

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROJETO DA VIIIª UNIDADE CURRICULAR

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UMA METODOLOGIA
CIENTÍFICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ - JOINVILLE-SC

ELABORADO POR : ANA DORA PAIM BAGGIO
KELLEN CRISTINE M. JUSTUS
JUCÉLIA ADRIANA WIGGERS

ORIENTADORA : MARIA ANICE DA SILVA

SUPERVISORAS : LUIZA HELENA JORDAN
EVELLYN VALDIVIA STOCK

CCSM
TCC
UFSC
ENF
109
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 109
Autor: Baggio, Ana Dora P
Título: Proposta de implantação de uma m



972517303

Ac. 240580

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1988.

S U M Á R I O

	PAG.
I . INTRODUÇÃO	03
II . OBJETIVOS	05
1 . GERAIS	05
2 . ESPECÍFICOS	05
III . REVISÃO BIBLIOGRAFICA	08
IV . CRONOGRAMA	14
V . CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
VI . BIBLIOGRAFIA	17

ANEXOS

I . INTRODUÇÃO

O projeto "Proposta de Implantação de Uma Metodologia Científica na Assistência de Enfermagem no Hospital Municipal São José em Joinville-SC" foi idealizado visando atender duas necessidades prementes. A primeira, que é imediata e obrigatória, consiste em satisfazer uma exigência estabelecida pela VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. A segunda, está relacionada diretamente ao ponto central do projeto supra citado, se destaca em importância e utilidade para a preservação da saúde do indivíduo em qualidade satisfatória. Para isso, entendemos ser necessário direcionar a atuação do enfermeiro na procura de métodos científicos que promovam condições para esta melhor assistência. Como meta, tentaremos elaborar um instrumento básico, que possa ser metodicamente utilizado pela assistência de enfermagem, usando atender o paciente em seu aspecto global, e que esteja humana e economicamente dentro das condições da instituição. Além de acharmos válido o uso habitual de uma metodologia científica na assistência de enfermagem, esta experiência será proveitosa para o próprio hospital já que seu corpo técnico objetiva, a longo prazo implantar uma metodologia assistencial. Estratêgicamente utilizaremos a unidade médico cirurgica localizada no 1º andar, como unidade piloto, sendo que os resultados positivos serão gradativamente disseminados às demais unidades do hospital.

Conjuntamente, à convite da chefia de enfermagem integraremos a Comissão de Infecção Hospitalar, onde iremos colaborar com o controle de infecção hospitalar e como retorno teremos o conhecimento dos aspectos teórico práticos deste importante e polêmico problema da área da saúde.

A idéia de executarmos um estágio fora da grande Florianópolis, partiu da necessidade sentida pelo grupo em conhecer uma realidade distinta da encontrada aqui, durante os estágios curriculares. Após o interesse demonstrado pela chefia de enfermagem do hospital em introduzir a entidade estudantil em seu contexto, achamos uma boa oportunidade para enriquecermos nosso conhecimento profissional.

O Hospital Municipal São José, é um hospital geral, considerado uma autarquia municipal. Foi fundado em 1906 e está situado à Av. Getúlio Vargas, 238, na cidade de Joinville, SC. Atualmente mantém convênios com INPS, IPESC, Banco do Brasil e outros.

É um hospital de médio porte com 254 leitos, contendo unidades distribuídas em três prédios, sendo:

- . Prédio 1 - No térreo: Recepção, RX, Pronto Socorro e Ortopedia; 1º andar: Unidade Médico-Cirúrgica, com 21 leitos, Unidade Renal e UTI; 2º andar: Unidade Particular com 16 leitos; 3º andar: Centro Cirúrgico e Centro de Esterilização; 4º andar: Pediatria com 42 leitos ativos.
- . Prédio 2 - localiza-se a Unidade de Internação Médico - Cirúrgica J.S. com 68 leitos e o centro de terapia de queimados.
- . Prédio 3 - localizam-se as Unidades Médico - Cirúrgicas: Ala A com 37 leitos e Ala B com 31 leitos. Ainda neste prédio estão situados o isolamento, a cozinha, a lavanderia e a caldeira.

O Pronto Socorro é o único da região, recebendo todos os casos de acidentes rodoviários da área, entre outras emergências.

A equipe de enfermagem é formada por 221 funcionários sendo: 16 enfermeiros, 11 técnicos, 58 auxiliares e 136 atendentes. Os médicos existentes neste hospital não são contratados, eles trabalham como profissionais liberais.

O período para execução do projeto se estende do dia 22/08 à 10/11/88, estando a supervisão à cargo dos enfermeiros: Luiza Helena, Chefe da Divisão Técnica e Evelin, Gerente de Enfermagem, que além de seus conhecimentos teóricos, poderão auxiliar com conhecimentos práticos os quais são de grande valia para uma metodologia de assistência eficaz. A orientação está sob encargo da Profª Maria Anice, que em algumas oportunidades participará "in loco" da avaliação do andamento do presente projeto.

II . OBJETIVOS

1 . GERAIS :

- 1.1. Implantar uma metodologia científica de assistência de enfermagem no 1º andar do Hospital Municipal São José.
- 1.2. Executar técnicas de enfermagem, a fim de aprimorar habilidades, visando aperfeiçoamento profissional que reverterá numa melhor assistência ao paciente.
- 1.3. Colaborar com a implantação da Comissão de Infecção Hospitalar.

2 . ESPECÍFICOS :

Os objetivos específicos, plano de ação, cronograma e avaliação dos mesmos estão a seguir.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PLANO DE AÇÃO	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO O OBJETIVO SERÁ ALCANÇADO SE:
1- Elaborar uma metodologia assistencial que se adapte à realidade do hospital.	<ul style="list-style-type: none"> levantamento da assistência realizada pela equipe de enfermagem. Estudos das teorias ligadas à metodologia de assistência. Elaboração de um instrumento para aplicação da metodologia na U.M.C. do 1º andar. 	22/08 - 14/09	.Ao final do prazo estabelecido o grupo elaborar uma metodologia adequada às atuais condições do hospital.
2- Divulgar a metodologia elaborada para a equipe de enfermagem do 1º andar.	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da metodologia elaborada às chefes das unidades com avaliação e reabornação se necessário. Exposição da metodologia pela equipe de enfermagem da unidade. Orientação e motivação da equipe de enfermagem para a aplicação da metodologia. 	15/09 16/09 no decorrer do estágio	.houver aceitação e entendimento pela equipe de enfermagem.
3- Implantar a metodologia pré-estabelecida.	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação da metodologia nos pacientes internados no 1º andar. Auxiliar na supervisão da assistência de enfermagem prescrita. Visitar diariamente os pacientes. Estabelecer relação pessoa/pessoa com pacientes, familiares e funcionários. Registrar diariamente as atividades executadas. 	a partir do dia 19/09	<ul style="list-style-type: none"> a metodologia estiver sendo executada de maneira satisfatória. ao final do estágio houver interesse por parte da enfermagem em dar continuidade ao trabalho.
4- Avaliar periodicamente o andamento do estágio e a implantação do projeto	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniões quinzenais para avaliar o andamento do projeto em cima dos objetivos propostos, juntamente com orientadora e supervisoras. Participar das reuniões administrativas e de estudo programadas pela chefia de Enfermagem. 	15/09 - 06/10 01/11 - 10/11 estabelecidas pela chefia de enfermagem	.as reuniões programadas foram realizadas os resultados serão descritos no relatório.

<p>5- Realizar técnicas de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Execução das técnicas oportunizadas na própria unidade. • Solicitar aos enfermeiros das outras unidades permissão para desenvolver técnicas de interesse do grupo (Anexo I). • Registrar as técnicas realizadas (Anexo II) e computá-las ao final do estágio. 	<p>a partir de 19/09</p>	<p>• cada aluna tiver oportunidade de executar no mínimo 5 técnicos distintas.</p>
<p>6- Aprofundar conhecimentos teórico-prático c/ pacientes cirúrgico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar orientações gerais ao paciente cirúrgico em relação aos períodos pré, trans e pós-operatório. • Acompanhamento contínuo de pacientes nos períodos pré, trans e pós-operatório c/ estudo de caso (Anexo III). • Consultar a escala de cirurgias a serem realizadas, relacionando as cirurgias de interesse. 	<p>a partir de 19/09</p>	<ul style="list-style-type: none"> • cada aluna acompanhar no mínimo 3 pacientes de especialidades diferentes, apresentando um estudo de caso. • as orientações atingirem 50% dos pacientes.
<p>7- Colaborar com a Comissão de Infecção Hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar o que está sendo feito com relação ao controle de infecção hospitalar. • Observar e analisar a estrutura física com referência aos fatores de risco no controle de infecção hospitalar. • Estudar a ficha de controle utilizada. • Auxiliar no preenchimento das fichas de controle de infecção hospitalar e colaborar com a supervisão. • Observar as rotinas executadas e atualizá-las, se necessário. • Elaborar rotinas e propô-las à Comissão de Infecção Hospitalar para implantação. 	<p>a partir de 26/09</p>	<ul style="list-style-type: none"> • houver oportunidade de colaborar com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. • as atividades desenvolvidas serão descritas no relatório.

3

III . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

"Método, em sentido amplo, é a ordem que se deve impor aos diversos processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado.

O método é constituído de um conjunto de processos ou técnicas que formam os passos do caminho a percorrer na busca da verdade.

O método científico é a ferramenta colocada à disposição do profissional que, através da pesquisa, pretende penetrar no segredo de seu objeto de estudo.

O método científico é um dispositivo ordenado, um conjunto de procedimentos sistemáticos que o pesquisador emprega para obter o conhecimento adequado do problema que se propõe resolver". (4)

"O objetivo da metodologia consiste em analisar as características dos vários métodos disponíveis, avaliar suas capacidades, potencialidades, limitações ou distorções e criticar os pressupostos ou as implicações de sua utilização". (11)

"A importância do método e da metodologia é incontestável, ordenando o esforço mental, o método proporciona segurança e economia de tempo". (10)

O método científico é de aplicação geral, podendo ser comum à várias ciências exigindo apenas adaptações e técnicas especiais, pois cada ciência tem seu objetivo, sua teoria. Não longe disso, a enfermagem integra-se neste contexto como ciência buscando conhecimentos científicos existentes de modo lógico, funcional e adaptadas às circunstâncias. A enfermagem se esforça no sentido de abandonar o modo empírico de atuação, para passar a fazê-lo cientificamente, pesquisando e desenvolvendo teorias.

"Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria. Embora esta muitas vezes não apareça de maneira clara e por escrito, percebe-se que todos os cientistas, daquele ramo do saber humano, estão ligados entre si por comum unidade de pensamento: na filosofia científica". (7)

"A responsabilidade com a ética científica e o atingimento de novos estilos de assistência em enfermagem significa sem dúvida alguma, uma contribuição social que vai além das fronteiras

de uma profissão e muito além dos limites do próprio setor saúde".

(8)

"Planejar as atividades da vida não é uma questão de moda, pois já tem sido comprovado as vantagens do uso de modos de ação organizados e programados para se obter os resultados desejados com mais facilidade, menos perda de tempo e melhor aproveitamento dos recursos humanos e econômicos". (6)

A partir do momento que levantamos problemas, traçamos objetivos e planos de ação, estamos estruturando um projeto, visando ampliar o campo de atuação junto ao paciente. No Brasil, a enfermagem vem buscando há quase 20 anos, estruturar suas ações através de um método.

"A enfermagem planejada visa orientar o profissional quanto à elaboração de um planejamento sistemático de assistência de enfermagem, através de uma série de princípios coordenados entre si.

Todavia, planejar cuidados de enfermagem é uma tarefa complexa por várias razões: uma destas é que o processo de planejar em enfermagem envolve a participação harmônica de várias pessoas, como o paciente, o enfermeiro e sua equipe e os membros da equipe de saúde; outra razão é a indispensabilidade do uso do raciocínio, da tomada de decisões, da atuação e da documentação; além destas, outra razão preponderante, está relacionada às constantes mudanças da vida que afetam até os planos mais aprefeiçoados". (6)

"A elaboração de uma metodologia em enfermagem deve ser realística, deve atender às necessidades dos profissionais que dela se servirão, e principalmente melhorar o atendimento de enfermagem. Esta metodologia deve estar baseada em alguma teoria de enfermagem, pois " a teoria é importante como guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá, atuando-se de uma certa maneira), um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência". (7)

A metodologia deve conter todo o processo de ações e de decisões destinados a programar os cuidados de enfermagem. Estas ações devem ser de "exequibilidade comprovada que possibilitam ao enfermeiro conhecer melhor o indivíduo, identificar seus problemas e recomendar o tratamento específico às suas necessidades prioritárias bio-psico-sócio-espirituais, no âmbito de prevenção, tratamento e reabilitação.

Não importa quão simplificado seja o plano de cuidados de enfermagem, o importante é que este conduza a atender as necessidades específicas dos indivíduos entregues à responsabilidade do enfermeiro. E só é possível conhecer e atender às necessidades específicas dos indivíduos, se o enfermeiro estiver ao lado das pessoas que precisam de assistência". (6)

"Há um século atrás os hospitais constituíam um local perigoso. Pouco se sabia a respeito da causa ou da disseminação das doenças infecciosas. Como resultado, os funcionários, médicos e enfermeiros do Hospital frequentemente desenvolviam doenças transmissíveis após a exposição a pacientes infectados. Não se dava importância à limpeza pessoal ou ambiental. As moscas e outros insetos eram considerados apenas um estorvo e não uma ameaça à saúde. As técnicas de esterilização, desinfecção e assepsia ou eram desconhecidas ou não comprovadas". (5)

Atualmente, observa-se nos hospitais que a limpeza pura e simples já não basta, a esterilização é uma obrigação para certos materiais, toda a roupa de cama que entra em contato com o paciente é bem lavada e, com frequência esterilizada, são também realizados muitos outros procedimentos para prevenir a disseminação de doenças, ou seja, diminuir o número de infecções hospitalares.

"Os seres humanos têm sempre sido hospedeiros de um grande número de microorganismos. A sobrevivência do homem no meio de germes potencialmente causadores de doenças é devida a mecanismos protetores e resistências naturais ou adquiridas, locais ou sistêmicas. Infelizmente esses mecanismos protetores podem ser afetados por traumas, doenças ou alguma forma de tratamento médico ou cirúrgico.

Muitos são os fatores que podem influenciar o desenvolvimento de infecções hospitalares, podendo-se, entre eles, mencionar a fonte de infecção, o agente infeccioso, a via de transmissão, a susceptibilidade do hospedeiro e o meio ambiente.

Entre as medidas para a prevenção de controle de infecções dentro do hospital, encontra-se o controle dos riscos de infecção no ambiente hospitalar, o planejamento arquitetônico das edificações e instalações, a redução das oportunidades de contágio direto de pacientes, a supressão das fontes de infecção e as técnicas de lavagem das mãos.

Os impactos pessoais e econômicos de infecções adquiridos por pacientes internados podem ser graves. A incapacitação pessoal, tensão emocional, doença e hospitalização prolongada, bem como a morte, podem ser algumas das conseqüências de uma infecção. O internamento prolongado de pacientes infectados resulta num decréscimo de disponibilidade das instalações do hospital para outros pacientes e tem um impacto significativo sobre as técnicas hospitalares. Por outro lado, o custo financeiro para o paciente e para o hospital, resultante de infecções hospitalares, é considerável.

Para se fazer a prevenção e controle de infecções hospitalares não basta a existência de uma comissão de controle de infecções ativa e de um quadro de pessoal bem informado e consciencioso. É preciso atribuir responsabilidades específicas aos indivíduos e aos diferentes serviços para se obter toda a eficiência necessária a esse controle. Cabe, individualmente, ao administrador, ao médico, ao epidemiologista e à enfermeira, a maior parte da responsabilidade.

A maioria dos aspectos práticos do controle de infecções constituem uma função do serviço de enfermagem que lida não somente com os tratamentos de rotina mas também com as necessidades especiais dos pacientes. A enfermeira deve conhecer todas as normas e procedimentos necessários para a prevenção ou controle de infecções. Ela fornece as informações necessárias e executa tarefas especiais de supervisão e de notificação. Muitas de suas responsabilidades e tarefas são fatigantes e difíceis, exigindo planejamento e programação cuidadosos. Como a enfermeira é a única pessoa no hospital que fica em contato com o paciente todas as horas do dia e da noite, somente ela pode exercer uma contínua supervisão no que diz respeito ao controle de infecções.

Embora as responsabilidades da enfermeira diplomada sejam da maior importância, todos os outros membros do serviço de enfermagem compartilham destas responsabilidades, na medida de seu treinamento e da natureza das tarefas que lhe foram designadas.

A enfermeira de controle de infecções, a critério da Comissão de Controle de Infecções, pode ser encarregada de tarefas como identificação, controle, notificação, análise e interpretação de casos, investigação de epidemia, inspeção, avaliação e recomendação do programa, educação e prevenção.

As atividades de fiscalização da enfermeira de controle de infecções diferem de acordo com o hospital, dependendo de suas características e do programa de fiscalização. Outra variável será o tempo disponível da enfermeira para essa função. Dessa forma, pode-se incluir algumas ou partes das tarefas abaixo na descrição de suas obrigações.

Supervisão e Relatórios

- . Percorrer regularmente as unidades, procurando vestígios de infecção (febre, isolamento, e o uso de antibióticos); discutir possíveis infecções com a enfermeira encarregada. Essas inspeções podem ser diárias ou semanais, dependendo da frequência de infecções; tipo de hospital e tempo disponível.
- . Informar-se diariamente no laboratório de microbiologia a respeito de culturas que possam representar o aparecimento de infecções, e dar o seguimento de acordo com a indicação.
- . Manter um registro corrido (formulário individual de infecção ou lista) de cada infecção que se manifesta após a admissão no hospital.
- . Verificar se nos relatórios de autópsia constam infecções não diagnosticadas anteriormente.
- . Manter um contato constante com o serviço de saúde dos empregados para apurar a presença de infecções no pessoal do hospital.
- . Rever todos os dados sobre infecções com o presidente da comissão de controle de infecções e/ou epidemiologista do hospital, pelo menos uma vez por semana; ficar particularmente atenta a focos de infecção.
- . Preparar um relatório mensal de dados estatísticos, para a comissão de controle de infecções, corpo clínico e enfermeiras-chefe.
- . Estabelecer um seguimento regular de pacientes após a alta quando a comissão de controle de infecções julgar conveniente.
- . Registrar diariamente o número e o tipo de infecções constatadas por ocasião da admissão de pacientes.

Controle e Prevenção

- . Observar as técnicas de assepsia; dar conselhos sobre as técnicas de isolamento.
- . Dar conselhos sobre o local onde devem ser internados pacientes com suscetibilidade aumentada a infecções.
- . Observar os métodos para a descontaminação de equipamentos; providenciar assistência para exames microbiológicos de equipamento, quando necessário.
- . Participar de programas de educação em serviço.
- . Iniciar, juntamente com o epidemiologista do hospital, os estudos que forem indicados pelos dados obtidos pela fiscalização.

Muitas funções de ligação entre a comissão de infecções e os diversos serviços do hospital podem ser efetuadas pela enfermeira de infecções que pode também servir de elemento de ligação entre o hospital e as autoridades de saúde da comunidade".(5)

IV . CRONOGRAMA

AGOSTO

- 19 . Reunião para discussão do cronograma
- 02 à 16. Período destinado a elaboração do projeto.
- 16,18 e 19 . Apresentação dos projetos
- 22 . Início dos estágios.

SETEMBRO

- 09 . Reunião com orientadora em Florianópolis.
- 12 . Seminário

OUTUBRO

- 11 . Seminário

NOVEMBRO

- 10 . Término dos estágios.
- 11 à 25. Período reservado a elaboração do relatório.
- 28 . Entrega dos relatórios.
- 28 à 30. Apresentação dos relatórios.

Obs: Este cronograma é flexível, podendo estar sujeito a mudanças quando necessário.

ESCALA DE SERVIÇO

DATA	AGOSTO															SETEMBRO														
	22	23	24	25	26	29	30	31	01	02	05	06	08	09	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	
ALUNAS	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M	M	M	T	M	T	M	T	M	M		
ANA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M	M	M	T	M	T	M	T	M	M		
KELLEN	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M	M	M	T	M	T	M	T	M	M		
ADRIANA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M	M	M	T	M	T	M	T	M	M		

DATA	OUTUBRO															NOVEMBRO										
	03	04	05	06	07	11	12	13	14	17	18	19	20	21	25	26	27	28	01	02	03	04	07	08	09	10
ALUNAS	M	T	M	M	T	T	M	M	M	T	M	M	T	M	M	T	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M
ANA	M	T	M	M	T	T	M	M	M	T	M	M	T	M	M	T	M	T	M	M	M	M	T	M	M	M
KELLEN	T	M	M	T	M	SEMINÁRIO	T	M	T	T	M	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	M	M
ADRIANA	T	M	T	M	M	SEMINÁRIO	M	T	M	T	M	T	M	M	T	T	M	M	T	T	M	M	T	M	M	M

Período de Estágio

- M - Manhã
- T - Tarde

V . CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento do estágio referente a VIIIª Unidade curricular teve início embasado na obrigatoriedade de se cumprir mais uma etapa relativa ao curso de graduação em Enfermagem. A medida que se escolhia e definia o local do estágio, a coordenadora, a supervisora e a essência do trabalho a ser desenvolvido, o aspecto obrigatório foi gradativamente sendo descentralizado chegando a atingir o grau de esquecimento. Assim, todas as teorias, hipóteses, planos e atividades que envolveram o planejamento passaram a ser fundamentadas com o ideal profissional e a mola propulsora foi o otimismo e a dedicação pura e consciente. Esse contexto permitiu uma realização individual e a certeza da validade racional dos procedimentos que consideraram em última instância as necessidades requeridas ao bem estar geral, a quem se destina este trabalho.

Para atingir todos os passos deste planejamento, além de interagir e extrapolar nossas próprias experiências, buscou-se apoio científico e operacional em bibliografias, trabalhos e pessoas já experientes que labutam em nossa área de atuação.

VI . BIBLIOGRAFIA

- 1 . ALMEIDA, C.P.de & ROCHA, J.S.Y. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo, Costez, 1986. 127p.
- 2 . BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 5ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana.1985 vol 1.
- 3 . CARVALHO, Vivina L. de. Ensino de Enfermagem e Metodologia. 2ª ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1979,75p.
- 4 . CERVO, A.L. & BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. 2ª ed. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1978, 139p.
- 5 . CONTROLE de Infecções no Hospital. 3ª ed. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, 1976, 203p.
- 6 . DANIEL, L.F. A Enfermagem Planejada. 2ª ed. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979, 130p.
- 7 . HORTA, W. de A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU:EDUSP, 1979, 99p.
- 8 . PAIM, L. Problemas, Prescrições e Planos: um estilo de assistência de enfermagem. ABEn, 1978.
- 9 . PAIM, R.C.N. Metodologia Científica em Enfermagem. Rio de Janeiro, Luna, 1980, 173p.
- 10 . PAULI, Evaldo. Manual de Metodologia Científica. São Paulo, Resenha Universitária, 1976, 240p.
- 11 . THIOLENT, Michel. Metodologia da Pesquisa-Ação. 3ª ed. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1986, 107p.

A N E X O S

ANEXO I

Lista de Técnicas de interesse das estagiárias da UFSC.

- . Cateterismo vesical
- . Drenagem pleural
- . PVC, PAM (instalação)
- . Aspiração traqueal
- . Diálise peritonial e hemodiálise
- . Tração - pacientes ortopédicos
- . Sondagem nasogástrica
- . Fluidoterapia
- . Curativos complexos
- . Monitorização cardíaca
- . Cuidados pós-morte
- . Aplicação de gesso
- . Cuidados específicos em CTQ
- . Gasometria
- . Retirada de dreno torácico

ANEXO II

RELAÇÃO DE TÉCNICAS REALIZADAS

ALUNAS TÉCNICAS	ADRIANA	ANA	KELLEN	TOTAL

ANEXO III

Roteiro para estudo de caso

I . Pré-Operatório

- 1 . Histórico simples
- 2 . Relação dos problemas
 - 2.1. Razão científica
 - 2.2. Prescrição de Enfermagem
- 3 . Evolução

II . Trans-Operatório

- 1 . Relatório da cirurgia
- 2 . Evolução

III . Pós-Operatório

- 1 . Levantamento de problemas
 - 1.1. Razão Científica
 - 1.2. Prescrição de Enfermagem
- 2 . Evolução

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIIIª UNIDADE CURRICULAR

RELATÓRIO DA PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UMA METODOLOGIA CIENTÍFICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ - JOINVILLE - SC

Elaborado por: ANA DORA PAIM BAGGIO
JUCÉLIA ADRIANA WIGGERS
KELLEN CRISTINE M. JUSTUS

Orientadora: Maria Anice da Silva

Supervisoras: Luiza Helena Jordan
Evelin Valdívia Stock
Cléia Bet

Florianópolis, novembro de 1988.

S U M Á R I O

Pág.

I	- Introdução	04
II	- Resultados	06
	1. Objetivos planejados e alcançados	06
	2. Objetivos não planejados e alcançados	16
III	- Conclusão	18
IV	- Recomendações	20
V	- Bibliografia	21
	Anexos	

A G R A D E C I M E N T O S

- À todas as pessoas do hospital que oportunizaram a introdução da entidade estudantil em seu contexto;
- Às supervisoras Luiza, Evelin e Cléia pela dedicação e interesse na troca de experiências;
- Às enfermeiras(os) pela contribuição dada à nossa formação profissional;
- À todos os funcionários do hospital pela boa receptividade, respeito e dedicação demonstrada durante o decorrido estágio;
- Aos pacientes pela paciência e colaboração;
- À orientadora Maria Anice pelo incentivo, amizade e apoio profissional;
- Aos nossos pais pelo carinho e incentivo dado durante o decorrer do curso;
- À todos os amigos e colegas que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto;
- Aos professores do curso de graduação em enfermagem.

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório relaciona-se diretamente ao projeto "Proposta de implantação de uma metodologia científica na assistência de enfermagem no Hospital Municipal São José em Joinville/SC." Para a consecução deste projeto foi realizado um estágio no hospital supra mencionado, especificamente na Unidade Médico-Cirúrgica - 1º andar, durante o período de 22 de agosto à 10 de novembro do corrente ano.

O estágio foi efetuado pelas acadêmicas Ana Dora P. Baggio, Jucélia Adriana Wiggers e Kellen Cristine M. Justus, alunas participantes da VIIIª unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, , que tiveram as indispensáveis colaborações das supervisoras Luiza Helena Jordan, Evelin Valdivia Stock e Cléia Bet e ainda a imprescindível cooperação da orientadora Maria Anice da Silva. Cada uma das estagiárias fez no mínimo 220 horas úteis no decorrer do estágio além do tempo destinado a leitura direcionada para atualizações ora conceituais, ora operacionais e do tempo utilizado nos questionamentos interpessoais sobre o transcorrer e efetivação do projeto planejado a executar.

Este relatório visa analisar e avaliar os resultados obtidos durante o estágio de forma comparativa e em acordo com os objetivos e estratégias propostos na fase de planejamento do projeto. Os principais objetivos definidos para serem alcançados na execução do projeto foram: implantar uma metodologia científica de assistência de enfermagem no 1º andar do Hospital Municipal São José; executar técnicas de enfermagem, a fim de aprimorar habilidades, visando aperfeiçoamento profissional que reverterá numa melhor assistência ao paciente e colaborar com a implantação da Comissão de Infecção Hospitalar.

Para que possamos analisar e avaliar com critério nosso tra

trabalho e desempenho, achamos preeminente relacionar algumas definições ou seja lançar mão da fundamentação teórica para facilitar o entendimento e desempenho do grupo.

"Relatórios são documentos preparados ora com o espírito de estabelecer um balanço dos resultados alcançados por um programa de trabalho ou por todo um setor especializado, ora com o propósito didático de transmitir a determinado público uma súmula atualizada sobre o assunto de que trata." (14)

"Os registros e relatórios contém prova da efetividade das atividades do grupo e são fundamentais para uma boa administração." (12)

"Avaliação é o processo que envolve a aceitação de valores específicos e a utilização de uma variedade de instrumentos, incluindo medições, como base para julgamento de valores. A avaliação consiste no grupamento e na combinação de dados de desempenho com um conjunto adaptado de metas, para estabelecer classificações comparativas ou numéricas e na justificação dos instrumentos para coleta de dados, das adaptações e da seleção das metas." (1)

"Avaliar é fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos utilizados e dos resultados obtidos no atendimento das necessidades básicas da pessoa humana. A avaliação em enfermagem é realizada pelo enfermeiro através de sua observação objetiva e do feedback proveniente do paciente e família, das equipes de enfermagem interdisciplinar e administrativa." (8)

II. RESULTADOS

1. OBJETIVOS PLANEJADOS E ALCANÇADOS

Os resultados obtidos durante a realização do estágio seguem concomitantes à rerepresentação dos objetivos.

OBJETIVO Nº 1

Implantar uma metodologia científica de assistência de enfermagem no 1º andar do Hospital Municipal São José.

Este objetivo ainda engloba três objetivos específicos:

- elaborar uma metodologia assistencial que se adapte à realidade do hospital;
- divulgar a metodologia elaborada para a equipe de enfermagem do 1º andar; e
- implantar a metodologia pré estabelecida.

Sendo este nosso objetivo central, guiamos nosso estágio basicamente com a intenção de alcançá-lo, estando porém conscientes de que não seria uma tarefa fácil e que possivelmente não haveria resultado positivo. Mas, como recebemos apoio da enfermagem do hospital e por julgarmos que a assistência planejada facilita o estabelecimento dos principais cuidados de enfermagem, insistimos em procurar uma maneira viável de introduzir uma metodologia no H. M. S. J.

Para elaboração da metodologia foram necessários 15 dias de estudos e observações para que fossem aprofundados os conhecimentos teóricos e do dia-dia da unidade.

Com o estudo das teorias, tínhamos a intenção de obter maior

conhecimento, para que a metodologia a ser elaborada tivesse uma base teórica. E, através da observação queríamos captar o andamento da unidade, suas rotinas, distribuição de tarefas dos funcionários, carga de trabalho, funções do enfermeiro, etc., para que a metodologia facilitasse e não dificultasse, o trabalho da equipe de enfermagem. Nesta fase, também conversamos com a enfermeira da unidade e com a gerente da enfermagem para ficarmos a par do que já havia sido feito, já que as enfermeiras já haviam tentado implantar uma metodologia no 1º andar, sem êxito, por ser muito complexa.

Após esta fase de adaptação e estudo, iniciamos a elaboração dos instrumentos que colocariam em prática a metodologia.

Várias teorias foram estudadas e analisadas, para que encontrássemos uma que fundamentasse nossa proposta. Entre as estudadas, identificamos as teorias do Auto Cuidado - Orem e das Necessidades Humanas Básicas - Horta; nas quais nos baseamos.

O elemento principal da teoria de enfermagem de Orem é o Auto-Cuidado; que é definido por ela como "a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham por seus próprios meios, para manutenção da vida, saúde e bem estar". Sendo que a "enfermagem é um serviço de ajuda deliberada, desempenhado pelo enfermeiro para outras pessoas, por um período de tempo." (15)

"As ações de enfermagem podem ser:

- a) totalmente compensatórias: paciente precisa de um guia permanente para o auto cuidado;
- b) parcialmente compensatória: paciente e enfermeiro se engajam em cobrir as necessidades de auto-cuidado; e
- c) sistema educativo-suportivo: os pacientes podem desempenhar auto cuidado com assistência." (15)

Para complementar, associamos a teoria das necessidades humanas básicas, de Wanda Horta. Para Horta, "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde, ou seja, fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais." (11)

Escolhemos estas teorias, pelo fato de estarem diretamente ligadas ao paciente quase que exigindo um inter-relacionamento entre enfermeiro e paciente.

Para aplicarmos a metodologia, elaboramos instrumentos, provenientes do processo de enfermagem simplificado. Para nós, o processo de enfermagem é de grande importância pois visa diretamente o indivíduo e desenvolve diariamente o conhecimento das suas necessidades e ao mesmo tempo contribui para o preparo profissional do enfermeiro.

A metodologia elaborada contém 3 instrumentos básicos:

HISTÓRICO DA ENFERMAGEM (ANEXO I)

Roteiro sistematizado para levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) que torna possível a identificação de seus problemas.

Elaboramos, primeiramente um histórico completo, para nosso maior aproveitamento mas como um histórico complexo requer tempo, achamos que seria melhor simplificá-lo para que fosse possível seu uso. Para isso retiramos alguns itens do histórico elaborado. O tempo foi nosso maior inimigo. Pois, a enfermeira da unidade tem várias atribuições e principalmente poucos funcionários o que acarretava à ela além de atribuições administrativas, atribuições assistenciais.

Além disso, o esquema de internação do hospital dificultava, pois os pacientes geralmente internavam na unidade após cirurgia o que impedia a enfermeira de fazer o histórico nas primeiras 24 horas. Muitas vezes também, o paciente internava após o turno da enfermeira (8 horas diárias) e recebia alta no outro dia. Outro fato importante é que nos finais de semana não há enfermeira na unidade, ficando os pacientes sem prescrição sendo que com muitos deles a enfermeira nem chega a ter contato. Portanto, os fatores: tempo, falta de funcionários e esquema de internação contribuíram para que o objetivo não fosse atingido.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM + PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Para esta segunda etapa elaboramos uma ficha (anexo II) que contém os cuidados de enfermagem básicos. Nela, o enfermeiro, após identificar diariamente as necessidades do paciente assinala o que deve ser feito, coloca horário e determina o grau de dependência do paciente para aquele cuidado. Este grau de dependência pode ser de natureza TOTAL - o Fazer; ou PARCIAL - o Ajudar, Orientar, Supervisionar, Encaminhar - o FAOSE. Ex.: 1) Paciente com fratura de perna, mantido sob tração. Consciente, comunicativo, apresenta episódio de dor.

	PLANO DE CUIDADOS	FAOSE	HORÁRIO
X	BANHO <input checked="" type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Chuveiro	A	8
X	HIGIENTE ORAL	0, S	8 12 18

2) Paciente politraumatizado. TCE - inconsciente

	PLANO DE CUIDADOS	FAOSE	HORÁRIO
X	BANHO <input checked="" type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Chuveiro	F	8
X	HIGIENE ORAL	F	8 12 18

Como a enfermagem não tem espaço no prontuário, as prescrições eram colocadas juntas em uma prancheta; sendo manuseada pelos funcionários, que dela retiravam os cuidados que deveriam prestar aos pacientes; após efetuados, esses cuidados deveriam ser checados

Após a elaboração desta ficha, fizemos uma exposição aos funcionários de todos os turnos, enfatizando a parte a eles destinada. A aceitação foi boa. Nos primeiros dias nos dividimos nos turnos para acompanhar e orientar os funcionários. O grande problema nesta parte, foi a checagem da prescrição que geralmente não era feita. Orientamos novamente os funcionários, mas mesmo assim a checagem não era feita.

Resolvemos, por sugestão da supervisora, mudar de estratégia, colocando as prescrições na cabeceira da cama de cada paciente, assim o funcionário executava o cuidado e já checava. Mas também não deu resultado.

Entre tantos problemas, achamos que as principais causas da ineficácia da metodologia foram, a rotatividade de pessoal que era muito grande o que dificultava a continuidade do trabalho, a falta de um espaço para a prescrição de enfermagem junto com a médica no prontuário (prescrição médica e de enfermagem juntas facilitariam para o funcionário).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ANEXO III)

Evolução é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo enquanto estiver sob assistência profissional.

A evolução foi feita sob a forma de SOAP. One no S - subjetivo eram colhidas informações que o paciente prestava, sobre seu estado, no O - objetivo, o que era visto no paciente durante a visita, no A - análise dos fatores e P - prescrição. A evolução era feita diariamente antes da prescrição.

Apesar das dificuldades encontradas e de não termos alcançado o objetivo central do nosso projeto, acreditamos que foi perfeitamente válida a experiência, pois conhecemos como realmente trabalha um enfermeiro, e em que condições está a enfermagem atualmente, tudo muito diferente do que nos é passado durante a vida acadêmica.

OBJETIVO Nº 2

Executar técnicas de enfermagem, a fim de aprimorar habilidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar técnicas de enfermagem
- Aprofundar conhecimentos teóricos-práticos com pacientes cirúrgicos

Este objetivo visava aperfeiçoamento profissional originando conseqüentemente uma melhor assistência ao paciente.

Foi considerado alcançado, pois como havia sido proposto, cada aluna realizou o mínimo (5) de técnicas pedidas na avaliação.

As técnicas foram realizadas não só na Unidade que se realizou o estágio, mas também nas outras.

A discriminação de técnicas por aluno segue na tabela 1, bem como as proporções quantitativas.

Tabela 1 - Técnicas realizadas pelas alunas de enfermagem durante o estágio da VIIIª U. C. realizado entre 22/08/88 e 10/11/88.

TÉCNICAS	ALUNAS		
	ADRIANA	ANA	KELLEN
CATETERISMO VESICAL	3	1	0
INSTALAÇÃO PVC	1	1	1
ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	1	1	1
CUIDADO COM TRAÇÃO	2	1	0
SONDAGEM NASO GÁSTRICA	1	0	0
FLUIDOTERAPIA	6	4	6
HEMOCULTURA	2	1	3
SONDAGEM ENTERAL	3	0	3
CATETER O ₂	1	0	1
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	2	1	2
ENEMA	2	0	0
TRICOTOMIA	3	0	0
LAVAGEM VESICAL	3	0	2
MASSAGEM CARDÍACA RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL (AMBU)	1	0	0
ELETROCARDIOGRAMA	0	1	0
CUIDADOS PÓS MORTE	2	1	0
CURATIVOS COMPLEXOS	VÁRIOS	VÁRIOS	VÁRIOS
TOTAL	33	12	20

Dentro deste objetivo geral ainda, se encaixa o objetivo específico que propôs o aprofundamento teórico-prático em pacientes cirúrgicos. Isto se daria através de acompanhamento contínuo, com o-rientações, aos pacientes cirúrgicos em todas as fases.

Após análise o grupo achou que este item pode ser considerado alcançado, já que cada aluna acompanhou o mínimo de cirurgias es-tipulado (3), que segue na tabela 2 e realizou um estudo de caso (ANEXO IV).

Tabela 2 - Relação de cirurgias assistidas pelas alunas do VIII^o UC

ALUNAS	CIRURGIA
ANA	APENDICECTOMIA
	CIRURGIA MÚLTIPLA
	REDUÇÃO DE FRATURA
	RETIRADA DE FIO
	A + A NEFRECTOMIA
ADRIANA	COLECISTECTOMIA
	HISTERECTOMIA
	PIELOPLASTIA
	NEFRECTOMIA
	A + A
	LAPANOTOMIA EXPLORATÓRIA
KELLEN	APENDICECTOMIA
	HISTERECTOMIA
	CISTORRAFIA OVARIANA
	CIRURGIA MÚLTIPLA
	REDUÇÃO DE FRATURA
RETIRADA DE FIO	

Como mostra a tabela, cada aluna assistiu mínimo necessário, perfazendo um total de 17 cirurgias.

A parte das orientações foi a mais problemática, pois os pacientes cirúrgicos muitas vezes não eram internados na nossa unidade. Pois como há muita falta de leitos, o esquema de internações do hospital funciona desta maneira: o paciente com cirurgia eletiva, se não houver leito, é mandado para alguma unidade onde é preparado na sala de curativos; e após a cirurgia vai para a unidade que tiver leito vago, ou seja, o paciente pode ser preparado em uma unidade e passar o pós operatório em outra. Outro fato, era de que os pacientes chegavam 1 (uma) hora ou até mesmo 30' (trinta minutos) antes da cirurgia, o que não impedia de orientá-lo, mas dificultava pois este curto período era destinado ao preparo de campo.

O objetivo poderia ser dado como não atingido, porém se analisarmos sob outro parâmetro pode ser considerado parcialmente alcançado, pois apesar de + de 50% do total de pacientes não terem sido orientados pelos motivos já relatados, os poucos pacientes que internavam com certa antecedência (1 dia ou meio período) foram orientados na sua totalidade; sem contar que os pacientes que internavam em cima da hora, recebiam pelo menos orientações básicas (porque do preparo, como é o C. C. e como retornaria da cirurgia).

OBJETIVO Nº 3

Colaborar com a implantação da comissão de infecção hospitalar.

Neste último objetivo, cabe salientar que a comissão já existe no Hospital Municipal São José, sendo composta por médicos e enfermeiras. Nossa colaboração foi no sentido de levantamento do que estava sendo feito, observar e propor idéias que pudessem contribuir para amenizar o problema da infecção hospitalar.

Primeiro tomamos conhecimento da ficha de controle elaborada pela comissão de infecção hospitalar (anexo V). Esta ficha é

preenchida pela enfermeira chefe da unidade após a alta do paciente. Através dela, comissão terá dados sobre número de casos com infecção, se foi hospitalar ou comunitária, com que diagnóstico, qual o médico, etc. Estas fichas são encaminhadas às enfermeiras da comissão e são computadas; antigamente de forma manual, mas atualmente os dados es tão sendo introduzidos no computador.

Durante o período de estágio, aprendemos a preencher estas fichas com o auxílio da enfermeira Cléia.

Na fase de observação, fizemos algumas anotações do que achávamos que contribuía para a propagação da infecção hospitalar.

Quanto à estrutura física, o hospital é uma mistura de arquitetura velha e nova, sendo que algumas unidades foram reformadas. Talvez alguns itens arquitetônicos não estejam dentro dos padrões oficiais, mas alguns não podem ser mudados como no caso dos banheiros que não possuem nenhuma janela para circulação de ar; o que ocasiona o mal cheiro.

Entretanto, acreditamos que o problema maior com relação à infecção não seja este. Levantamos, então, 3 itens que ao nosso ver estão muito relacionados ao problema.

VISITAS: as visitas ao hospital são totalmente liberadas. Somente na UTI há controle, onde só entram 2 (duas) pessoas por paciente; contudo o restante fica na porta da UTI, ou seja, no corredor em frente aos quartos da unidade 1º andar. Achamos que essas vi sitas deveriam ser controladas pois muitas vezes os quartos estão a barrotados de gente, com um entra e sai de pessoas (e de microorganismos), o que não é bom nem para o paciente, nem para o hospital.

CENTRO CIRÚRGICO: pequeno; apesar do esforço da enfermeira chefe em manter tudo em ordem, as instalações não ajudam. Separação da área restrita e irrestrita muito pequena e de grande circula-

circulação. Geralmente médicos e funcionários não usam máscaras nas salas.

FUNCIONÁRIOS DESPREPARADOS: por falta de mão-de-obra, muitas vezes o funcionário é contratado e entra logo no campo sem nenhuma preparação anterior. Informações básicas como a importância da lavagem das mãos são imprescindíveis, pois apesar de óbvias, muitas vezes não são executadas e é através de pequenos gestos que conseguimos combater a infecção.

Levamos este levantamento à enfermeira Luiza, que nos informou que estes itens já foram observados pela comissão, não desmerecendo nosso trabalho. Quanto ao item da visita, eles ainda não acharam uma solução pertinente. Demos à sugestão de elaborar um cartão numerado que seria distribuído aos visitantes (2 por pacientes) e que seriam devolvidos na saída. Quanto ao C. C., a enfermeira nos informou que é um problema antigo, pois o C. C. nunca teve às instalações devidas e quanto ao uso de máscaras, o hospital aconselha os médicos, mas não pode obrigá-los a usar, pois os mesmos não são contratados do hospital. E, quanto aos funcionários, já estão sendo tomadas providências, pois em breve entrará em funcionamento a Educação em Serviço, orientada por uma enfermeira.

2. OBJETIVOS NÃO PROGRAMADOS

A) Participação na supervisão noturna

Durante o estágio o grupo participou de plantões noturnos, aprendendo como é a supervisão, onde um enfermeiro é responsável pelo hospital todo durante um período de 12 horas. Foi um objetivo muito válido, pois com o apoio dos enfermeiros Idésio e John, nos defrontamos com situações difíceis e de pronto atendimento, com segurança e confiança.

B) Participação na jornada de Joinvillense de Medicina

Jornada que se realizou no período de 22/09 à 24/09. Onde foram realizadas palestras de diversos assuntos, inclusive com a participação da enfermagem. Foi bastante válido ter participado, pois o nível das conferências foi ótimo. A participação da enfermagem foi muito boa, com palestras que interessavam a nós diretamente pois relacionava-se com o projeto.

C) Participação na elaboração de uma prova de seleção para o curso de auxiliar.

Juntamente com a equipe de enfermeiros do hospital, elaboramos questões para a prova que selecionaria os candidatos ao curso de auxiliar a ser ministrado pelo hospital. Experiência válida, pois nos lembrou de mais uma função do enfermeiro, o ENSINO.

III. CONCLUSÃO

Quando iniciamos o estágio, a expectativa era muito grande em função de estarmos diante de uma experiência nova que intencionalmente nos propusemos a vivenciar, tendo em vista possuímos a necessidade interior em conhecer uma realidade distinta daquelas encontradas durante os diversos estágios curriculares que já havíamos participado.

Como todo grupo que tenta se entrosar com uma equipe formada e já funcionando com suas atividades interligadas e dependentes, tínhamos inúmeros receios. Estes estavam, principalmente, relacionados com a nossa atuação e com a total integração ao corpo de funcionários, uma vez que a participação deles no desenvolvimento e sucesso do projeto era de fundamental importância. Entretanto, os receios foram infundados e totalmente extinguidos devido a boa receptividade não só dos funcionários envolvidos na unidade onde o estágio transcorria, como também dos funcionários das demais unidades.

No decorrer do estágio, as nossas estratégias programadas normalmente, foram sendo executadas e conseqüentemente as metas propostas no planejamento foram se concretizando o que nos possibilitou conquistar espaço dentro da unidade objeto do estágio, bem como, ratificar a nossa auto-confiança tão necessária ao desenvolvimento e sucesso das atividades.

A mais expressiva dificuldade que deparamos na unidade onde se desenvolveu o estágio foi a alta rotatividade de funcionários para a execução dos serviços. Este fato dificultava o andamento do projeto, tornando-o mais lento, porque era inevitável de nossa parte fornecer constantemente explicações sobre a importância da metodologia e realizar treinamentos para a utilização correta dos instrumen-

instrumentos que fazem parte da sistemática metodológica.

Finalizando, concluímos que a montagem do projeto, a realização do estágio e a elaboração deste relatório foram essenciais para nossa formação profissional. Todas essas fases, na parte técnica e operacional, nos proporcionaram sedimentar e aumentar os conhecimentos teóricos e as nossas experiências práticas. Ainda sentimos no dia-a-dia e em cada atividade a importância e razões da nossa profissão, a qual de forma imprescindível deve ser praticada com responsabilidade e muito amor.

IV. RECOMENDAÇÕES

- Aos alunos do curso de graduação de enfermagem, que procurem campo de estágio fora de Florianópolis, pois o mesmo é muito gratificante.

- Ao corpo de enfermagem do Hospital Municipal São José , que batalhe junto a chefia do mesmo um espaço para a enfermagem junto ao prontuário do paciente, para que a mesma possa desempenhar com eficácia seu trabalho.

- As enfermeiras do hospital que continuem sendo um grupo coeso e com força de vontade que trabalha junto com o paciente e que principalmente continuem unidas.

V. BIBLIOGRAFIA

1. ARNDT, R. N. V. & HUCKABAY, L. M. D. Administração em Enfermagem. 2ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
2. BELLAND, I. L. & PASSOS, J. Y. Enfermagem Clínica. São Paulo, EPU: EDUSP, 1978 Vol. 1.
3. BEVERLY, W. D. Enfermagem Prática. 3ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
4. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. Moderna Prática de Enfermagem. 2ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. Vol. 1 e 2.
5. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 5ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. Vol. 1 e 2.
6. CARVALHO, Vivina L. de. Ensino de Enfermagem e Metodologia. 2ª edição. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1979.
7. CONTROLE de Infecções no Hospital. 3ª edição. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, 1976.
8. DANIEL, L. F. A Enfermagem Planejada. 2ª edição. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979.
9. FARIA, A. N. Introdução à Administração. Rio de Janeiro, LT. C., 1985.
10. GREY, J. de M. et alii Princípios de Cirurgia. 2ª edição. Rio de Janeiro, FAE, 1986. Vol. 2 e 3.
11. HORTA, W. de A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU: EDUSP, 1979.

12. KROW, Thora. Manual de Enfermagem. 4ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
13. PAIM, R. C. N. Metodologia Científica em Enfermagem. Rio de Janeiro, Luna, 1980.
14. REY, Luís. Como Redigir Trabalhos Científicos. São Paulo, Edgar Blücher, 1972.
15. ROSA, M^a. Tereza L. da. Estudo de Teorias de Enfermagem. Florianópolis, mimeografado, 1986.
16. SAMANA, Guy. Enfermagem no Centro Cirúrgico. São Paulo, Andrei, 1986. Vol. 2.

A N E X O S

ANEXO I

UNIDADE:

QUARTO/LEITO:

REGISTRO:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo: M F Cor:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Procedência:

Setor de Admissão:

Dependentes médicos:

Como Hospital acompanhado por: Família
 Sorinho
 Amigo
 Outros:

Condições de locomoção: Ambulante
 Cama
 Cadeira de Rodas

II - INTERAÇÕES

1. (Parâmetros) Sim nº
 Não

Último Data e Local da Última:

Alguns reser Hospital: Sim nº
 Não

2. (Respiração)

Respiração:

Respiração: Eupnéia/Dispneia

Respiração:

Dificuldade de Inalação Insuficiência

Dificuldade de Expiração Exatidão/Inexatidão

Náuseas/Vômitos

Trauma

Dor/Indigestão

Perda/Ganho de Peso

Difagia

Visão Nebulosa/Dupla

Exercício

Calafrio/Febre

Icterícia/Cianose

Edema/Inflamação

Locais
Local.....

Prurido

Local.....

Dor

Local.....

Sangramento

Local.....

QBS.....

Quando Quando?.....

III - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS

o que sabe sobre a doença?.....

Medos/Preocupações:.....

IV - NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS

I - Nutrição

Preferências:.....

Frequências:.....X ao dia

Anorexia

Polidifagia

Náuseas/Vômitos

Difagia

Desconforto após refeição

Qual?.....

Dieta Especial em casa: Diabético

Hipossódica

Brandia

Pastosa

Quente

Qual?.....

2 - HIDRATAÇÃO

Quantidade de líquidos ingeridos / dia

Água Chá / Café

Suco Leite

Outros Hidratação

Pouca água

Aspectos gerais

Aspecto da pele

Seca

+ Úmida

Coloração

Outros

Aspectos

Secos

Pastosos

Picardile

Amarelado

Ressecado

Seco

Pálido

Amarelado

Urinaría: Quantidade de urina / dia

Incontinência

Disúria

Polaciúria

Nictúria

Quantidade

Normal

Excessiva

Pouca

Normal

Normal

Normal

Normal

Aspectos:

Turva

Normal

Normal

4. SONO E REPOUSO:

HORÁRIO:

Insônia

Normal

Normal

Dorme Pouco

Dorme Bem

Medicamentos

OBS:

5. ATIVIDADES FÍSICAS

SIM

Quais?

NÃO

6. SEXUALIDADE:

Ciclo Menstrual: Duração.....Dias.....

Problemas Sim

Quais?

Não

Leucorréias: Sim

Aspectos:

Amarelo

Não

Branco

Bom

Medicação em Uso:

Ulc. Hormo

Insulino

Outros

Método Anticoncepcional Sim

Qual?

Não

Já teve Doença Sexualmente

Transmissível

Sim

Qual?

Não

Qual?

7 - HÁBITOS RELACIONADOS À SAÚDE

1. Vícios:

Tabagismo

..... Cigarros/Dia

Alcoolismo

Outros

2. Alergias:

Desconhece

Medicamentos

Quais?

Alimentos

Quais?

Outros

Qual?

3. DOENÇAS CRÔNICAS

Desconhece

Hipertensão

Úlcera

Diabetes

Artrite

Epilepsia

Cardiopatia

Artrose

Amputação

Outros

Alguém da Família:

VI - EXAME FISICO GERAL

1. Sinais Vitais

PR:

Tempo: Oral Retal Axilas

Pulsos: Apical Radial Outro

..... Imperceptível Irregular Cheio Fraco

Respir: Arritmica Simbilante

..... Superficial Ruidosa

..... Dispneica Taquipneica

..... Bradipneica Assimétrica

Reso: Altura:

2. Aparência Geral

Higiene Corporal:

Nível de Consciência: Início Condição emocional: Nervoso

Consciente Com Medo

Inconsciente Agressivo

Letárgico Chorando

Desorientado Depressivo

Inatento Calmo

Esquálido

3. Pele e Mucosas

Coloração:

Mucronário

Ictericia

Normocoreia

Cianótica

Albida

Cianose

Integridade:

Cicatrizes/ Deformidades

Hematomas/ Contusões

Erupções / Nódulos

Manchas / Secreções

Sensibilidade: Dim: Aum:

Pressão (Tátil)

Frio

Calor

Hidratação: Sim Não

4. Condições para Medicação Parenteral

Rede Venosa Periférica: Visível Firme

Sem condições de Punção

Temperatura: Atrófica Eutrófica

5. Próteses

Dentúrias: Superior Inferior Parcial
Perna Braço Olho Mama

D. E.

Outros:

6. OBS:

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

1. Cabeça

Cabelo e Couro Cabeludo: Limpo Sujo
Alopécia Seborréia
Pediculose

Olhos: Secreção Tipo:

Visão: D. E.
 Prejudicada
 Severamente Prejudicada
 Cego

Aparelho: Óculos
Lente

Ouvidos: Secreção Tipo:

Sujidade

Uso de Aparelho Tipo:

Audição: D. E.
 Prejudicada
 Surdo
 Normal

NARIZ: Secções Tipos

Permeabilidade: D. E.
 Sim
 Não

Olfato: Perda
Distorcida
Diminuição/ Aumento

Bocas Dentes: Naturais Poucos
Próteses Ausência
Cáries

Gustação: Perda
Distorcida
Dim. / Aum.

Orofaringe: Sem Anormalidades
Hiperemiada
Edemaciada
Purulenta

Fala: Mto Rápida
Gagueira
Disfasia
Disartria

Amígdalas: Normal
Com Bócio
Com Gânglios palpáveis

5. TORAX

Condições: Seios:
Axilas:
Tórax Anterior:
Tórax Posterior:

Arterias: Globoso Der a Descompressão
Encovado Em Tábua
Cicatriz Der a Palpação Local:

3. MMSS: Edema Lesões Tipo/ Local:

4. MMII: Edema Lesões Tipo/ Local:
VARIZES

5. OBS:

VIII - QUEIXAS

ANEXO II

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ		UNIDADE:	
NOME:		QUARTO/LEITO:	DATA:
PLANO DE CUIDADOS	FAOSE	HORÁRIO	
Banho: Leito <input type="radio"/> Chuveiro <input type="radio"/>			
Higiene Oral			
Massagem de Conforto			
Aplicação de: <input type="radio"/> Calor <input type="radio"/> Frio			
Mudança de Decúbito			
Movimentação: <input type="radio"/> Ativa <input type="radio"/> Passiva			
Estimular Deambulação			
Fisioterapia			
Manter Cabeceira Elevada			
Manter Membros Elevados			
Estimular Ingesta Hídrica			
Restrição Hídrica			
Balanço Hídrico			
Nebulização			
Tapotagem			
Drenagem Postural			
Exercícios Respiratórios			
Oxigenioterapia			
Observar Coloração Extremidades			
Observar Sangramento			
Observar Queixas de Dor ou Desconforto			
Observar Eliminação			
Diurese			
Glicosúria			
Curativo			
Sonda Vesical Drenagem:			
Sonda Nasogástrica Drenagem:			
Rodízio p/ I.M. DD <input type="radio"/> De <input type="radio"/>			
HD <input type="radio"/> HE <input type="radio"/> VL <input type="radio"/> GD <input type="radio"/> GE <input type="radio"/>			

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

UNIDADE:

NOME:

QUARTO/LEITO:

DATA:

PLANO DE CUIDADOS

FAOSE

HORÁRIO

Banho:

Leito

Chuveiro

Higiene Oral

Massagem de Conforto

Aplicação de:

Calor

Frio

Mudança de Decúbito

Movimentação:

Ativa

Passiva

Estimular Deambulação

Fisioterapia

Manter Cabeceira Elevada

Manter Membros Elevados

Estimular Ingesta Hídrica

Restrição Hídrica

Balanço Hídrico

Nebulização

Tapotagem

Drenagem Postural

Exercícios Respiratórios

Oxigenioterapia

Observar Coloração Extremidades

Observar Sangramento

Observar Queixas de Dor ou Desconforto

Observar Eliminação

Diurese

Glicosúria

Curativo

Sonda Vesical Drenagem:

Sonda Nasogástrica Drenagem:

Rodízio p/ I.M.

DD

De

HD

HE

VL

GD

GE

ANEXO III

ANEXO IV

ESTUDO DE CASO 1

I - PRÉ-OPERATÓRIO

O pré-operatório não foi realizado devido a razão do paciente ter vindo transferido de outra unidade momentos antes da cirurgia. O diagnóstico é Tumor Renal Direito.

II-TRANS-OPERATÓRIO

1. RELATO DA CIRURGIA

O paciente chegou ao centro cirúrgico, foi transportado para maca de circulação interna e conduzido até a sala de cirurgia. A pós colocada na mesa cirúrgica, foi puncionado veia MMSS : esquerdo, foi monitorizado, verificado PA. Recebeu anestesia geral endovenosa, logo foi entubado, passado sonda vesical. Foi realizada antisepsia ampla da área a ser operada, colocado campos cirúrgicos e delimitada a área a ser operada. Foi feita incisão com os planos: - pele, tecido subcutâneo, aponeurose e peritônio. Foi isolado o rim e exposto o pedículo, sendo comprimido por um garrote, conseguindo a isquemia do órgão. Realizado uma nefrectomia parcial por amputação, em forma de cone com a base voltada para o segmento do rim. O sangramento foi controlado com a aproximação das valvas do parênquima renal. A-pós liberada a compressão do pedículo, feito a sutura, aproximação das valvas, fixação de segmento residual do rim, drenagem e fechamento da parede.

III - PÓS-OPERATÓRIO

1. PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

- controlar drenagem por: dreno tubular e sonda vesical, anotando características.
- controle dos sinais vitais de 6/6 horas.
- observar área operatória quanto ao sangrento.
- oferecer gaze umedecida para os lábios.
- dar banho de leito.
- auxiliar na higiene oral.

2. EVOLUÇÃO

Paciente reagiu bem nos pós-operatório imediato. Queixou-se nos dois primeiros dias de dor incisional, apresentou pico febril durante à noite no terceiro dia pós-operatório. Dreno tubular drenou média quantidade de secreção sanguinolenta e sonda vesical sem problemas, sendo retiradas no quarto dia. Permaneceu mais alguns dias na unidade, não apresentando problemas. Recebendo alta hospitalar.

ESTUDO DE CASO 2

I - PRÉ-OPERATÓRIO

1. HISTÓRICO SIMPLES

A. C., 28 anos, casado, residente em Joinville. Veio ao hospital encaminhado ao cirurgião de plantão com provável diagnóstico de apendicite aguda. Foi examinado pelo cirurgião que solicitou que o paciente fosse preparado imediatamente para cirurgia. O paciente referia dor intensa no abdome, que começou na noite anterior. Foi feita tricotomia, colocado camisola aberta e encaminhou-se o paciente ao C. C.

O histórico não foi feito por falta de tempo.

2. RELAÇÃO DOS PROBLEMAS

Por não ter sido possível conversar com o paciente, o único problema constatado de imediato, foi a dor intensa devido a apendicite aguda.

2.1. RAZÃO CIENTÍFICA

- APENDICITE AGUDA -

É a inflamação do apêndice devido a uma infecção. Constitue quase sempre problema cirúrgico.

Começa com dor abdominal intensa e progressiva, iniciando na parte média do abdome e deslocando-se para o quadrante inferior esquerdo após 6 - 12 horas. Após algumas horas a hipersensibilidade aguda se localiza no quadrante inferior esquerdo. Outros sintomas são anorexia, elevação térmica de ligeira a moderada, ligeira alte-

alteração nos hábitos intestinais e, as vezes, náuseas e vômitos.

Quando se confirma o diagnóstico de apendicite aguda, faz-se uma apendicectomia simples.

2.2. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO

Não foram feitas no pré-operatório.

II - TRANS-OPERATÓRIO

1. RELATÓRIO DA CIRURGIA - APENDICECTOMIA

Paciente foi posicionado na mesa cirúrgica, em decúbito dorsal, onde recebeu o preparo necessário, sendo que foi deixado exposta a área cirúrgica - a fossa ilíaca direita. Recebeu anestesia geral.

Foi feita incisão vertical no lado direito, abrindo-se o abdome por planos. Localiza-se o ceco e traciona-se o mesmo à superfície. Segurando-se a faixa muscular anterior do ceco a base de implantação do apêndice é localizada. O apêndice é pinçado, liga-se a artéria apendicular, e após a base do apêndice é ligado a fim de impedir hemorragia. Faz-se então uma pequena sutura em bolsa, em torno da base do apêndice e secciona-se a esta altura. A parede é fechada por planos, anatômicos. Foi colocado dreno de penrose.

2. EVOLUÇÃO

Paciente portou-se bem durante a cirurgia, não tendo sido necessário cuidados maiores com relação à cirurgia pois a mesma foi limpa, já que o apêndice não estava supuradã.

Paciente foi encaminhado à sala de recuperação, onde permaneceu até completa recuperação da anestesia.

III - PÓS-OPERATÓRIO

1. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Observar queixas de dor ou desconforto.
- Observar episódios de náuseas e vômitos.
- Medicação conforme prescrição médica
- Fazer curativo e observar sangramento.
- Observar eliminações.
- Sinais vitais.
- Estimular deambulação precoce

2. EVOLUÇÃO

1º DIA - paciente referindo pouca dor no local da incisão. Aceitou dieta pastosa. Sentou-se no leito. Feito curativo, que apresentava média quantidade de secreção serosanguinolenta. Urinou 2 vezes.

2º DIA - paciente bem, deambulou até o banheiro. Feito curativo, incisão seca e dreno de penrose com pequena quantidade de secreção serosa. Ainda não evacuou.

3º DIA - paciente deambulou pelo setor. Evacuou. Curativo com pequena quantidade de secreção serosa.

4º DIA - retirado dreno de penrose. Paciente deu alta hospitalar.

ESTUDO DE CASO 3

I - PRÉ-OPERATÓRIO

1. HISTÓRICO SIMPLES

Não foi realizado histórico devido a paciente ter sido internada apenas 45 minutos antes da cirurgia e sendo que este tempo foi destinado ao preparo de campo operatório e administração do pré-anestésico.

Os dados a seguir foram retirados do prontuário da paciente

J. C. M., 42 anos, casada, dona-de-casa e residente em Joinville, internou com diagnóstico médico de miomas uterinos.

2. RELAÇÃO DOS PROBLEMAS

- MIOMAS UTERINOS -

2.1. RAZÃO CIENTÍFICA

Os miomas ou fibromas do útero são tumores benignos originados do tecido muscular do útero. Eles são muito comuns, ocorrendo em cerca de 30% a 40% de todas as mulheres. Eles se desenvolvem lentamente entre as idades de 25 a 40 anos e frequentemente se tornam maiores após este período. Há casos em que estes tumores não causam sintomas. O sintoma mais comum é a menorragia. Outros sintomas são devidos à compressão de órgãos vizinhos - dor, dor lombar, constipação e sintomas urinários. Além disso, estes tumores frequentemente causam metrorragia e até mesmo esterilidade. Como regra de tratamento, os tumores maiores que produzem sintomas compressivos devem ser removidos (histerectomia), enquanto os ovários são preservados quan-

quando possível.

2.2. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Não foi realizada nenhuma prescrição de enfermagem no pré-operatório.

3. EVOLUÇÃO

Foram realizados todos os cuidados de rotina com paciente cirúrgico e logo em seguida a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico.

II - TRANS-OPERATÓRIO

1. RELATÓRIO DA CIRURGIA - HISTERECTOMIA

Foi realizada a incisão mediana infra-umbilical e explorado o ventre pela abertura dos planos anatômicos. A seguir, a paciente é colocada em posição de trendelemburg e as alças intestinais são isoladas por compressas e afastadores. O fundo de saco de Douglas é exteriorizado, fixado e seus ramos longos apreendidos por uma pinça. Para conservação dos anexos, o ligamento redondo, o ligamento uterovariano e a trompa são pinçados junto ao útero, ligados e seccionados. É realizada a dissecação do assoalho pélvico, onde se encontram os verdadeiros meios de fixação do órgão. Os vasos uterinos são libertados por dissecação dos tecidos vizinhos. Para extirpar totalmente o útero é feita uma incisão na vagina próximo à sua inserção na cérvice. Por último é realizada a peritonização pélvica fechando o crescente deixado pela extirpação do útero e o fechamento da parede por planos anatômicos.

2. EVOLUÇÃO

A paciente foi submetida à anestesia geral e após o término da cirurgia encaminhada à sala de recuperação. A paciente só retornou à unidade após plena recuperação da anestesia.

III - PÓS-OPERATÓRIO

1. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Realizar curativo no local da incisão e observar sangramento.
- Controle da dor conforme prescrição médica.
- Observar cuidados com cateter vesical, para evitar infecções.
- Estimular mudanças de decúbito, para prevenir distúrbios vasculares.
- Realizar exercícios ativos em MMII para promover a circulação.
- Estimular deambulação para facilitar o retorno da peristalse.

2. EVOLUÇÃO

A paciente teve uma boa recuperação, não apresentando complicações. O cateter vesical foi retirado no 3º dia e a paciente recebeu alta no 5º dia de internação.

H. M. S. J.

COMISSÃO DE
CONTROLE DE INFECÇÃO

63 SETOR: _____

64 MÉDICO: _____

ENFERMAGEM: _____

NOME DO PACIENTE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

SEXO		DATA DO NASCIMENTO			DATA DA INTERNAÇÃO			DATA DA ALTA/OBITO			INFECÇÃO ?		
M	F										SIM	NÃO	
1	3	02			03			04			05	2	4

DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL		CIRURGIAS PRINCIPAL		ALTA/OBITO	
06	DV.	09	DV. P.C.	12	CURADO
07		10		13	PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL
08	DV.	11	DV. P.C.	14	OBITO <input type="checkbox"/> ASSOCIADO A INFECÇÃO HOSPITALAR
				15	OUTRAS CAUSAS

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO
4- LIMPA
3- POTENCIALMENTE CONTAMINADA
5-CONTAMINADA
7-INFECTADA

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO

	ORIGEM	MICROORGANISMO		ORIGEM	MICROORGANISMO
16	5	7	1	2	3
17	5	7	1	2	3
18	5	7	1	2	3
19	5	7	1	2	3
20	5	7	1	2	3
21	5	7	1	2	3
22	5	7	1	2	3
23	5	7	1	2	3
24	5	7	1	2	3
25	5	7	1	2	3
26	5	7	1	2	3

ORIGEM 5-COMUNITÁRIA 7-HOSPITALAR CULTURA: SE HOUEVER, ASSINALE O ITEM DO MICROORGANISMO CORRESPONDENTE

CULTURA ?		MICROORGANISMO		PROCEDIMENTOS	
		CÓDIGO A	CÓDIGO B		
27	SIM	1		29	CATETER VESICAL 2 4
		2		30	PUNÇÃO LOMBAR 2 4
28	NÃO	3		31	CATETER VENOSO 2 4
				32	HIPERALIMENTAÇÃO PARENTERAL 2 4
		CONSULTE CÓDIGO NO VERSO		33	TOT - TRAQ 2 4
				34	DIALISE PERIT 2 4
				35	OUTROS 2 4

2-ANTES DA INFECÇÃO 4-APÓS DETECTADA A INFECÇÃO

ANTIBIÓTICOS

	ANTIBIOGRAMA	TRATAM.		ANTIBIOGRAMA	TRATAM.
36	0 1 2 3	7 9	51	0 1 2 3	7 9
37	0 1 2 3	7 9	52	0 1 2 3	7 9
38	0 1 2 3	7 9	53	0 1 2 3	7 9
39	0 1 2 3	7 9	54	0 1 2 3	7 9
40	0 1 2 3	7 9	55	0 1 2 3	7 9
41	0 1 2 3	7 9	56	0 1 2 3	7 9
42	0 1 2 3	7 9	57	0 1 2 3	7 9
43	0 1 2 3	7 9	58	0 1 2 3	7 9
44	0 1 2 3	7 9	59	0 1 2 3	7 9
45	0 1 2 3	7 9	60	0 1 2 3	7 9
46	0 1 2 3	7 9	61	0 1 2 3	7 9
47	0 1 2 3	7 9	62	0 1 2 3	7 9
48	0 1 2 3	7 9			
49	0 1 2 3	7 9			
50	0 1 2 3	7 9			

ASSINALE COM X O ANTIBIÓTICO TESTADO NO ANTIBIOGRAMA E/OU UTILIZADO NO TRATAMENTO:
1) ANTIBIOGRAMA: FAÇA X EM UM DOS QUADRÍCULOS 0 / 1 / 2 / 3
0 = ANTIBIÓTICO NÃO TESTADO 2 = MICROG. 2 APRESENTA SENSIBILID.
1 = MICROG. 1 APRESENTA SENSIB. 3 = MICROG. 3 APRESENTA SENSIBILID.
2) TRATAMENTO: 7 = PROFILÁTICO
 8 = TERAPÉUTICO

CODIGO B

65	HEMOCULTURA	67	LIQUOR	69	FEZES	71	LESÕES CUTÂNEAS
66	URINOCULTURA	68	ESCARRO	70	LIQUIDO PLEURAL	72	OUTROS
73	ESPECIALIDADE	74	TEMPO DE TRATAMENTO				

CÓDIGO A.

GRAM POSITIVOS

CÓDIGO	MICROORGANISMO
01.9	ACTINOMYCES SP
02.7	BACILLUS SP
03.5	BASTONETES NÃO ESPORULADOS
04.3	CANDIDA ALBICANS
05.1	CANDIDA - OUTRAS
06.0	CLOSTRIDIUM PERFRINGENS
07.8	CLOSTRIDIUM SP
08.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE
09.4	CORYNEBACTERIUM SP
10.8	LACTOBACILUS SP
11.6	LISTERIA MONOCYTOGENES
12.4	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS
13.2	MYCOBACTERIUM SP
14.0	MYCOCCUS SP
15.9	PEPTOCOCCUS SP
16.7	PEPTOSTREPTOCOCCUS SP
17.5	STAPHYLOCOCCUS AUREUS
18.3	STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS
19.1	STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (GRUPO O)
20.5	STREPTOCOCCUS ALFA HEMOLÍTICO
21.3	STREPTOCOCCUS BETA-OUTROS
22.1	STREPTOCOCCUS NÃO HEMOLÍTICOS
23.0	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
24.8	STREPTOCOCCUS PYOGENES (GRUPO A)
30.2	OUTROS GRAM POSITIVOS
31.0	ACINETOBACTER CALCOACETICUS VAR. ANITRATUS (HERELLEA)
32.9	ACINETOBACTER CALCOACETICUS VAR. LWOFFI (MIMA)
33.7	AEROMONAS HYDROPHILA
34.5	AEROMONAS SUIGELLOIDES
35.3	ALCALIGENES SP
36.1	ARIZONA SP
37.0	BACTEROIDES FRAGILIS
38.8	BACTEROIDES SP
39.6	BORDETELLA BRONCHISEPTICA
40.0	BRUCELLA SP
41.8	CHROMOBACTERIUM SP
42.6	CITROBACTER FEUNDII
43.4	CITROBACTER SP
44.2	EDWARDSIELLA TARDA
45.0	ENTEROBACTER AEROGENS
48.9	ENTEROBACTER AGLOMERANS
47.7	ENTEROBACTER CLOACAE
48.5	ENTEROBACTER HAFNIAE
49.3	ERWINEA AMYLOVORA
50.7	ERWINEA CAROTOVORA
51.5	ESCHERICIA COLI

CID

06 _____

07 _____

08 _____

Equipe _____

Intercorrências _____

Obs. Gerais _____

GRAM NEGATIVOS

CÓDIGO	MICROORGANISMO
52.3	FLAVOBACTERIUM MENINGOSSEPTICUM
53.1	FLAVOBACTERIUM SP
54.0	FUSOBACTERIUM SP
55.8	HAEMOPHILUS INFLUENZAE
56.6	HAEMOPHILUS - OUTROS
57.4	KLEBSIELLA OZAENAE
58.2	KLEBSIELLA PNEUMONIAE
59.0	KLEBSIELLA RHINOSCLEROMATIS
60.4	MORAXELLA SP
61.2	NEISSERIA GONORRHOEAE
62.0	NEISSERIA MENINGITIDIS
63.9	NEISSERIA SP
64.7	PASTEURELLA HAEMOLYTICA
65.5	PASTEURELLA PNEUMOTROPICA
66.3	PASTEURELLA MULTOCIDA
67.1	PASTEURELLA UREA
68.0	PECTOBACTERIUM
69.8	PSEUDOMONAS AERUGINOSA
70.1	PSEUDOMONAS CEPACIA
71.0	PSEUDOMONAS FLUORESCENS
72.8	PSEUDOMONAS MALTOPHILIA
73.6	PSEUDOMONAS PUTIDA
74.4	PSEUDOMONAS PUTREFACTENS
76.2	PSEUDOMONAS SP
76.0	PROTEUS MIRABILIS
77.9	PROTEUS MORGANI
78.7	PROTEUS RETTGERI
79.6	PROTEUS VULGARIS
80.9	PROVIDENTIA ALCALIFACIENS
81.7	PROVIDENTIA STUARTII
82.6	SALMONELLA CHOLERAЕ SUIS
83.3	SALMONELLA ENTERITIDIS
84.1	SALMONELLA TYPHI
85.0	SERRATIA LIQUEFACIENS
86.8	SERRATIA MARCESCENS
87.6	SERRATIA RUBIDAE
88.4	SHIGELLA BOYDII
89.2	SHIGELLA DYSENTERIAE
90.6	SHIGELLA FLEXNERI
91.4	SHIGELLA SONNEI
92.2	VIBRIO ALGINOLYTICOS
93.0	VIBRIO CHOLERA
94.9	VIBRIO PARAHEMOLYTICUS
95.7	YERSINEA ENTEROCOLITICA
96.5	YERSINEA PSEUDOTUBERCULOSIS
99.0	OUTROS GRAM NEGATIVOS
99.1	SEM CRESCIMENTO

09 _____

10 _____

11 _____