3.13. Óbito.....	51
3.14. Norma referente a participação dos alunos de enfermagem na assistência.....	53
3.15. Uso de abreviaturas, siglas e sinais.....	55

III – TERCEIRA PARTE: AS INTERFACES DA ASSISTÊNCIA COM A ADMINISTRAÇÃO

1. PASSAGEM DE PLANTÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	57
2. INDICADORES ASSISTÊNCIAIS DE ENFERMAGEM.....	59
3. SERVIÇOS REFERÊNCIA NO AMBULATÓRIO DO HUJM.....	60
4. SERVIÇOS REFERÊNCIA NO SUS.....	61

IV – QUARTA PARTE: PADRÕES DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS

1. PADRÕES PARA CUIDADOS DE ROTINA	62
1.1. Admissão do adulto, idoso e acompanhante.....	64

V – QUINTA PARTE: INFORMAÇÕES GERAIS

1. PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DO ADULTO.....	65
1.1. Tamanho de tubos orotraqueal.....	65
1.2. Cálculo para gotejamento de soro.....	65
1.3. Cálculo de pressão arterial média.....	66
1.4. Cálculo para diluição de KmnO4.....	66
1.5. Escala de Glasgow	67
1.6. Escala de Aldret e Kroulick.....	67
1.7. Escala de Ransay.....	68
1.8. Tabele de composição das soluções venosas.....	68
1.9. Parâmetros para avaliar Balanço Hídrico.....	69
1.10. Classificação da Pressão Arterial do Adulto.....	70
1.11. Parâmetros laboratoriais.....	71
1.12. Terminologia cirúrgica.....	73
1.11. Escala de Braden para ulcera pressão.....	74
2. LISTA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – TAXONOMIA II DA NANDA.....	76
3. SITES DE INTERERSSSE NA ÁREA DE ENFERMAGEM CLÍNICA E CIRÚRGICA.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXO 1: RESOLUÇÃO COFEN Nº 272/2002.....	81
ANEXO 2: PRECAUÇÕES PADRÃO.....	83
ANEXO 3: PROTOCOLO DE ATENDIMENO A ACIDENTE DE TRABALHO HU.....	83

APRESENTAÇÃO

Este MANUAL é produto do trabalho iniciado em agosto de 2005 pela enfermagem do Hospital Universitário Júlio Müller que, assumindo a responsabilidade de reestruturar o seu modelo do processo de enfermagem, constituiu o **Comitê Fênix** da Assistência de Enfermagem com a finalidade de construir, de modo participativo, uma proposta que se adequasse aos requisitos técnicos, científicos e ético-legais do trabalho de enfermagem, bem como às necessidades, demandas e condições humanas para a sua realização no campo prático.

Como terceira versão apresentada à equipe de enfermagem do hospital desde o início dos trabalhos do Comitê, este material representa a documentação da proposta que está sendo implantada como pré-teste nos setores até fevereiro de 2007, antes de ser encaminhado para editoração e publicação.

Portanto, esperamos que todos LEIAM, PRATIQUEM e documentem, no verso das folhas, os pontos favoráveis, os desfavoráveis e as sugestões para o Comitê efetivar a participação de todos e para que o nosso Processo de Enfermagem se aproxime do ideal. Sugerimos que documentem as contribuições nominalmente, pois as pessoas serão mencionadas como “colaboradores” na publicação.

Comitê Fênix da Assistência de Enfermagem

Cuiabá, 25 de outubro de 2006

I – PRIMEIRA PARTE: ASPECTOS GERAIS

1. HISTÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Quando de sua inauguração, em agosto de 1984, o Hospital Universitário Júlio Müller contava com 40 leitos e o serviço de enfermagem adotava as bases teóricas propostas por Wanda Horta para o seu modelo de processo de enfermagem. A equipe de trabalho organizava a assistência de forma que os enfermeiros escalados no período diurno, dividiam entre si as responsabilidades de fazer o *Histórico de Enfermagem*, a *Evolução* e a *Prescrição de Enfermagem* a todos os clientes internados, restando ao enfermeiro do noturno, fazer a supervisão das unidades de internação. Técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem participavam dividindo as tarefas por função.

A assistência de enfermagem era documentada no prontuário, em impressos de uso multidisciplinar (médicos, enfermeiros, nutricionistas) para os registros referentes à *prescrição* e *evolução*, sendo que para o *histórico de enfermagem* e *balanço hídrico* havia um específico para a sua equipe. Com o passar do tempo, foram criados os *carimbos* para facilitar o registro de sinais vitais, glicosúria, curva térmica e volume urinário, culminando, mais tarde, na elaboração do impresso para as *Anotações de Enfermagem*.

Hoje, após vinte e dois anos da sua fundação, o hospital apresenta-se com capacidade planejada de 126 leitos com duas Unidades de Terapia Intensiva (adulto e neonatal) e previsão para expansão de leitos para 243 leitos, além da construção do serviço de hemodiálise. O atendimento ambulatorial cresceu em relação às especialidades, inclusive na enfermagem, exigindo uma reformulação criteriosa do modelo de processo de enfermagem.

Diante deste cenário, foi criado o Comitê *Fênix*, composto por enfermeiros representantes das unidades de internação, as chefias de serviços e docentes da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT) para estudarem e apresentarem uma nova proposta de processo de enfermagem.

A escolha do nome *Fênix* foi sugestão de uma técnica de enfermagem, trazendo ao processo o significado da vida nova por meio do *mito da ave Fênix, símbolo da alma e da imortalidade e que, segundo a crença dos antigos, vivia muitos séculos e por fim se queimava para depois renascer das suas próprias cinzas* (Aurélio, 2005).

O trabalho para a reestruturação foi realizado em quatro fases: a primeira destinada ao estudo por parte dos membros do Comitê em relação aos conceitos-chaves sobre processo de enfermagem, sistematização da assistência, metodologia assistencial, teorias de enfermagem, marco conceitual e as diferentes linguagens propostas na Taxonomia da NANDA (Associação Norte Americana dos Diagnósticos em Enfermagem), versão beta do CIPESC (Classificação Internacional das Práticas Enfermagem em Saúde Coletiva), Taxonomias das intervenções da NIC (Classificação das Intervenções em Enfermagem) e da Taxonomia da NOC (Classificação dos Resultados em Enfermagem). A segunda aconteceu com a formatação da primeira versão deste manual que foi entregue para a equipe de enfermagem das unidades de internação e ambulatorios para leitura e registro de suas sugestões. A terceira fase ocorreu, novamente,

com a consulta a toda equipe para a definição dos impressos a serem usados. A quarta fase culminou com a versão final do manual e a implantação nos setores.

O grupo optou pelo título do manual como PROCESSO DE ENFERMAGEM pela necessidade de esclarecimento das diferenças entre os termos “processo”, “sistematização” e “metodologia”.

A palavra **processo** representa a articulação entre todos os elementos necessários para a organização da assistência, ou seja, o objeto e a finalidade do seu trabalho definidos; a adequação do método (instrumento) para relacionar-se com este objeto e a base de sustentação teórico-conceitual: o dimensionamento da força de trabalho (equipe de enfermagem) bem como as condições (recursos e espaço) necessários para a realização do cuidado (Leopardi, 1999).

Sistematizar, segundo Aurélio (2004), significa organizar; correlacionar elementos em uma ordem com concatenação lógica. Na enfermagem a sistematização das ações e dos métodos contribui para a organização do processo, visando alcançar resultados.

Método representa o modo de agir e dirigir a ação da enfermagem no caminho escolhido para o desenvolvimento da intervenção. Ele serve para instrumentalizar a ação.

Assim, o modelo de processo de enfermagem que apresentamos aqui, considera todos os elementos, métodos e forma para operacionalização em cada área assistencial. Diante destas considerações e, compromissados com a necessidade de re-definição das práticas assistenciais, de ensino e de pesquisa na enfermagem desenvolvidas na instituição, a equipe de enfermagem elaborou este manual com objetivos de:

- ✓ Promover a qualidade da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar.
- ✓ Servir de referencial para planejamento do trabalho das equipes assistencial e administrativa.
- ✓ Direcionar os trabalhos de educação permanente na enfermagem.
- ✓ Oferecer subsídios para o ensino e a prática dos alunos de enfermagem de cursos de nível médio e superior em atividades curriculares na instituição.
- ✓ Contribuir com o processo de produção de novos conhecimentos bem como a realização de pesquisa no campo da enfermagem assistencial.

2. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA DE GESTÃO EM ENFERMAGEM

Política representa um sistema de regras; conjunto de objetivos, de ações, destinados a influir nas decisões e execuções de um programa (Aurélio, 2005). *Política são planos reduzidos a declarações ou instruções que direcional as organizações em sua tomada de decisão* (Marquis; Huston, 1999, p.84). Nesse sentido, a equipe de enfermagem adotou um conjunto de regras com o objetivo de direcionar as ações do grupo de trabalho assistencial e administrativo para o processo de liderança, gestão e prestação da assistencial nas unidades de atendimento hospitalar. Resgatar os princípios preconizados na missão, visão, valores da instituição e da enfermagem constituem elementos essenciais para nortear a equipe na reflexão cotidiana sobre o seu trabalho bem como contribuir para o alcance da qualidade da assistência.

MISSÃO DO HUJM

Assistir, ensinar e preservar a saúde.

MISSÃO DA ENFERMAGEM

Prestar assistência de enfermagem de qualidade, promovendo a saúde e a vida dos clientes/usuários e seus familiares

VISÃO DO HUJM

Ser referência regional na assistência e na construção de conhecimentos

VISÃO DA ENFERMAGEM

Ser referência na assistência e na construção de conhecimentos

VALORES DO HUJM

A vida é uma dádiva e em face de isto, tudo o que fazemos e desenvolvemos no HUJM é norteador pelo conhecimento, qualidade e ética.

VALORES DA ENFERMAGEM

A vida do nosso cliente e família deve ser respeitada em todas as suas dimensões.

Portanto, as ações de enfermagem são planejadas e desenvolvidas com base em saberes técnico, científicos, sustentados em princípios éticos e legais da profissão com vistas à promoção da humanização e qualidade do cuidado

NEGÓCIO DO HUJM

Assistência integrada ao ensino e a pesquisa em saúde.

NEGÓCIO DA ENFERMAGEM

Prestar assistência de enfermagem integrada ao ensino e pesquisa com qualidade

No planejamento, a *missão* (motivo, razão) da existência do hospital e da enfermagem devem servir de bases para a construção de objetivos, metas, políticas, procedimentos e normas na organização (Marquis; Huston, 1999).

2.1. POLÍTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

É a política que explica os princípios e as práticas adotadas pela equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado ao cliente e família em todas as unidades assistenciais do hospital. Ela serve para direcionar o grupo na definição das bases teórico-conceitual; na divisão do trabalho, na padronização de métodos e instrumentos de registros; no estabelecimento de regras e normas para a sistematização da assistência.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO a sistematização está estruturada para atender adolescente, adulto, idoso e família.

Objetivo: organizar e direcionar os trabalhos da equipe de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado terapêutico com qualidade ao adulto, idoso, com a participação do acompanhante / família.

Princípios que orientam as ações da equipe na assistência a adolescente, adulto e idoso.

- ✓ A sistematização faz parte do processo de enfermagem pois ela serve para determinar a forma como as ações devem acontecer para a realização do cuidado ao cliente e família.
- ✓ Todo modelo de sistematização da assistência é construído com base em princípios teórico-conceitual que serve para explicar e direcionar as ações do grupo no desenvolvimento do cuidado.
- ✓ O cliente e seu familiar, constituem o foco principal das ações assistenciais da equipe de enfermagem

Ações para efetivar a sistematização da assistência a adolescente, adulto e idoso

- ✓ Definir recursos humanos e materiais; bases conceitual; os métodos e instrumentos; as normas e rotinas para a organização do trabalho na clínica médica e semi-intensivo.
- ✓ Preparar a equipe para desenvolver a sistematização com competência e qualidade.
- ✓ Aplicar e avaliar, sistematicamente os resultados da assistência prestada, por meio de auditoria.

2.2 POLÍTICA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A política de qualidade explica os princípios e as práticas adotadas pela equipe de enfermagem, visando assegurar a qualidade da assistência prestada ao cliente e família.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO a qualidade na assistência tem como:

Objetivo: manter alto padrão de qualidade na assistência prestada ao adolescente, adulto, idoso e família.

Princípios que orientam as ações da equipe de enfermagem.

- ✓ O adulto, idoso e família constituem o foco principal das ações da equipe de enfermagem.
- ✓ Promoção da saúde é trabalhado tanto quanto a manutenção, recuperação e reabilitação da saúde do adulto e idoso durante sua internação e até mesmo morte digna.
- ✓ Cuidado com qualidade, seguro e livre de riscos para o cliente e família.
- ✓ Educação em saúde são fundamentais para o cuidado com qualidade.

Ações proposta para alcançar a qualidade

- ✓ Desenvolver o trabalho assistencial articulado, pensado e planejado com as demais áreas de apoio da enfermagem e do hospital como um todo.
- ✓ Padronizar normas, rotinas e procedimentos de enfermagem, de modo a assegurar a qualidade na prestação da assistência em todos os horários
- ✓ Desenvolver a assistência de forma humanizada, sistemática, fundamentada em base teórica e organizada em métodos e técnicas padronizadas.
- ✓ Realizar e avaliar sistematicamente os registros da assistência prestada ao cliente e família.
- ✓ Aplicar métodos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem do ponto de vista do cliente e família.
- ✓ Buscar e avaliar os benefícios dos programas e das políticas públicas de saúde para a promoção da qualidade na assistência ao adolescente, adulto, idoso e família.

2.3. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA

A política de humanização especifica ações globais a serem realizadas pela equipe de enfermagem para promover a humanização do processo assistencial aos clientes e familiar.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO ela está voltada para o adolescente, adulto, idoso e família.

Objetivos:

- ✓ Tornar o ambiente hospitalar agradável e acolhedor para o cliente e família.
- ✓ Adotar tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade.

Princípios que orientam:

- ✓ O adulto, idoso e familiar são focos principais no planejamento da assistência.
- ✓ O respeito e a ética nas relações inter-pessoais são fundamentais na conduta da equipe
- ✓ A estrutura física e de equipamentos devem atender as necessidades da clientela e dos trabalhadores de saúde de forma a promover a segurança e a qualidade em bases técnica e científica.
- ✓ O direito a informação deve ser assegurado ao adolescente, adulto, idoso e família
- ✓ A gestão dos serviços deve favorecer à participação da equipe, estimulando a co-responsabilização pelo processo.

Ações propostas para alcançar a humanização:

- ✓ Divulgar e tornar acessível o código de ética profissional e dos direitos do paciente
- ✓ Estimular e participar de iniciativas de humanização do processo assistencial desencadeados ou coordenados pela Comissão de Humanização do Hospital.
- ✓ Preparar a familiar para visita ao cliente no ambiente de terapia intensiva

2.4. POLÍTICA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A política de integração ensino-serviço tem suas bases nas diretrizes da integração docente-assistencial idealizada na reforma universitária de 1968, que considerava elemento importante para a qualificação do profissional a ser formado e também, para a melhoria da qualidade da assistência prestada. No hospital, ela se efetiva através de ações globais realizadas pelos professores e estudantes de enfermagem juntamente com a equipe de enfermagem.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO ela esta dirigida a equipe de enfermagem, aos professores e alunos que, em determinado momento, desenvolvem ações conjuntas voltadas para a promoção do cuidado terapêutico ao adolescente, adulto, idoso e familiar.

Objetivos:

- ✓ Definir papéis entre a equipe de enfermagem, docentes e alunos visando tornar o trabalho agradável e acolhedor para o adolescente, adulto, idoso e familiar.
- ✓ Proporcionar à equipe de enfermagem, docentes e alunos, oportunidades para refletirem sobre a qualidade da assistência prestada.
- ✓ Favorecer o desenvolvimento do ensino de enfermagem (pós-graduação, graduação e nível médio) proporcionando aos alunos, condições de refletirem sobre a aplicação do conhecimento no campo prático, com a participação da equipe de enfermagem.

Princípios que orientam a integração ensino-serviço:

- ✓ O cuidado de enfermagem ao adulto e idoso precisa ser constantemente avaliado e as ações de integração ensino-serviço contribuem para a qualificação dos profissionais no contexto da prática.
- ✓ As ações de integração ensino-serviço possibilitam a efetivação no campo da prática da Missão, Visão e Valores preconizadas no hospital e na enfermagem.

Ações propostas para a integração ensino-serviço:

- ✓ Definir normas e rotinas relacionadas a integração ensino-serviço.
- ✓ Instituir reuniões de estudo clínico envolvendo a enfermagem, alunos e professores
- ✓ Desenvolver ações integradas ensino-serviço visando melhorias na qualidade da assistência prestada ao adulto, idoso e familiar.

2.5. POLÍTICA DE RECURSOS MATERIAIS

A política de Recursos Materiais da Gerência de Enfermagem tem como finalidade garantir quali e quantitativamente os materiais necessários para o desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, buscando integrar as potencialidades individuais e coletivas daquele que presta o cuidado como daquele que o recebe.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO ela deve atender as necessidades da equipe de enfermagem, professores e alunos de enfermagem, no atendimento ao adulto, idoso e família promovendo condições favoráveis para o trabalho com qualidade e segurança.

Objetivo:

- ✓ Garantir quali e quantitativamente, materiais, equipamentos e mobiliários necessários para o desenvolvimento do processo de enfermagem ao adulto, idoso e família, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada.

Princípio que orienta a política de recursos de materiais:

- ✓ A qualidade e disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e mobiliários são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem com segurança e qualidade.

As ações propostas para a política de recursos materiais na unidade:

- ✓ Prever e prover a unidade de materiais, equipamentos e mobiliários necessários para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem ao adulto, idoso e acompanhante.
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade dos materiais e notificar a Gerencia de Risco.
- ✓ Levantar e ajustar as necessidades de materiais para a assistência no setor de forma a atender às exigências preconizadas em Portarias Ministeriais.
- ✓ Avaliar as demandas de materiais a partir do perfil dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes.
- ✓ Avaliar, sistematicamente, a integridade e funcionalidade dos recursos materiais e encaminhar a Diretoria de Instrumentação e Informática aqueles que precisarem de reparos
- ✓ Conhecer e acompanhar o programa de manutenção preventiva dos recursos materiais da Diretoria de Instrumentação e Informática.

2.6. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM

A política de educação permanente em enfermagem no HUJM apóia-se na proposta de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Ela visa capacitar os trabalhadores de enfermagem para alcançar melhor desempenho e qualidade na assistência de enfermagem.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO ela deve atender às necessidades da equipe para o atendimento ao adolescente, adulto, idoso e família.

Objetivos:

- ✓ Estimular a equipe a pensar sua prática, oferecendo meios para estudo e reflexão, visando transformá-la.
- ✓ Instrumentalizar os profissionais de enfermagem para atuar em conformidade aos princípios (universalidade, integralidade, equidade) e diretrizes (descentralização e municipalização) do Sistema único de Saúde.
- ✓ Compartilhar práticas e saberes de modo a permitir, a equipe, o embasamento, autonomia e a segurança no desempenho de seu trabalho
- ✓ Promover a integração de programas, ações, condutas e protocolos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem do hospital com a rede de atendimento à saúde;
- ✓ Favorecer a integração ensino e serviço;
- ✓ Melhorar a qualidade do cuidado prestado ao adulto, idoso e família.

Princípio básico que orienta a política de educação permanente em enfermagem:

- ✓ O desenvolvimento de pessoas deve considerar o seu potencial e a sua capacitação para atuar como sujeitos multiplicadores de ações impactantes nos contextos da assistência de enfermagem, induzindo os trabalhadores de enfermagem a recriarem e reorganizarem os processos de trabalho para a institucionalização de novas práticas de cuidado.

Ações propostas para efetivar a política de educação permanente em enfermagem:

- ✓ Identificar necessidades de capacitação da equipe de enfermagem;
- ✓ Criar mecanismos para o desenvolvimento de ações educativas por meio de práticas pedagógicas que possibilitem ao trabalhador recriar e reorganizar o trabalho de forma efetiva.

3. BASES TEORICA-CONCEITUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

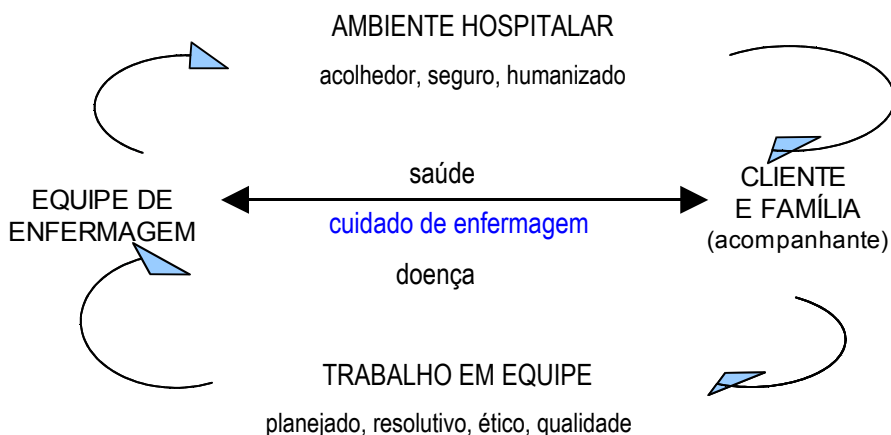
3.1 MARCO CONCEITUAL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Marco Conceitual constitui numa *construção teórica que sustenta a prática de enfermagem e as decisões no processo de assistir o ser humano, servindo de base para a construção do modelo de metodologia de assistência de enfermagem* (CARRARO, 2001, p.33). A teoria representa *uma forma sistematizada de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Elas se compõem de conceitos, definições, modelos e proposições. Os conceitos e definições são essenciais à compreensão de uma teoria* (GEORGES, 1993, p.16).

Na construção de um modelos de processo de enfermagem, pode-se optar tanto pela escolha de uma ou mais teorias ou por um marco conceitual (CARRARO, 2001). Diante destas possibilidades, o Comitê *Fênix*, juntamente com a equipe de enfermagem, definiram pelos conceitos de *cliente, família, saúde-doença, enfermagem, cuidado de enfermagem, equipe de enfermagem e ambiente hospitalar*, como suporte para reflexão das ações desenvolvidas pela enfermagem no hospital:

- A equipe de enfermagem do hospital considera **cliente** - o ser humano - ser individual com características sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas próprias do contexto de onde ele se insere; cidadão dotado de direitos e deveres que devem ser consideradas no processo de cuidar.
- Nosso **cliente**, usuário do serviço, saudável ou doente que em um determinado período de sua vida e por diversos fatores, necessita de cuidado de enfermagem. Ele por ser pertencente a uma **família** – representada pelos membros ligados ou não por laços sanguíneos e/ou afetivos com importantes papel terapêutico, portanto, foco das ações de enfermagem durante a internação e/ou no atendimento ambulatorial.
- A **saúde** e a **doença** vistas como estado resultante de um processo, uma expressão do relacionamento do ser humano com o meio em que vive. O estado de saúde do cliente e família são influenciados pelo ambiente, pela cultura, pelo contexto sócio, econômico, político e religioso.
- A **enfermagem** é uma profissão construída por diversos saberes que visam auxiliar cliente e família no processo de promoção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde e até mesmo a morte digna.

- Nesta perspectiva, o **cuidado de enfermagem** definido como conjunto de ações terapêuticas baseados em saberes técnico-científicos que consideram os aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e religiosos; são organizados de forma pensada e planejada para o alcance dos resultados desejáveis no tratamento do cliente com a participação da família.
- O trabalho da **equipe de enfermagem**, definido como trabalho que exigem preparo técnico-científico, conhecimento, competências e habilidades para desenvolver as ações de forma planejadas e compartilhada com o cliente, família e demais membros da equipe de saúde. Cada integrante do grupo é essencial, único e co-responsável pelo estabelecimento do vínculo terapêutico, desenvolvido de forma pensada e planejada, respeitando os princípios éticos e legais da profissão.
- Assim, o **ambiente hospitalar** representado por todos os espaços físico e das relações destinados ao atendimento assistencial do cliente e família, adequados para proporcionar a atenção acolhedora, assistência segura, com qualidade, resolutiva e humanizada ⁽¹⁾.



(1) A definição de ambiência serviu de base para elaboração deste conceito. Ela se refere ao *tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações inter-pessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana* (BRASIL, 2006, p.9).

3.2. O MODELO BIFOCAL DA PRÁTICA CLÍNICA

O modelo bifocal de práticas clínicas está organizado de forma em que a enfermeira identifica duas situações clínicas nas quais a enfermagem intervém, ou seja os diagnósticos de enfermagem e nos problemas colaborativos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *é um julgamento crítico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aso problemas de saúde/processo de vida, reais ou potenciais. Eles fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando à obtenção de resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 1990).*

PROBLEMAS COLABORATIVOS ou Complicação Pontencial representa *certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o estabelecimento ou a modificação subsequente em seu estado. Estas complicações fisiológicas são, geralmente, relacionadas com a doença, o traumatismo, os tratamentos, os medicamentos ou os estudos diagnósticos (Carpenito, 1999, p.27).* Ex: hemorragia é uma complicação potencial que pode ocorrer no período pós-operatório.

3.3. AS ETAPAS DA METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Método representa o modo de agir e dirigir a ação da enfermagem, sendo que ele faz parte do **processo de enfermagem**. Pode ser definido como um *método para sistematizar a assistência de enfermagem, tanto no nível hospitalar, como no ambulatório e no de saúde pública. Ele não pode ser considerado uma modificação apenas no estilo da assistência, mas, principalmente, na forma de se conhecer ou se conceber a enfermagem nos aspectos de ordem legal e técnico-administrativa (CAMPEDELLI et al., 1988, p.17).*

Neste contexto, é importante que o profissional desenvolva competências para lidar com o objeto de trabalho ao qual se propõe atuar, a fim de transformá-lo através do saber e do fazer. As cinco etapas (métodos assistenciais) para a operacionalização do processo de enfermagem são: a investigação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e avaliação (ALFARO-LeFEVRE, 2000; IYER et al,1995; CARPENITO, 2003)

3.3.1. ETAPA DA INVESTIGAÇÃO

Investigação ou coleta de dados representa o primeiro passo que ocorre na relação entre o profissional e o cliente e família para a determinação e avaliação da situação de saúde. Ele compreende cinco atividades-chave:

Atividades-chave	Habilidades para desenvolver o pensamento crítico
1. coleta dos dados subjetivos e objetivos	Entrevista, exame físico e conhecimentos de exames diagnósticos
2. validação dos dados	Verificar se a informação é verdadeira, completa.
3. organização (agrupamento)	Agrupar com base em uma lógica. Os instrumentos de investigação auxiliam. Existem modelos holísticos para agrupamento dos dados que podem ser usados conforme preferência. Por exemplo: Necessidades Humanas (Maslow), Padrões Funcionais de Saúde (Gordon) e Padrões de resposta Humana.
4. identificação padrões/testes das primeiras impressões	Determinar o que é relevante e irrelevante e o que os dados podem sugerir para direcionar a investigação visando entender a informação colhida.
5. comunicação e registro dos dados prontuário	Envolve decisão, objetividade, relevância e cuidados éticos e técnico-científico. A padronização de registros e siglas favorece a esta etapa.

Fonte: Baseado em Alfaro Le-Fevre, 2003

Quando nos reportamos à investigação ou coleta de dados sobre a situação, as condições de vida e saúde do cliente (atuais e do passado) e família, estamos nos referindo ao *Histórico de Enfermagem* levantado através da entrevista. O *Exame Físico* também representa uma parte da investigação e pode ser realizado na admissão, no cotidiano da internação e na consulta de enfermagem. O método *céfalo-caudal* ou *por sistemas* podem ser aplicados como direcionador do o exame físico, contudo, em qualquer um deles, faz-se necessário habilidades para realizar as técnicas da inspeção, ausculta, palpação, percussão. *A entrevista e o exame físico se complementam e esclarecem uma ao outro* (ALFARO-leFEVRE, 2000, p.65).

A investigação ou coleta de dados focalizada são representado pelas informações (subjetivas e objetivas) colhidas para fins de investigar uma determinada situação como, por exemplo, investigar uma queixa de dor.

Dados subjetivos	Dados objetivos
São dados afirmados pelo cliente/família – o que a pessoa afirma ter/estar sentido: hábitos de alimentação, eliminação, sono, sexualidade, exercício, lazer e outros referidos pelo cliente durante a <u>anamnese</u> .	São dados observados pelo profissional enfermagem – sinais vitais, peso, resultados exames, lesões na pele e mucosa, deambulação, movimentação, alimentação observada, eliminação verificada e outros. As técnicas do <u>exame físico</u> – inspeção, ausculta, palpação e percussão contribui para esta coleta.
Ex: “sinto meu coração disparado hoje”	EX: pulso radial 150 bpm, regular e forte.

Nessa etapa, utilizamos os instrumentos padronizados para coleta de dados do “Histórico de Enfermagem e Evolução”. O impresso da “Anotações de Enfermagem” também representa um banco de dados objetivos e subjetivos, fundamental para a avaliação do plano terapêutico.

3.3.2. ETAPA DO DIAGNÓSTICO

Uma vez realizado a investigação (coleta de dados) e processado as cinco atividades-chave, segue a etapa da interpretação (análise e síntese) para a emissão de um julgamento (opinião), formulando o diagnóstico de enfermagem (DE) e/ou do problema colaborativo (CP). Pode-se ainda chegar a um problema multidisciplinar, que compreende algo complexo *que exige planejamento e controle constante de uma equipe* formada por vários profissionais (enfermagem, médico, fisioterapeuta, assistente social, etc). Por exemplo: reintegrar um adulto ao seu trabalho após uma cirurgia mutiladora. O raciocínio diagnóstico exige conhecimento, habilidades e experiência (ALFARO LEFEVRE, 2003, p.107).

Componentes dos diagnósticos de enfermagem: título, características definidoras (representado pelos sinais e sintomas) e fatores relacionados (de riscos, fatores que podem causar ou contribuir para o problema).

CLASSIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM*	
TIPOS DIAGNÓSTICOS	DEFINIÇÃO
REAIS OU VIGENTES	A base de dados da pessoa contém evidências de sinais e sintomas ou de características definidoras do diagnóstico Ex: comunicação prejudicada <i>relacionada à barreira da língua evidenciado</i> pela incapacidade da falar e compreender o português
DE RISCOS OU POTENCIAIS	A base dos dados contém evidências de fatores relacionadas (de risco) com os diagnósticos, mas, sem evidência de características definidoras. Ex: Risco para integridade da pele prejudicada <i>relacionada a</i> confinamento no leito.
POSSÍVEIS	A base de dados da pessoa não demonstra as características definidoras ou fatores de risco, mas sua intuição diz que ele pode estar presente, contudo precisa ser investigado.
SINDROMES	Compreende um conjunto de diagnósticos de enfermagem reais ou de alto risco previsíveis devido a um certo evento ou situação
BEM-ESTAR	É um julgamento clínico do indivíduo, família ou comunidade em transição de um nível específico de saúde para um nível mais elevado (NANDA).

Fonte: Alfaro-LeFevre (2000); Carpenito (2003).

Em relação à padronização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem, o Comitê de Taxonomia da NANDA internacional, publicou a segunda versão - 2005-2006 - com alterações em relação as edições anteriores. Existe uma proposta de se criar a Taxonomia NNN da prática da enfermagem, onde se pretende relacionar os diagnósticos, intervenções e resultados *desenvolvida através da aliança NNN da NANDA internacional, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (Diagnósticos de Enfermagem, 2006).

3.3.3. ETAPA DO PLANEJAMENTO

Planejamento é a etapa onde é feita uma avaliação das prioridades dos problemas levantados na etapa do diagnóstico para, então, nortear o enfermeiro na elaboração do *plano de cuidados diário (ou prescrição de enfermagem)*. O planejamento envolve:

- Análise dos problemas (DE e CP) e estabelecimento de prioridades.
- Definição das metas a serem alcançadas (resultados esperados) para cada DE.
- Determina-se a “melhor” intervenção de enfermagem para cada caso.
- Registra-se o plano de cuidados de enfermagem (ou prescrição de enfermagem).

Segundo a Lei do Exercício Profissional em seu Artigo 11º, o *enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: privativamente (...) realizar a prescrição da assistência de enfermagem*. Neste manual, adotamos o termo – PLANO DE CUIDADOS – como sinônimo de prescrição.

Plano de cuidados de enfermagem é uma proposta construída pelo enfermeiro com base na avaliação dos dados, onde descreve as intervenções de enfermagem que deverão ser realizadas ao cliente e família, com a finalidade de alcançar resultados. Ele deve ser feito com base na priorização dos problemas levantados na etapa da investigação. Na unidade de internação ele tem validade por 24 horas podendo ser revisados e complementados durante este período. Nos ambulatorios, sua validade vai depender do agendamento da próxima consulta de enfermagem (se individual) ou reunião com o grupo (se for plano coletivo).

Metas ou resultados esperados devem estar bem definidos em relação aos diagnósticos de enfermagem e direcionar a tomada de decisão do enfermeiro na escolha da “melhor” intervenção.

Intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para auxiliar o cliente/usuário e família a alcançarem os resultados esperados (metas). Elas estão diretamente relacionadas ao enunciado dos diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Temos 3 tipos de intervenções:

- *Intervenções independentes*: são aquelas definidas pela enfermeira, desenvolvidas com autonomia pela equipe de enfermagem.
- *Intervenções dependentes*: são aquelas que dependem da recomendação do médico.
- *Intervenções interdependentes*: são aquelas que precisam de avaliação de outros membro da equipe de saúde (nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta) e que a equipe de enfermagem a realiza após avaliação e recomendação.

3.3.4 – ETAPA DA IMPLEMENTAÇÃO

Representa a **ação**; a execução do *Plano de Cuidados de Enfermagem* com objetivo de alcançar os resultados (IYER et al, 1993). Nesta etapa cada membro da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) deve pensar e planejar seu trabalho de forma organizada seguindo os passos abaixo relacionados:

1. Ler os Plano de Cuidados de Enfermagem e Prescrição Médica, levantar os cuidados a serem feitos em seu período de trabalho.
2. Identificar as prioridades: quais os problemas que exigem atenção imediata?
3. Pensar e analisar os conhecimentos e habilidades exigidas para cada ação.
4. Planejar as ações necessárias para a realização do cuidado: qual deve ser iniciada.
5. De terminar e prover os recursos necessários para a ação.
6. Preparar o cliente, acompanhante e o ambiente para a realização do cuidado.
7. Realizar o cuidado avaliando os efeitos.
8. Registra no prontuário o que foi feito:
 - Checar o que foi realizado: as ações determinadas no *Plano de Cuidados de Enfermagem* e na Prescrição Médica.
 - Fazer as anotações que se fizerem necessário no prontuário por exemplo: registrar aspecto da incisão, feridas, queixas e outros.
 - Rubricar e colocar o número do COREn (usar carimbo de preferência).

Nesta etapa é importante a equipe desenvolver suas ações de forma ética e profissional, coerente com a MISSÃO e VALORES declarados na instituição para a condução do trabalho da enfermagem.

MISSÃO DA ENFERMAGEM

Prestar assistência de enfermagem de qualidade,
promovendo a saúde e a vida dos clientes/usuários e seus familiares

VALORES DA ENFERMAGEM

A vida do nosso cliente e família deve ser respeitada em todas as suas dimensões, portanto, as ações de enfermagem são planejadas e desenvolvidas com base em saberes técnico, científicos, sustentadas em princípios éticos e legais da profissão, visando promover a humanização e a qualidade na assistência e no trabalho

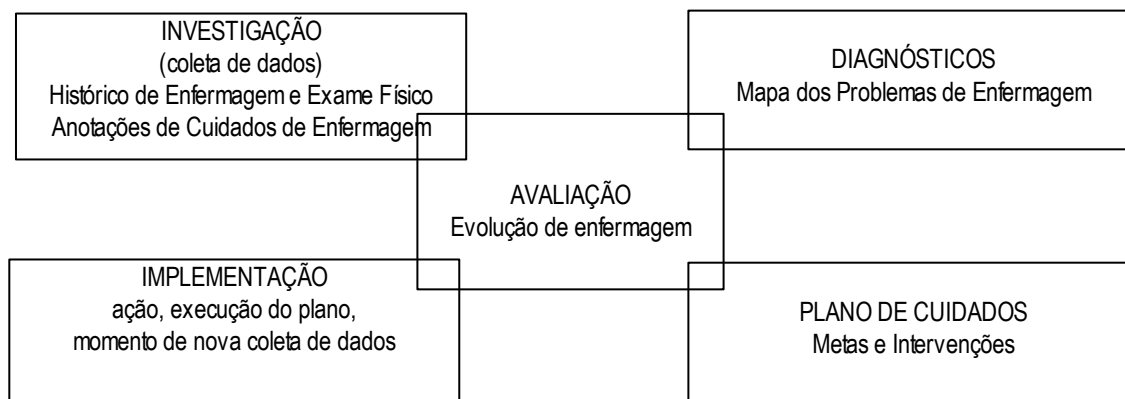
3.3.5. ETAPA DA AVALIAÇÃO

Avaliação é um processo que envolve a comparação e análise de dados antes de se emitir um julgamento. O enfermeiro precisa coletar dados referentes a um período retrospectivo (que pode ser horas ou dias), analisá-los para então comparar e emitir uma opinião sobre sua evolução.

A evolução de enfermagem compreende o relato diário ou periódico das **mudanças** sucessivas que ocorrem cliente e família / acompanhante enquanto estiver sob assistência profissional. Ela deve incluir dados avaliativos e comentários sobre as intervenções prescritas no “Plano de Cuidados” (HORTA, 1979). O processo de avaliar compreende quatro etapas:

1. Levantamento de dados sobre o estado de saúde, ou seja, investigação direcionada.
2. Comparação de dados com os resultados (metas) anteriormente definidas.
3. Elaboração de um juízo acerca da evolução: melhorou, manteve, piorou? Surgiram novas situações (problemas)?
4. Reavaliação do Plano de Cuidado de Enfermagem: o que será mantido, suspenso e/ou e/ou acrescentado?.

RELAÇÕES ENTRE AS ETAPAS DA METODOLOGIA



II – SEGUNDA PARTE:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTO

1. ESTRUTURA E RECURSOS PARA O ATENDIMENTO DO ADULTO, IDOSO E FAMÍLIA

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOSO localiza-se próximo ao centro cirúrgico e pronto atendimento. Além do atendimento específico do setor, possui também recursos para a realização de hemodiálise.

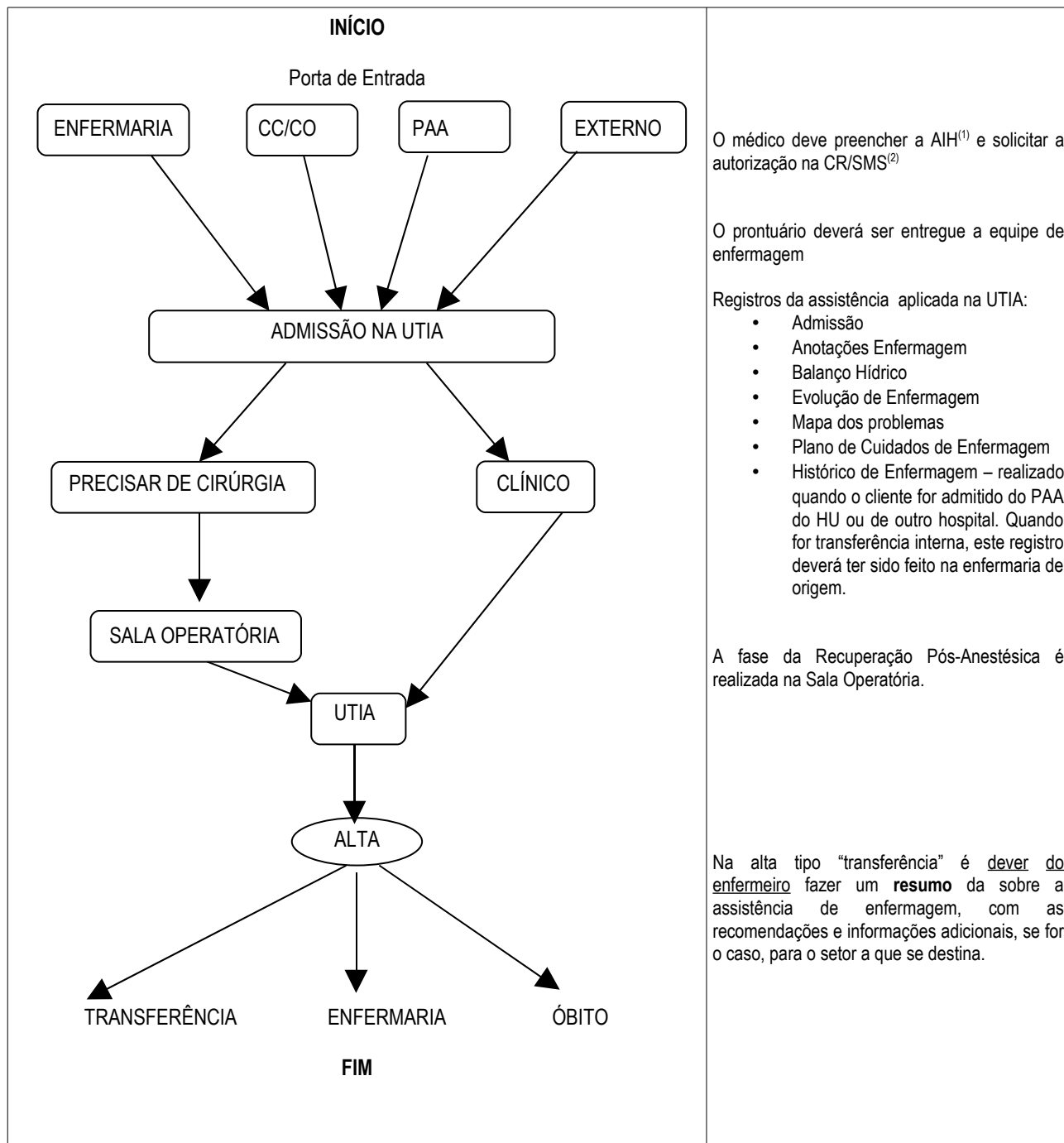
Estrutura e Recursos	Nº	Características
Número de Leitos ⁽¹⁾	08	07 leitos intensivo 01 leito intensivo para caso de isolamento
Repouso	01	01 para mulheres 01 homens
Sala de reunião multidisciplinar	01	Para uso da equipe médica, de enfermagem, alunos e professores quando em atividades no setor .
Posto de Enfermagem	01	Destinado ao preparo de medicações, abriga a rede do HOS PUB e armários para uso da enfermagem e do secretário de unidade.
Copa	01	Com geladeira, mesa e bebedouro para uso da equipe de saúde
Expurgo	01	Destinado a abrigar os carrinhos de roupas usadas, material da central de material contaminado, material de coleta para exames (Fezes e urina) .
Carrinho de Emergência	01	Para atendimento de PCR com desfibrilador. Fica no corredor da unidade de isolamento (semi-intensivo).
Secretaria da UTIA	01	Com uma mesa, computador, impressora, armário e sofá para uso da chefia de enfermagem. Os impressos do processo de enfermagem estão disponíveis no computador.
Outros recursos tecnológicos	-	Equipamentos como bomba de infusão venosa, oxímetro de pulso, multiparâmetro, nebulizador, glicosímetro cutâneo e outros

(1) Segundo o Convênio 001/GAB/SMS/2005 a capacidade planejada para a médica é de 36 leitos

PROJETOS DE APOIO ASSISTENCIAL AO ADULTO, IDOSO E FAMÍLIA NA UTIA

2. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DO ADULTO E IDOSO

E suas relações com a Sistematização da Assistência de Enfermagem



⁽¹⁾ AIH : Autorização de Internação Hospitalar

⁽²⁾ CR/SMS: Central de Regularização da Secretaria Municipal de Saúde.

Telefones da CR Urgência: 3616:9120

CR Internação: 3616: 7254

3. O PRONTUÁRIO E AS REGRAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA SAE

Prontuário é um documento único constituído por um *conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo* (CFM, Resolução nº 1638/2002 apud POSSARI, 2005, p.17).

As ações realizadas pela equipe de enfermagem na assistência devem ser documentadas no prontuário de forma a respeitar as normas técnica-científica, da língua portuguesa e atentar para as questões ético e legal. O prontuário é um documento legal, portanto ele **não** pode conter rasuras.

3.1 REGRAS GERAIS PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO

NORMA GERAL PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Toda equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, devem colocar o número do COREN em suas anotações conforme preconiza o Código de Ética Profissional, Capítulo IV – das obrigatoriedades, Artigo 75: *Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional. Usar **carimbo**.*
- Anotações de enfermagem devem ser feitas com letra legível e atentar para as regras gramaticais da língua portuguesa e da norma técnica científica.
- Professores e alunos de enfermagem de curso médio e superior devem assinar suas anotações e colocar os dados referente a escola, número da matrícula e do curso e do COREN para o professor. Usar **carimbo**.
- Plano de Cuidado de Enfermagem elaborado pelo aluno de graduação deve conter a assinatura e carimbo do mesmo e do professor responsável Usar **carimbo**.
- Anotações de cuidados de enfermagem realizadas por alunos de técnico em enfermagem e de graduação devem ser avaliadas pelo professor antes de serem registradas no prontuário.
- Escrever no prontuário usando CANETA AZUL no período diurno e VERMELHA no noturno.

- Quando ocorrer erros ao escrever uma palavra ou frase, coloque-a entre parênteses, seguido pelo termo “*digo*” precedido da palavra corrigida. O prontuário **não** pode ser rasurado. Nunca use corretivos, fitas adesivas ou riscar o texto. Rasurar anotações tem implicações frente ao Código de Ética em Enfermagem, Código Penal Brasileiro e Código Civil Brasileiro.
- Usar abreviaturas padronizadas e reconhecidas pelas normas técnicas. Consultar a lista neste manual.
- Checar todas os cuidados de enfermagem e da prescrição médica usando a rubrica e, circular aqueles que não forem realizados, justificando o motivo.
- Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem devem cadastrar, junto a chefia imediata, a rubrica utilizada nas anotações juntamente com o número do COREN. Caso mude, deverá atualizar.

3.2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Definição: histórico de enfermagem representa um roteiro direcionado para a coleta de informações sobre a história de vida do cliente e família e condição atual de saúde. Ele agrega, também, dados identificados no exame físico e resultados de exames laboratoriais apresentados na internação. Varias maneiras podem ser usadas para documentar esta ação, o que precisa ser esclarecido que ele faz parte da Etapa da Investigação.

Na UNIDADE DE TERPIA INTENSIVA PARA ADULTO esta etapa deverá ser realizada somente quando o cliente vier do PAA ou transferido de outra instituição, caso contrário, fazer, seguindo o modelo já padronizado.

Norma específica :

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro, fazer e registrar no prontuário o Histórico de Enfermagem.
- A coleta dos dados histórico deve ser feita nas primeiras 48 horas de admissão.
- O enfermeiro deve seguir a distribuição do número de históricos a serem feitos conforme decisão, ou seja, seguindo a proporção em relação ao total de leitos ocupados:
 - 40% de manhã
 - 40% de tarde
 - 20% a noite.
- Deverá ser usado o impresso padronizado pelo serviço de enfermagem do hospital.
- Outros modelos de histórico de enfermagem de interesse acadêmicos deverão ser apresentado formalmente ao Comitê Fênix da Gerencia de Enfermagem para avaliação e liberação para uso na unidade e afixação no prontuário.

Descrição da Rotina para elaboração histórico		
Agente	Procedimento	Observação
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Desmembra o prontuário em duas pastas: uma para enfermagem e outra para medicina. Na pasta da enfermagem coloca os impressos de HE, Mapa de Problemas, Evolução, Plano de Cuidados de enfermagem, Anotações de Enfermagem. 	É rotina no hospital "desmembrar" o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Separa os materiais necessário: caneta, impresso, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro e outros. Avalia as informações já contidas no prontuário Lava as mãos e dirige-se a enfermaria. Prepara o adulto, idoso e o acompanhante Colhe os dados de anamnese e exame físico Registra e avalia os dados Documenta no "Mapa de Problemas" os DE e CP evidenciados 	Usar o Impresso padrão. Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros: Manhã – 40% Tarde – 40% Noite – 20%

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UTIA							
Nome:						RG:	
Data Nas: / / Sexo: ()F ()M. Estado Civil: ()solt. ()cas. ()viuvo ()união estável ()separado							
Escolaridade: ()analfabeto ()fundamental ()médio ()superior							
Profissão/Ocupação:							
PADRÃO COMUNICAÇÃO, SEXUALIDADE, CRENÇA, HÁBITOS E CONHECIMENTOS							
Língua falada: ()português ()dialeto indígena ()outra							
Queixa principal:							
Motivo da internação:							
Informações da família:							
Diagnóstico doença:							
Pós-operatório: ()não ()sim qual:							
Doença associadas: ()não ()sim Tipo: ()HA ()DM ()Cardiopatia:							
Fumo: ()não ()sim		Tipo:		Quantidade/dia:		Parou há quanto tempo:	
Álcool: ()não ()sim		Tipo:		Quantidade/dia:		Parou há quanto tempo:	
Droga: ()não ()sim		Tipo:		Quantidade/dia:		Parou há quanto tempo:	
Mulher: GESTA: PARA: ABORTO: D.U.M.: / / Menopausa: ()não ()sim Desde: /							
Pós-parto: ()não ()sim Tipo: ()normal ()cesaria				Condição do RN: ()vivo ()óbito Local: ()enfermaria ()UTIN			
Gestante: ()não ()sim IG:				DPP:			
Atividade Sexual: ()não ()sim				Atividade religiosa: ()não ()sim qual:			
Sentimentos cliente e ou família em internação:							
Uso de medicação, hábito de auto-medicação: ()não ()sim Qual:							
PADRÃO NUTRICIONAL E METABÓLICO							
Alergias: ()não ()sim Qual:							
Alimentação:							
Eliminação intestinal:							
Eliminação vesica:							
PADRÃO ATIVIDADE, EXERCÍCIO, LAZER, SONO E REPOUSO							
Atividade lazer: ()não ()sim Tipo e regularidade:							
Atividade exercício: ()não ()sim Tipo e regularidade:							
Sono:		h/noite ()alterado motivo:		Repouso: ()não ()sim		minutos/dia	
CAPACIDADE PARA AUTO CUIDADOS DURANTE A INTERNAÇÃO – Atividades e Grau de dependência							
Comer e beber		Vestir-se, pentear-se		Movimentar-se no leito		Ler	
Higiene pessoal		Deambular		Usar comadre ou papagaio		Escrever	

Legenda: n/a = não se aplica 0 = independente 1 = dependente 2 = incapaz 3 = uso equipamento

EXAME FÍSICO					
Estado Geral: ()BEG ()MEG ()REG Nível de consciência: ()consciente ()incosciente ()orientado ()desorientado Glasgow:					
Idade:	Altura:	Peso:	IMC:	Variação peso: ()não ()sim Quanto Kg	Tempo:
FC:	FR:	T:	PA:		
Higiene corporal: ()ndn ()regular					
Audição:()normal ()alterada		Visão:()normal ()alterada:		Fala:()normal ()alterada:	
PELE E FÂNEROS cabelo, lesões,					
CABEÇA olhos, boca, gengiva, língua, uso prótese, SNG, SNE					
PESCOÇO vasos, glândula					
TÓRAX Ausculta, dificuldades respiratória, lesões					
ABDMOME ruidos hidroaéreos, forma, lesões, drenos,					
REGIÃO GENITAL E ANAL lesões, edema, secreções					
MMII varizes, edema, lesões mobilidade					
MMSS rede venosa, mobilidade					
RESULTADOS DE EXAMES APRESENTADO NA ADMISSÃO: ()NÃO ()SIM					
Hemograma: ()não ()sim					
Bioquímico: ()não ()sim					
CONDIÇÕES MORADIA: (família, habitação, animais, etc)					
GENOGRAMA E ECOMPA					
ASSINATURA E COREN				DATA: / /	

Genograma é um esquema representando a estrutura da família. **Ecomapa** é a representação uma visão geral da situação da família , retrata as relações importantes de educação, demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações (Wright; Leahey, 2002).

3.3. MAPA DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Definição: o Mapa de Problemas de Enfermagem é o impresso que o enfermeiro utiliza para registrar os Diagnósticos de Enfermagem e Problema Colaborativo identificados e do cliente e família e, também, Procedimento Invasivos realizado durante a internação. Sua finalidade é agrupar os problemas, facilitar o processo de priorização e acompanhamento dos mesmos pela enfermagem e, contribuir com busca ativa realizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no processo de vigilância epidemiológica das infecções.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO esta etapa está incluída junto ao impresso da Evolução, onde os problemas de enfermagem são destacados e evoluídos por turno: manhã, tarde e noite.

Norma específica:

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e atualizar o Mapa dos Problemas de Enfermagem.
- O Diagnóstico de enfermagem deverá ser registrado no mapa, usando a sigla “DE:”.

Por exemplo: *DE: risco para traumatismo relacionado à desorientação.*

Seguir as regras para elaboração do diagnóstico conforme sua classificação:

- diagnósticos reais ou vigentes: *título + fator relacionado + evidenciado por*
- diagnósticos riscos ou potenciais: *título + fator relacionado*

- O Problema Colaborativo ou Complicação Potencial deverá ser escrito usando as siglas “CP:”

Por exemplo: *CP: risco para hemorragia* (quando houver o *risco de desenvolver* o quadro)

CP: hemorragia (quando o quadro estiver instalado).



- O procedimento deverá ser escrito usando a sigla “P”:

Por exemplo: *P: dissecação venosa no MMSS esquerdo*

- Diariamente deverá ser avaliado a evolução dos DE(s) e CP(s), contudo, a anotação no impresso poderá ser feita a cada dois dias conforme avaliação do enfermeiro.
- Recomendamos a utilização da TAXONOMIA II da NANDA como padrão na linguagem dos diagnósticos.

Descrição da Rotina para elaboração Mapa		
Agente	Procedimento	Observação
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa dos Problemas de Enfermagem, Evolução, Plano de Cuidados e Anotações de Enfermagem. 	É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Levanta dados e avalia. Identifica os fatores relacionados ou as características definidoras e faz a inferência diagnóstica Registra os Diagnósticos de Enfermagem e CP. 	

EXEMPLO DO MAPA USADO NAS UNIDADES

 UFMT/HUJM		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER Gerencia de Enfermagem MAPA DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM					 cuidado humanizado	
Nº.	PROBLEMAS DE ENFERMAGEM DE: Diagnóstico Enfermagem CP: Problema Colaborativo P: procedimento	INÍCIO Data Iniciais COREN	EVOLUÇÃO códigos E=Existente R=Resolvido M=melhorou P=Piorou					
			13/6	14/6	15/6	16/6	17/6	18/6
01	DE: Déficit de volume de líquidos relacionado à má ingestão oral evidenciado por vômitos, náuseas e falta de oferta	13/6/9 R.M.V Coren 22.000	E	E	R	-	-	
02	CP: arritmia relacionada ao potássio sérico baixo	15/6/9 R.M.V Coren 22.000	-	-	E	R	--	
03	P: sondagem vesical de demora	15/6/9 K.L.M. Coren 67.000	-	-	E	E	R	
04	DE: Risco para queda relacionado a hipóxia tecidual	16/6/9 K.L.M. Coren 67.000	-	-	-	E	R	

Orientações para preenchimento

- Procurar usar a classificação da Taxonomia II da NANDA para os Diagnósticos de Enfermagem
- Colocar o título do diagnóstico seguido pelo fator relacionado e, se for um diagnóstico do grupo dos reais, incluir as evidências.
- Avaliar os problemas diariamente, contudo, o registro da evolução pode ser dois em dois dias.
- Colocar somente as iniciais do nome ou usar a rubrica, seguida do número do COREN.
- Quando precisar de abrir um novo impresso para incluir novos problemas ou evoluir, não é necessário escrever todo o enunciado, pode-se colocar somente o número a que ele corresponde no impresso anterior.

3. 4. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Definição: Plano de Cuidados de Enfermagem ou prescrição de enfermagem, representa o conjunto de medidas (intervenções de enfermagem) definidas pelo enfermeiro para alcançar os resultados esperados diante dos problemas levantados. Ele direciona e coordena o trabalho da equipe de enfermagem na assistência ao cliente e família de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Existe várias maneiras de elaborar o plano. Ele faz parte da etapa do planejamento.

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO esta etapa é feita com auxílio do computador e, após ser impresso, o mesmo é acompanhado e checado pela equipe.

Norma específica:

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e registrar no prontuário o Plano de Cuidados.
- Todo o cliente internado deverá ser avaliado diariamente pelo enfermeiro e junto à família, estabelecer um plano de cuidados.
- É obrigatório a colocação da data, hora, assinatura e número do COREN em todas os planos. Usar **carimbo**.
- Deverá ser seguido por todos enfermeiros, a sequência abaixo relacionada para a prescrição dos cuidados:

SINAIS VITAIS. Incluir a curva térmica se houver indicação.

HIGIENE CORPORAL. Só incluir cuidados quando houver algum problema que o justifique. Por exemplo: *DE: déficit de autocuidado: banho e higiene oral* ou *CP: insuficiência cardíaca congestiva descompensada*. Se não houver problema que o justifique, passar para o próximo item.

ALIMENTAÇÃO. Idem a explicação anterior.

CUIDADOS COM PROCEDIMENTOS. Neste item entra preparo para cirurgias, sondagens, curativos, exames diagnósticos (punções, biópsias, endoscopias) e outros. Só inclua cuidados quando necessário.

CUIDADOS COM MEDICAMENTOS. Os cuidados com diluição de medicamentos e efeitos, devem ser prescritos quando necessário ou em casos de introdução de nova droga, caso contrário, a equipe deve estar capacitada para tal ação. Pode-se incluir, também neste item, cuidados para problemas colaborativos decorrentes ao uso de drogas, como por exemplo, anticoagulante que aumenta o risco de sangramento.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Incluir neste item, as orientações realizadas à família e acompanhantes além das específicas para o cliente.

- Ao escrever, usar verbo no infinitivo que indique a ação desejada. Exemplos:
 - Fazer, dar, realizar.
 - Auxiliar, ajudar, facilitar, propiciar.
 - Monitorar, controlar.
 - Encaminhar, levar, conduzir
- Abrir os horários usando “M” - manhã, “T” - tarde e “N” - noturno. Colocar hora exata somente quando houver necessidade de realização de uma ação com precisão.
- Cuidados de rotina referentes a admissão do adulto, idoso e acompanhante; alimentação e hidratação; sono e repouso poderão ser prescritos como – Fazer cuidados de rotina para - conforme a padronização do setor. (Consulte a quarta parte deste manual).
- Deverá ser dividir as responsabilidades entre os enfermeiros, de fazer o Plano de Cuidados de Enfermagem diário a todos os clientes internados. Recomenda-se seguir a proporção de 40% manhã, 40% tarde e 20% noturno definida para o Histórico.
- O prazo de validade do Plano de Cuidados de Enfermagem é de 24h. Porém, num prazo menor, este poderá ser alterado e/ou implementado conforme avaliação das necessidades.
- Quando o cliente for encaminhado para o Centro Cirúrgico, este terá um Plano de Cuidados de Enfermagem específico para o período de Recuperação Anestésica.
- Todas ações prescritas enfermeiro e medico, deverão ser CHECADOS pelo profissional que a realizou usando a seguinte regra:
 - **Ação realizada** – fazer um “V” em cima do horário prescrito e rubricar. Não precisa colocar o número do COREN. Ex: Pesar em jejum6:00~~00~~ **LDM** .
 - **Ação não realizada** – fazer um circulo o redor do horário prescrito, rubricar e, descrever os motivos no impresso de anotações. Ex: Pesar em jejum **6:00** Acompanhante deu comida ao cliente. **LDM**

Descrição da Rotina para elaboração do Plano de cuidados de enfermagem		
Agente	Procedimento	Observação
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, Evolução, Plano de Cuidados e Anotações de Enfermagem. 	É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem
Enfermeiro ou o acadêmico do curso de graduação em enfermagem sob a supervisão do professor	<ul style="list-style-type: none"> Levanta os dados e avalia as prioridades em relação aos problemas levantados no Mapa Estuda a “melhor” intervenção para prevenir, melhorar, resolver e/ou controlar o problema Considera as condições (recursos e pessoal) para a realização da proposta Prescreve os cuidados 	<p>O enfermeiro aplica os métodos e técnicas para anamnese e exame físico</p> <p>Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros: Manhã – 40% Tarde – 40% Noite – 20%</p>
Enfermeiro da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica	<ul style="list-style-type: none"> Levanta dados e avalia as prioridades em relação a recuperação pós-anestésica imediata Prescreve os cuidados Acompanha a evolução até a alta do RPA Destaca, quando necessário, os cuidados que deverão ser mantidos na unidade de internação. 	<p>Usar o impresso específico do setor de RPA</p> <p>Consultar o Manual Administrativo em relação as atribuições da equipe</p>

MODELO DO IMPRESSO

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Intervenções de Enfermagem	Horário	Relatório de Enfermagem

- ✓ Este impresso encontra-se no “verso” da folha de “Evolução de Enfermagem”
- ✓ Quando houver necessidade de usar mais de um impresso para registrar o plano, poderá recorrer ao impresso avulso ou o impresso da “Prescrição Diária” padronizado no hospital e de uso multidisciplinar.

3.5. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Definição: evolução é um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. O enfermeiro ao evoluir, precisa levantar dados sobre as condições anterior e atuais do cliente e família para, mediante análise, emitir um julgamento. Mudanças para piora ou melhora do quadro; manutenção das situação; ou surgimento de novos problemas são constatados neste processo

Na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO esta etapa é realizada com auxílio do computador e, após impressão, é acompanhado pela equipe.

Norma Específica:

- É atribuição privativa e dever do enfermeiro fazer e registrar no prontuário a *Evolução de Enfermagem* diária.
- Deverá ser dividir as responsabilidades entre os enfermeiros, de fazer a Evolução de Enfermagem diária a todos os clientes internados. Recomenda-se seguir a proporção de 40% manhã, 40% tarde e 20% noturno definida para o Histórico e Plano de Cuidados.
- O prazo para de validade da evolução deverá ser de 24h para cliente internados em unidades, podendo ser reduzido nos casos graves em que for necessário uma reavaliação antes do estabelecimento de nova conduta.

Descrição da Rotina para elaboração da Evolução de Enfermagem		
Agente	Procedimento	Observação
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, Evolução, Plano de Cuidados de enfermagem e Anotação de Enfermagem. 	É rotina no hospital “desmembrar” o prontuário em duas pastas para facilitar o trabalho da medicina e da enfermagem
Enfermeiro e acadêmico do curso de graduação em enfermagem sob supervisão do professor	<ul style="list-style-type: none"> Prepara o material: impressos da evolução e do SCP, estetoscópio, esfigmomanômetro e caneta. Consulta os últimos dados anotados no prontuários referente a exame laboratorial, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, prescrição médica e anotações de enfermagem. Lava as mãos e dirige-se a enfermaria. Conversa com o adulto, idoso e faz exame físico focalizado Conversa com o acompanhante/família. Calcula o grau de necessidade com base no SCP Registra no prontuário no impresso próprio. 	<p>A evolução tem validade por 24 horas</p> <p>Seguir a distribuição das tarefas entre os enfermeiros:</p> <p>Manhã – 40%</p> <p>Tarde – 40%</p> <p>Noite – 20%</p>

MODELO DO IMPRESSO

NOME: _____ IDADE: _____ DATA: _____
REG: _____ BOX: _____ DIAS DE UTI: _____
DIAGNÓSTICOS: _____

T.Ax:	FC:	PA /PAM:	FR:	PO2:	PVC:

1 – Sist. Neurológico

Glasgow: _____ Ramsay: _____

2 – Sist. Respiratório

3 – Sist. Cardiovascular

4 – Sist. Digestivo

5 – Sist. Genito-Urinário

6 – Sist. Tegumentar

Estado Geral:

PADRÃO DE CUIDADOS PARA ROTINA

- Promover as trocas gasosas. - Promover a percepção sensorial.
- Promover oxigenação adequada. - Estabelecer a termorregulação.
- Proporcionar circulação eficaz. - Promover a nutrição/hidratação adequada.
- Promover eliminações fisiológicas. - Manter a integridade cutâneo-mucosa.
- Evitar a infecção - Reduzir a dor.
- Evitar traumas. - Proporcionar higiene e conforto.
- Promover a mobilidade física. - Promover a humanização

MAPA DOS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM		A: Ativo R: Resolvido M: Melhorou P: Piorou		
Padrão respiratório ineficaz		MANHÃ	TARDE	NOITE
Trocas de gases prejudicadas				
Ventilação espontânea prejudicada				
Resposta disfuncional ao desmame da VM				
Débito cardíaco diminuído				
Volume de líquidos excessivos				
Volume de líquidos deficientes				
Perfusão tissular ineficaz				
Risco para infecção				
Risco para integridade da pele prejudicada				
Risco para termorregulação corporal alterada				
Integridade da pele prejudicada				
Termorregulação ineficaz				
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades				
Nutrição alterada : presença de SNE				

Padrão respiratório ineficaz	
Eliminação urinária alterada (via de eliminação)	
Eliminação urinária prejudicada	
Diarréia	
Risco para constipação	
Constipação	
Ansiedade	
Dor	
Risco para trauma	
Sono perturbado	
Comunicação prejudicada	
Regulação hormonal alterada	
Mobilidade prejudicada	

INTERCORRÊNCIAS / OBSERVAÇÕES

3.6. ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Definição: representa os registros anotados pela equipe de enfermagem no prontuário de forma sistematizada, referentes as alterações subjetivas e objetivas constatadas, observadas e/ou referidas pelo cliente e acompanhante (CIANCIARULO, apud POSSARI, p.132). Temos três impressos padronizados com esta finalidade: o impresso do Plano de Cuidados de Enfermagem com o espaço destinado as anotações de cuidados e intercorrências; o impresso específico para Anotações de Cuidados de Enfermagem e o impresso do Balanço Hídrico.

Relatório de Enfermagem constitui-se no conjunto de anotações realizadas pelo profissional, referentes a condições do clientes observadas num determinado período, tais como, sinais vitais, eliminação, alimentação, queixas e outros dados. O impresso de Anotação de Cuidados de Enfermagem, quando devidamente preenchido, assinado e identificado com o número do COREN, é considerado Relatório de Enfermagem.

Norma específica:

- É atribuição do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem fazer, diariamente, as anotações dos clientes sob sua responsabilidades, no impresso de **“Anotações de Cuidados de Enfermagem”** e as do **Balanço Hídrico**.
- É atribuição do Enfermeiro fazer o fechamento do Balanços Hídricos, calcular as perdas e ganhos.
- Escrever no prontuário usando CANETA AZUL no período diurno e VERMELHA no noturno.
- As anotações de enfermagem não podem conter rasuras ou ser inventadas. Tal conduta é considerada anti-ética e crime, estando sujeito a punições perante processos judiciais.
- Em relação as anotações referentes ao cumprimento de prescrições medicamentosa, é *vedado ao profissional de enfermagem, aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meio eletrônico, onde não conste a assinatura dos mesmos* (Resolução COFEN-225/2000).
- Todas ações prescritas pelo enfermeiro e medico, deverão ser CHECADAS pelo profissional que a realizou aplicando a seguinte regra:
 - **Ação realizada** – fazer um “V” em cima do horário prescrito e rubricar. Não precisa colocar o número do COREN. Ex: Pesar em jejum6:00 **LDM**
 - **Ação não realizada** – fazer um circulo o redor do horário prescrito, rubricar e, descrever os motivos no impresso de anotações. Ex: Pesar em jejum6:00 Cliente comeu antes de pesar. **LDM**

MODELO DO IMPRESSO

Exemplo de como preencher

- 42

3.8 ADMISSÃO

Definição: é entrada do cliente e família/acompanhante na unidade de internação, por internação, incluindo s transferências externas ou por transferências internas (BRASIL, 2002).

Norma específica:

- É atribuição do profissional do Registro conduzir o cliente e família/acompanhante até a unidade munido do prontuário, estando a vaga regularizada frente a Central de Regularização do SUS, pelo médico responsável.
- É atribuição do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem recepcionar o cliente e família/acompanhante na unidade e conferir o prontuário, fazer a admissão e registrar os seguintes dados:
 - ➔ Data e horário da admissão
 - ➔ Como se deu a entrada: deambulando? maca? cadeira? Acompanhado por quem?
 - ➔ Motivo da internação
 - ➔ Queixas principais.
 - ➔ Condições gerais: estado geral, nível de consciência, à presença de soro, curativos, sondas, etc.
 - ➔ Sinais Vitais: colocar a PA, P, R e T.
 - ➔ Peso e altura: se for possível
 - ➔ Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.
- É atribuição do secretário de unidade na admissão fazer:
 - ➔ registrar o cliente no livro de admissão;
 - ➔ Identificar o leito do cliente
 - ➔ colocar o nome no quadro do posto de enfermagem;
 - ➔ desmembrar o prontuário em duas pastas e montar a pasta da enfermagem;
 - ➔ comunicar o Serviço de Nutrição e Dietética.
- É atribuição do enfermeiro fazer o Histórico de Enfermagem e Plano de Cuidados.
- É atribuição da Recepção e Portaria, orientar e encaminhar a família para a guarda de pertences no armário do hospital.

Descrição da rotina de Admissão		
Agente	Procedimento	Observação
Serviço de registro	<ul style="list-style-type: none"> Abre o prontuário Comunica a enfermagem que vai haver internação. Confirma a organização do leito. Encaminha o cliente e família acompanhante até a unidade 	Levar o prontuário com a vaga regulada na CR/SMS
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> Recepção encaminha a família até o guarda. 	Não é permitido a admissão com malas e bolsas.
Guarda da portaria	<ul style="list-style-type: none"> Entrega a chave do armário a família/acompanhante para a guarda de pertence. ; entrega a chave novamente ao guarda e fica, somente, com o número do armário. 	Não é permitido a entrada de alimentos.
Cliente e Família	<ul style="list-style-type: none"> Guarda os pertences e entrega a chave ao guarda e fica comente com a identificação do número do armário. 	O hospital não se responsabiliza por celular e demais pertences que ficarem com o cliente na enfermagem.
Técnico Enfermagem e/ou Auxiliar Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Prepara o leito Recepciona o cliente e família/acompanhante Confere o prontuário Apresenta o cliente ao demais internado na enfermagem Levanta os dados de admissão, confere com a cliente e família o uso de pertences pessoais para higiene. Explica as rotinas da unidade Pesa e mede (se possível) Registra os dados no prontuário 	<p>Recomendamos anotar no prontuário o uso de celular e outros pertences que ficarem junto ao cliente.</p> <p>Explicar ao cliente e família que o hospital não se responsabiliza por perda ou danos.</p>
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Prepara as pastas da enfermagem com os impressos de HE, Mapa de Evolução dos Problemas, Evolução, Plano de Cuidados, Anotações de Enfermagem. Identificação o leito com o primeiro nome do cliente. Atualiza o quadro de clientes do posto de enfermagem Registra a entrada no "Livro de Admissão" da unidade. Manter atualizado os dados no Sistema HOSPUB 	Incluir o impresso para "Balanço Hídrico" se a situação exigir
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Conversa com o cliente e família Faz o Histórico de Enfermagem levantar os problemas de enfermagem e registra no Mapa Elaborar o Plano de cuidados de enfermagem 	

ATENÇÃO:

- Para evitar transtornos à equipe, oriente o cliente e família quanto ao uso de pertencer pessoais durante a internação, tais como: celular, óculos, carteira com documentos, adornos, televisão, ventilador, rádio, prótese dentárias e outros. Utilize o armário disponível na portaria ou estimule o familiar levar para casa. O hospital não se responsabiliza por perda ou danos.
- As próteses de uso pessoal (dentária, ocular e outras) bem como aparelhos (como por exemplo muletas), avalie as condições em que se encontra e anote no prontuário.

3.9. ALTA

Definição: ou saída do cliente por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito (BRASIL, 2002).

Norma específica:

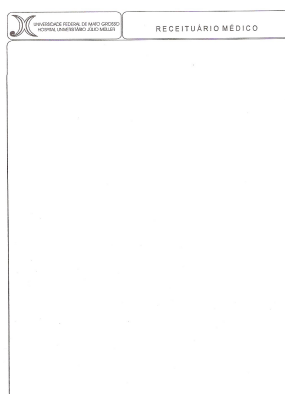
- É atribuição da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem registrar a alta do cliente na unidade conforme o roteiro abaixo:
 - Data, horário e tipo da alta: médica, desistência, transferência (local), evasão ou óbito.
 - Como saiu: Deambulando? Maca? Cadeira? Acompanhado? Por quem? Em que condições?
 - Assinatura e número do COREN: Use **carimbo**.
- No caso da evasão, registrar a ocorrência dos fatos, horário da constatação e encaminhamentos realizados.
- Quando houver necessidade de orientações pós-alta, estas deverão ser feita por escrito, pelo enfermeiro e entregues ao cliente e família.

Descrição da Rotina para alta		
Agente	Procedimento	Observação
Médico	<ul style="list-style-type: none"> Efetua a Alta no prontuário Recompõe o prontuário 	
Secretário da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> Preenche o aviso de ALTA da unidade Leva o prontuário e o aviso de ALTA para o registro carimbar Entrega o aviso de ALTA carimbado ao cliente e oriente este para entregar ao guarda da portaria no momento da saída 	Manter o sistema HOS PUB atualizado
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Faz as orientações em saúde e registra no prontuário. Entrega por escrito quando necessário. Elabora o resumo da assistência prestada e entrega para a família, quando necessário 	
Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Auxilia o cliente e acompanhante para a saída. Orienta para resgatar os materiais arquivados no armário do hospital Confere a organização da enfermaria/quarto Desmonta o leito e retira a identificação Comunica a equipe de higienização 	
Equipe de Higienização	<ul style="list-style-type: none"> Procede a limpeza terminal do leito 	

ATENÇÃO:

Quando for necessário entregar para o cliente e família orientações por escrito, usar o impresso Receituário Médico e colocando os dados abaixo:

- ➔ Data e horário da alta
- ➔ Nome do cliente e número do prontuário
- ➔ Breve resumo do caso: dias de internação, motivo, tratamento e cuidados terapêuticos de enfermagem, exames realizado e outras informações pertinentes.
- ➔ Redigir de forma clara e objetiva as orientações para o pós-alta: o que, por que, como fazer, quando e outras que se fizerem necessárias.
- ➔ Assinar e colocar número do COREN. Use **carimbo**.



Formulário para AVISO DE ALTA

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER		SERVIÇO REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO - S R D -
AVISO DE ALTA		REGISTRO : _____
NOME DO PACIENTE : _____		
CLÍNICA : _____	DATA : _____	HORÁRIO : _____
TIPO DE ALTA :		
Médica ()	A pedido ()	Evasão ()
DATA RETORNO PÓS-ALTA : _____		CLÍNICA : _____
ASS. DO FUNCIONÁRIO : _____		

Este papel, após carimbado pelo Registro, será entregue ao cliente que apresentará ao porteiro no momento da sua saída do hospital.

3.10. TRANSFERÊNCIA EXTERNA

Definição: é a mudança de um cliente de um hospital para outro (BRASIL, 2002).

Norma específica:

- Todo cliente transferido deverá sair do hospital com resumo sobre os cuidados de enfermagem feito pelo Enfermeiro da seguinte forma:
 - ➔ Data, horário e destino do cliente.
 - ➔ Resumo do caso: motivo da internação, quantos dias ficou na unidade, problemas de enfermagem levantados e a terapêutica adotada.
 - ➔ Condições no momento da transferência: nível consciência, orientação, soro, curativos, acompanhante e pertences
 - ➔ Anotar os pertences enviados junto com o cliente ou entregue ao familiar.
 - ➔ Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.
- É dever do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem fazer as anotações referentes a:
 - ➔ Data, horário e destino do cliente.
 - ➔ Condições do cliente no momento da transferência: nível consciência, orientação, soro, curativos, acompanhante e pertences.
 - ➔ Assinatura e número do COREN. Usar **carimbo**.

Descrição da Rotina para transferência		
Agente	Procedimento	Observação
Médico	<ul style="list-style-type: none"> Solicita a transferência na CR/SMS 	
Secretário da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> Preenche o formulário de ALTA da unidade Leva o prontuário e o formulário de alta para o registro dar "baixa" no sistema HOS PUB 	Recompor o prontuário na capa original do hospital
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Elabora o resumo do caso para ser enviado a instituição a ser transferida a criança Prepara o adulto, idoso e acompanhante para a transferência. 	Efetua os registros no prontuário e o resumo para ser entregue a instituição que o receberá.
Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Ajuda o cliente e acompanhante para a transferência Entrega os pertences e registra no prontuário Solicita o condutor quando necessário 	
Condutor	<ul style="list-style-type: none"> Realiza o transporte do cliente até a ambulância 	

3.11. ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO CIRÚRGICO

Definição: é o transporte do cliente ao centro cirúrgico do hospital em condições segura.

Norma específica:

- Todo adulto, idoso encaminhado ao centro cirúrgico tem o direito de ser acompanhada por um membro da familiar até à sala operatória e na unidade de recuperação pós-anestésica.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial da Clínica, conferir as condições do cliente **antes** do condutor chegar a enfermaria para efetuar o transporte:
 - Conferir e chegar a administração de drogas pré-anestésica e o cumprimento do jejum.
 - Conferir o preparo pré-operatório prescrito pelo médico e enfermeiro.
 - Solicitar ao cliente para retirada de prótese dentária (se tiver); esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, relógio; retirar esmalte das unhas (se tiver), maquiagem e outros objetos que não devem ser levados ao centro cirúrgico. Registrar no prontuário.
 - Colocar a pulseira de identificação no punho direito (nome, sexo e registro).
- O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto ao cliente, incluindo os exames de imagem e outros não fixados no mesmo (enviar as duas pastas: das prescrições e dos exames).
- É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial do Centro Cirúrgico receber o cliente e o prontuário, conferir o nome com os dados da pulseira e o preparo e retirada dos pertences pessoais.
- Nos casos de identificar próteses, adornos e roupas íntimas na sala operatório, retirar e colocar num saco plástico, identificar e enviar junto ao cliente para o RPA e após, enfermaria. Registrar no prontuário.
- Comunicar o condutor dos pertencer que estão retornando junto ao cliente.
- Comunicar e mostrar para o cliente os pertencer que estão sendo devolvidos.

Descrição da Rotina de encaminhamento ao Centro Cirúrgico		
Agente	Procedimento	Observação
Enfermeiro da Unidade	<p>Antes solicitar o transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Confere o preparo e a checagem dos cuidados pré-operatório <ul style="list-style-type: none"> - Jejum - Tricotomia e enteroclistmoa quando recomendado - Administração do pré-anestésico - Administração dieta complementar conforme protocolo 	
Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem	<p>Antes de solicitar o condutor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Auxilia o cliente para troca de roupa e colocar a camisola aberta para trás. Orienta o cliente para esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, maquiagem e prótese dentária. Separa as duas papeletas que compõem o prontuário para entregar ao condutor Desmonta o leito e prepara a cama na técnica para operado. 	Quando o cliente tiver relógio, celular, óculos, carteira, adornos e outros pertences pessoais, orientar, se puder, um dia antes para entregar ao familiar no horário da visita ou fazer uma lista em duas vias, pedir para o cliente assinar e enviar ao armário da portaria.
Condutor	<ul style="list-style-type: none"> Recebe o cliente e o prontuário. Confere a ausência de pertences (relógio, próteses, etc) Transporta até o centro cirúrgico, munido do prontuário. 	Se for desejo, a família poderá acompanhar até o centro cirúrgico.
Agente de higienização	<ul style="list-style-type: none"> Realiza a limpeza concorrente do leito 	
Equipe Enfermagem do Centro Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Recebe o cliente e o prontuário (as duas pastas) do condutor Encaminha o cliente para a sala operatória e confere o preparo, retirada de prótese dentária, roupas íntimas e outros. Confere preparo em relação a droga pré-anestésica, jejum, enteroclistma e tricotomia (quando indicado). 	Quando for encontrado prótese dentária, adorno e roupas íntimas, retirar, colocar num saco plástico.

3.12. ÓBITO

Definição: é aquele que ocorre após o cliente ter dado entrada no hospital independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Óbito institucional é aquele que ocorre em até 24 horas após a internação hospitalar (BRASIL, 2002).

NORMA ESPECÍFICA

- Todo óbito deverá ser comunicado ao Serviço Social para os encaminhamentos que se fizerem necessários junto à família.
- Compete ao médico preencher o atestado de Óbito e entregar para a família ou serviço social.
- Compete ao enfermeiro fazer o relatório da assistência prestada até a constatação do óbito e os encaminhamentos pós-morte.
- Compete aos técnicos e auxiliares de enfermagem preparar o corpo, reorganizar o ambiente e relacionar os medicamentos, soluções e materiais descartáveis utilizado para serem repostos no carrinho de emergência.
- Compete ao secretário da unidade receber a relação (ou as embalagens) dos materiais utilizados e providenciar a reposição junto a farmácia e central de kits.
- Toda equipe de enfermagem e de saúde deve manter atitude de respeito e promover conforto aos familiares

Descrição da Rotina em casos de ÓBITO		
Agente	Procedimento	Observação
Médico	<ul style="list-style-type: none"> Comunica à família o falecimento Registra no prontuário 	
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Faz o relatório da assistência prestada ao cliente até a constatação do óbito e os encaminhamentos pós-morte no prontuário. Auxilia os técnicos e auxiliares nos encaminhamentos Oferece apoio e orienta a família quanto aos encaminhamentos 	
Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Prepara o corpo Separa os pertences, identifica e entrega a família. Solicita o condutor Desmonta o leito Relaciona todos os medicamentos, soluções e materiais descartáveis utilizados para serem repostos no carrinho de emergência. 	Se não houver nenhum familiar presente no momento, os pertences deverão ser entregues ao guarda da recepção que irá depositá-lo no armário do hospital.
Condutor	<ul style="list-style-type: none"> Encaminha o corpo até o necrotério 	
Agente da higienização	<ul style="list-style-type: none"> Realiza a limpeza terminal da unidade 	
Secretário da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Providencia a reposição dos medicamentos e materiais do carrinho de emergência. Atualiza o sistema HOSPUB 	
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> Realiza os encaminhamentos de rotina junto a família. 	

3.13. NORMA REFERENTE A PARTICIPAÇÃO ALUNOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA

Definição: estudante de enfermagem são todos aqueles que estiverem regularmente matriculado em curso de nível médio, de graduação ou de pós-graduação, inserido na prática assistencial mediante Termo de Cooperação Técnica firmado entre o hospital, Gerência de Enfermagem e a escola de envolvida

Norma específica;

- A escola que pretende desenvolver estágio/prática assistencial no hospital, deverá encaminhar solicitação ao SEPEnf que desencadeará o processo (Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO ENFERMAGEM)
- Após firmar o acordo entre a escola e o hospital, o professor e o aluno de enfermagem poderão adentrar as áreas solicitadas para estágio:
 - ➔ Aluno e professor deverão apresentar-se à unidade assistencial portando jaleco, portando identificação da escola e o curso.
 - ➔ O hospital emitirá o “crachá” somente aluno matriculados em cursos na FAEN /UFMT.
 - ➔ O aluno deverá trazer seu material: caneta azul e vermelha, termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro.
 - ➔ O aluno da graduação, poderá elaborar o Plano de Cuidados de Enfermagem ao cliente, contudo, este deverá conter, além da sua assinatura, a do professor responsável devidamente identificado com o número do COREN .
 - ➔ Todas as anotações e cuidados realizados pelos alunos de nível médio e de graduação, deverá ser acompanhadas e avaliadas pelo professor responsável.
 - ➔ Quando os horários de estágio forem diferentes do horário dos turnos, aluno e professor deverão fazer a **finalização do plantão** referente as suas atividades antes de passar o plantão para a equipe de enfermagem, devendo:
 - Conferir todas as anotações e checar prescrições realizadas no prontuário.
 - Reorganizar a sala de prescrição
 - Colaborar no sentido de manter a organização do posto de enfermagem, das enfermarias e da sala de lanche.
 - Passar o plantão a equipe junto com o prontuário.

Descrição da Rotina de participação de alunos de enfermagem		
Agente	Procedimento	Observação
Secretário SEPEnf	<ul style="list-style-type: none"> Recebe e protocola os pedidos de estágio 	
SEPEnf	<ul style="list-style-type: none"> Analisa os pedidos Elabora uma minuta de Termo de Cooperação Técnica entre a escola e o hospitalar Encaminha para o Comitê Executivo de Enfermagem para avaliação e decisão 	A avaliação deve considerar a vários aspectos, inclusive a capacidade do setor em receber alunos, o horário, a definição dos papéis entre equipe de enfermagem e escola (alunos e professores)
Comitê Executivo Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Avalia e delibera sobre a proposta Encaminha a minuta do TCP para aprovação na DA 	
Diretoria Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> Avalia e delibera 	
SEPEnf	<p>Se aprovado o TCT</p> <ul style="list-style-type: none"> Elabora o mapa de distribuição dos alunos de enfermagem no hospital como um todo. Distribui o mapa para as chefias de enfermagem Encaminha lista dos alunos para para emissão dos Crachás Recebe os alunos e ministra aula sobre a instituição, a enfermagem, norma e rotinas em geral e uso da biblioteca. Encaminha pedido ao SCIH para ministrar aula sobre biossegurança a turmas novatas. 	Crachás serão fornecidos somente para alunos da FAEN/UFMT
Chefia dos Serviço de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Reune com a equipe, discute a participação de todos no processo de integração docente-assistencial e preparo para o acolhimento do aluno 	SEMC, SEMI, SECC/CO/CME/SE, SEAMB, UTIA, UTIN
Secretário do serviço	<ul style="list-style-type: none"> Afixa o mapa dos estágios com o cronograma no mural da unidade 	
Professores e alunos	<ul style="list-style-type: none"> Participam da aula com o SEPENF e SCIH No primeiro dia, se apresentam equipe de enfermagem e, juntos, definem ações do cotidiano. 	
Equipe de Enfermagem, Secretário da unidade, Equipe de higienização e condutores	<ul style="list-style-type: none"> Recebem os alunos e professores Colabora com o processo de aprendizagem e desenvolve as ações previamente pactuadas 	

3.13 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

Definição: a elaboração da escrita no prontuário exige atenção em relação ao uso das regras gramaticais, abreviaturas, siglas e sinais. Apresentamos a seguir, uma relação das mais utilizadas e que, ao serem usadas, facilitam o processo de comunicação e otimização do tempo.

Sigla	Sinais vitais / Controles	Sigla	Medidas / administração	siglas	Terapia / Procedimentos
CT	Curva Térmica	m.	Metro	HO	Higiene Oral
SSVV	Sinais Vitais	cm.	Centímetro	BL	Banho no leito
T	Temperatura	cc.	Centímetros cúbico	CVP	Cateter Venoso Profundo
PA	Pressão Arterial	mm.	Milímetros Cúbicos	IC	Incisão Cirúrgica
P	Pulso	ml.	mililitros	ATB	Antibioticoterapia
R	Respiração	L.	litros	DVA	Drogas Vaso Ativas
SO ²	Saturação Percutânea de O ₂	kg.	Quilogramas	SVD	Sonda Vesical de Demora
FR	Frequência Respiratória	mg.	Miligramas	SNG	Sonda Nago Gástrica
FC	Frequência Cardíaca	EV	Endovenoso	SNE	Sonda Naso Enteral
PCV	Pressão Venosa Central	IM	Intramuscular	TOT	Tubo Oro Traqueal
PAM	Pressão Arterial Média	SC	Subcutânea	TRAQ.	Traqueostomia
PANI	Pressão Arterial Não Invasiva	ID	Intradérmico		
MCC	Monitorização Contínua	SL	Sublingual		
BH	Balanco Hídrico	NPP	Nutrição Parenteral Parcial		

Sigla	Soluções	Sigla	Uso específico em Pediatria e Neonatologia	Siglas	Uso específico para Mulher
SF	Soro Fisiológico	CU	Cicatriz Umbilical	DUM	Data Última Menstruação
RL	Ringer Lactato	RN	Recém Nascido	TM	Tampão Mucoso Vaginal
SG	Soro Glicosado			LC	Leucorréia
PVPI	PolivinilPirrolidona			IU	Involução Uterina
Al.70%	álcool 70%			UTCT	Útero Contraído
Kmno ₄	Permanganato Potássio			UTHT	Útero Hipotônico
				LAC	Líquido Amniótico Claro
				LAM	Líquido Amniótico Meconial

SIGLAS, SINAIS E ABREVIATURAS EM ORDEM ALFABÉTICA

<p>A - ACM = a critério médico A/K = índice de Aldret e Kroulic AP = aparelho pulmonar</p> <p>B - BEG = bom estado geral BAV = bloqueio atrioventricular</p> <p>C - CC = centro cirúrgico CE = corpo estranho CO = centro obstétrico CH = concentrado de hemácias CV = cardioversão CPRE = colangio pancreatômia retrógrada endoscópica</p> <p>D - DC = débito cardíaco DLD = decúbito lateral direito DD = decúbito dorsal DP = diálise peritoneal</p> <p>E - ECG = eletrocardiograma EF = exame físico ETO = esterilização por óxido de etileno</p> <p>F - FA = fibrilação atrial FIO2 = fração inspiratória de oxigênio</p> <p>G - G⁺ = bactérias gram positiva G⁻ = bactérias gram negativa ECS = Escala de Coma de Glasgow</p> <p>H - h = horas Hb = hemoglobina Htc = hematócrito HD = hemodiálise HTD = hemitórax direito</p> <p>I - IAM = infarto agudo do miocárdio IRA = insuficiência renal aguda ISCD = subclávia direita. i.e. = isto é</p> <p>J -</p> <p>K - KMnO4 = permanganato de potássio KCL = cloreto de potássio</p>	<p>L - LCR = liquor cefalorraquidiano LES = lúpus eritematoso</p> <p>M - MEG = mal estado geral MMII = membros inferiores MMSS = membros superiores MSE = membro superior esquerdo MVP = murmúrios vesicular presente</p> <p>N - NTG = nitroglicerina NaCl = cloreto de sódio ndn = nada digno de nota</p> <p>O - O² = oxigênio</p> <p>P - PACO2 = pressão alveolar de gás carbônico PaCO2 = pressão arterial de gás carbônico PIC = Catéter de Inserção Periférica POI = pós-operatório imediato POT = pós-operatório tardio</p> <p>Q - QT = quimioterapia</p> <p>R - REG = regular estado geral RHA = ruídos hidroaéreos RFM = reflexos fotomotor N = recém nascido RPA = recuperação pós-anestésica</p> <p>S - s/n = se necessário SO2 % = saturação percutânea de oxigênio sic = segundo informações colhidas s/q = sem queixas</p> <p>T - TVP = trombose venosa profunda TU = tumor</p> <p>U - USA = ultra-sonografia abdominal</p> <p>V - VAS = vias aéreas superior VM = ventilação mecânica VSCD = veia subclávia direita</p> <p>X -</p> <p>Z -</p>
--	---

III – TERCEIRA PARTE: INTERFACE DA ASSISTÊNCIA COM A ADMINISTRAÇÃO

1. PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Definição: a passagem de plantão representa a entrega do seu trabalho a equipe subsequente. Ela é um instrumento de comunicação importante pois transmite informações sobre a os cuidados realizados aos cliente e família e, também favorece a organização do trabalho (SIQUEIRA, KURCGANT, 2005). Diversas maneiras podem ser adotadas pela equipe para passar o seu plantão, contudo, ela deve ser instituída dentro de critérios ético, legais e que possibilite garantir a continuidade do trabalho.

Norma específica:

- É dever da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, realizar a passagem de plantão conforme regras estabelecidas pelo grupo e formalizada junto a chefia imediata.
- **Antes** da passagem de plantão, toda equipe deverá fazer a “**finalização**” do turno, ou seja:
 - ➔ Organizar os banheiros das enfermarias recolhendo as roupa usadas, vidros de diurese, comadres, papagaios, banheira, e outros materiais usado na assistência.
 - ➔ Organizar os prontuários, verificando as anotações e checando as prescrições médicas e de enfermagem
 - ➔ Checar se todos os cuidados de enfermagem foram anotados no impresso de Anotações de Enfermagem – dietas, eliminações e queixas.
 - ➔ Organizar a sala de procedimentos e posto de enfermagem.
 - ➔ Organizar o carrinho de emergência e comunicar o secretário da unidade para reposição.
 - ➔ Organizar o repouso da equipe, retirar os lençóis da cama.
 - ➔ Organizar a rouparia e o loca usado para pequenos lanches.
- **Antes** de passar o plantão, é dever do secretário da unidade e da equipe de enfermagem registrar no livro de protocolos o envio ao equipamento ao conserto ou emprestado a outro setor.
- É responsabilidade da enfermeira do turno da manhã abrir o impresso de Passagem de plantão.
- É responsabilidade do enfermeiro do turno da tarde e noturno, completar as anotações no impresso de Passagem de Plantão.
- É responsabilidade do secretário da unidade, recolher os impressos de Passagem de Plantão devidamente preenchidos pelos enfermeiros da M,T e N e entregara ao secretário do serviço que efetuará o levantamento estatístico e dos indicadores assistenciais.
- Para otimizar o tempo gasto nas anotações no impresso de Passagem de Plantão, realizada pelo enfermeiro,

poderá ser usado os códigos abaixo relacionados:

DE = deambula **ML** = mudança decúbito **CR** = cadeira de rodas
BL = banho leito **HO** = higiene oral **AA** = ajuda alimentar **SNE** = sonda nasoenteral **SNG** = Sonda nasogástrica
C = curativo **DT** = dreno tórax **DK** = dreno keel **DV** = dreno vácuo **DP** = dreno penrose
VO = via oral **EV** = endovenosa **IM** = Intra-muscular **SC** = subcutânea **PSCL** = punção subclávia
DV = dissecação venosa **NPP/NPT** = nutrição parenteral parcial/ total **PVC** = pressão venosa central
TOT = tubo oro traqueal **TRA** = traqueostomia **NE** = nebulização **RE** = respirador **BI** = bomba infusão
SO2 = oxímetro **MC** = monitor cardíaco
SVD = sonda vesical demora **SA** = sonda vesical alívio **VD** = volume diurese
GII = glicemia **BH** = balanço hídrico **AC** = acompanhante **ES** = educação saúde **CT** = curva térmica

- É dever do enfermeiro fazer o Relatório do Plantão no livro estabelecido pela chefia de serviços de enfermagem ao final do turno.
- É dever do aluno e professor de enfermagem, acompanharem a equipe de enfermagem na passagem de plantão ou, quando os horários de estágio for menor do que o da enfermagem, a equipe de enfermagem deverá receber o plantão antes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER		GERÊNCIA DE ENFERMAGEM			DATA
PASSAGEM DE PLANTÃO = CLÍNICA : _____					
ENF / LEITO NOME	RESUMO DO CASO	MANHÃ	TARDE	NOITE	

Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO DA ENFERMAGEM para esclarecimentos quanto as atribuições das equipes de enfermagem assistência e administrativas.

2. INDICADORES ASSISTÊNCIAIS DE ENFERMAGEM

Definição: indicadores são formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos. A *Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO)* define indicadores clínicos como “uma medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados importantes ao paciente”. Os indicadores não são medidas diretas de qualidade, mas podem servir como sinalizador para pontuar problemas específicos que requerem revisão mais intensiva (DENSER, 2003, p.93).

Com a finalidade de auxiliar o processo de gestão dos serviços de enfermagem, foram definidos como indicadores prioritários os seguintes:

<p>ESTRUTURA em relação a enfermagem e aos demais serviços do hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo e perfil do motivos • Índice de troca de plantão e perfil do motivos • Índice de licenças médicas • Índice de horas extras e perfil dos motivos • Índice resolutividade dos consertos/aquisição de materiais para a assistência • Índice de reuniões realizadas com a equipe enfermagem • Índice de treinamento/capacitação realizada com a equipe
<p>PROCESSO assistenciais na enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de cliente com respirador na unidade de internação • Índice de cliente com acompanhante • Risco do cliente sofrer quedas • Risco do cliente desenvolver úlcera de decúbito • Índice de cliente com grau mínimas de cuidados pelo SCP • Índice de cliente com grau intermediário de cuidados pelo SCP • Índice de cliente com grau semi-intensivo de cuidados pelo SCP • Índice de cliente com grau intensiva de cuidados pelo SCP
<p>RESULTADOS da assistência de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de clientes com histórico de enfermagem, problemas, evolução e plano de cuidados realizados diariamente • Índice de adesão do enfermeiro ao modelo de processo de enfermagem • Índice de satisfação dos clientes e familiares em relação a assistência de enfermagem

A anotação da equipe de enfermagem é fundamental para a elaboração e monitoração destes indicadores. Sua identificação serve para direcionar os trabalhos do enfermeiro administrador dos serviços em relação a previsão e provisão de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento da assistência e a busca de novas tecnologias para o cuidado com qualidade.

Consultar o MANUAL ADMINISTRATIVO DA ENFERMAGEM e conhecer os outros indicadores que já são levantado e monitorados pela enfermagem e os que ainda estão em construção.

3. SERVIÇOS DE REREFERENCIAS NOS AMBULATÓRIOS DO HOSPITAL

<p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO BÁSICA ::</u></p> <p>Atendimento Médico</p> <p>:: Pronto Atendimento de Ginecologia/ Obstétrica</p> <p>:: Pronto Atendimento Adulto</p> <p>:: Pronto Atendimento Pediátrico</p> <p>:: Enfermagem Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p>:: Puericultura</p> <p>:: Estomia</p> <p>:: Incontinência Urinária (sondas vesicais)</p> <p>:: Curativos em feridas em geral</p> <p>:: Curativo com Bota de Unna</p> <p>:: Serviço Social Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p>:: Psicologia Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento Ambulatorial</p> <p>:: Atendimento e Acompanhamento aos Programas Multidisciplinares</p> <p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE</u></p> <p>Clínica Médica</p> <p>:: Clínica Médica Geral</p> <p>:: DIP Adulto</p> <p>:: Endocrinologia</p> <p>:: Hepatologia</p> <p>:: Nefrologia</p> <p>:: Dermatologista</p> <p>:: Lupus- Reumatologia</p> <p>:: Cardiologia</p> <p>:: Coronariopatia</p> <p>:: Hipertensão</p> <p>:: Pneumologia</p> <p>:: Risco- Cirúrgico</p> <p>:: Geriatria</p> <p>:: Tuberculose</p> <p>:: Hanseníase</p> <p>:: Leishmaniose (LTA)</p> <p>:: Neurologia</p> <p>Clínica Cirúrgica</p> <p>:: Cirurgia Geral</p> <p>:: Cirurgia Torácica</p> <p>:: Cirurgia Vascular</p> <p>:: Urologia</p> <p>:: Cirurgia Oncológica</p> <p>:: Cirurgia Buco – Maxilo</p> <p>:: Cabeça e Pescoço</p> <p>:: Anestesiologia</p>	<p>Cirurgia Plástica</p> <p>:: Proctologia</p> <p>:: Ortopedia Geral</p> <p>:: Dor Crônica</p> <p>:: Otorrinolaringologia</p> <p>:: Oftalmologia</p> <p>:: Cirurgia Pediátrica</p> <p>Clínica Pediátrica</p> <p>:: Pediatria Geral</p> <p>:: Pronto Atendimento Infantil</p> <p>:: DIP Infantil</p> <p>:: Nefrologia Infantil</p> <p>:: Desvio de Crescimento</p> <p>:: Infecção de Repetição</p> <p>:: Asma Alérgica</p> <p>:: Gastroenterologia Infantil</p> <p>:: Neonatologia</p> <p>:: Neurologia Infantil</p> <p>:: Oncologia Pediátrica</p> <p>:: Endocrinologia</p> <p>:: Hematologia</p> <p>:: Triagem Neonatal (teste do pezinho- teste do olhinho)</p> <p>Clínica Ginecológica/ Obstétrica</p> <p>:: Triagem Obstétrica</p> <p>:: Ginecologia Geral</p> <p>:: Ginecologia Infanto Juvenil</p> <p>:: Oncologia Ginecológica</p> <p>:: Pré natal Infanto Juvenil</p> <p>:: Oncologia Ginecológica</p> <p>:: Pré- Natal Normal</p> <p>:: Pré – Natal de Auto risco</p> <p>:: Pré – Natal Infanto Juvenil</p> <p>:: Orientação e Amamentação</p> <p>:: Climatério</p> <p>:: Ano- Ovulação</p> <p><u>SERVIÇO ESPECIALIZADOS DE ALTA COMPLEXIDADE ::</u></p> <p>Oftalmologia</p> <p>:: Oncologia</p> <p>:: Tratamento de AIDS</p> <p>:: Videolaparoscopia</p> <p>:: Esterilização</p> <p>:: UTI Especializada</p> <p>:: Gestante de Auto Risco</p> <p>:: Gastroplastia</p> <p>:: Suporte Nutricional (EMTN)</p> <p>:: Lipodistrofia</p>
---	--

4. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO SUS E OUTROS

SERVIÇO	TELEFONE
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.....	
POLICLINICAS.....	
CENTRO DE SAÚDE.....	
CERMAC – Centro Estadual de Regulação	
CRU – Central de Regulação de atendimento Urgência.....	
CRI – Central de Regulação de atendimento de Internação.....	
HOSPITAL SANTA HELENA.....	
HOSPITAL ADAUTO BOTELLO.....	
CAPS.....	
OUVIDORIA ESTADUAL DO SUS.....	
OUVIDORIA MUNICIPAL DO SUS.....	
ASSOCIAÇÃO DE DOENTES ESTOMIZADOS.....	
ASSOCIAÇÃO DE ESPINHA BÍFIDA DE MATO GROSSO.....	

IV – QUARTA PARTE: PADROES DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS

1. PADRÕES DE CUIDADOS

Definição: são diretrizes detalhadas que representam o atendimento indicado para uma situação específica.

Eles englobam o *atendimento genérico necessário para todos os clientes e familiar ou a maioria deles*, durante o período de internação na unidade (CARPENITO, 1999).

Norma específica:

- Os padrões de cuidados deverão ser prescritos pelo enfermeiro, após a investigação, somente para os casos em que exigir assistência de rotina.
- Os técnicos e auxiliares de enfermagem deverão ser treinados e preparados para desenvolverem as rotinas preconizadas (intervenções) sem a necessidade de estarem descrita no “Plano de cuidados”.
- Para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem o Manual do Processo de Enfermagem deverá ficar disponível na unidade nas 24h/dia/ano. Os interessados em reproduzir este manual, entrar em contato com a chefia de serviço ou a gerência
- É atribuição do SEPEnf, capacitar a equipe para o uso dos “Padrões”
- É atribuição do Chefe do Serviço, encaminhar a equipe para capacitação e, para fins de garantir a qualidade das

ações e a legalidade do processo, alguns critérios deverão ser seguidos:

- Capacitação de toda equipe (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) para o uso dos padrões.
- Os profissionais deverão emitir um “recibo” de que foram capacitados.
- Manter o Manual do Processo de Enfermagem na unidade 24 horas/dia/ano.
- Repetir este processo toda vez que o Manual for revisado, atualizado e/ou ampliado.

Descrição da Rotina para uso dos padrões		
Agente	Procedimento	Observação
SEPEnf	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza o treinamento e capacitação da equipe para desenvolver a metodologia usando os “Padrões”. • Colher e arquiva o “recibo” do participante. • Mantém uma cópia do Manual no serviço para consulta. • Desenvolve o sistema de Avaliação do Desempenho do profissional tendo como suporte as normatizações e condutas estabelecidas nos manuais do processo de enfermagem e administrativo. • Auxilia a equipe de enfermagem na elaboração dos padrões assistenciais. 	O MANUAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM é o referencial para o treinamento.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Faz o levantamento de dados - investigação • Analisa e estabelece os problemas e separa aqueles que podem ser tratados com o uso de “padrões” • Registra no Plano de Cuidados o padrão escrevendo somente o título. Exemplo: <i>Cuidados de rotina admissão</i>. Para os clientes internados. • A suspensão deste cuidado deverá ser justificada no impresso da “Evolução”. • Reune com a equipe de enfermagem e, juntos, desenvolvem estudos. 	

Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolve as intervenções de enfermagem preconizadas no padrão de cuidados. Participa na elaboração dos padrões junto a equipe de enfermagem. 	
--	---	--

<p style="text-align: center;">PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 1. ADMISSÃO DO ADULTO, IDOSO E ACOMPANHANTE NA UNIDADE</p>	
<p>DE: POSSIVEL ANSIEDADE RELACIONADA AO AMBIENTE DESCONHECIDO, AS ROTINAS, AOS EXAMES, AO TRATAMENTO E A PERDA DE CONTROLE E CONVÍCIO NO AMBIENTE FAMILIAR.</p>	
<p>RESULTADOS ESPERADOS METAS: ADULTO, IDOSO E FAMÍLIA IRÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar comportamento favorável à ambientação e segurança em relação às condições terapêuticas e à hospitalização. ✓ Verbalizar, se solicitado, o que esperam em relação aos procedimentos, as rotinas e ao tratamento. 	
<p>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Condição física: dor, fadiga, dispnéia, fome, lesões pele e outros sintomas que podem perturbar ou dificultar a capacidade de concentração, aprendizagem e integração no ambiente hospitalar. ✓ Estado sensorial: visão, audição, paladar, tato. ✓ Inteligência e capacidade para aprender: educação, ocupação, deficiência de aprendizagem e de linguagem. ✓ Nível de ansiedade: leve, moderada, severa ou pânico. ✓ Experiências anteriores com hospitalização. ✓ Estressores específicos: natureza da preocupação ✓ Sistema de apoio: disponibilidade e qualidade 	
<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	

- Explicar a política e as rotinas do hospital a família:
 - ➔ Áreas permitidas para circulação durante a internação.
 - ➔ Direito do acompanhante à refeições, guarda dos pertences, local para repouso para higiene.
 - ➔ Uso do telefone, área verde.
 - ➔ Participação diária do acompanhante nos cuidados de enfermagem
 - ➔ Projetos de apoio.
 - ➔ Horário de visitas
- Proporcionar tranquilidade e conforto ao cliente e família.
- Permitir que o acompanhante expresse seus medos e preocupações.

V – QUINTA PARTE: INFORMAÇÕES GERAIS

1. PARÂMETROS DE REFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DO ADULTO E IDOSO

Esta parte do manual agrupa alguns dados para auxiliar a equipe de enfermagem no dia a dia do trabalho assistencial, contudo, vale ressaltar que, o Código de Ética Profissional, Capítulo II, referente as Responsabilidades toda a equipe de enfermagem, esta deve estar atenta para o Artigo nº 18 que afirma ser obrigação do profissional (...) *Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão* (COFEN, 240/2000). Apresentamos a seguir, uma relação de dados com objetivo de contribuir com o planejamento e organização da sistematização da assistência de enfermagem.

1. 1. Tamanhos de tubos traqueal e de aspiração pediátrico e adulto.

Tamanho Aproximado para Idade (Peso)	Diâmetro Interno Tubo Traqueal/mm	Tamanho Cateter Aspiração, F
Bebês Prematuros (<1 kg)	2,5	5
Bebês Prematuros (1–2 kg)	3,0	5 ou 6
Bebês Prematuros (2–3 kg)	3,0 a 3,5	6 ou 8
0 meses a 1ano/lactentes (3–10kg)	3,5 a 4,0	8
1 ano/criança pequena (10–13 kg)	4,0	8
3 anos/criança (14–16 kg)	4,5	8 ou 10
5 anos/criança (16–20 kg)	5,0	10

6 anos/criança (18–25 kg)	5,5	10
8 anos/criança adultos pequenos (24–32 kg)	6,0 com <i>cuff</i>	10 ou 12
12 anos/adolescente (32–54 kg)	6,5 com <i>cuff</i>	12
16 anos/adulto (50+ kg)	7,0 com <i>cuff</i>	12
Mulher adulta	7,0–8,0 com <i>cuff</i>	12 ou 14
Homem adulto	7,0–8,0 com <i>cuff</i>	14

Fonte: www.sbp.com.br (online) consultado dia 06/10/2006.

1.2 CÁLCULO PARA GOTEJAMENTO DE SORO (GIOVANI, 1999).

Gotejamento com equipe macrogotas: nº de gotas/minutos = Volume : Tempo em horas X 3

Gotejamento com equipo microgotas: nº de microgotas/minutos = Volume : Tempo em horas

Gotejamento de pequenos volumes: nº de gotas/minutos = Volume X 20 : nº de minutos

1.3 CÁLCULO DA PAM: PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA (Talbot; Meyers-Marquardt, 2001).

PAM = 2 x (pressão arterial diastólica + pressão arterial sistólica) : 3
Sendo que os alçados mais comuns em adultos são: 60 a 80 mmHg.

1.4 CÁLCULO PARA DILUIÇÃO KMnO4 (PERMANGANATO POTÁSSIO) (Giovani, 1999)

Em geral o KMnO4 é usado na proporção de 1: 20.000ml, ou seja, um grama (ou 1.000mg) de KMnO4 para 20.000ml de solvente (água). Então, para prepararmos um litro de uma solução de KMnO4 a 1:20.000 sabendo que o comprimido é de 100mg, devemos proceder da seguinte forma:

Primeiro passo: aplicar a regra de três simples para saber quantas gramas de comprimido de 100mg devo usar.

1.000mg20.000 ml
X mg.....1.000 ml

Resposta: X = 50mg ou seja, metade do comprimido de 100mg.

Segundo passo: cortar o comprimido de 100mg pela metade e diluir em 1litro de água destilada, resultando, assim, numa solução de um litro de KMnO4 na proporção de 1:20.000.

Observação: deve-se usar luvas ao manusear o comprimido para evitar queimaduras na pele.

1.5 ESCALA DE GLASGOW – GCS

AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	
MELHOR RESPOSTA MOTORA		
Segue os comandos	6	A pessoa é avaliada em cada sub-escala, sendo somados os totais. As pontuações da escala variam de: <u>15 (melhor pontuação) 3 (pior pontuação).</u>
Movimento proposital com estímulo doloroso	5	
Retira a região com o estímulo doloroso	4	
Flexão anormal com o estímulo doloroso	3	
Extensão anormal com o estímulo doloroso	2	
Flácido	1	
MELHOR RESPOSTA VERBAL		Um tubo endotraqueal ou de traqueotomia deve ser levado em consideração quando se classifica a resposta verbal. Além disso, os aparelhos de imobilização (talas, tração) interferirão na pontuação motora (Talbot; Meyers-Marquardt, 2001, p.203).
Orientado pra pessoa, espaço e tempo	5	
Confuso	4	
Palavras impróprias	3	
Sons incompreensíveis	2	
Nada	1	
ABERTURA DOS OLHOS		
Abertura espontânea dos olhos	4	
Abre os olhos ao ouvir a voz	3	
Abre os olhos ao sentir dor	2	
Nada	1	

1.6 ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA PARA AVALIAÇÃO NO RPA

ESCALA DE ALDRET E KROULIK REVISADA (Fonte: Manica, 1997, p.734)

ATIVIDADE:	PONTUAÇÃO	Os pacientes devem somar mais de 7 pontos antes de receberem alta da unidade de recuperação pós-anestésica .
Movimentos voluntários de todas as extremidades	2	
Movimento voluntário de duas extremidades apenas	1	
Incapaz de se mover	0	
RESPIRAÇÃO		
Respira profundamente e tosse	2	
Dispnéia, hipoventilação	1	
Apnéia	0	
CIRCULAÇÃO		
PA normal ou até 20% menor que no pré-anestésico	2	
PA menor em 20 a 50% do que no pré-anestésico	1	
PA igual ou menor que 50% do nível pré-anestésico	0	
CONSCIÊNCIA		
Totalmente desperto	2	
Desperta quando chamado	1	
Não responde	0	
SATURAÇÃO DO OXIGÊNIO		
Capaz de manter a SaO ₂ maior 92% respirando ar ambiente	2	
Necessita de suplementação de O ₂ para manter a SaO ₂ > 90%	1	
SaO ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0	

1.7 TABELA DE SEDAÇÃO MODIFICADA DE RAMSAY (CHUNG;COOB, 2005).

PONTOS	CARACTERÍSTICAS
1	Ansioso e agitado ou instável, ou ambos.
2	Cooperativo, orientado e tranquilo.
3	Respondendo apenas às ordens
4	Dormindo, porém responde a estímulos físicos ou auditivos.
5	Dormindo, porém responde mal a estímulos físicos ou auditivos.
6	Ausência de respostas.

1.8 TABELA DA COMPOSIÇÃO DAS SOLUÇÕES VENOSAS (Mânica, 1997, p.220)

COMPOSIÇÃO DOS CRISTALÓIDES

Produto	Na (mEq.L ⁻¹)	K (mEq.L ⁻¹)	Cl (mEq.L ⁻¹)	Osm (mOsm.L ⁻¹)	Glicose (g.L ⁻¹)	Lactato (mEq.L ⁻¹)
Soro Fisiológico	154	0	154	309	0	0

Soro glicosado	0	0	0	0	50	0
Soro glico-fisiológico	77	0	77	327	50	0
Ringer	147	4	156	309	0	28
Ringer lactato	130	4	109	273	0	250

COMPOSIÇÃO DE COLÓIDES

Produto	Na ⁺	Cl ⁻	K ⁺	Ca ⁺⁺
Albumina	130 - 160	130 - 160	< 1	0
Hisocel	134 - 156	151 - 175	4,7 - 5,5	11,6 - 12,6

1.9 PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DO BALANÇO HÍDROELETROLÍTICO ADULTO

A reposição hidroeletrólítica depende da avaliação criteriosa dos ganhos e perdas sejam elas mensuráveis ou não. A participação da equipe de enfermagem é fundamental pois a ela cabe as anotações diárias que devem ser com qualidade e precisão.

Tabela 11.7. Balanço hídrico diário de um adulto em condições normais			
Ganhos		Perdas	
Água via oral	1.000 – 1500 ml	Diurese	1.200 – 1.500 ml
Água alimentos	800 – 1.000 ml	Fezes	100 – 200 ml
Água endógena	200 – 300 ml	Insensíveis	
		- pulmões	300 – 400 ml
		- pele	400 – 700 ml
TOTAL	2.000 – 2.800 ml	TOTAL	2.000 – 2.800ml

Fonte: Goldenberg, 1981, p.173

Tabela 11.8. perdas cutâneas diárias de água e sódio pela sudorese em várias circunstâncias

Condição	Água	Sódio	potássio
Sudorese visível, ausência de febre	600 – 1.000 ml	15 – 50 mEq	3 – 10 mEq
Febre 38,5°C ou mais, sudorese moderada	1.000 – 1.500 ml	25 – 75 mEq	10 – 25 mEq
Sudorese profusa	1.500 – 2.000 ml	40 – 100 mEq	15 – 30 mEq

Fonte: Goldenberg, 1981, p.173

Avaliação balanço hídrico considerar:

- ✓ Peso
- ✓ Turgor da pele, tensão do globo ocular, umidade da mucosa bucal
- ✓ Edemas
- ✓ Pressão arterial
- ✓ Pressão venosa central (PVC)
- ✓ Ausculta pulmonar
- ✓ Exames laboratoriais: avaliar hematócrito, níveis plasmáticos de eletrólito.

1.10 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ADULTO (www.manuaisdecardiologia.med.br)

A classificação utilizada até recente e preconizada pela SBC através da sua IV Diretriz de HAS, baseada no VI JNC americano, é a descrita na tabela abaixo.

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Ideal
< 130 sistólica e < 85 diastólica	Normal
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	Normal-alta
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	Hipertensão Estágio 2
> 110 diastólica ou > 180 sistólica	Hipertensão Estágio 3

O recente trabalho do VII JNC, levou a uma simplificação das categorias e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade.

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Normal
<= 139 sistólica e <= 89 diastólica	Pré-Hipertensão
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
> 160 sistólica ou > 100 diastólica	Hipertensão Estágio 2

As categorias de estágio 2 e 3 foram unificadas, tendo em vista não haver objetivo prático em diferenciar duas situações clínicas que já reservam um prognóstico igualmente ruim. A intenção dessa nova classificação é aumentar a importância da necessidade de se diagnosticar precocemente a hipertensão e mantê-la em nível o mais fisiológico possível, tendo em vista o enorme risco cardiovascular que a hipertensão possui.

Estratificação de Risco

Fatores de risco maiores para doença cardiovascular

A própria HAS; Obesidade (IMC>30); Fumo; Inatividade física; Dislipidemia; Diabetes mellitus; Idade > 55 p/ H e >65 p/M; História familiar de DCV anterior a idade de risco.

Lesão de órgão-alvo

Doenças cardíacas; HVE; Angina / IAM prévio; Revascularização Miocárdica; Insuficiência Cardíaca; Nefropatia; AVE ou AIT; Doença Arterial Periférica; Retinopatia diabética.

Grupos de Risco: A => Nenhum fator de risco

B=> Pelo menos um fator de risco

C=> Lesão de órgão-alvo ou presença de Diabetes Mellitus

1.11 PARAMETROS LABORATORIAIS

SANGUE, PLASMA E QUÍMICA DO SORO		
DETERMINAÇÃO	FAIXA DE REFERÊNCIA	SIGNIFICADO CLÍNICO
	Unidade Convencional UC	
Contagem de hemácia	homem 4.600.000 – 6.200.000/mm ³ mulher 4.200.000 – 5.400.000/mm ³	Aumenta em casos graves de diarreia e desidratação, policitemia, intoxicações aguda, fibrose pulmonar.
Contagem de leucócitos	5.000 – 10.000/mm ³	Elevada em doenças infecciosas agudas
Eosinófilo	• 1 – 4 %	<ul style="list-style-type: none"> • Neutrofílica – doenças bacterianas • Linfocítica e monocítica - doenças viróticas. • Eosinófilos – doenças do colágeno, alergias, parasitose intestinal.
Basófilo	• 0 – 0,5 %	
Linfócito	• 20 – 30 %	
Monócito	• 2 – 6%	
Contagem de plaquetas	100.000 – 400.000/ mm ³	<p>Aumentada em condições malignas, doenças mieloproliferativas, artrite reumatóide e pós operatória; cerca de 50% pacientes com aumento inesperado das plaquetas apresentam condição maligna</p> <p>Diminuída na púrpura trombocitopênica, leucemias aguda, anemia aplásica e durante a quimioterapia do câncer, infecções e reações a drogas</p>

Fosfatase alcalina leucocitária	Escore de 40 – 100	Aumentada na policitemia Vera, mielofibrose e em infecção. Diminuída na leucemia granulocítica crônica, hemoglobinúria paroxística noturna, hipoplasia da medula óssea e infecções viróticas, especialmente a mononucleose infecciosa.
Hematócrito hct	Homem = 42 – 50% Mulher = 40 – 48%	Aumentado na eritrocitose de qualquer etiologia e na desidratação ou hemoconcentração associada ao choque Diminuída nas anemias graves, anemia da gravidez, perdas de sangue maciças e agudas.
Hemoglobina Hg	Homem = 13 – 18 g/dl Mulher = 12 – 15 g/dl	Aumentada na policitemia, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, oxigenação insuficiente devida a uma ICC e, normalmente, em pessoas que vivem em altitudes elevadas Diminuída em diversas anemias, gravidez, hemorragias graves ou prolongadas e na ingestão excessiva de líquidos.
Volume corpuscular médio VCM	80 – 94 (μm^3)	Aumentado nas anemias macrocíticas Diminuído na anemia microcítica

Concentração de hemoglobina corpuscular média CHCM	33 – 38%	Diminuída nas anemias hipocrômicas graves
Hemoglobina corpuscular média HCM	27 – 32%	Aumentada nas anemias macrocíticas Graves; Diminuída nas anemias microcíticas
Tempo de coagulação	1 – 9 min.	Prolongado na trombocitopenia, função plaquetária deficiente e terapia com aspirina
Tempo de protombina INR	9,5 – 12 s 1,0	Prolongado pelas deficiências dos fatores I, II, V, VII e X, má absorção graves, terapia anticoagulante cumarínica. INR (índice) é utilizado para padronizar o tempo de protombina e a terapia de anticoagulante;
Velocidade de hemossedimentação VHS	Homens menos de 50 anos <15mm/h Homens mais 50 anos <20mm/h Mulheres menos 50 anos < 20mm/h Mulheres mais 50 anos < 30mm/h	Aumentada na destruição tecidual, seja de caráter inflamatório, seja degenerativo; durante a gravidez; e em doenças febris aguda.
Amilase	60 – 160 U Somogy/dl	Aumentado nas pancreatite aguda, caxumba, úlceras duodenais, carcinoma de cabeça do pâncreas. Aumentado por drogas que contraem os esfíncteres

		ductais pancreáticos: morfina, codeína, agentes colinérgicos Diminuída pancreatite crônica, fibrose e atrofia pancreática, cirrose hepática, gravidez (2º e 3º trimestre)
Bilirrubina	Total: 0,1 – 1,2 mg/dl Direta: 0,1 – 0,2 mg/dl Indireta: 0,1 – 1 mg/dl	Aumentado na anemia hemolítica (indireta), nas obstruções das vias biliares e doenças biliares, danos hepatocelular (hepatite), anemia perniciosa, doença hemolítica dos recém-nascidos.
Glicose	Jejum: 60 – 110 mg/dl Pós-prandial (2h): 65 – 140 mg/dl	Aumentada na diabetes mellitus, nefrite, hipertireoidismo, hiperpituitarismo inicial, lesões cerebrais, infecções, gravidez, uremia Diminuído hiperinsulinismo, hipotireoidismo, hipopituitarismo, vômitos persistentes, doença de Addison, lesões hepáticas extensas

1.12 TERMINOLOGIA CIRÚRGICA (GOLDENBERG, 1981)

Raiz	Significado	Exemplo
Adeno	Glândula, glânglio	Adenectomia – extirpação cirúrgica de uma glândula ou glânglio
Angi	Vaso	Angiorrafia – sutura vascular
Condro	Cartilagem	Condirectomia – excisão de uma cartilagem
Cole	Bile	Colesictomia – expiração da vesícula biliar
Colp (o)	Vagina	Colpotomia – sutura do fundo de saco vaginal
Cist (o)	Bexiga, saco	Cistoscopia – exame endoscópico bexiga
Lit (o)	Pedra, cálculo	Litotripsia – esmagamento de cálculo
Mast (o)	Mama	Mastectomia – ablação da mama
Mio	Músculo	Miectomia – exereses de músculo
Oóforo	Que leva ovos, ovário	Ooforectomia – retirada do ovário
Orqui	Testículo	Orquipexia – fixação do testículo
Pio	Pus	Piogênico – formador de pus
Quil (o)	Lábio	Queiloplastia – reparação plástica lábios

Raiz	Significado	Exemplo
Rin	Nariz	Rinoplastia – plastica do nariz
Salping (o)	Trompas	Salpingectomia – retirada da tuba uterina
Sepsi	Putrefação	Anti-sepsia: procedimento que evita a proliferação de microorganismos
Tráque (o)q	Rude, áspero; traquéia	Atraqueostomia: incisão da traquéia
Prefixo	Significado	exemplo
Ab	Afastamento	Abdução: movimento que agasta um membro do plano sagital mediano
Ad	Aproximação	Adução: movimento que aproxima
Ec, ecto	Fora, para fora	Ectopia: fora do lugar
Hemi	Metade	Hemiplegia: paralisia de um só lado do corpo, ou de parte de um lado
Sin	Junto, com, colado a,	Sinéquia pelural
Sulfixo	Significado	exemplo
Algia	Dor	Lombalgia
Cele	Hérnia, tumor	Hidrocele
Ectasia	Expansão, dilatação	Bronquiectasia
Emia	Sangue	Volemia
Centese	Punção	Paracentese
Extomia	Excisão, ablação	Apendectomia
Lise	Dissolução, destruição	Pleurólise
Pexia	Suspensão, fixação	Nefropexia
Ptose	Queda, prolapsi	Nefroptose
rrafia	Sutura	Ternorrafia
rragia	Fluxo excessivo	Metrossagia
rréia	Fluxo, secreção anormal	Sialorréia
Stomia	Abertura, corte	Esofagostomia
Tomia	Incisão, corte	Gastrotomia
Trispia	Compressão, esmagamento	Neurotripsia

1.13. BRADEN SCORE: PREVENÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO.

Com a intenção de colaborar na prevenção de úlceras de pressão, dando subsídios para que os enfermeiros

pudessem, com mais objetividade, indicar quais os cliente que correm o risco para desenvolver UP, diversos pesquisadores elaboraram escalas para “predizer” o risco para sua formação. Citamos as escalas de avaliação de Norton, de Gosnell, de Waterlow e a de Braden. Este escore para avaliação poderá ser usado pelo enfermeiro assistencial àqueles clientes em situação de risco e incluir como dado de evolução.

QUADRO 5 - ESCALA DE BRADEN				
Cliente: _____		Registro: _____ Leito: _____		
Tradução feita por Dra. Maria Helena Larcher Caliri (EERP – USP), autorizada pela autora Barbara Braden.				
ITENS	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
Percepção Sensorial: Habilidade de responder significativamente e à pressão relacionada com o desconforto.	Completamente Limitado : não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquia ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	Levemente Limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	Nenhuma Limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade.	Constantemente Úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado	Muito Úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	Ocasionalmente Úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente Úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.

Atividade Física: Grau de atividade física.	Acamado: mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda	Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente Imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significantes sem ajuda.	Levemente Limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma Limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito Pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados do leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum	Provavelmente Inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as

	ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais	refeições. Não necessita de suplemento alimentar.
Fricção e Cisalhamento	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante.	Potencial para Problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum Problema Aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.	
Total de Pontos				

Os clientes que *obtiverem escore igual ou maior que 16 pontos, são considerados de pequeno risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão; escore entre 11 e 16, indicam risco moderado; e abaixo de 11 pontos, indicam alto risco pois os mesmos demonstram que houve uma diminuição funcional orgânica significativa que facilita o surgimento de úlcera de decúbito* (MENEGUIN, 1998).

1. LISTA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - TAXONOMIA II DA NANDA

A forma usada para documentar um diagnóstico de enfermagem vem sendo construída mediante a participação de enfermeiras de diversos países do mundo. A Associação Norte Americana de Enfermagem (NANDA) publicou a versão 2005/2006, da Taxonomia versão II dos diagnósticos, que já se encontra traduzido no livro editado pela Artmed, Porto Alegre, ano de 2006.

A

Adaptação prejudicada
Adaptativa intracraniana diminuída, capacidade
Alérgica ao látex, resposta, risco de,
Alimentação do lactente,
padrão ineficaz de,
Amamentação
eficaz
ineficaz
interrompida
Ansiedade
relacionada à morte
Aspiração, de risco

Atividade,
intolerância à
risco de
Auto conceito
melhorado,
disposição para,
Autocuidado
para alimentação, déficit no,
para banho/higiene, déficit no,
para higiene íntima. Déficit,
para vestir-se/ arrumar-se, déficit no,
Auto-estima
crônica, baixa,

*situacional, baixa,
situacional, risco de baixa,
Automutilação,
risco de,*

C

*Campo de energia perturbado,
Comportamento infantil
desorganizado,
desorganizado, risco de,
organizado aumentado, disposição para,
Comunicação
aumentada, disposição para,
verbal prejudicada,
Confusão
aguda,
crônica,
Conhecimento
aumentado,
disposição para,
deficiente,
Constipação,
percebida,
risco de,
Controle
aumentado do regime terapêutico,
disposição para,
familiar ineficaz
comunitário ineficaz,
Crescimento
desproporcional, risco de,
Crescimento e no desenvolvimento, atraso no,*

D

*Deambulação prejudicada,
Débito cardíaco diminuído,
Decisão, de conflito,
Deglutição prejudicada,
Dentição prejudicada,
Desenvolvimento, risco de atraso no,
Desesperança,
Desobediência,
Desobstrução de vias aéreas, ineficaz,
Desuso, risco de síndrome do,
Diarréia,
Disreflexia autonômica,
risco de,
Dor
aguda,
crônica,*

E

Eliminação urinária

*prejudicada,
melhorada,
disposição para,
Enfrentamento
aumentado,
disposição para,
comunitário aumentado, disposição para,
comunitário ineficaz,
defensivo,
familiar aumentado, disposição para,
familiar comprometido,
familiar incapacitado,
ineficaz,
Envenenamento, risco, de
Equilíbrio de líquidos
aumentado,
disposição para,
Espiritual,
angústia,
risco de,
disposição para bem-estar,
Estilo de vida sedentário,
Estresse por mudança síndrome do,
risco de síndrome do,*

F

*Fadiga,
Familiares, processos
disfuncionais: alcoolismo,
interrompidos,
melhorados, disposição para,*

H

*Hipotermia,
Hipotermia,*

I

*Identidade pessoal, distúrbios da,
Imagem corporal, distúrbio na,
Impotência, sentimento de,
risco de,
Incontinência
intestinal,
urinária de esforço,
urinária de urgência,
urinária de urgência, risco de,
urinária funcional,
urinária reflexa,
urinária total,
Infecção, de risco de,
Insuficiência para melhorar, do adulto,
Integridade da pele
prejudicada,
prejudicada, risco de,*

*Integridade tissular prejudicada,
Interação social prejudicada,
síndrome da,
Isolamento social,*

L

*Lar prejudicada, manutenção do,
Lesão
risco de,
preparatória de posicionamento, risco de,*

M

*Medo,
Memória prejudicada,
Mobilidade com cadeira de rodas
prejudicada,
física prejudicada,
no leito prejudicada,
Morte súbita de criança, risco de síndrome da,
Mucosa oral prejudicada,*

N

*Náusea,
Negação ineficaz,
Negligência unilateral,
Neurovascular periférica, risco de síndrome da,
Nutrição desequilibrada:
mais do que as necessidades corporais,
corporais, risco de,
menos do que as necessidades corporais,
melhorada, disposição para,*

P

*Papel
conflito no desempenho,
pai/mãe,
desempenho, ineficaz,
tensão, cuidador,
risco de tensão, cuidador,
Paternidade ou maternidade
melhorada, disposição para,
prejudicada,
prejudicada, risco de,
Pensamento perturbado, processos do,
Percepção sensorial perturbada,
Perfusão tissular ineficaz,
Pesar, sentimento de
antecipado,
disfuncional,
disfuncional, risco de,
Pós-trauma síndrome,
risco de síndrome,
Proteção ineficaz,*

Q

Quedas, risco de

R

*Recreação deficientes, atividades de,
Recuperação cirúrgica retardada,
Religiosidade
aumentada, disposição para,
prejudicada,
prejudicada, risco de,
Respiratório ineficaz, padrão,
Retenção urinária,*

S

*Saúde, comportamento de busca de,
Saúde, manutenção ineficaz da,
Sexual, disfunção,
Sexualidade ineficazes, padrões de,
Solidão, risco de,
Sono
melhorado, disposição para,
Sono perturbado, padrão de
Sono, privação de,
Sufocação, risco de
Suicídio, risco de*

T

*Temperatura corporal, risco de desequilíbrio na,
Termorregulação ineficaz,
Transferência prejudicada, capacidade,
Trauma
risco de,
risco de síndrome pós,
Trauma de estupro
Síndrome do ,
Síndrome do, reação silenciosa,
Tristeza crônica,
Troca de gases prejudicada,*

V

*Ventilação espontânea prejudicada,
Ventilatório, resposta disfuncional ao desmame, Vínculo pais/filho
prejudicado, risco de ,
Violência
direcionada a outros, riscos de ,*

Violência direcionada a si mesmo.

*Risco de
Volume de líquido
deficiente,
deficiente risco de,
desequilíbrio, risco de,*

excessivo,

3. SITES DE INTERESSE E APOIO PARA ASSISTÊNCIA NA ENFERMAGEM CLÍNICA.

www.anvisa.gov.br – Agência Nacional de Vigilância Saúde
www.sbc.com.br – Sociedade Brasileira de Cardiologia
www.bireme.br – Biblioteca Virtual em Saúde
www.scielosp.org – Coleção Scielo de Saúde Pública
www.scielo.br – Scientific Eletronic Library Online
www.sbtox.org.br – Sociedade Brasileira de Toxicologia
www.manuaisdecardiologia.med.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LeFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- AURÉLIO. **Dicionário eletrônico**. CD-room. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. **Programa de integração docente – assistencial**. IDA. Brasília: MEC/SESU-CCS, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 1ª ed. Brasília:MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed., Brasília: Editora Ministério Saúde, 2006.
- CARPENITO, Jynda J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1999.
- CARPENITO, Lynda J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CASTILHO, Valéria; GAIDIZINSKI Raquel R. **Planejamento da assistência de enfermagem**. In: Administração em enfermagem. Cap. 16, p.207-214, São Paulo: EPU, 1991.
- CHUNG, T. Philip; COOB, J. Perren. Terapia intensiva. In: Washington. **Manual de cirurgia**. Capítulo 11, p.81-203, Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2005.

COFEN. **Decreto 94.406/1987**. Regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Brasília, 8 de junho de 1987.

COFEN. **Resolução 204/2000**. Aprova o Código de Ética em Enfermagem. Rio de Janeiro, 30 agosto de 2000.

COFEN. **Resolução 272/2002**. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro, 27 agosto de 2002.

DENSER, Carla P.A.C. Indicadores: instrumentos para a prática de enfermagem com qualidade. In.: cap. 6, p.91-100, **Enfermagem de excelência: uma visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FUGULIN, Fernanda M.T.; Gaidzinski, Raquel R.; KURCGANT, Paulina. **Sistema de classificação de pacientes**: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005, janeiro-fevereiro, 13(1):72-8.

GIOVANI, Arlete M.M. Enfermagem. **Cálculo e administração de medicamento**. 3ª ed. São Paulo: Legmar Informática & Editora, 1999.

GOLDENBERG, Saul. **Bases da cirurgia**. São Paulo: EPU, 1981.

HORTA, Vanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, Patrícia W.; TAPTICH, Bárbara J.; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Teorias em enfermagem**. Instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Papas livros, 1999.

MANICA, James T. **Anestesiologia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1997.

MENEZHIN, Paolo. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão em pacientes de serviços de emergência. **Rev. Nursing**, ano 1, nº 4, setembro, 1998. Edição brasileira.

PENETA, Cesar. **Semiologia pediátrica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.

SIQUEIRA, Ivana L.C.P.; KURCGANT, Paulina. **Passagem de plantão**: falando de paradigmas e estratégias. Acta Paulista Enfermagem. 2005, v.18, n.4, p.446-51.

SMLETZER, S. C.; BARE, B. G. **Apêndices: estudos diagnósticos e seus significados**. In: Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Vol. 2, p. 1746-1768, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TALBOT, Laura; MEYERS-MARQUARDT, Mary. **Cuidados críticos**. 3ª ed. Rio de Janeiro; Reichman & Affonso Ed., 2001.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

OUTRAS RESOLUÇÕES DO COFEN RECOMENDADAS E DISPONÍVEIS NO SITE
www.portalfcofen.com.br/legislações/resoluções.
(consulta o MANUAL ADMINISTRATIVO DE ENFERMAGEM)

RESOLUÇÃO COFEN nº 302/2005 – estabelece normas para Responsabilidade Técnica Enfermagem
RESOLUÇÃO COFEN nº 294/2004 – trata do uso de brinquedos com crianças hospitalizadas.
RESOLUÇÃO COFEN nº 288/2003 – referente ao atendimento a idosos
RESOLUÇÃO COFEN nº 280/2003 – proíbe a equipe de enfermagem de auxiliar em cirurgias
RESOLUÇÃO COFEN nº 278/2003 – proíbe a equipe de enfermagem de realizar sutura.
RESOLUÇÃO COFEN nº 277/2003 – referente a nutrição parenteral e enteral.
RESOLUÇÃO COFEN nº 271/2002 – trata da consulta de enfermagem, prescrição e solicitação de exames.
RESOLUÇÃO COFEN nº 258/2001 – trata da inserção de catéter periférico central – PIC.
RESOLUÇÃO COFEN nº 225/2000 – proíbe o cumprimento medicamentoso à distância.
RESOLUÇÃO COFEN nº 223/1999 – atuação do enfermeiro à mulher no ciclo gravídico e puerperal.
RESOLUÇÃO COFEN nº 213/1988 – instrumentação cirúrgica
RESOLUÇÃO COFEN nº 210/1988 – administração de quimioterápicos anti-neoplásicos.

ANEXO 1: RESOLUÇÃO COFEN-272/2002

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas c, i e j e artigo 8º, alíneas c, e e f;

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN N° 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe: I – Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduos, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem
- Exame Físico
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição da Assistência de Enfermagem
- Evolução da Assistência de Enfermagem
- Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 4º - Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º - É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º - Os casos omissos, serão resolvidos pelo COFEN.

Artigo 7º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.
Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA
COREN-RJ Nº 2.380
PRESIDENTE
CARMEM DE ALMEIDA DA SILVA
COREN-SP Nº 2.254
PRIMEIRA SECRETÁRIA

ANEXO 2: PRECAUÇÕES PADRÃO

Definição: precauções padrão são todas as ações utilizadas com o objetivo de prevenir, eliminar e/ou minimizar os riscos de exposição às infecções causadas por agentes biológicos. Todos os profissionais da saúde, apoio e alunos estão expostos aos riscos de contaminação.

Medidas de precaução padrão

- ✓ Qualquer pessoa pode ser um portador assintomático de doença infecto contagiosa, portanto, adote os cuidados de precaução padrão sem discriminação.
- ✓ Lave as mãos **antes e depois** de: ir ao banheiro; comer; usar luvas; realizar cuidados; etc.
- ✓ Não reencepe agulhas usadas. Despreze as agulhas, scalp, cateter venoso usados em recipiente adequado.
- ✓ Use as caixas de perfuro-cortantes até o limite de sua capacidade. Não sobrecarregue.
- ✓ Pense na pessoa que recolher o LIXO da unidade. Ela corre risco de acidental-se com material perfuro cortante jogado inadvertidamente (ex: agulhas e lâmina de bisturi).
- ✓ Mantenha o expurgo da unidade organizado.
- ✓ Coloque as caixas de instrumental usada no expurgo de forma organizada: despreze as gases usadas no lixo e os campos no hamper. Cuidado de não desprezar pinças junto com a roupa. Pense na pessoa que trabalha na lavanderia e o risco que ela corre.
- ✓ Use E.P.I (equipamento de proteção individual) sempre que o caso exigir.
- ✓ Os óculos de proteção devem ser lavados e desinfetados antes de serem guardados garantindo assim a segurança da próxima pessoa que for usar.

- ✓ Use luvas sempre que houver risco de contato com líquidos corpóreos (puncionar veia, banho de leito, aspiração oral, higiene oral, etc.).
- ✓ Mantenha o ambiente de trabalho limpo e organizado.
- ✓ Planeje e organize o que vai fazer antes de realizar o cuidado de enfermagem.
- ✓ Não submeta-se a longas jornadas de trabalho pois aumenta os riscos de acidentes.
- ✓ Procure o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) e atualize suas vacinações: hepatite, tétano, gripe, etc.
- ✓ Pegue sua máscara N95, específica para risco de contaminação pelo agente da Tuberculose no SSO.
- ✓ Oriente os clientes e familiares (acompanhante) quanto a permanência no hospital e os cuidados voltados para controle de infecção.
- ✓ Participe dos cursos e treinamentos oferecidos pelo SEPEnf e demais eventos científicos. Estude.
- ✓ Participe das ações promovidas pela CIPA – comissão interna de prevenção de acidentes.

Consulta o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e o Serviço de Saúde Ocupacional do HU

ANEXO 3: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO HUJM (em fase de reformulação)