

10

Fundamentos de Enfermagem

Denise Almeida ■ Débora Rodrigues Vaz

Objetivos de aprendizagem

- ✓ Identificar o papel do Técnico de Enfermagem na sistematização da assistência de Enfermagem
- ✓ Conhecer os passos para a realização dos procedimentos de Enfermagem
- ✓ Identificar os princípios de segurança na realização de procedimentos de Enfermagem
- ✓ Conhecer a legislação vigente referente aos procedimentos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Caro estudante, seja bem-vindo ao capítulo que contempla os procedimentos de Enfermagem envolvidos na assistência ao paciente em serviços de Saúde.

Tudo em nossa vida, para dar certo e sair do jeito que gostaríamos, necessita de planejamento. No estudo não é diferente, especialmente se você estuda e trabalha. Sugerimos a você que dedique pelo menos 1 hora do seu dia para estudo. Esse será seu plano de estudo. Acredite, isso vai proporcionar muitos benefícios à sua formação e irá ajudá-lo a conseguir o emprego dos seus sonhos. Programe-se e seja persistente! Seja realista ao definir seu plano. Não adianta definir 2 horas de estudo, se você não dispõe desse tempo. Como elaborar um plano de estudo?

Apresentamos a Tabela 10.1 como uma sugestão bem simples.

Faça anotações, esquemas e resumos do conteúdo estudado e armazene-os na nuvem (em um provedor da internet). Assim, em qualquer momento e lugar você poderá acessá-los.

Se você é do tipo que se distrai fácil ao estudar, sugerimos a técnica de estudo “Pomodoro”. Acesse o endereço <http://mel-meow.com/uma-longa-noite-aprendendo/> para descobrir o que é e como colocar essa técnica em prática. Essa técnica vai ajudá-lo também a desenvolver a

concentração, indispensável para a realização segura dos procedimentos de Enfermagem.

Nada de procrastinação! Não sabe o que é isso? Descubra acessando o *link* sugerido! Boa leitura!

CASO-CENÁRIO 1



Você, Técnico de Enfermagem recém-formado, trabalha em uma Unidade de Internação de clínica médica de um hospital geral. Nessa unidade, internam-se pacientes clínicos, e entre eles encontra-se o J.A., de 70 anos, negro, casado e aposentado. Ele tem 1,60 m de altura e pesa 90 kg. É hipertenso, diabético e está internado para controlar sua glicemia e cuidar de uma ferida em seu pé esquerdo. É tímido e apresenta bastante dificuldade em se relacionar com o paciente que divide a enfermaria de dois leitos com ele. Aceita muito bem a dieta oferecida pelo hospital, mas sente muita falta do pão francês que costuma comer todos os dias em sua casa. Sua esposa traz sempre alimentos que ele insiste em guardar no parapeito da janela. Sua urina está dentro dos padrões normais e refere que evacuava todos os dias pela manhã, mas, desde que foi internado, tem apresentado bastante dificuldade de utilizar o banheiro com outros pacientes, totalizando 10 dias que não evacua. Se comunica bem com a Enfermagem, mas expressa demasiadamente sua ansiedade pela alta. A prescrição apresenta dieta hipossódica e para diabetes. Entre os medicamentos prescritos incluem-se anti-hipertensivo, insulina de horário e, se necessário, conforme glicemia, curativo.

Você consegue mensurar a quantidade de atividades, cuidados e condutas envolvidas na assistência que deverá prestar a esse paciente? Você precisará seguir uma série de ações que vão desde o planejamento dos cuidados prestados até sua efetiva realização.

Para isso, você precisará retomar e integrar todo o conhecimento adquirido no curso, certo? Relacioná-lo com as patologias e as necessidades de saúde de J.A. E é isso que pretendemos aqui: apresentar o conteúdo referente aos procedimentos de Enfermagem relacionando-o com as reais necessidades do paciente. Preparado? Então vamos em frente! Começaremos abordando a sistematização da assistência de Enfermagem, uma metodologia de organização do trabalho de Enfermagem.

Tabela 10.1 Exemplo de plano de estudo.

Data	Início	Término	Assunto	Check
12/05	21:00	22:00	Administração de medicação IM	✓

IM: via intramuscular.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para que você entenda a sistematização da assistência em Enfermagem (SAE), que tal começarmos pelo significado da palavra sistematizar? Seria “organizar”, “estabelecer um sistema” para que o trabalho atinja com qualidade os objetivos planejados.

Então, podemos afirmar que a SAE organiza o trabalho de Enfermagem quanto a:

- Método (modo de fazer o trabalho que deve ter como base uma teoria de Enfermagem)
- Pessoal (dimensionamento do quadro de pessoal da Enfermagem, escalas de trabalho, de folgas, férias etc.)
- Instrumentos (protocolos, manuais, normas, procedimentos operacionais padrão [POP]).

Possibilita ainda a operacionalização do processo de Enfermagem (PE), que é a “ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional” (Barros et al., 2015), promovendo o cuidado seguro com base em evidências científicas. O PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas que são apresentadas na Figura 10.1

Você deve estar pensando: o que isso tem a ver com o Técnico de Enfermagem? O técnico é membro da equipe de Enfermagem, então sua participação no PE é fundamental!

Qual a fundamentação legal para a atuação do Técnico de Enfermagem no PE?

Segundo o art. 5º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 358/2009, o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem participam da execução do PE naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro.

Na Tabela 10.2, você verá em cada uma das etapas o seu papel.

A leitura atenta da Tabela 10.2 deixa claro qual é o papel do Técnico de Enfermagem no PE: sob a supervisão do enfermeiro, o Técnico de Enfermagem executa a prescrição de Enfermagem, participa das discussões sobre o cuidado embasando-se em seu conhecimento e também contribui para o cuidado com as informações relacionadas com aquilo que observou e coletou de informações junto ao paciente, familiares/acompanhantes e equipe multiprofissional durante a prestação da assistência e contribui ainda para o gerenciamento dos recursos necessários ao cuidado.

Quando falamos em executar a prescrição de Enfermagem não estamos nos referindo a um processo automático, despido de reflexão. Você precisa usar seu conhecimento para avaliar o paciente durante o procedimento, perceber a necessidade de mudanças no plano de cuidados e dialogar com o enfermeiro auxiliando-o no planejamento do cuidado.

A execução da prescrição de Enfermagem requer a utilização de alguns instrumentos básicos para o cuidado e a realização de procedimentos de Enfermagem – os próximos assuntos a serem abordados.

Processo de Enfermagem	Etapa	Definição	Papel do Técnico de Enfermagem
	Coleta de dados (investigação)	Etapa onde dados subjetivos e objetivos do paciente, família e coletividade são obtidos de maneira sistemática pelo enfermeiro.	Auxiliar o enfermeiro transmitindo informações relevantes para o cuidado obtidas por meio de observação e/ou com paciente, família e equipe multiprofissional.
	Diagnóstico de Enfermagem	Julgamento clínico, feito pelo enfermeiro, sobre a resposta do indivíduo, da família ou da coletividade aos problemas de saúde reais ou potenciais.	Embora essas etapas sejam privativas do enfermeiro, o Técnico de Enfermagem pode contribuir transmitindo informações relevantes para o cuidado obtidas por meio de observação e/ou com paciente, família e equipe multiprofissional e sugerindo intervenções baseadas em seu conhecimento.
	Planejamento	Etapa que consiste no “estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários, na formulação de metas ou no estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de Enfermagem, que serão executadas na fase de implementação”.	
	Implementação	Corresponde à execução pela equipe de Enfermagem dos cuidados prescritos na etapa de planejamento.	Executar as intervenções prescritas pelo enfermeiro, registrando fidedignamente as informações sobre a assistência prestada por meio de checagem, da anotação de Enfermagem e da passagem de plantão.
	Avaliação	Consiste na verificação dos resultados obtidos pelas intervenções de Enfermagem, isto é, as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade ao cuidado implementado. Permite mudanças no planejamento caso os resultados obtidos não sejam o esperado.	Auxiliar o enfermeiro na avaliação da efetividade dos cuidados e transmitir informações relevantes obtidas por meio de observação e com paciente, família e equipe multiprofissional.

Figura 10.1 Etapas do processo de Enfermagem. (Adaptada de Barros et al., 2015.)

Tabela 10.2 Etapas do processo de Enfermagem, suas definições e o papel do Técnico de Enfermagem.

Etapa	Definição	Papel do Técnico de Enfermagem
Coleta de dados (investigação)	Etapa em que dados subjetivos e objetivos de paciente, família e coletividade são obtidos de maneira sistemática pelo enfermeiro	Auxiliar o enfermeiro, transmitindo informações relevantes para o cuidado, obtidas por meio de observação e/ou com paciente, família e equipe multiprofissional
Diagnóstico de Enfermagem	Julgamento clínico feito pelo enfermeiro, sobre a resposta do indivíduo, da família ou da coletividade aos problemas de saúde reais ou potenciais	Embora essas etapas sejam privativas do enfermeiro, o Técnico de Enfermagem pode contribuir transmitindo informações relevantes para o cuidado, obtidas por meio da observação e/ou com paciente, família e equipe multiprofissional, e sugerindo intervenções com base em seu conhecimento
Planejamento	Etapa que consiste no “estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem prioritários a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados, e a prescrição de ações de Enfermagem, que serão executadas na fase de implementação”	
Implementação	Corresponde à execução, pela equipe de Enfermagem, dos cuidados prescritos na etapa de planejamento	Executar as intervenções prescritas pelo enfermeiro, registrando fidedignamente as informações sobre a assistência prestada por meio de checagem, da anotação de Enfermagem e passagem de plantão
Avaliação	Consiste na verificação dos resultados obtidos nas intervenções de Enfermagem, isto é, nas respostas do indivíduo, da família ou da comunidade ao cuidado implementado. Possibilita mudanças no planejamento, caso os resultados obtidos não sejam os esperados	Auxiliar o enfermeiro na avaliação da efetividade dos cuidados e transmitir informações relevantes por meio de observação e com o paciente, família e equipe multiprofissional

Fonte: Barros et al., 2015.

SAIBA MAIS



Enfermagem baseada em evidências

A Enfermagem teve por algum tempo sua prática do cuidado alicerçada no conhecimento empírico, com base somente na observação, no senso comum e na experiência, ou seja, cuidados ministrados sem comprovação científica de seus resultados. Atualmente exige-se do enfermeiro que as intervenções por ele prescritas sejam também embasadas em resultados de pesquisas que comprovem a efetividade desses cuidados, tornando-os mais confiáveis e seguros para o paciente. As intervenções de Enfermagem com efetividade comprovada por meio de pesquisas conduzidas com rigor metodológico são as chamadas “evidências” (Pedreira, 2009).

OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está saindo de casa para a escola. Ao chegar à rua, olha para o céu e vê que ele está cinzento, com nuvens pesadas. Imediatamente você retorna a sua casa e pega um guarda-chuva antes de dirigir-se novamente à escola.

O que te fez voltar para apanhar o guarda-chuva? Sua observação dos sinais de chuva captados pelos seus sentidos aliada ao seu conhecimento sobre os sinais indicativos de possível chuva?

Observar é isso! Usar nossos sentidos (visão, audição, tato, olfação e gustação) para obter informações, analisá-las e tomar decisões sobre uma determinada situação. No exemplo mencionado, você usou sua visão para perceber os sinais indicativos de chuva – céu cinzento, nuvens pesadas –, e os julgou com base no conhecimento da experiência, do senso comum – vai chover –, para assim tomar uma decisão – voltar e apanhar o guarda-chuva.

Na Enfermagem, a observação é usada para a apreensão de características ou informações sobre paciente, acompanhantes, familiares, ambiente onde o cuidado é prestado, os profissionais que integram o cuidado etc.

As informações resultantes da observação são analisadas com base na experiência do profissional e no conhecimento científico disponível, para a tomada de decisão quanto aos problemas encontrados e às intervenções de Enfermagem cabíveis a cada caso.

Vamos usar outro exemplo: J.A., como você leu no Caso-cenário 1, tem uma ferida no pé esquerdo. Que sentidos você usaria na observação dessa ferida?

- **Visão:** para ver a profundidade da ferida, se está seca ou se tem exsudato, se o local apresenta vermelhidão, se o paciente apresenta expressão facial de dor
- **Tato:** sentir a temperatura no local próximo à ferida
- **Audição:** se o paciente geme quando levanta ou abaixa esse pé, para ouvir as informações fornecidas pelo paciente
- **Olfação:** para sentir se a ferida exala algum odor.

Todas as informações coletadas pelos seus sentidos, combinadas ao seu conhecimento sobre feridas, vão permitir que você compreenda a gravidade da ferida e forneça ao enfermeiro as informações essenciais para a tomada de decisão conjunta sobre o melhor cuidado nesse caso. Além disso, dia após dia, esses mesmos sentidos o ajudarão a perceber se a ferida de J.A. está piorando ou melhorando e sinalizar ao enfermeiro. Como você pode ver, a observação é essencial para o profissional de Enfermagem e para o paciente.

A observação do profissional pode sofrer influência de alguns fatores, como:

- Luminosidade (tanto a escassez de luz quanto o excesso podem interferir na percepção de detalhes)
- Posicionamento do observador em relação ao alvo da observação
- Experiência prévia e conhecimento do profissional para facilitar a análise e a busca por informações relevantes
- Acuidade dos órgãos do sentido do profissional

- Percepção do observador no sentido de olhar para realmente ver
- Tempo disponível para a observação
- Sistematização da observação (planejar e organizar a observação ajuda a apreensão de detalhes e desdobramento de informações tornando-a mais completa)
- Uso combinado de diferentes sentidos para maior apreensão de detalhes
- Responsabilidade e comprometimento do profissional com a atividade de observação.

NA PRÁTICA



Para melhorar a capacidade de observação, é preciso praticá-la. Por isso, a partir de hoje, procure desenvolver sua observação: no caminho de casa, no transporte, na sala de aula e nos estágios, observe as pessoas, como estão vestidas, seu estado de higiene, sua posição corporal, suas expressões faciais. Exercite também a auto-observação para desenvolver a habilidade de autoavaliação.

Florence Nightingale já considerava a observação fundamental para o exercício da Enfermagem, afirmando que a lição mais importante, na prática, que pode ser dada aos enfermeiros é ensinar-lhes o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam uma melhora e quais os que indicam o inverso, os que são importantes, os que são a evidência de negligência e de que tipo de negligência (Nightingale, 1989).

A observação requer ainda do profissional a descrição clara do que observou, com dados relevantes para o cuidado. No exercício da profissão, o Técnico de Enfermagem descreve o conteúdo de suas observações especialmente nas anotações de Enfermagem e na passagem de plantão, nossos próximos assuntos.

REGISTROS DE ENFERMAGEM

Você sabia que os registros de Enfermagem representam cerca de 50% das informações inerentes ao cuidado registradas no prontuário do paciente? E que esses registros têm papel fundamental na segurança do paciente? Você sabia que os seus registros também podem ser usados em um futuro processo judicial?

Veja a enorme responsabilidade dos profissionais de Enfermagem em relação a esses registros essenciais ao cuidado, desde que retratem cuidadosa e fielmente a realidade.

IMPORTANTE



O Coren-SP define prontuário como “Acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência”, conforme [link: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf). Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo a Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002, prontuário é o “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente 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”.

SAIBA MAIS



O prontuário eletrônico de paciente (PEP) é um sistema informatizado de registro das ações dos profissionais de Saúde no cuidado aos pacientes que vem ganhando cada vez mais espaço nas instituições de Saúde. O PEP permite a guarda e o manuseio dos documentos relacionados com o atendimento prestado ao paciente em sistemas digitalizados. Otimiza o acesso às informações relacionadas com o estado de saúde do paciente, integra informações de diferentes setores, profissionais e níveis de atendimento ao paciente, substitui os registros feitos em papel, otimizando o espaço de guarda para esses documentos, minimiza problemas relacionados com a legibilidade das anotações, possibilita uma visão mais ampla do estado clínico do paciente e potencializa a segurança do paciente, entre outras utilidades. O PEP também apresenta algumas desvantagens, especialmente pela falta de ética e cuidado dos profissionais, como divulgação de dados não autorizados pelo paciente. Fragilidades no sistema de segurança também podem expor as instituições ao sequestro de dados por *hackers*. Devemos lembrar o caráter sigiloso das informações contidas no prontuário, por isso, é vital adotarmos alguns cuidados para proteção das informações sobre o paciente:

- Minimizar a tela do computador ao atender a familiares, acompanhantes e profissionais que não estejam autorizados a acessar o prontuário
- Faça *log-off* sempre que se afastar do computador
- Construa uma senha de acesso pessoal forte (combine números, letras maiúscula e minúscula, símbolos, espaço); por exemplo, aMOchOcOIAIE#45
- Nunca compartilhe sua senha
- Participe dos treinamentos sobre o uso correto do PEP
- Seja cauteloso ao navegar pela internet em seu local de trabalho, tanto pelo computador quanto pelo seu celular conectado à rede *wi-fi* do serviço de Saúde, pois você pode expor o servidor à invasão sem perceber
- Evite efetuar *downloads* não autorizados pelo serviço de Saúde
- Não abra *e-mails* e arquivos de origem desconhecida.

Finalidade dos registros

Os registros de Enfermagem servem para/como:

- **Partilha de informações:** estabelece uma efetiva comunicação com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente
- **Garantia de qualidade:** é possível avaliar a qualidade da assistência
- **Relatório permanente:** por ser um registro escrito, com ordem cronológica dos cuidados prestados ao paciente da admissão a alta ou óbito
- **Evidência legal:** os registros são considerados documento legal no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal. Cada profissional que deixa seu registro no prontuário de um paciente é legalmente responsável pela informação ali prestada
- **Ensino e pesquisa:** os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados para pesquisas, visando à melhoria do cuidado, e para ensinar as futuras gerações de profissionais com base na realidade
- **Auditoria:** os registros são analisados pelas fontes pagadoras para o pagamento das contas hospitalares. Registros inadequados podem resultar na suspensão ou

no cancelamento do pagamento dos gastos com a internação, as chamadas “glosas”, ocasionando prejuízo ao serviço de Saúde.

Enfim, os registros evidenciam o trabalho da equipe de Enfermagem, ou seja, nossas ações e empenho na busca pela qualidade da assistência e segurança do paciente valorizam e dão visibilidade à nossa profissão, bem como promovem o seu desenvolvimento.

Os registros mostram o que a Enfermagem faz! Por outro lado, a falta do registro ou registros incompletos mostram a fragilidade da equipe de Enfermagem e do cuidado por ela prestado. Por isso, a valorização do trabalho da Enfermagem também está relacionada com os registros feitos durante o cuidado prestado.

IMPORTANTE



Os Técnicos de Enfermagem têm papel fundamental nos registros sob a forma de anotação de Enfermagem.

Anotação de Enfermagem

A anotação de Enfermagem nada mais é que o registro dos cuidados prestados pela equipe de Enfermagem em colaboração com outros profissionais.

Por que a anotação é importante?

Você certamente já sabe a resposta, mas não custa enfatizá-la, não é mesmo?

Por meio da anotação, é possível garantir a continuidade da assistência de Enfermagem nas 24 horas, melhorando a segurança do paciente. A anotação permite a comunicação entre os membros da equipe de Enfermagem responsável pelo cuidado e também com os demais profissionais que integram a equipe multiprofissional.

O que deve ser anotado?

Devem ser anotadas todas as informações relativas aos cuidados prescritos pelo enfermeiro e pelo médico, executados por enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: realização de banho no leito, glicemia capilar, valores obtidos na verificação dos sinais vitais, intercorrências com o paciente, não realização de um cuidado prescrito e justificativa, orientações fornecidas aos pacientes e acompanhantes, sinais e sintomas observados pelo profissional ou relatados pelo paciente, respostas do paciente às intervenções de Enfermagem etc.

São consideradas anotação de Enfermagem:

- **Sinais gráficos** (/, 0, √): usados para checar cuidados prestados ou sinalizar aqueles que não foram realizados
- **Registros gráficos**: representação utilizada para anotar sinais vitais, por exemplo
- **Registros descritivos**: “08:00 realizo tricotomia em região axilar e com tricotomizador elétrico. Apresenta pele íntegra no local. Eduardo Gomes – Coren-AP-123.321-TE”

IMPORTANTE



A simples checagem no prontuário por meio de símbolos (/, 0, √) para sinalizar se um cuidado foi ou não ministrado não cumpre os requisitos legais de validação de um documento. Por isso, é necessária a complementação do registro com a descrição escrita (ou digitada) do cuidado.

SAIBA MAIS



Como você viu, a anotação de Enfermagem tem valor legal. Mas, qual é a fundamentação para isso?

A fundamentação é encontrada nas legislações a seguir:

- **Constituição Federal**: artigo 5º, inciso X
- **Decreto nº 94.406/87**: regulamenta a Lei nº 7.498/86 – Lei do Exercício Profissional de Enfermagem
- **Resolução Cofen nº 564/2017**: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE): artigos 35 a 38
- **Resolução Cofen nº 429/12**
- **Código de Processo Civil**: artigos 368, 386, 371 e 372
- **Código Civil Brasileiro**: artigos 186, 927 e 951
- **Código Penal**: artigo 18
- **Código de Defesa do Consumidor**: artigos 6º e 43
- **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**: artigo 3º.

Acesse esses documentos pela internet e leia com atenção cada artigo citado. Faça um estudo de cada lei e anote as partes mais importantes, de maneira resumida e com suas próprias palavras. Depois, converse com o professor sobre suas dúvidas e as esclareça. Se necessário, peça exemplos práticos para que você compreenda melhor.

Regras a serem cumpridas na anotação de Enfermagem

A anotação deve:

- Ser precedida de data e hora
- Respeitar a ordem cronológica
- Conter a assinatura e carimbo de identificação do profissional (nome completo do profissional ou nome social registrado, sigla Coren com a respectiva Unidade da Federação sede do Conselho, número de inscrição e categoria profissional, esses últimos separados por hífen). Em caso de prontuário eletrônico as assinaturas devem ser certificadas, conforme a legislação vigente

NOME COMPLETO
COREN-RJ-000.000-TE

- Ser efetuada imediatamente após a prestação do cuidado, orientação efetuada ou informação obtida
- Ser escrita com caneta na cor de tinta padronizada pelo serviço de Saúde
- Priorizar a descrição de características (coloração, forma) e utilização de unidades de medida (cm, mm, mL, mg, g)
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura e padronizadas pelo serviço de Saúde
- Ser legível, completa, objetiva, concisa e clara

- Conter terminologias científicas para expressar os achados encontrados
- Ser isenta de erros gramaticais.
Pelo caráter legal do prontuário, são proibidos:
- Rasuras (rabiscos ou uso de corretivos), entrelinhas, linhas ou espaços em branco
- Uso de termos imprecisos (bem, mal, muito, pouco, bastante etc.).

Você verá na prática como fazer a anotação de Enfermagem em cada procedimento de Enfermagem que estudaremos mais à frente.

PARA REFLETIR



Como anda sua escrita? Você escreve com nenhum erro, poucos erros ou muitos erros de português? Tem facilidade para se expressar escrevendo? Tem dificuldade na escrita? O que tem feito para melhorar?

IMPORTANTE



A anotação de Enfermagem vincula-se à 2ª Meta Internacional de Segurança do Paciente: melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais da Saúde. Ver Figura 8.6.

SAIBA MAIS



Entre no *site* do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP; www.segurancadopaciente.com.br), escreva “comunicação” na chave de busca, e você terá acesso a diversos artigos que abordam a importância da comunicação de qualidade para a segurança do paciente. Recomendamos que você leia o artigo “Comunicação entre médicos e enfermagem: o problema da omissão” para que se informe sobre as principais falhas de comunicação entre médicos e equipe de Enfermagem.

DICA DE MESTRE



Você pode usar a tecnologia para melhorar sua anotação e, principalmente, ajudá-lo a identificar as informações relevantes a serem anotadas (essa, sem dúvida, é uma grande dificuldade para todos). Busque pequenos casos na internet para realizar uma anotação fictícia; se não encontrar nenhuma ocorrência, peça ajuda ao professor. Depois de finalizar a anotação, mostre ao professor e peça para ele apontar os pontos de melhoria. Nas anotações seguintes, tente corrigir os pontos que o professor destacou.

Passagem de plantão

Como você viu, a continuidade da assistência de Enfermagem nas 24 horas é fundamental para a segurança do paciente. A passagem de plantão é uma prática que, se realizada adequadamente, promove a continuidade da assistência e auxilia na organização do cuidado. Assim como a anotação de Enfermagem, a passagem de plantão também se vincula à 2ª Meta Internacional de Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de Saúde.

O que é a passagem de plantão?

É uma prática que consiste na transmissão sistematizada de informações importantes e pendências relacionadas com o cuidado prestado pelos profissionais de um turno aos do turno seguinte. Significa também a transferência de responsabilidade do cuidado de um profissional para outro.

As informações podem ser transmitidas verbalmente, por escrito, com ajuda de tecnologia ou utilizando-se uma combinação desses recursos. A transmissão pode ser feita em local próprio ou à beira-leito. Geralmente, a passagem de plantão se inicia 10 minutos antes do final de um turno e se encerra até 10 minutos após o início do próximo.

Você sabe quais informações devem ser transmitidas na passagem de plantão?

Não existe um consenso entre os profissionais e cada unidade de Saúde estabelece sua rotina de passagem de plantão, mas, de uma maneira geral, as informações a serem transmitidas são:

- Nome do paciente
- Quarto e leito
- Diagnósticos
- Motivo da internação
- Exames realizados e pendentes
- Procedimento cirúrgico realizado ou pendente
- Cuidados não realizados e o motivo da não realização
- Cancelamento de procedimentos agendados
- Se o paciente está em preparo para algum exame/procedimento médico
- Registro de soros, drenos, sondas etc.
- Intercorrências durante o plantão, medidas adotadas e resultados obtidos.

Na passagem de plantão, também são elencadas pendências em relação a materiais e equipamentos indispensáveis ao cuidado.

Como garantir uma passagem de plantão efetiva?

- Utilização de comunicação clara, concisa, completa e uniforme
- Realizar o fechamento prévio do plantão no prontuário, observando e registrando as pendências
- Conferir se todos os cuidados prescritos e realizados estão checados
- Conferir se os cuidados não realizados estão acompanhados de justificativa
- Local adequado para a passagem de plantão – deve permitir que os profissionais permaneçam sentados e não sofram interrupções, exceto se a passagem de plantão for à beira-leito
- A passagem de plantão deve ser coordenada por um enfermeiro
- Utilizar *checklist* de acordo com o modelo de passagem de plantão adotado na unidade de Saúde
- Designar um profissional para o atendimento de campanhas, telefone, durante a passagem de plantão
- Estabelecer um tempo determinado para a passagem de plantão

- Utilizar documentos do prontuário do paciente na passagem de plantão (prescrição médica e prescrição de Enfermagem etc.).

O que pode interferir na efetividade da passagem de plantão?

- Interrupções (telefone, campanhas, outros profissionais)
- Atrasos na chegada dos profissionais que vão assumir o plantão (veja como a pontualidade é importante)
- Passagem de plantão longa sem um planejamento prévio
- Falta de concentração e atenção dos profissionais
- Conversas paralelas durante a passagem de plantão
- Não valorização e compreensão da importância da passagem de plantão pelos profissionais
- Espaço físico inadequado à realização da passagem de plantão
- Ruídos ambientais
- Realizar outra atividade durante a passagem de plantão (atender celular, mexer em bolsas, preparar medicamentos etc.)
- Registros incompletos no prontuário (anotação e checagem dos cuidados)
- Deficiência na habilidade de comunicação dos profissionais
- Relacionamento interpessoal entre os membros da equipe.

Você percebeu como a passagem de plantão é importante e complexa? As instituições de Saúde que investem na melhoria da qualidade precisam dedicar especial atenção à passagem de plantão como estratégia para melhorar a segurança do paciente. E você, como futuro profissional, prepare-se desde já para realizar essa atividade com excelência!

Você já ouviu falar em transição do cuidado?

São os momentos de transferência de pacientes e as ações que objetivam assegurar a coordenação e a continuidade da assistência. A transição acontece:

- Quando o paciente é transferido entre diferentes setores em uma mesma unidade de Saúde
- Quando muda a equipe que atende o paciente
- Quando entra um novo profissional na equipe que atende ao paciente

- Quando o paciente recebe alta do serviço e continuará o tratamento em casa ou em outro serviço de Saúde
- Quando, na atenção básica, o paciente muda de endereço e passa a ser atendido em outra Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por outra equipe da Saúde da Família.

O momento da transição é vital para a segurança do paciente, pois a omissão de informações e/ou a passagem de dados irrelevantes podem comprometer a continuidade do cuidado, a recuperação do paciente e até mesmo causar eventos adversos.

Você, como membro da equipe, poderá acompanhar momentos de transição de cuidados e, algumas vezes, será o responsável pela passagem de informações ao acompanhar o paciente quando este for transferido de unidade, encaminhado ao centro cirúrgico ou a algum setor para realização de exames, por isso sua passagem de plantão precisa ter qualidade (clara, concisa e completa). Um método que pode te ajudar a realizar uma transição de cuidados com qualidade é o SBAR (situação, breve história, avaliação, recomendação). A Tabela 10.3 exemplifica como esse método pode ajudar na transição de cuidados.

O que pode acontecer quando a passagem de plantão não é efetiva?

- Atrasos nos diagnósticos
- A não realização de algum procedimento ou cuidado
- Atividades desnecessárias (exames e procedimentos adicionais)
- Comunicação redundante
- Elevação de custos e do tempo de internação
- Insatisfação do paciente e da família
- Risco de a maior parte das informações passadas não estarem registradas no prontuário.

Para evitar problemas para você e para os pacientes sob seus cuidados, pratique a passagem de plantão durante os estágios. Se necessário, elabore um roteiro para a passagem de plantão nos estágios iniciais e se autoavalie quanto à qualidade e à relevância das informações que está passando.

Para tornar a passagem de plantão mais segura, você também pode utilizar a ferramenta SBAR, que reduz as chances de erros e omissões durante a passagem de plantão.

Tabela 10.3 Método SBAR na transição do cuidado.

O quê	Como	Exemplo
S (situação)	Frase concisa sobre o problema	"Olá, dr. XXX. Aqui é a enfermeira YYY. Estou acompanhando o paciente ZZZ, que relatou dor torácica de forte intensidade há 2 minutos, acompanhada de dispneia e sudorese"
B (breve história)	Detalhes e contexto pertinentes ao problema	"Homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, realizou uma colectomia ontem, sem complicações"
A (avaliação)	Análise e opções consideradas	"Solicitei um eletrocardiograma ontem. Minha preocupação é que ele esteja sofrendo um infarto ou uma embolia pulmonar"
R (recomendação)	Ação recomendada	"É muito importante que o senhor venha imediatamente"

Adaptada de IBSP, 2019.

PARA REFLETIR

Como futuro profissional, qual sua responsabilidade na passagem de plantão? Como é sua comunicação? Leia com atenção o artigo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Capítulo II – “Dos deveres”) e reflita sobre como a passagem de plantão se enquadra nele.

É dever do profissional:

“Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.”

IMPORTANTE

A passagem de plantão requer dos profissionais uma postura ética. Atenção especial deve ser dada à passagem de plantão feita verbalmente, especialmente no posto de Enfermagem, para evitar que pessoas desautorizadas tenham acesso a informações sobre o paciente, violando o sigilo profissional e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O ideal é que a passagem de plantão seja realizada em ambiente protegido.

DICA DE MESTRE

Vamos dar início agora aos procedimentos de Enfermagem. Quanta responsabilidade, não é mesmo? Por isso estamos aqui para compartilhar nossa experiência! Vamos falar de uma estratégia que irá ajudar você a compreender melhor cada procedimento e a executá-lo com segurança. Essa estratégia tem por objetivo facilitar a compreensão dos princípios de segurança para o paciente, profissional e meio ambiente. Envolve também a relação desses princípios com a Lei do Exercício Profissional, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais legislações. Vamos lá:

1. No dia anterior à aula, procure saber qual procedimento será estudado e os objetivos da aula. Pesquise informações sobre o procedimento na internet e assista a alguns vídeos.
2. Pesquise na Lei do Exercício Profissional se o procedimento a ser aprendido é da competência do Auxiliar, do Técnico de Enfermagem e/ou enfermeiro (essa pesquisa também deve ser feita no dia anterior à aula).
3. Procure identificar os princípios que garantam a segurança do profissional, do paciente e do meio ambiente, os artigos do CEPE e demais legislações relacionadas com o procedimento a ser realizado. Esses princípios podem ser elaborados como *checklist*.
4. Reflita por que esses princípios garantem a segurança do profissional, do paciente e do meio ambiente.
5. Durante a execução do procedimento no laboratório, enquanto um colega realiza o procedimento, você pode conferir se os princípios foram respeitados conforme o *checklist*. Quando você realizar o procedimento, tente se lembrar dos princípios e execute-os também.
6. Sempre que necessário, peça ajuda ao professor.

Essa estratégia faz com que você mobilize todos os conhecimentos interdisciplinares estudados, ajuda você a identificar suas próprias dificuldades, inicia a construção da cultura da segurança no cuidado e autocuidado, te capacita para a autoavaliação de seu desempenho, tornando você menos dependente do professor.

Pela internet, acesse artigos e informações que poderão ser úteis durante as suas aulas. Sugerimos esses dois documentos:

DICA DE MESTRE (Continuação)

- O artigo “A construção da cultura da segurança na formação dos profissionais de enfermagem”, publicado na página 38 da *Enfermagem Revista*, edição 23, out-nov-dez de 2018, publicação do Coren-São Paulo. Disponível na íntegra em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/revista_coren_sp_dezembro_ed_23_2018.pdf
- A publicação do Coren-São Paulo sobre a construção da cultura de segurança na formação dos profissionais de Enfermagem. Disponível na íntegra em: <https://www.coren-sp.gov.br/artigo-seguranca-formacao/>, com exemplos de princípios de segurança para o profissional, para o paciente e para o meio ambiente.

Que tal darmos início aos procedimentos de Enfermagem? Vamos começar pelo procedimento mais simples e certamente um dos mais importantes para o paciente, para o profissional e para os serviços de Saúde.

IMPORTANTE

Antes de realizar qualquer procedimento, pense:

- Esse procedimento é competência do Técnico de Enfermagem? A resposta você encontra na Lei do Exercício Profissional e nas demais legislações do Cofen e do Coren de seu Estado
- Tenho conhecimento e habilidade para realizar o procedimento de maneira a garantir a minha segurança, a do paciente e a do meio ambiente?
- Sei quais artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) estão relacionados com o procedimento que vou realizar? Se não souber, informe-se antes de iniciar sua prática.

IMPORTANTE

O modo de realizar cada procedimento não é único. Cada serviço de Saúde estabelece procedimentos operacionais padrão (POP) e protocolos que se adequam à realidade da instituição e ao perfil do público que atende. Por isso, o ideal é que você compreenda os princípios de segurança envolvidos em cada um. Assim, você não terá dificuldade para se adaptar às particularidades de cada serviço, promovendo a sua segurança e a do paciente. Muitas vezes você precisará adequar os passos do procedimento aos materiais disponíveis, e isso pode ser feito respeitando-se os princípios de segurança. Na realização dos procedimentos que serão descritos à frente, você poderá substituir, por exemplo, a higienização antisséptica das mãos pela fricção antisséptica. Decorar os passos dos procedimentos sem entender o porquê deles, com certeza, ocasionará riscos a você e ao paciente.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**PARA REFLETIR**

Em que situações você lava suas mãos em um dia normal, de rotina? Por que você lava? E nos serviços de Saúde, devemos “lavar” as mãos? Por quê?

Começamos esse assunto com um lembrete: é dever do profissional de Enfermagem “[...] prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução Cofen 564/2017, artigo 45).

(continua)

Com base nesse artigo, podemos afirmar seguramente que higienizar as mãos é dever do profissional de Enfermagem/Saúde.

A pele de nossas mãos serve como reservatório para diversos microrganismos que podem ser transmitidos ao paciente por contato direto (pele/pele) e/ou indireto (pele/superfícies contaminadas) e provocar infecções. Você já deve ter ouvido que muitas doenças podem ser evitadas pela higienização das mãos. Pense em algumas doenças que você conhece e que podem ser prevenidas quando se higienizam as mãos.

Para prevenir as infecções relacionadas à saúde (IRAS), uma das principais medidas também é a higienização das mãos.

A higienização engloba:

- Higiene simples (água e sabonete)
- Higiene antisséptica (água e sabonete antisséptico)
- Fricção antisséptica (solução alcoólica)
- Antissepsia cirúrgica.

Indicações

Higiene simples

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho
- Antes e depois de usar o banheiro
- Antes e depois das refeições
- Antes do preparo de alimentos
- Antes do preparo e manipulação de medicamentos
- Antes e após contato com paciente colonizado ou infectado por *C. difficile*
- Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico
- Nas situações em que a higienização com preparações à base de álcool não é indicada.

Higiene antisséptica e fricção antisséptica (quando as mãos não estiverem visivelmente sujas)

- Antes de contato com o paciente
- Após contato com o paciente
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico
- Após risco de exposição a fluidos corporais
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente
- Antes e após remoção de luvas.

A Organização Mundial da Saúde preconiza a higienização das mãos em cinco momentos essenciais. Para saber mais, ver Figura 6.1.

Como deve ser realizada a técnica de higienização e fricção das mãos? Para saber, ver Figura 10.2.

O material necessário inclui:

- Pia
- Sabão antisséptico
- Papel-toalha
- Álcool em gel a 70%.

Alguns cuidados com as mãos:

- Mantenha suas unhas limpas e curtas
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes
- Retire o esmalte desgastado e esfolado das unhas
- Não utilize anéis, relógio, pulseiras e outros adornos quando assistir o paciente
- Aplique creme hidratante nas mãos (uso individual), diariamente, para evitar ressecamento na pele
- Evite as seguintes ações: usar simultaneamente sabonete e produtos alcoólicos, higienizar as mãos com água quente, calçar luvas com as mãos molhadas, higienizar as mãos além das recomendações indicadas e usar luvas fora das recomendações.

SAIBA MAIS



Assista ao vídeo “Higienização das mãos”, disponível em: https://www.youtube.com/watch?list=UU-r-_zbyTeZnx7p9Z0c_Kxg&time_continue=5&v=S44nlXtdpVg.

Conheça o Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) “Segurança do Paciente: Higienização das Mãos”, disponível para *download* em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>.

DICA DE MESTRE



Busque na internet o poema “Meu Destino” de Cora Coralina e leia-o. Reflita sobre ele e tente estabelecer uma relação entre o poema e a higienização das mãos. Para se inspirar, assista ao vídeo “Hand hygiene dance – WHO/HUG, Geneva, disponível em: https://www.youtube.com/watch?time_continue=33&v=0*t_jtzJCDM.

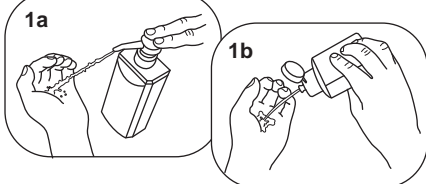
Existem muitos outros vídeos legais também. Você gosta de postar dancinha nas redes sociais? O que acha de postar algo sobre a higienização das mãos?

CALÇAR E RETIRAR LUVAS DE PROCEDIMENTO

O uso de luvas de procedimento consiste em medida de proteção pessoal para os profissionais e confere também proteção ao paciente. São luvas descartáveis, não estéreis, de látex, borracha nitrílica ou vinílica. Consideradas equipamento de proteção individual (EPI), devem ser utilizadas quando houver risco de contato com sangue, líquidos corporais, secreções e excreções, mucosas e pele não íntegra e durante as precauções de contato e situações de surto.

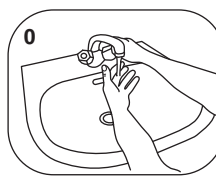
Algumas práticas consideradas seguras sobre o uso da luva:

Fricção antisséptica das mãos

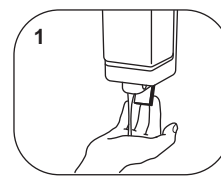


1a
1b
Aplique o produto em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies

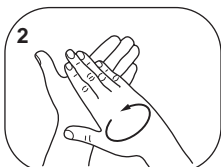
Higienização simples Higienização antisséptica



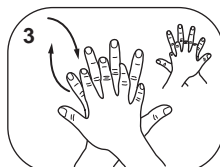
0
Molhe as mãos com água



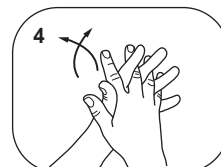
1
Aplique sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos



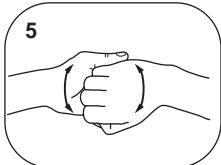
2
Esfregue as palmas das mãos uma na outra



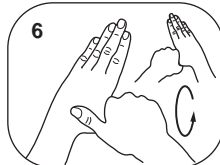
3
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa



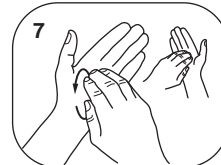
4
As palmas das mãos com dedos entrelaçados



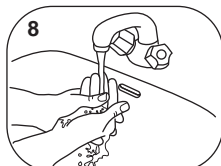
5
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



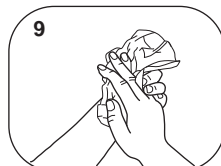
6
Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa



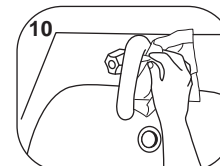
7
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa



8
Enxágue as mãos com água

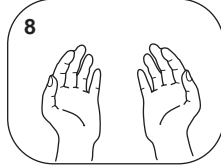


9
Seque bem as mãos com toalhete descartável



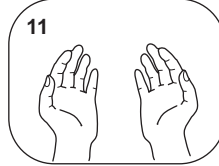
10
Utilize o toalhete para fechar a torneira se ela for de comando manual

20-30 seg.



8
Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

40-60 seg.



11
Agora as suas mãos estão seguras.

Figura 10.2 Técnica de higienização e fricção das mãos. (Adaptada de Brasil, 2020.)

- Procure selecionar o tamanho de luva que melhor se adequa ao tamanho de suas mãos. Essas luvas geralmente vêm nos tamanhos P, M e G
 - Higienize suas mãos antes de calçar as luvas e após retirá-las
 - Troque de luvas quando: estiverem sujas, ao mudar de paciente, ao mudar de um sítio anatômico contaminado para outro não contaminado no mesmo paciente
 - Retire as luvas imediatamente após o término dos procedimentos
 - Não toque em superfícies do ambiente com as mãos enluvadas (p. ex., maçaneta da porta)
 - Despreze as luvas em lixo para infectantes após o uso. O reprocessamento não é recomendado
 - Não manuseie itens pessoais com as mãos enluvadas
 - Caso apresente alergia ao látex, use luvas de vinil
 - Use luvas por curtos períodos de tempo
 - Certifique-se de que suas mãos estejam limpas e secas antes de calçar as luvas
 - Certifique-se de que as luvas estejam íntegras, limpas e secas internamente
 - Mantenha as luvas guardadas em sua embalagem original.
- Para calçar as luvas de procedimento:
- Higienize as mãos e espere a secagem completa das mesmas
 - Retire uma luva da caixa segurando-a na área do punho
 - Deslize suavemente os dedos da mão dominante para o interior da luva
 - Ajuste a luva aos dedos puxando-a suavemente pela área do punho
 - Retire a segunda luva da caixa com a mão enluvada segurando-a na área do punho
 - Deslize suavemente os dedos da mão não dominante para o interior da luva
 - Ajuste a luva aos dedos, puxando-a suavemente pela área do punho.
- Para retirar as luvas de procedimento (Figura 10.3):
- Retire a luva da mão dominante, segurando-a pela superfície externa na região do punho com a mão não dominante
 - Estique a luva, puxando-a para baixo. A luva sai invertida durante esse movimento
 - Coloque os dedos da mão dominante (já sem luva) na parte interna da luva da mão não dominante
 - Estique e puxe a luva para baixo, envolvendo a primeira luva na palma da mão
 - Despreze as luvas no recipiente para lixo infectante
 - Higienize as mãos.

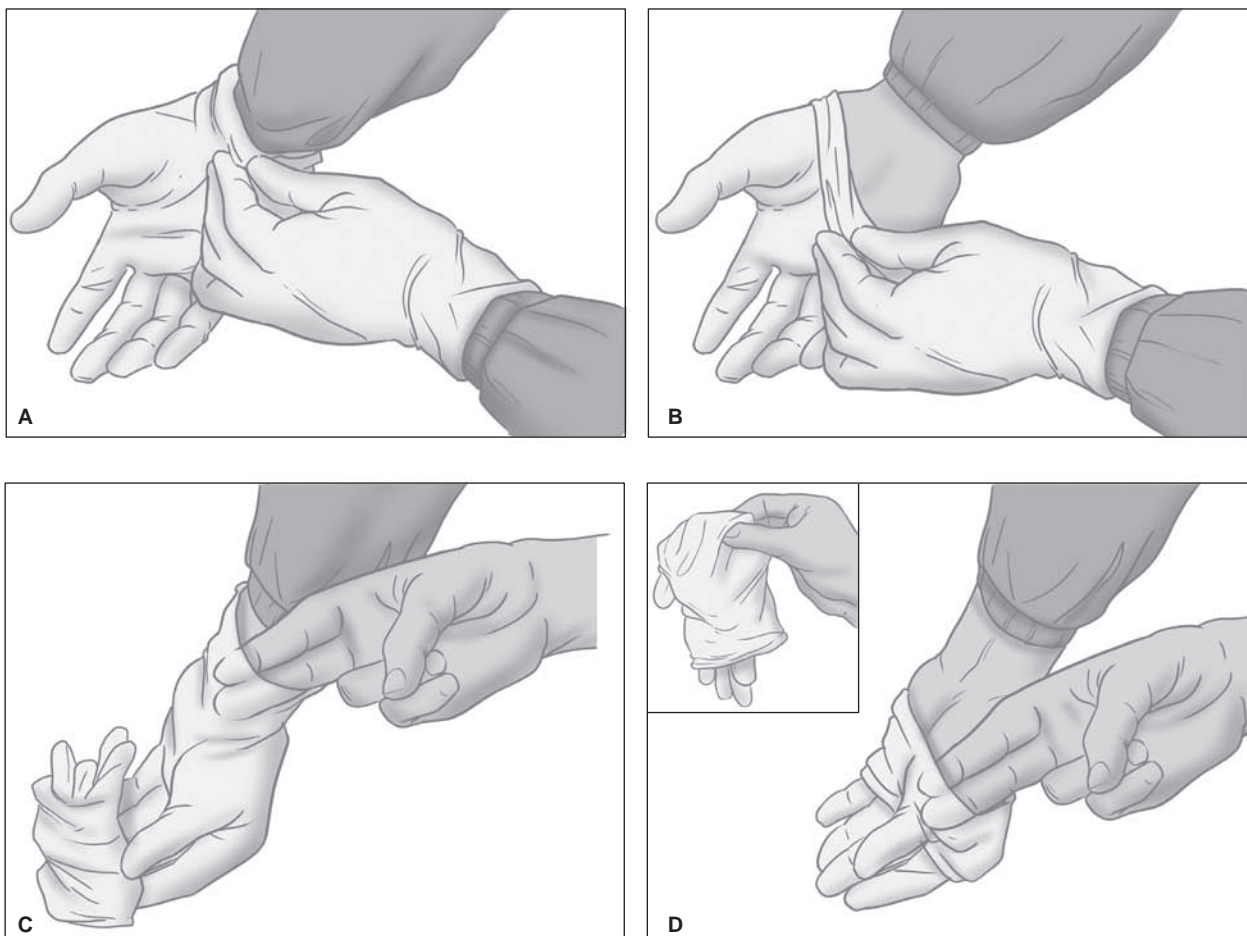


Figura 10.3 Etapas para retirada das luvas de procedimento.

AMBIENTE DO CUIDADO

No início do capítulo, você conheceu o J.A., paciente que está sob seus cuidados. Você se lembra em que Unidade de Internação ele está? Ele está em quarto ou enfermaria?

Vamos falar agora sobre Unidade de Internação e de paciente e como o cuidado de Enfermagem se insere nesses ambientes.

Unidade de Internação

Corresponde ao conjunto de elementos destinados à acomodação e à prestação do cuidado aos pacientes internados. Sua estrutura varia de acordo com o serviço de Saúde. Em geral, é composta por posto de Enfermagem, sala de Enfermagem, sala de utilidades/equipamentos, copa, banheiros, sala para depósito de lixo para materiais de limpeza, roupa, quartos e/ou enfermarias. A unidade deve conter todo o material necessário para o adequado atendimento ao paciente.

Conforme o serviço de Saúde, pode ter diferentes classificações, conforme mostra a Figura 10.4.

Unidade do paciente

Espaço físico e mobiliário destinados à acomodação do paciente no ambiente hospitalar e onde ele permanece a maior parte do tempo durante a internação (Figura 10.5). Em geral, é composta por:

- Cama
- Mesa de cabeceira
- Mesa de refeições
- Cadeira e/ou poltrona
- Escadinha
- Campainha
- Painel de gases
- Banheiro.

IMPORTANTE



Para garantir a segurança do paciente, especial atenção deve ser dada à manutenção preventiva das instalações elétricas, hidráulicas, campainha, painel de gases e aspiração, assim como à disposição dos móveis, de modo a evitar tropeços e quedas. O mobiliário também deve ter seu estado de conservação avaliado para solicitação de consertos ou mesmo substituição. Você, futuro técnico, deve auxiliar o enfermeiro na tarefa de identificação de móveis e equipamentos que necessitem de manutenção.

A unidade do paciente pode estar localizada em um quarto individualizado ou em enfermaria, composta por duas ou mais unidades. J.A., paciente sob seus cuidados, está internado em uma enfermaria de duas unidades/leitos.

Higiene do ambiente

Consiste na remoção de sujidades de superfícies, materiais e equipamentos, com o uso de agentes químicos e ação mecânica. Tem por objetivos reduzir a carga microbiana e a possibilidade de transmissão de patógenos por fontes inanimadas, mantendo o ambiente agradável para o paciente e seu acompanhante. A higiene do ambiente pode ser realizada por meio de limpeza concorrente e limpeza terminal.

Limpeza concorrente

Limpeza diária para remoção de sujidades nas superfícies horizontais de mobiliário e equipamentos da unidade durante o período de internação do paciente. Pode ser realizada pela Enfermagem e/ou por equipe especializada. Engloba a limpeza de colchão, mesa de cabeceira, mesa de refeição, cadeira, escadinha, painel de gases e parapeito de janelas, com pano úmido ou solução padronizada pelo serviço.

IMPORTANTE



Na limpeza concorrente, devemos ter atenção aos pertences do paciente. Antes de tocar neles ou mudá-los de lugar, devemos solicitar o consentimento do paciente. Lembre-se, a unidade é o espaço pessoal do paciente durante o período de internação.



Figura 10.5 Exemplo de Unidade de Internação em quarto individualizado. (Fonte: iStock: ©ABBPhoto)

Tipo de cuidado		Faixa etária		Especialidade médica	
UTI	Internação	Neonatólogica	Pediátrica	Cardiológica	Neurológica
Semi-intensiva	Pronto-socorro	Adultos	Geriátrica	Clínica médica	Obstétrica

Figura 10.4 Diferentes classificações das Unidades de Internação.