



SL-064AB-21
CÓD: 7908433203520

PENTECOSTE

***PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
DO ESTADO DO CEARÁ***

Maqueiro

EDITAL Nº 001/2021, DE 07 DE ABRIL DE 2021.

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos, informações de pequenos textos; Estabelecer relações entre sequência de fatos ilustrados; . . .	01
2. Conhecimento da língua: ortografia, Uso de maiúscula e minúscula; consoantes e vogais; Grafia.....	14
3. Acentuação gráfica,	15
4. Masculino e feminino, Singular e plural; e diminutivo e aumentativo. substantivo próprio e comum; artigos; adjetivos;	15
5. Antônimo e sinônimo	20
6. Sinais de pontuação	21
7. Divisão silábica de palavras e respectiva classificação quanto ao número de sílabas;	22

Conhecimentos Específicos Maqueiro

1. Conduta diante do paciente crítico	01
2. Assistência Clínica e cuidados gerais de Enfermagem; Procedimento básico de Enfermagem	06
3. Noções básicas de primeiros socorros: Atendimento básico de suporte ao paciente, proporcionando-lhe conforto e segurança; Atuação em situações de Emergência: gerenciamento de situações com provável risco	16
4. Princípios de mecânica corporal: Como utilizar corretamente a mecânica corporal adequada para cada tipo de transporte de pacientes; Transferência e locomoção de pacientes: Como oferecer segurança e conforto ao paciente durante todo o percurso a ser desenvolvido	64
5. Acompanhamento de pacientes em home-care: Atendimento domiciliar para pacientes desospitalizados	73
6. Código de ética profissional: Agir com Ética Profissional, com pacientes e colegas de trabalho	76
7. CCIH – Noções de Infecção Hospitalar, precauções padrão	81

LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS, INFORMAÇÕES DE PEQUENOS TEXTOS; ESTABELEÇER RELAÇÕES ENTRE SEQUÊNCIA DE FATOS ILUSTRADOS

Compreensão e interpretação de textos

Chegamos, agora, em um ponto muito importante para todo o seu estudo: a interpretação de textos. Desenvolver essa habilidade é essencial e pode ser um diferencial para a realização de uma boa prova de qualquer área do conhecimento.

Mas você sabe a diferença entre compreensão e interpretação?

A **compreensão** é quando você entende o que o texto diz de forma explícita, aquilo que está na superfície do texto.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Por meio dessa frase, podemos entender que houve um tempo que Jorge era infeliz, devido ao cigarro.

A **interpretação** é quando você entende o que está implícito, nas entrelinhas, aquilo que está de modo mais profundo no texto ou que faça com que você realize inferências.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Já compreendemos que Jorge era infeliz quando fumava, mas podemos interpretar que Jorge parou de fumar e que agora é feliz. Percebeu a diferença?

Tipos de Linguagem

Existem três tipos de linguagem que precisamos saber para que facilite a interpretação de textos.

• **Linguagem Verbal** é aquela que utiliza somente palavras. Ela pode ser escrita ou oral.



• **Linguagem não-verbal** é aquela que utiliza somente imagens, fotos, gestos... não há presença de nenhuma palavra.



• **Linguagem Mista (ou híbrida)** é aquele que utiliza tanto as palavras quanto as imagens. Ou seja, é a junção da linguagem verbal com a não-verbal.



PROIBIDO FUMAR

Além de saber desses conceitos, é importante sabermos identificar quando um texto é baseado em outro. O nome que damos a este processo é intertextualidade.

Interpretação de Texto

Interpretar um texto quer dizer dar sentido, inferir, chegar a uma conclusão do que se lê. A interpretação é muito ligada ao subentendido. Sendo assim, ela trabalha com o que se pode deduzir de um texto.

A interpretação implica a mobilização dos conhecimentos prévios que cada pessoa possui antes da leitura de um determinado texto, pressupõe que a aquisição do novo conteúdo lido estabeleça uma relação com a informação já possuída, o que leva ao crescimento do conhecimento do leitor, e espera que haja uma apreciação pessoal e crítica sobre a análise do novo conteúdo lido, afetando de alguma forma o leitor.

Sendo assim, podemos dizer que existem diferentes tipos de leitura: uma leitura prévia, uma leitura seletiva, uma leitura analítica e, por fim, uma leitura interpretativa.

É muito importante que você:

- Assista os mais diferenciados jornais sobre a sua cidade, estado, país e mundo;
- Se possível, procure por jornais escritos para saber de notícias (e também da estrutura das palavras para dar opiniões);
- Leia livros sobre diversos temas para sugar informações ortográficas, gramaticais e interpretativas;
- Procure estar sempre informado sobre os assuntos mais polêmicos;
- Procure debater ou conversar com diversas pessoas sobre qualquer tema para presenciar opiniões diversas das suas.

Dicas para interpretar um texto:

– Leia lentamente o texto todo.

No primeiro contato com o texto, o mais importante é tentar compreender o sentido global do texto e identificar o seu objetivo.

– Releia o texto quantas vezes forem necessárias.

Assim, será mais fácil identificar as ideias principais de cada parágrafo e compreender o desenvolvimento do texto.

– Sublinhe as ideias mais importantes.

Sublinhar apenas quando já se tiver uma boa noção da ideia principal e das ideias secundárias do texto.

– Separe fatos de opiniões.

O leitor precisa separar o que é um fato (verdadeiro, objetivo e comprovável) do que é uma opinião (pessoal, tendenciosa e mutável).

– Retorne ao texto sempre que necessário.

Além disso, é importante entender com cuidado e atenção os enunciados das questões.

– Reescreva o conteúdo lido.

Para uma melhor compreensão, podem ser feitos resumos, tópicos ou esquemas.

Além dessas dicas importantes, você também pode grifar palavras novas, e procurar seu significado para aumentar seu vocabulário, fazer atividades como caça-palavras, ou cruzadinhas são uma distração, mas também um aprendizado.

Não se esqueça, além da prática da leitura aprimorar a compreensão do texto e ajudar a aprovação, ela também estimula nossa imaginação, distrai, relaxa, informa, educa, atualiza, melhora nosso foco, cria perspectivas, nos torna reflexivos, pensantes, além de melhorar nossa habilidade de fala, de escrita e de memória.

Um texto para ser compreendido deve apresentar ideias seladas e organizadas, através dos parágrafos que é composto pela ideia central, argumentação e/ou desenvolvimento e a conclusão do texto.

O primeiro objetivo de uma interpretação de um texto é a identificação de sua ideia principal. A partir daí, localizam-se as ideias secundárias, ou fundamentações, as argumentações, ou explicações, que levem ao esclarecimento das questões apresentadas na prova.

Compreendido tudo isso, interpretar significa extrair um significado. Ou seja, a ideia está lá, às vezes escondida, e por isso o candidato só precisa entendê-la – e não a complementar com algum valor individual. Portanto, apegue-se tão somente ao texto, e nunca extrapole a visão dele.

IDENTIFICANDO O TEMA DE UM TEXTO

O tema é a ideia principal do texto. É com base nessa ideia principal que o texto será desenvolvido. Para que você consiga identificar o tema de um texto, é necessário relacionar as diferentes informações de forma a construir o seu sentido global, ou seja, você precisa relacionar as múltiplas partes que compõem um todo significativo, que é o texto.

Em muitas situações, por exemplo, você foi estimulado a ler um texto por sentir-se atraído pela temática resumida no título. Pois o título cumpre uma função importante: antecipar informações sobre o assunto que será tratado no texto.

Em outras situações, você pode ter abandonado a leitura porque achou o título pouco atraente ou, ao contrário, sentiu-se atraído pelo título de um livro ou de um filme, por exemplo. É muito comum as pessoas se interessarem por temáticas diferentes, dependendo do sexo, da idade, escolaridade, profissão, preferências pessoais e experiência de mundo, entre outros fatores.

Mas, sobre que tema você gosta de ler? Esportes, namoro, sexualidade, tecnologia, ciências, jogos, novelas, moda, cuidados com o corpo? Perceba, portanto, que as temáticas são praticamente infinitas e saber reconhecer o tema de um texto é condição essencial para se tornar um leitor hábil. Vamos, então, começar nossos estudos?

Propomos, inicialmente, que você acompanhe um exercício bem simples, que, intuitivamente, todo leitor faz ao ler um texto: reconhecer o seu tema. Vamos ler o texto a seguir?

CACHORROS

Os zoólogos acreditam que o cachorro se originou de uma espécie de lobo que vivia na Ásia. Depois os cães se juntaram aos seres humanos e se espalharam por quase todo o mundo. Essa amizade começou há uns 12 mil anos, no tempo em que as pessoas precisavam caçar para se alimentar. Os cachorros perceberam que, se não atacassem os humanos, podiam ficar perto deles e comer a comida que sobrava. Já os homens descobriram que os cachorros podiam ajudar a caçar, a cuidar de rebanhos e a tomar conta da casa, além de serem ótimos companheiros. Um colaborava com o outro e a parceria deu certo.

Ao ler apenas o título “Cachorros”, você deduziu sobre o possível assunto abordado no texto. Embora você imagine que o texto vai falar sobre cães, você ainda não sabia exatamente o que ele falaria sobre cães. Repare que temos várias informações ao longo do texto: a hipótese dos zoólogos sobre a origem dos cães, a associação entre eles e os seres humanos, a disseminação dos cães pelo mundo, as vantagens da convivência entre cães e homens.

As informações que se relacionam com o tema chamamos de subtemas (ou ideias secundárias). Essas informações se integram, ou seja, todas elas caminham no sentido de estabelecer uma unidade de sentido. Portanto, pense: sobre o que exatamente esse texto fala? Qual seu assunto, qual seu tema? Certamente você chegou à conclusão de que o texto fala sobre a relação entre homens e cães. Se foi isso que você pensou, parabéns! Isso significa que você foi capaz de identificar o tema do texto!

Fonte: <https://portuguesrapido.com/tema-ideia-central-e-ideias-secundarias/>

IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS DE IRONIA OU HUMOR EM TEXTOS VARIADOS

Ironia

Ironia é o recurso pelo qual o emissor diz o contrário do que está pensando ou sentindo (ou por pudor em relação a si próprio ou com intenção depreciativa e sarcástica em relação a outrem).

A ironia consiste na utilização de determinada palavra ou expressão que, em um outro contexto diferente do usual, ganha um novo sentido, gerando um efeito de humor.

Exemplo:





Na construção de um texto, ela pode aparecer em três modos: ironia verbal, ironia de situação e ironia dramática (ou satírica).

Ironia verbal

Ocorre quando se diz algo pretendendo expressar outro significado, normalmente oposto ao sentido literal. A expressão e a intenção são diferentes.

Exemplo: Você foi tão bem na prova! Tirou um zero incrível!

Ironia de situação

A intenção e resultado da ação não estão alinhados, ou seja, o resultado é contrário ao que se espera ou que se planeja.

Exemplo: Quando num texto literário uma personagem planeja uma ação, mas os resultados não saem como o esperado. No livro "Memórias Póstumas de Brás Cubas", de Machado de Assis, a personagem título tem obsessão por ficar conhecida. Ao longo da vida, tenta de muitas maneiras alcançar a notoriedade sem sucesso. Após a morte, a personagem se torna conhecida. A ironia é que planejou ficar famoso antes de morrer e se tornou famoso após a morte.

Ironia dramática (ou satírica)

A ironia dramática é um dos efeitos de sentido que ocorre nos textos literários quando a personagem tem a consciência de que suas ações não serão bem-sucedidas ou que está entrando por um caminho ruim, mas o leitor já tem essa consciência.

Exemplo: Em livros com narrador onisciente, que sabe tudo o que se passa na história com todas as personagens, é mais fácil aparecer esse tipo de ironia. A peça como Romeu e Julieta, por exemplo, se inicia com a fala que relata que os protagonistas da história irão morrer em decorrência do seu amor. As personagens agem ao longo da peça esperando conseguir atingir seus objetivos, mas a plateia já sabe que eles não serão bem-sucedidos.

Humor

Nesse caso, é muito comum a utilização de situações que pareçam cômicas ou surpreendentes para provocar o efeito de humor.

Situações cômicas ou potencialmente humorísticas compartilham da característica do efeito surpresa. O humor reside em ocorrer algo fora do esperado numa situação.

Há diversas situações em que o humor pode aparecer. Há as tirinhas e charges, que aliam texto e imagem para criar efeito cômico; há anedotas ou pequenos contos; e há as crônicas, frequentemente acessadas como forma de gerar o riso.

Os textos com finalidade humorística podem ser divididos em quatro categorias: anedotas, cartuns, tiras e charges.

Exemplo:



ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DO TEXTO SEGUNDO O GÊNERO EM QUE SE INSCREVE

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

Gêneros Discursivos

Romance: descrição longa de ações e sentimentos de personagens fictícios, podendo ser de comparação com a realidade ou totalmente irreal. A diferença principal entre um romance e uma novela é a extensão do texto, ou seja, o romance é mais longo. No romance nós temos uma história central e várias histórias secundárias.

Conto: obra de ficção onde é criado seres e locais totalmente imaginário. Com linguagem linear e curta, envolve poucas personagens, que geralmente se movimentam em torno de uma única ação, dada em um só espaço, eixo temático e conflito. Suas ações encaminham-se diretamente para um desfecho.

Novela: muito parecida com o conto e o romance, diferenciado por sua extensão. Ela fica entre o conto e o romance, e tem a história principal, mas também tem várias histórias secundárias. O tempo na novela é baseada no calendário. O tempo e local são definidos pelas histórias dos personagens. A história (enredo) tem um ritmo mais acelerado do que a do romance por ter um texto mais curto.

Crônica: texto que narra o cotidiano das pessoas, situações que nós mesmos já vivemos e normalmente é utilizado a ironia para mostrar um outro lado da mesma história. Na crônica o tempo não é relevante e quando é citado, geralmente são pequenos intervalos como horas ou mesmo minutos.

Poesia: apresenta um trabalho voltado para o estudo da linguagem, fazendo-o de maneira particular, refletindo o momento, a vida dos homens através de figuras que possibilitam a criação de imagens.

Editorial: texto dissertativo argumentativo onde expressa a opinião do editor através de argumentos e fatos sobre um assunto que está sendo muito comentado (polêmico). Sua intenção é convencer o leitor a concordar com ele.

Entrevista: texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

Cantiga de roda: gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

Receita: texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

DISTINÇÃO DE FATO E OPINIÃO SOBRE ESSE FATO

Fato

O fato é algo que aconteceu ou está acontecendo. A existência do fato pode ser constatada de modo indiscutível. O fato pode é uma coisa que aconteceu e pode ser comprovado de alguma maneira, através de algum documento, números, vídeo ou registro.

Exemplo de fato:

A mãe foi viajar.

Interpretação

É o ato de dar sentido ao fato, de entendê-lo. Interpretamos quando relacionamos fatos, os comparamos, buscamos suas causas, previmos suas consequências.

Entre o fato e sua interpretação há uma relação lógica: se apontamos uma causa ou consequência, é necessário que seja plausível. Se comparamos fatos, é preciso que suas semelhanças ou diferenças sejam detectáveis.

Exemplos de interpretação:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha.

Opinião

A opinião é a avaliação que se faz de um fato considerando um juízo de valor. É um julgamento que tem como base a interpretação que fazemos do fato.

Nossas opiniões costumam ser avaliadas pelo grau de coerência que mantêm com a interpretação do fato. É uma interpretação do fato, ou seja, um modo particular de olhar o fato. Esta opinião pode alterar de pessoa para pessoa devido a fatores socioculturais.

Exemplos de opiniões que podem decorrer das interpretações anteriores:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país. Ela tomou uma decisão acertada.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha. Ela foi egoísta.

Muitas vezes, a interpretação já traz implícita uma opinião.

Por exemplo, quando se mencionam com ênfase consequências negativas que podem advir de um fato, se enaltecem previsões positivas ou se faz um comentário irônico na interpretação, já estamos expressando nosso julgamento.

É muito importante saber a diferença entre o fato e opinião, principalmente quando debatemos um tema polêmico ou quando analisamos um texto dissertativo.

Exemplo:

A mãe viajou e deixou a filha só. Nem deve estar se importando com o sofrimento da filha.

ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS

Uma boa redação é dividida em ideias relacionadas entre si ajustadas a uma ideia central que norteia todo o pensamento do texto. Um dos maiores problemas nas redações é estruturar as ideias para fazer com que o leitor entenda o que foi dito no texto. Fazer uma estrutura no texto para poder guiar o seu pensamento e o do leitor.

Parágrafo

O parágrafo organizado em torno de uma ideia-núcleo, que é desenvolvida por ideias secundárias. O parágrafo pode ser formado por uma ou mais frases, sendo seu tamanho variável. No texto dissertativo-argumentativo, os parágrafos devem estar todos relacionados com a tese ou ideia principal do texto, geralmente apresentada na introdução.

Embora existam diferentes formas de organização de parágrafos, os textos dissertativo-argumentativos e alguns gêneros jornalísticos apresentam uma estrutura-padrão. Essa estrutura consiste em três partes: a ideia-núcleo, as ideias secundárias (que desenvolvem a ideia-núcleo) e a conclusão (que reafirma a ideia-básica). Em parágrafos curtos, é raro haver conclusão.

Introdução: faz uma rápida apresentação do assunto e já traz uma ideia da sua posição no texto, é normalmente aqui que você irá identificar qual o problema do texto, o porque ele está sendo escrito. Normalmente o tema e o problema são dados pela própria prova.

Desenvolvimento: elabora melhor o tema com argumentos e ideias que apoiem o seu posicionamento sobre o assunto. É possível usar argumentos de várias formas, desde dados estatísticos até citações de pessoas que tenham autoridade no assunto.

Conclusão: faz uma retomada breve de tudo que foi abordado e conclui o texto. Esta última parte pode ser feita de várias maneiras diferentes, é possível deixar o assunto ainda aberto criando uma pergunta reflexiva, ou concluir o assunto com as suas próprias conclusões a partir das ideias e argumentos do desenvolvimento.

Outro aspecto que merece especial atenção são os conectores. São responsáveis pela coesão do texto e tornam a leitura mais fluente, visando estabelecer um encadeamento lógico entre as ideias e servem de ligação entre o parágrafo, ou no interior do período, e o tópico que o antecede.

Saber usá-los com precisão, tanto no interior da frase, quanto ao passar de um enunciado para outro, é uma exigência também para a clareza do texto.

Sem os conectores (pronomes relativos, conjunções, advérbios, preposições, palavras denotativas) as ideias não fluem, muitas vezes o pensamento não se completa, e o texto torna-se obscuro, sem coerência.

Esta estrutura é uma das mais utilizadas em textos argumentativos, e por conta disso é mais fácil para os leitores.

Existem diversas formas de se estruturar cada etapa dessa estrutura de texto, entretanto, apenas segui-la já leva ao pensamento mais direto.

NÍVEIS DE LINGUAGEM**Definição de linguagem**

Linguagem é qualquer meio sistemático de comunicar ideias ou sentimentos através de signos convencionais, sonoros, gráficos, gestuais etc. A linguagem é individual e flexível e varia dependendo da idade, cultura, posição social, profissão etc. A maneira de articular as palavras, organizá-las na frase, no texto, determina nossa linguagem, nosso estilo (forma de expressão pessoal).

As inovações linguísticas, criadas pelo falante, provocam, com o decorrer do tempo, mudanças na estrutura da língua, que só as incorpora muito lentamente, depois de aceitas por todo o grupo social. Muitas novidades criadas na linguagem não vingam na língua e caem em desuso.

Língua escrita e língua falada

A língua escrita não é a simples reprodução gráfica da língua falada, por que os sinais gráficos não conseguem registrar grande parte dos elementos da fala, como o timbre da voz, a entonação, e ainda os gestos e a expressão facial. Na realidade a língua falada é mais descontraída, espontânea e informal, porque se manifesta na conversação diária, na sensibilidade e na liberdade de expressão do falante. Nessas situações informais, muitas regras determinadas pela língua padrão são quebradas em nome da naturalidade, da liberdade de expressão e da sensibilidade estilística do falante.

Linguagem popular e linguagem culta

Podem valer-se tanto da linguagem popular quanto da linguagem culta. Obviamente a linguagem popular é mais usada na fala, nas expressões orais cotidianas. Porém, nada impede que ela esteja presente em poesias (o Movimento Modernista Brasileiro procurou valorizar a linguagem popular), contos, crônicas e romances em que o diálogo é usado para representar a língua falada.

Linguagem Popular ou Coloquial

Usada espontânea e fluentemente pelo povo. Mostra-se quase sempre rebelde à norma gramatical e é carregada de vícios de linguagem (solecismo – erros de regência e concordância; barbarismo – erros de pronúncia, grafia e flexão; ambiguidade; cacofonia; pleonismo), expressões vulgares, gírias e preferência pela coordenação, que ressalta o caráter oral e popular da língua. A linguagem popular está presente nas conversas familiares ou entre amigos, anedotas, irradiação de esportes, programas de TV e auditório, novelas, na expressão dos estados emocionais etc.

A Linguagem Culta ou Padrão

É a ensinada nas escolas e serve de veículo às ciências em que se apresenta com terminologia especial. É usada pelas pessoas instruídas das diferentes classes sociais e caracteriza-se pela obediência às normas gramaticais. Mais comumente usada na linguagem escrita e literária, reflete prestígio social e cultural. É mais artificial, mais estável, menos sujeita a variações. Está presente nas aulas, conferências, sermões, discursos políticos, comunicações científicas, noticiários de TV, programas culturais etc.

Gíria

A gíria relaciona-se ao cotidiano de certos grupos sociais como arma de defesa contra as classes dominantes. Esses grupos utilizam a gíria como meio de expressão do cotidiano, para que as mensagens sejam decodificadas apenas por eles mesmos.

CONDUTA DIANTE DO PACIENTE CRÍTICO

Avaliação física do paciente crítico

Pacientes com prolongado tempo de internação não estão livres de novas complicações clínicas com declínio fisiológico e podem necessitar de cuidados intensivos. O atendimento a este paciente pode adquirir complexidades particulares devido à variedade de diagnósticos, complicações, iatrogenias e intervenções terapêuticas especiais acumuladas¹.

Informações de tão variada natureza podem dificultar, em um primeiro contato com o paciente recém admitido, a elaboração de diagnósticos etiológicos mais precisos por parte da equipe assistencial, tornando muitas vezes suficiente em um primeiro momento a declaração de um diagnóstico síndrome ou situacional que permita nortear as condutas daí em diante.

Sequencialmente, esta categorização inicial servirá como base tanto para refinamento das hipóteses ou para confronto com outras possibilidades diagnósticas surgidas que melhor se enquadre no quadro empiricamente percebido.

A avaliação diária e sistemática do paciente criticamente enfermo é um instrumento fundamental para a prática clínica do enfermeiro intensivista.

A) Avaliação subjetiva e objetiva

1. Identificação

Data de internação hospitalar. Data de internação em UTI.

2. Lista de problemas

História mórbida pregressa (dados relevantes), hábitos e costumes, diagnóstico de entrada, problemas ocorridos desde o início da internação.

3. Eventos significantes ocorridos nas últimas 24 horas

4. Neurológico

Nível de consciência; pupilas; escala de coma de Glasgow; déficit motor; PIC, PPC, S_jO₂; sedação (escalas de Ramsay/Cooch), doses de sedativos; resultados de exames.

5. Cardiovascular

Ritmo, frequência cardíaca e bulhas cardíacas; PAM; uso de drogas vasoativas e suas doses; PVC, Swan-Ganz; oxigenação tissular (pH, BE, lactato, CO₂ gap, Ca-vO₂/CO₂gap, SvO₂, DO₂, VO₂).

6. Respiratório

Sinais e sintomas; parâmetros ventilatórios; última gasometria arterial; radiografia de tórax (pneumotórax, atelectasia, infiltrado novo); pressão do cuff e localização da cânula traqueal.

7. Gastrintestinal

Exame do abdome; ingesta oral ou por cateter enteral; débito do cateter nasogástrico; diarreia ou obstipação; resultados de exames.

8. Metabólico e renal

Diurese (kg/hora e total em 24 horas); balanço hídrico; diálise; creatinina, eletrólitos, estado ácido-base, função hepática).

9. Endócrino

Hiperglicemias? Administração de insulina; necessita de dosagem de hormônios tireoidianos ou cortisol? *Diabetes insipidus?* SIADH?

10. Infecção

Curva térmica, leucograma; culturas; uso de antibióticos (quantos, quais, quanto tempo).

11. Hematológico

Hematócrito, coagulograma; medicamentos que alteram a crase sanguínea.

12. Nutricional

Enteral ou parenteral; ingesta calórica; ingesta proteica, lipídica e de carboidratos; balanço nitrogenado, albumina, pré-albumina.

13. Psicossocial

Depressão, delirium? Os familiares estão inteirados da situação? Há como viabilizar acompanhamento psicológico e/ou de terapia ocupacional?

14. Tubos, drenos, cateteres e medicamentos

Posicionamento de tubos, drenos e cateteres; posição, fixação, data e presença de sinais de infecção na inserção de cateteres venosos e arteriais; checar ritmo de gotejamento das drogas e funcionamento das bombas de infusão.

B) Lista de problemas relevantes

C) Análise sistemática, buscando estabelecer conexões entre os problemas encontrados a partir de justificativas fisiopatológicas

D) Propor condutas diagnósticas e/ou terapêuticas com base na análise

Tendo em vista as inúmeras atividades realizadas em UTI e a necessidade de seu controle diário, foi desenvolvido um *checklist* para que ações importantes não sejam esquecidas em nosso cotidiano, utilizando-se o recurso mnemônico que origina a frase **“SUSPEITA PARA O BEM”**, com base na ideia do professor Vincent de dar um “abraço apertado” (*fast hug*) pelo menos uma vez ao dia nos pacientes da UTI:

Sedação: verificar se o paciente está recebendo sedativos em dose adequada e se já é possível retirá-los. Analisar o ciclo sono-vigília. Instituir escalas e metas de sedação, bem como interrupção diária da sedação.

Úlcera: checar se os pacientes estão recebendo profilaxia para gastropatia erosiva aguda.

Suspensão (elevação) da cabeceira: verificar se os pacientes em ventilação mecânica encontram-se com a cabeceira acima de 30°.

Períneo: examinar a região do períneo observando lesões de pele e região genital. Avaliar a possibilidade de se retirar a sonda vesical ou trocar por dispositivo não-invasivo.

Escara: verificar se existe prevenção para úlceras de pressão, como mudança de decúbito e colchão piramidal. Se presentes, confirmar se estão sendo tratadas.

Infecção de cateter: avaliar sinais flogísticos na inserção do cateter venoso central e verificar a necessidade de mantê-lo.

¹ https://enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/_files/200000135-b-cacabd2af/CLIQUE%20AQUI%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Diaria%20em%2020UTI.pdf

TVP: checar se o paciente está em uso de profilaxia para TVP, seja farmacológica ou mecânica.

Alimentação: atentar se o paciente está recebendo dieta. Se prescrita, observar a tolerância (vômitos, estase, diarreia) e se o aporte calórico é adequado (25 a 30 kcal/kg). Avaliar a possibilidade de iniciar dieta em pacientes com dieta zero e de substituição ou associação de dieta enteral nos pacientes com nutrição parenteral total.

Pressão de vias aéreas: certificar-se de que a pressão de platô esteja < 30 cmH²O.

Analgesia: determinar se o paciente recebe analgesia contínua ou intermitente em quantidade necessária ao alívio de sua dor.

Retirar do leito: analisar a possibilidade de remover o paciente do leito para poltrona ou deambular.

Antibiótico: verificar se os antibióticos utilizados são adequados e analisar a possibilidade de sua suspensão, seja pelo controle da infecção ou pela falta de indicação.

Oftalmoproteção: nos pacientes sedados ou com rebaixamento do nível de consciência, verificar se existe proteção ocular contra úlceras de córnea.

Balonete: checar a pressão do balonete do tubo endotraqueal ou da traqueostomia com a finalidade de evitar lesão das vias aéreas. Recomendam-se valores < 25-30 mmHg.

Extubação: analisar a possibilidade de extubação ou desmame da ventilação e de realização de traqueostomia. Recomenda-se a utilização de protocolos de desmame diariamente.

Metabólico: avaliar e corrigir distúrbios metabólicos. Avaliar a necessidade de controle glicêmico.

Avaliação da dor e Delirium no CTI

A analgesia e sedação são pilares da terapia intensiva. Dor, ansiedade, agitação, desconforto e insônia são disfunções frequentemente apresentadas pelos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de todo o mundo. Logo, viabilizar o conforto e o bem estar do paciente grave é um dever da equipe multiprofissional².

Dor é a experiência sensorial ou emocional desagradável associada a um dano real ou potencial a um tecido. Analgesia é a abolição da sensibilidade à dor sem supressão das outras propriedades sensitivas e sem perda de consciência.

Por sua vez, sedação é o alívio da ansiedade, agitação e indução de um estado de calma e tranquilidade. Pode envolver hipnose. O nível de sedação pode ser mínimo, moderado (sedação consciente) e profundo.

Avaliação da dor

Os pacientes críticos rotineiramente têm dor, tanto em repouso quanto durante a execução dos cuidados/procedimentos. O tratamento adequado depende de ferramentas reprodutíveis de avaliação da dor e da resposta ao tratamento instituído, já que nem sempre está disponível a verificação da dor por meio do autorrelato.

Nos casos em que o paciente não pode ou está impossibilitado de falar, ferramentas válidas e reprodutíveis, como a escala comportamental de dor (*Behavioral Pain Scale* - BPS), devem ser usadas. Esta escala é recomendada para realizar a monitorização da dor em pacientes de UTI que preservam a função motora intacta e nos que as injúrias são observáveis, mas que estejam incapacitados para apresentar um relato verbal acurado.

A escala não é indicada para pacientes vítimas de lesões no sistema nervoso central (SNC). Já nos casos em que o paciente está alerta, orientado e que pode comunicar-se verbalmente de modo eficaz, uma escala visual de dor deve ser utilizada.

Ressalta-se que os sinais vitais não devem ser usados isoladamente na avaliação da dor. Eles podem ser utilizados como pistas para a avaliação apropriada da dor, funcionando como gatilhos para a realização de uma avaliação sistematizada.

Destaca-se, ainda, que deve se estabelecer como meta que os pacientes permaneçam confortáveis durante sua estadia na UTI.

Tratamento da dor

Os opioides são as primeiras escolhas no manejo da dor em UTI, sendo que seu uso deve ser individualizado para cada paciente. Outros analgésicos podem ser usados de forma adjuvante e para reduzir a necessidade dos opioides, como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), anticonvulsivantes e anestésias loco-regionais, mas não há estudos que comprovem sua eficácia e segurança quando usados isoladamente.

Agitação e sedação

Agitação e ansiedade ocorrem frequentemente em pacientes críticos e estão associadas a desfechos desfavoráveis. A identificação da causa subjacente à agitação (dor, delirium, hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão, abstinência) é de grande importância para a administração de sedativos em UTI.

A sedação pode ser titulada desde níveis leves até profundos, sendo que estudos demonstram malefícios da manutenção de sedação profunda por períodos prolongados. A presença de memórias reais dos fatos concernentes à internação é assinalada como um fator protetor ao desenvolvimento de prejuízos cognitivos e transtornos psíquicos de longa duração.

O uso de escalas de avaliação, protocolos de sedação e de drogas não benzodiazepínicas é associado a desfechos favoráveis (redução no tempo de ventilação mecânica - VM e internação, diminuição de episódios de delirium e redução de disfunção cognitiva à longo prazo). A escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) é confiável e validada para medir a qualidade e profundidade da sedação em adultos.

Avaliação do Delirium

O Delirium é uma disfunção cerebral aguda muito frequente em UTI, o qual é acompanhado de alteração ou flutuação no estado mental, desatenção, pensamento desorganizado ou alteração no nível de consciência. Geralmente apresenta outros sintomas tais como: alteração do sono, atividade psicomotora anormal e distúrbios emocionais.

Sendo assim, é considerado relevante na UTI, pois cerca de 80% dos pacientes em VM podem desenvolvê-lo. Essa disfunção cerebral pode apresentar-se nas formas hiperativa, hipoativa e em flutuação ao longo do dia, com piora ao entardecer/anoitecer.

Diante do exposto é tido como um preditor isolado de desfechos negativos, pois aumenta o tempo de internação, o tempo de VM, os custos hospitalares, a presença de déficit cognitivo permanente e a morte. Então, a avaliação deve ser feita periodicamente com a utilização de ferramentas validadas para UTI, como a CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*).

Manejo do Delirium

Uma vez detectado o delirium, deve-se analisar quais podem ser suas causas bases e tratá-las. A evitação ou o tratamento de exposições iatrogênicas e ambientais (desidratação, privação do sono, infusões de benzodiazepínicos, uso de drogas com alto potencial anticolinérgico) são recomendados.

² Protocolo Assistencial Multiprofissional. Sedação Analgesia e Delirium no Adulto. Uberaba-MG: HCUFTM/Ebserh, 2018. Versão 2.0. 20 p.

O manejo medicamentoso, neurolépticos são amplamente utilizados para o tratamento do delírium, principalmente o Haloperidol (com doses entre 0,5 a 5mg/dia e duração de 1 a 6 dias).

O uso de Dexmedetomidina para realizar a sedação é preferível em pacientes com risco de desenvolver delírium.

Recomenda-se evitar a interrupção abrupta de opioides, benzodiazepínicos e dexmedetomidina. Estimula-se a manutenção de níveis de sedação superficiais ou realização de sedação intermitente como estratégias de proteção contra o desenvolvimento de delírium.

Cuidados de enfermagem no atendimento às necessidades integrais do paciente crítico, incluindo-se pacientes em ventilação mecânica invasiva e não invasiva

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia³.

Tem por objetivo reduzir o esforço ventilatório, nas situações como a atelectasia que prejudica a difusão, ou quando os volumes pulmonares estão diminuídos devido à hipoventilação alveolar, este procedimento aumenta os níveis de oxigênio nos alvéolos. Bem como nas situações de infarto do miocárdio ou em uma arritmia cardíaca, a administração de oxigênio é necessária para um paciente cujo miocárdio já está comprometido.

O oxigênio é um gás transparente, incolor, insípido, inodoro, comburente, discretamente mais pesado do que o ar atmosférico. Frio, seco e vasoconstritor.

Atualmente, classifica-se o suporte ventilatório em dois grandes grupos:

→ **Ventilação mecânica invasiva;**

→ **Ventilação não invasiva.**

Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas. A diferença entre elas fica na forma de liberação de pressão: enquanto na ventilação invasiva utiliza-se uma prótese introduzida na via aérea, isto é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial.

Ventilação mecânica básica

A ventilação mecânica é compreendida como a manutenção da oxigenação e/ou da ventilação dos pacientes de maneira artificial até que estes estejam capacitados a reassumi-las.

A ventilação mecânica basicamente é feita através do uso de pressão positiva nas vias aéreas, ao contrário do que se utilizava no início do seu uso clínico que era a pressão negativa. Desta forma, pode-se dividir a ventilação a pressão positiva em quatro fases:

³ CEARÁ. Secretaria de Educação do Ceará. Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio. Manual de Cuidados ao Paciente Crítico – Manual do Professor. Colaboração Técnica: Alisson Salatiek Ferreira de Freitas e Anna Margarida Vicente Santiago. Ceará, 2013.

Fases da ventilação mecânica



https://educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/images/material_didatico/professor/enfermagem/cuidados_ao_paciente_critico_professor.pdf

Modos de ventilação mecânica

Os modos da ventilação determinam o início da fase inspiratória, de maneira geral existem quatro modos básicos de ventilação:

→ **Ventilação controlada**

Neste modo de ventilação não há participação do paciente, o aparelho determina todas as fases da ventilação. Este é o tipo de ventilação mais utilizado na anestesia.

→ **Ventilação Assistida**

Neste modo de ventilação, o aparelho determina o início da inspiração por um critério de pressão ou fluxo, mas o ciclo só é iniciado com o esforço do paciente. Nas duas situações, o disparo é feito pelo esforço inspiratório do paciente que aciona o aparelho de acordo com a sensibilidade pré-determinada.

→ **Ventilação assistida-controlada**

O modo assistido-controlado permite um mecanismo duplo de disparo fornecendo maior segurança para o paciente, pois o ciclo controlado entra sempre que o paciente não disparar o ciclo assistido.

→ **Ventilação mandatória intermitente**

Neste tipo de ventilação há uma combinação de ventilação controlada e/ou assistida intercalada com ventilações espontâneas do paciente dentro do próprio circuito do aparelho, através de válvulas de demanda.

Cuidados de enfermagem

- Vigilância constante;
- Controle de sinais vitais e monitorização cardiovascular;
- Monitorização de trocas gasosas e padrão respiratório;
- Observação dos sinais neurológicos;
- Aspiração de secreções;
- Observação dos sinais de hiperinsuflação;
- Higiene oral, troca de fixação do TOT/TQT, mobilização do TOT;
- Controle da pressão do balonete;
- Monitorização do balanço hidroeletrolítico e peso corporal;
- Controle nutricional;
- Umidificação e aquecimento do gás inalado;
- Observação do circuito do ventilador;
- Observação dos alarmes do ventilador;
- Nível de sedação do paciente e de bloqueio neuromuscular;

Observação do sincronismo entre o paciente e a máquina;
Orientação de exercícios;
Preenchimento dos formulários de controle;
Apoio emocional ao paciente;
Controle de infecção.

Terapia renal substitutiva;

A hemodiálise é uma das terapias renais substitutivas que tem como objetivo remover do organismo o excesso de líquidos e solutos indesejáveis. É um tratamento extracorpóreo, onde o sangue passa por um dialisador que contém dois compartimentos, um por onde circula o sangue, e outro por onde circula a solução de diálise.

Os grupos de risco para realização da diálise (hemodiálise, diálise peritoneal ou o transplante renal) são os portadores de doenças renais crônicas.

Cuidados de enfermagem

O profissional deve explicar sobre a doença renal crônica e o processo dialítico;

Ter cuidados com o acesso vascular para a hemodiálise (cater duplo lúmen ou fístula arteriovenosa);

Manter o controle da ingesta hídrica e ganho de peso;

Realizar vacinação contra hepatite B, se caso for necessário;

Realizar a higienização do acesso vascular definitivo (fístula arteriovenosa - FAV);

Pesar o paciente;

Verificar a pressão arterial;

Verificar o nome completo do paciente no dialisador e certificar-se que o teste de resíduo do agente químico empregado na desinfecção do mesmo foi realizado e apresentou resultado negativo;

Programar na máquina a prescrição da hemodiálise (tempo da sessão, dose da anticoagulação, fluxo sanguíneo, fluxo dialítico, peso seco, objetivo de ultrafiltração);

Avaliar sinais de infecção ou de aneurisma na FAV;

Em pacientes com uso de cateter observar no óstio se há presença de secreção e/ou hiperemia;

Higienizar as mãos, colocar EPI e instalar o paciente na hemodiálise;

Controlar a pressão arterial, manter a anticoagulação do sistema e monitorar a sessão dialítica para prevenir complicações;

Após a sessão de hemodiálise, deve-se aferir a pressão arterial, realizar a pesagem do paciente para confirmar se o paciente atingiu o peso seco e administrar medicamentos específicos que estejam prescritos. Com relação à máquina de hemodiálise deve ser realizada desinfecção química após cada sessão de diálise;

Os registros de Enfermagem devem ocorrer em tempo real para prover evidências da realização da assistência logo após a medição de todos os controles da sessão dialítica. Exemplo: Peso pré-diálise, controle de pressão arterial a cada 1 hora ou de acordo com a rotina da clínica, peso pós-diálise, intercorrências dialíticas, administração de medicamentos, além de resultado do teste de resíduo do produto químico utilizado na desinfecção dos dialisadores e registro da medida do volume interno das fibras do *dialisadorpriming*. Esses registros devem ser legíveis, identificáveis e recuperáveis;

A manutenção preventiva e corretiva das máquinas de hemodiálise e dos demais equipamentos utilizados nos serviços de diálise deve obedecer à frequência e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos. Esses equipamentos também devem ser calibrados para que sejam assegurados resultados válidos.

Pós-operatório de transplantes

O período das primeiras 24h do pós-operatório do transplante renal está associado à instabilidade hemodinâmica e à necessidade de reposição parenteral de grande quantidade de líquidos. A evolução com poucas intercorrências nesse período inicial está associada à melhor sobrevida a longo prazo.

Os cuidados no pós-operatório são similares aos realizados com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio porte, com ênfase na monitorização do balanço hidroeletrólítico, cuidados para prevenção de infecção, controle da dor, manutenção e estímulo da função pulmonar, deambulação precoce, restauração das funções gastrointestinais e restauração da função renal.

Cuidados de enfermagem

Ter conhecimento de como foi o procedimento cirúrgico, enfocando a ocorrência de complicações, dificuldades, medicamentos utilizados durante a cirurgia, tempo cirúrgico, alterações na recuperação pós-anestésica;

Evolução esperada nos primeiros dias após o procedimento, enfocando o funcionamento do rim transplantado;

Avaliação da função do enxerto, por meio da avaliação da eliminação urinária, bem como da evolução dos exames clínicos de função renal (ureia, creatinina, sódio e potássio);

Administração e avaliação da terapia imunossupressora do paciente;

Deteção precoce das complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico;

A monitorização das complicações pós transplante renal, na UTI, é prioridade;

Preparar e testar os equipamentos necessários para receber o paciente submetido ao transplante renal, na UTI;

Ter conhecimento de como foi o procedimento cirúrgico, enfocando a ocorrência de complicações, dificuldades técnicas, medicamentos utilizados durante a cirurgia, reposição volêmica com hemoterápicos, tempo cirúrgico, alterações na recuperação pós-anestésica.

Avaliar o paciente ao recebê-lo na UTI;

Avaliação da função cardiopulmonar: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de O², de acordo com padrões de normalidade;

Avaliação do estado de hidratação do paciente: condição clínica e verificação da PVC, reposição de líquidos conforme prescrição médica;

Realizar balanço hídrico rigoroso;

Avaliar função renal: controle de diurese a cada hora, objetivando-se um padrão ≥ 30 ml/h;

Observar manutenção do cateter urinário pérvio;

Avaliação dos resultados dos exames clínico-laboratoriais, informando a equipe médica a ocorrência de alterações relevantes;

Manejo e controle da dor;

No paciente consciente, realizar a avaliação da dor utilizando-se escala numérica ou analógica (5º sinal vital);

Cuidados com acessos vasculares, drenos e sondas; evitando-se trações e umidade;

Avaliar presença de hemorragia, hematomas na ferida cirúrgica;

Estimular a deambulação o mais precocemente possível, visando prevenção de complicações vasculares e pulmonares, bem como a ocorrência de úlceras por pressão;

Estimular e supervisionar a realização de exercícios respiratórios. Em alguns serviços, são realizados pelo fisioterapeuta;

Instituir cuidados para a prevenção de infecção: realização de curativos com técnica asséptica, restrição de visitas, entre outros;

Realizar controle rigoroso da glicemia capilar.

Cirurgias cardíacas e grandes cirurgias em geral

Oferecer assistência multidisciplinar integral e segura ao paciente adulto em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva.

As cirurgias cardíacas contempladas para este protocolo são:

- Revascularização do miocárdio;
- Cirurgias valvares;
- Cirurgias para tratamento de doenças da aorta;
- Transplante cardíaco;
- Correção de cardiopatias congênitas.

A admissão do paciente no pós-operatório imediato deve ser realizada como prioridade absoluta. O tempo de permanência aproximado destes pacientes é de 72 horas.

Potenciais complicações: sangramento, arritmias, tamponamento cardíaco, AVC, hipovolemia, IAM, fenômenos tromboembólicos, infecções hospitalares.

Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes:

- Risco para Infecção;
- Risco Integridade da Pele Prejudicada;
- Déficit para o Autocuidado;
- Desobstrução Ineficaz de VAS;
- Dor;
- Risco de Integridade Tissular Prejudicada;
- Débito Cardíaco diminuído;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Mobilidade no leito prejudicada;
- Perfusão renal ineficaz;
- Risco de desequilíbrio do volume de líquidos;
- Risco de glicemia instável.

Ações prioritárias na admissão do paciente pela equipe de enfermagem

Na recepção do paciente será necessária a presença de médico intensivista, de enfermeiro, de fisioterapeuta e de técnico de enfermagem.

A equipe cirúrgica deve informar a Equipe da UTI:

- A cirurgia efetuada;
- Os achados operatórios;
- As manobras cirúrgicas;
- As eventuais complicações cirúrgicas e anestésicas (transoperatório e pós-operatório).

Cuidados do Enfermeiro

Conectar sistemas de monitorização invasiva – PAM/PVC/Swan Ganz.

Preparar e instalar a protamina de acordo com a prescrição médica, infusão de 30 a 60 minutos;

Conferir administração de soluções endovenosas:

- Gotejamento de drogas e soros;
- Programação correta das bombas de infusão;
- Uso das vias do cateter venoso central;
- Coletar gasometria e exames laboratoriais após 20 min de VM;
- Dar início à documentação do processo de enfermagem (Sistemização da Assistência de Enfermagem - SAE).

Cuidados do Técnico de Enfermagem

- Conectar o monitor – ECG ao paciente;
- Instalar e programar as bombas de infusão;
- Conectar os drenos ao sistema de aspiração;
- Desprezar volume do dreno pericárdico;
- Verificar débito do dreno mediastinal, identificando o nível do selo d'água;

- Desprezar a diurese vinda do CC;
- Anotar em folha de controles;
- Valores de monitorização;
- Débito urinário;
- Débito de drenos;
- Recebimento de drogas e/ou infusões;
- Proporcionar medidas de conforto no leito;
- Realizar ECG.

Manobra de PRONA

A posição prona é uma manobra para combater a hipoxemia, sintoma bastante comum em paciente com diminuição da complacência pulmonar e alteração da ventilação/perfusão. Existe uma melhora significativa na oxigenação do paciente, favorecendo o desmame, além disso, pode ser realizada sem comprometer a segurança do paciente⁴.

Esta intervenção, quando aplicada a pacientes em uso de membrana extracorpórea (ECMO), tem mostrado benefícios na sobrevida. O enfermeiro deverá saber os critérios de aplicação desta posição, bem como seus benefícios.

Quando indicada, proporciona alteração da insuflação pulmonar regional, redistribuição da ventilação e redistribuição da perfusão.

As contraindicações são: instabilidade hemodinâmica refratária com uso de drogas vasoativas; trauma de tórax e abdômen; monitorização intracraniana; hemodiálise; lesão medular; cirurgia de face recente e circulação extracorpórea.

Acredita-se que, usando ventilação ultra protetora com baixas pressões de platô durante a terapia VV-ECMO, se possibilitaria a formação de áreas mal ventiladas em regiões pulmonares dependentes e, conseqüentemente, poderia influenciar a alteração da relação ventilação/perfusão.

A posição possibilita recrutar as regiões dorsais dos pulmões podendo, assim, exercer efeitos benéficos durante a terapia com VV-ECMO. Tornam-se necessários alguns cuidados para posicionar o paciente em prona, pois, em pacientes em uso de ECMO, esta intervenção pode aumentar o risco de decanulação acidental.

Evidenciou-se, em um estudo, que, quando aplicada pela equipe de Enfermagem, existe a necessidade de seis cuidadores para mudar o paciente. Um enfermeiro deve ficar responsável especificamente pela tubulação e ECMO durante a mudança.

Nota-se, portanto, que é necessário o treinamento de toda a equipe com a finalidade de se adequar a técnica e manter a segurança do paciente.

Membrana de oxigenação extracorpórea

A oxigenação por membrana extracorpórea – *Extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), é um suporte mecânico invasivo de assistência circulatória mecânica (ACM) planejado para fornecer suporte cardiopulmonar parcial ou total para pacientes com falência cardíaca e pulmonar.

Configura-se em uma tecnologia com instalação rápida, aplicável à maioria dos pacientes e que rapidamente reverte a falência circulatória e/ou a anoxia. Esse sistema consiste em um circuito fechado de circulação extracorpórea composto por um conjunto de tubos, uma membrana de oxigenação artificial e uma bomba propulsora onde a finalidade é manter a perfusão dos tecidos com sangue oxigenado enquanto se aguarda a recuperação do órgão previamente acometido como o coração e o pulmão ou ambos.

4 Santos DBC, Cardoso LCC, Cássia TDA, Prata MS, Santos ES. Cuidados a pacientes em uso de Oxigenação por Membrana Extracorpórea. Rev. Enfermagem. UFPEonline. 2019;13:e242035 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242035>.

Destaca-se, nesse processo, que o sangue pouco oxigenado, rico em gás carbônico, é drenado do sistema venoso e conduzido por uma bomba centrífuga por meio de uma membrana artificial de oxigenação.

A ECMO é um procedimento de alto custo e complexidade, necessitando de infraestrutura laboratorial e tecnológica adequada, além de recursos materiais específicos. Observa-se que essa tecnologia tem sido bastante utilizada nos últimos anos e apresenta cada vez mais resultados favoráveis, principalmente relacionados ao transplante cardíaco.

O uso dessa terapia pode acarretar riscos e complicações como o sangramento e o risco de infecção pela exposição e pela inserção das cânulas. Recomenda-se que pacientes de alta complexidade devam receber cuidados específicos planejados por enfermeiros que detenham habilidades especializadas.

A equipe de Enfermagem presta uma assistência de grande relevância pela necessidade de avaliação constante do paciente devido à particularidade da assistência ininterrupta da ECMO. Considera-se a aplicação da sistematização do cuidado na Enfermagem como um método que possibilita a organização da assistência de maneira eficiente à demanda de implementação do cuidado aos pacientes.

Para prestar cuidados específicos, é necessário ter uma equipe de Enfermagem altamente especializada e capacitada para a sua implementação. Deve-se enfatizar que a educação e a preparação para além do seu grau básico de Enfermagem são obrigatórias a fim de proporcionar um ótimo nível de cuidados a esse paciente.

Salientam-se, nesse contexto, a importância da utilização da assistência circulatória mecânica no atendimento ao paciente crítico e sua crescente difusão tecnológica em hospitais de alta complexidade no Brasil, que exigem, dos profissionais de Enfermagem, condutas baseadas em evidências científicas sobre a ECMO.

Cuidados gerais diários de Enfermagem

Os cuidados gerais de Enfermagem são uma intervenção que tem como finalidade melhorar a higiene e o conforto do paciente, evitando infecções iatrogênicas. Evidenciou-se, em estudos, que há uma desestabilidade, principalmente do parâmetro respiratório, durante a execução dos cuidados de Enfermagem em pacientes em uso de ECMO.

Faz-se necessária a cooperação entre médicos e enfermeiros na avaliação de pacientes que utilizam esse dispositivo para analisar o nível de tolerância de cuidados de Enfermagem. O protocolo de cuidados diários em Enfermagem é composto de cuidados como o banho no leito e a elevação com maca *scoop stretcher* (maca que permite a elevação do paciente de modo a minimizar a mobilização de pacientes restritos no leito), permitindo a realização da higienização íntima e remoção da sujidade, mudança do posicionamento do tubo endotraqueal e troca de curativos sempre que necessário.

É importante avaliar sangramentos e monitorar a integridade do acesso vascular. Dentre as principais complicações do banho no leito, o paciente pode apresentar taquicardia, diminuição da saturação de oxigênio, hipertensão arterial e redução da saturação venosa central.

Observou-se que, devido à gravidade clínica, o paciente pode ter uma instabilidade hemodinâmica, sendo o banho no leito o grande responsável por causar taquicardias nos pacientes, hipertensão e redução do fluxo sanguíneo da ECMO.

O protocolo inicial sofreu alteração na utilização da maca *scoop stretcher* por mobilizar uma leve lateralização do paciente. O estado de sedação deve ser rigorosamente avaliado antes e após os cuidados gerais de Enfermagem.

Um plano de sedação inadequado pode aumentar o consumo de oxigênio, reduzindo a saturação de oxigênio arterial. Em pacientes em ventilação espontânea, a mobilização no banho do leito pode desestabilizar o estado ventilatório do paciente.

Destaca-se a importância do gerenciamento da sedação, que deve ser realizado por meio de instrumentos como a Escala de Sedação de Ramsay (RSS).

ASSISTÊNCIA CLÍNICA E CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM; PROCEDIMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM

Fundamentos de Enfermagem

A assistência da Enfermagem baseia-se em conhecimentos científicos e métodos que definem sua implementação. Assim, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes que, gradativamente, vem sendo implantada em diversos serviços de saúde. Os componentes ou etapas dessa sistematização variam de acordo com o método adotado, sendo basicamente composta por levantamento de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e avaliação.

Interligadas, essas ações permitem identificar as necessidades de assistência de saúde do paciente e propor as intervenções que melhor as atendam - ressalte-se que compete ao enfermeiro a responsabilidade legal pela sistematização; contudo, para a obtenção de resultados satisfatórios, toda a equipe de enfermagem deve envolver-se no processo.

Na fase inicial, é realizado o levantamento de dados, mediante entrevista e exame físico do paciente. Como resultado, são obtidas importantes informações para a elaboração de um plano assistencial e prescrição de enfermagem, a ser implementada por toda a equipe.

A entrevista, um dos procedimentos iniciais do atendimento, é o recurso utilizado para a obtenção dos dados necessários ao tratamento, tais como o motivo que levou o paciente a buscar ajuda, seus hábitos e práticas de saúde, a história da doença atual, de doenças anteriores, hereditárias, etc. Nesta etapa, as informações consideradas relevantes para a elaboração do plano assistencial de enfermagem e tratamento devem ser registradas no prontuário, tomando-se, evidentemente, os cuidados necessários com as consideradas como sigilosas, visando garantir ao paciente o direito da privacidade.

O exame físico inicial é realizado nos primeiros contatos com o paciente, sendo reavaliado diariamente e, em algumas situações, até várias vezes ao dia.

Como sua parte integrante, há a avaliação minuciosa de todas as partes do corpo e a verificação de sinais vitais e outras medidas, como peso e altura, utilizando-se técnicas específicas.

Na etapa seguinte, faz-se a análise e interpretação dos dados coletados e se determinam os problemas de saúde do paciente, formulados como diagnóstico de enfermagem. Através do mesmo são identificadas as necessidades de assistência de enfermagem e a elaboração do plano assistencial de enfermagem.

O plano descreve os cuidados que devem ser dados ao paciente (prescrição de enfermagem) e implementados pela equipe de enfermagem, com a participação de outros profissionais de saúde, sempre que necessário.

Na etapa de avaliação verifica-se a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a ele prestados e as necessidades de modificar ou não o plano inicialmente proposto.

O hospital, a assistência de enfermagem e a prevenção da infecção

O termo hospital origina-se do latim *hospitium*, que quer dizer local onde se hospedam pessoas, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV dC, cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes e peregrinos.

Segundo o Ministério da Saúde, hospital é definido como estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não-internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.

Para se avaliar a necessidade de serviços e leitos hospitalares numa dada região faz-se necessário considerar fatores como a estrutura e nível de organização de saúde existente, número de habitantes e frequência e distribuição de doenças, além de outros eventos relacionados à saúde. Por exemplo, é possível que numa região com grande população de jovens haja carência de leitos de maternidade onde ocorre maior número de nascimentos. Em outra, onde haja maior incidência de doenças crônico-degenerativas, a necessidade talvez seja a de expandir leitos de clínica médica.

De acordo com a especialidade existente, o hospital pode ser classificado como geral, destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas, ou especializado, destinado a prestar assistência em uma especialidade, como, por exemplo, maternidade, ortopedia, entre outras.

Um outro critério utilizado para a classificação de hospitais é o seu número de leitos ou capacidade instalada: são considerados como de pequeno porte aqueles com até 50 leitos; de médio porte, de 51 a 150 leitos; de grande porte, de 151 a 500 leitos; e de porte especial, acima de 500 leitos.

Conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde em uma dada região geográfica - desde as unidades básicas até os hospitais de maior complexidade - devem estar integrados, constituindo um sistema hierarquizado e organizado de acordo com os níveis de atenção à saúde. Um sistema assim constituído disponibiliza atendimento integral à população, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

As unidades básicas de saúde (integradas ou não ao Programa Saúde da Família) devem funcionar como porta de entrada para o sistema, reservando-se o atendimento hospitalar para os casos mais complexos - que, de fato, necessitam de tratamento em regime de internação.

De maneira geral, o hospital secundário oferece alto grau de resolubilidade para grande parte dos casos, sendo poucos os que acabam necessitando de encaminhamento para um hospital terciário. O sistema de saúde vigente no Brasil agrega todos os serviços públicos das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados, credenciados por contrato ou convênio. Na área hospitalar, 80% dos estabelecimentos que prestam serviços ao SUS são privados e recebem reembolso pelas ações realizadas, ao contrário da atenção ambulatorial, onde 75% da assistência provém de hospitais públicos.

Na reorganização do sistema de saúde proposto pelo SUS o hospital deixa de ser a porta de entrada do atendimento para se constituir em unidade de referência dos ambulatórios e unidades básicas de saúde. O hospital privado pode ter caráter beneficente, filantrópico, com ou sem fins lucrativos. No beneficente, os recursos são originários de contribuições e doações particulares para a prestação de serviços a seus associados - integralmente aplicados na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos sociais. O hospital filantrópico reserva serviços gratuitos para a população carente, respeitando a legislação em vigor. Em ambos, os membros da diretoria não recebem remuneração.

Para que o paciente receba todos os cuidados de que necessita durante sua internação hospitalar, faz-se necessário que tenha à sua disposição uma equipe de profissionais competentes e diversos serviços integrados - Corpo Clínico, equipe de enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, etc., caracterizando uma extensa divisão técnica de trabalho.

Para alcançar os objetivos da instituição, o trabalho das equipes, de todas as áreas, necessita estar em sintonia, haja vista que uma das características do processo de produção hospitalar é a interdependência. Uma outra característica é a quantidade e diversidade de procedimentos diariamente realizados para prover assistência ao paciente, cuja maioria segue normas rígidas no sentido de proporcionar segurança máxima contra a entrada de agentes biológicos nocivos ao mesmo.

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre, onde os profissionais e os próprios pacientes internados estão expostos a agressões de diversas naturezas, seja por agentes físicos, como radiações originárias de equipamentos radiológicos e elementos radioativos, seja por agentes químicos, como medicamentos e soluções, ou ainda por agentes biológicos, representados por microrganismos.

No hospital concentram-se os hospedeiros mais susceptíveis, os doentes e os microrganismos mais resistentes. O volume e a diversidade de antibióticos utilizados provocam alterações importantes nos microrganismos, dando origem a cepas multirresistentes, normalmente inexistentes na comunidade. A contaminação de pacientes durante a realização de um procedimento ou por intermédio de artigos hospitalares pode provocar infecções graves e de difícil tratamento. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, como diálise peritonial, hemodiálise, inserção de cateteres e drenos, uso de drogas imunossupressoras, são fatores que contribuem para a ocorrência de infecção.

Ao dar entrada no hospital, o paciente já pode estar com uma infecção, ou pode vir a adquiri-la durante seu período de internação. Seguindo-se a classificação descrita na Portaria no 2.616/98, do Ministério da Saúde, podemos afirmar que o primeiro caso representa uma infecção comunitária; o segundo, uma infecção hospitalar que pode ter como fontes a equipe de saúde, o próprio paciente, os artigos hospitalares e o ambiente.

Visando evitar a ocorrência de infecção hospitalar, a equipe deve realizar os devidos cuidados no tocante à sua prevenção e controle, principalmente relacionada à lavagem das mãos, pois os microrganismos são facilmente levados de um paciente a outro ou do profissional para o paciente, podendo causar a infecção cruzada.

Atendendo o paciente no hospital

O paciente procura o hospital por sua própria vontade (necessidade) ou da família, e a internação ocorre por indicação médica ou, nos casos de doença mental ou infectocontagiosa, por processo legal instaurado.

A internação é a admissão do paciente para ocupar um leito hospitalar, por período igual ou maior que 24 horas. Para ele, isto significa a interrupção do curso normal de vida e a convivência temporária com pessoas estranhas e em ambiente não-familiar. Para a maioria das pessoas, este fato representa desequilíbrio financeiro, isolamento social, perda de privacidade e individualidade, sensação de insegurança, medo e abandono. A adaptação do paciente a essa nova situação é marcada por dificuldades pois, aos fatores acima, soma-se a necessidade de seguir regras e normas institucionais quase sempre bastante rígidas e inflexíveis, de entrosar-se com a equipe de saúde, de submeter-se a inúmeros procedimentos e de mudar de hábitos.

O movimento de humanização do atendimento em saúde procura minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares, buscando formas de tornar menos agressiva a condição do doente institucionalizado. Embora lenta e gradual, a própria conscientização do paciente a respeito de seus direitos tem contribuído para tal intento. Fortes aponta a responsabilidade institucional como um aspecto importante, ao afirmar que existe um componente de responsabilidade dos administradores de saúde na implementação de políticas e ações administrativas que resguardem os direitos dos pacientes. Assim, questões como sigilo, privacidade, informação, aspectos que o profissional de saúde tem o dever de acatar por determinação do seu código de ética, tornam-se mais abrangentes e eficazes na medida em que também passam a ser princípios norteadores da organização de saúde.

Tudo isso reflete as mudanças em curso nas relações que se estabelecem entre o receptor do cuidado, o paciente, e o profissional que o assiste, tendo influenciado, inclusive, a nomenclatura tradicionalmente utilizada no meio hospitalar.

O termo paciente, por exemplo, deriva do verbo latino *patiscere*, que significa padecer, e expressa uma conotação de dependência, motivo pelo qual cada vez mais se busca outra denominação para o receptor do cuidado. Há crescente tendência em utilizar o termo cliente, que melhor reflete a forma como vêm sendo estabelecidos os contatos entre o receptor do cuidado e o profissional, ou seja, na base de uma relação de interdependência e aliança. Outros têm manifestado preferência pelo termo usuário, considerando que o receptor do cuidado usa os nossos serviços. Entretanto, será mantida a denominação tradicional, porque ainda é dessa forma que a maioria se reporta ao receptor do cuidado.

Ao receber o paciente na unidade de internação, o profissional de enfermagem deve providenciar e realizar a assistência necessária, atentando para certos cuidados que podem auxiliá-lo nessa fase. O primeiro contato entre o paciente, seus familiares e a equipe é muito importante para a adaptação na unidade. O tratamento realizado com gentileza, cordialidade e compreensão ajuda a despertar a confiança e a segurança tão necessárias. Assim, cabe auxiliá-lo a se familiarizar com o ambiente, apresentando-o à equipe presente e a outros pacientes internados, em caso de enfermagem, acompanhando-o em visita às dependências da unidade, orientando-o sobre o regulamento, normas e rotinas da instituição. É também importante solicitar aos familiares que providenciem objetos de uso pessoal, quando necessário, bem como arrumar roupas e valores nos casos em que o paciente esteja desacompanhado e seu estado indique a necessidade de tal procedimento.

É importante lembrar que, mesmo na condição de doente, a pessoa continua de posse de seus direitos: ao respeito de ser chamado pelo nome, de decidir, junto aos profissionais, sobre seus cuidados, de ser informado sobre os procedimentos e tratamento que lhe serão dispensados, e a que seja mantida sua privacidade física e o segredo sobre as informações confidenciais que digam respeito à sua vida e estado de saúde.

O tempo de permanência do paciente no hospital dependerá de vários fatores: tipo de doença, estado geral, resposta orgânica ao tratamento realizado e complicações existentes. Atualmente, há uma tendência para se abreviar ao máximo o tempo de internação, em vista de fatores como altos custos hospitalares, insuficiência de leitos e riscos de infecção hospitalar. Em contrapartida, difundem-se os serviços de saúde externos, como a internação domiciliar, a qual estende os cuidados da equipe para o domicílio do doente, medida comum em situações de alta precoce e de acompanhamento de casos crônicos - é importante que, mesmo

neste âmbito, sejam também observados os cuidados e técnicas utilizadas para a prevenção e controle da infecção hospitalar e descarte adequado de material perfurocortante.

O período de internação do paciente finaliza-se com a alta hospitalar, decorrente de melhora em seu estado de saúde, ou por motivo de óbito. Entretanto, a alta também pode ser dada por motivos tais como: a pedido do paciente ou de seu responsável; nos casos de necessidade de transferência para outra instituição de saúde; na ocorrência de o paciente ou seu responsável recusar(em)-se a seguir o tratamento, mesmo após ter(em) sido orientado(s) quanto aos riscos, direitos e deveres frente à terapêutica proporcionada pela equipe.

Na ocasião da alta, o paciente e seus familiares podem necessitar de orientações sobre alimentação, tratamento medicamentoso, atividades físicas e laborais, curativos e outros cuidados específicos, momento em que a participação da equipe multiprofissional é importante para esclarecer quaisquer dúvidas apresentadas.

Após a saída do paciente, há necessidade de se realizar a limpeza da cama e mobiliário; se o mesmo se encontrava em isolamento, deve-se também fazer a limpeza de todo o ambiente (limpeza terminal): teto, paredes, piso e banheiro.

As rotinas administrativas relacionadas ao preenchimento e encaminhamento do aviso de alta ao registro, bem como às pertinentes à contabilidade e apontamento em censo hospitalar, deveriam ser realizadas por agentes administrativos. Na maioria das instituições hospitalares, porém, estas ações ainda ficam sob o encargo dos profissionais de enfermagem.

O paciente poderá sair do hospital só ou acompanhado por familiares, amigos ou por um funcionário (assistente social, auxiliar, técnico de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde que a instituição disponibilize); dependendo do seu estado geral, em transporte coletivo, particular ou ambulância. Cabe à enfermagem registrar no prontuário a hora de saída, condições gerais, orientações prestadas, como e com quem deixou o hospital.

Um aspecto particular da alta diz respeito à transferência para outro setor do mesmo estabelecimento, ou para outra instituição. Deve-se considerar que a pessoa necessitará adaptar-se ao novo ambiente, motivo pelo qual a orientação da enfermagem é importante. Quando do transporte a outro setor ou à ambulância, o paciente deve ser transportado em maca ou cadeira de rodas, junto com seus pertences, prontuário e os devidos registros de enfermagem. No caso de encaminhamento para outro estabelecimento, enviar os relatórios médico e de enfermagem.

Sistema de informação em saúde

Um sistema de informação representa a forma planejada de receber e transmitir dados. Pressupõe que a existência de um número cada vez maior de informações requer o uso de ferramentas (internet, arquivos, formulários) apropriadas que possibilitem o acesso e processamento de forma ágil, mesmo quando essas informações dependem de fontes localizadas em áreas geográficas distantes.

No hospital, a disponibilidade de uma rede integrada de informações através de um sistema informatizado é muito útil porque agiliza o atendimento, tornando mais rápido o processo de admissão e alta de pacientes, a marcação de consultas e exames, o processamento da prescrição médica e de enfermagem e muitas outras ações frequentemente realizadas. Também influencia favoravelmente na área gerencial, disponibilizando em curto espaço de tempo informações atualizadas de diversas naturezas que subsidiam as ações administrativas, como recursos humanos

existentes e suas características, dados relacionados a recursos financeiros e orçamentários, recursos materiais (consumo, estoque, reposição, manutenção de equipamentos e fornecedores), produção (número de atendimentos e procedimentos realizados) e aqueles relativos à taxa de nascimentos, óbitos, infecção hospitalar, média de permanência, etc.

As informações do paciente, geradas durante seu período de internação, constituirão o documento denominado prontuário, o qual, segundo o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.331/89), consiste em um conjunto de documentos padronizados e ordenados, proveniente de várias fontes, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente.

O prontuário agrega um conjunto de impressos nos quais são registradas todas as informações relativas ao paciente, como histórico da doença, antecedentes pessoais e familiares, exame físico, diagnóstico, evolução clínica, descrição de cirurgia, ficha de anestesia, prescrição médica e de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, formulários e gráficos. É direito do paciente ter suas informações adequadamente registradas, como também acesso - seu ou de seu responsável legal - às mesmas, sempre que necessário.

Legalmente, o prontuário é propriedade dos estabelecimentos de saúde e após a alta do paciente fica sob os cuidados da instituição, arquivado em setor específico. Quanto à sua informatização, há iniciativas em andamento em diversos hospitais brasileiros, haja vista que facilita a guarda e conservação dos dados, além de agilizar informações em prol do paciente. Devem, entretanto, garantir a privacidade e sigilo dos dados pessoais.

Sistema de informação em enfermagem

Uma das tarefas do profissional de enfermagem é o registro, no prontuário do paciente, de todas as observações e assistência prestada ao mesmo, ato conhecido como anotação de enfermagem. A importância do registro reside no fato de que a equipe de enfermagem é a única que permanece continuamente e sem interrupções ao lado do paciente, podendo informar com detalhes todas as ocorrências clínicas. Para maior clareza, recomenda-se que o registro das informações seja organizado de modo a reproduzir a ordem cronológica dos fatos, isto permitirá que, na passagem de plantão, a equipe possa acompanhar a evolução do paciente.

Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

- Observação do estado geral do paciente, indicando manifestações emocionais como angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia ou agressividade; condições físicas, indicando alterações relacionadas ao estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, movimentação; existência e condições de sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, equipamentos em uso;

- A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispnéia após a instalação de cateter de oxigênio;

- A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação. Procedimen-

tos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente;

- A assistência de enfermagem prestada e as intercorrências observadas. Incluem-se neste item, entre outros, os dados referentes aos cuidados higiênicos, administração de dietas, mudanças de decúbito, restrição ao leito, aspiração de sondas e orientações prestadas ao paciente e familiares;

- As ações terapêuticas aplicadas pelos demais profissionais da equipe multiprofissional, quando identificada a necessidade de o paciente ser atendido por outro componente da equipe de saúde. Nessa circunstância, o profissional é notificado e, após efetivar sua visita, a enfermagem faz o registro correspondente. Para o registro das informações no prontuário, a enfermagem geralmente utiliza um roteiro básico que facilita sua elaboração. Por ser um importante instrumento de comunicação para a equipe, as informações devem ser objetivas e precisas de modo a não darem margem a interpretações errôneas. Considerando-se sua legalidade, faz-se necessário ressaltar que servem de proteção tanto para o paciente como para os profissionais de saúde, a instituição e, mesmo, a sociedade.

A seguir, destacamos algumas significativas recomendações para maior precisão ao registro das informações:

- os dados devem ser sempre registrados a caneta, em letra legível e sem rasuras, utilizando a cor de tinta padronizada no estabelecimento. Em geral, a cor azul é indicada para o plantão diurno; a vermelha, para o noturno. Não é aconselhável deixar espaços entre um registro e outro, o que evita que alguém possa, intencionalmente, adicionar informações. Portanto, recomenda-se evitar pular linha(s) entre um registro e outro, deixar parágrafo ao iniciar a frase, manter espaço em branco entre o ponto final e a assinatura;

- verificar o tipo de impresso utilizado na instituição e a rotina que orienta o seu preenchimento; identificar sempre a folha, preenchendo ou completando o cabeçalho, se necessário;

- indicar o horário de cada anotação realizada;

- ler a anotação anterior, antes de realizar novo registro;

- como não se deve confiar na memória para registrar as informações, considerando-se que é muito comum o esquecimento de detalhes e fatos importantes durante um intensivo dia de trabalho, o registro deve ser realizado em seguida à prestação do cuidado, observação de intercorrências, recebimento de informação ou tomada de conduta, identificando a hora exata do evento;

- quando do registro, evitar palavras desnecessárias como, paciente, por exemplo, pois a folha de anotação é individualizada e, portanto, indicativa do referente;

- jamais deve-se rasurar a anotação; caso se cometa um engano ao escrever, não usar corretor de texto, não apagar nem rasurar, pois as rasuras ou alterações de dados despertam suspeitas de que alguém tentou deliberadamente encobrir informações; em casos de erro, utilizar a palavra, digo, entre vírgulas, e continuar a informação correta para concluir a frase, ou riscar o registro com uma única linha e escrever a palavra, erro; a seguir, fazer o registro correto - exemplo: Refere dor intensa na região lombar, administrada uma ampola de Voltaren IM no glúteo direito, digo, esquerdo.. Ou: no glúteo esquerdo; em caso de troca de papeleta, riscar um traço em diagonal e escrever, Erro, papeleta trocada;