

Universidade Estadual do Maranhão

Centro de Estudos Superiores de Itapecuru-mirim CESIM

Curso Enfermagem

UTI – Passado, Presente e Futuro.

Itapecuru-mirim

2010

Tarcísio Nélio Cunha Mendes

UTI – Passado, Presente e Futuro.

Atividade apresentada ao curso de enfermagem como pré-requisito avaliativo da disciplina Enfermagem em UTI, sob orientação da Professora Ana Carolina.

Itapecuru-mirim

2010

UTI, Passado, Presente e Futuro

UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais e destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

Nascendo da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes onde se destina a internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. É um ambiente de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas.

Os cuidados intensivos evoluíram a partir de um reconhecimento histórico que as necessidades dos pacientes com doença aguda, com risco de vida ou lesão poderiam ser mais bem tratadas se fossem agrupados em áreas específicas do hospital. Os enfermeiros têm reconhecido por muito tempo que os pacientes muito doentes recebem mais atenção se eles estão localizados perto do posto de enfermagem.

A história do surgimento das UTIs nos remete a várias “eras” assim chamada pela contribuição de vários personagens importantes nesse contexto, onde iniciaremos com a chamada “era Florence” A Unidade de Terapia Intensiva é idealizada como Unidade de Monitoração de paciente grave através da enfermeira Florence Nightingale (A primeira Enfermeira Intensivista que preconizou a UTI).

Em 1854 inicia-se a Guerra da Criméia no qual a Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia. Em condições precárias, passa existir alta mortalidade entre os soldados hospitalizados, atingindo 40% de óbitos. Florence e mais 38 voluntárias partem para os Campos de Scurati, incorporam-se ao atendimento e a mortalidade cai para 2%. Respeitada e adorada, Florence torna-se importante figura de decisão, sendo referência entre os combatentes. Contudo, o destino lhe reservou um grande golpe quando contrai tifo e permanece com sérias restrições físicas, retornando em 1856 da Criméia.

Impossibilitada de exercer seus trabalhos físicos, dedica-se a formação da escola de enfermagem em 1860 na Inglaterra, onde já era reconhecida no seu valor profissional e técnico, recebendo prêmio concedido através do governo inglês. Fundou a Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, com curso de um ano, era ministrado por médicos com aulas teóricas e práticas. Florence faleceu em 13 de agosto de 1910; deixando legado de persistência, capacidade, compaixão e dedicação ao próximo, estabeleceu as diretrizes e caminho para enfermagem moderna.

“Era Dandy” Walter Edward Dandy (Cria a Primeira UTI em Boston em 1926), nasceu em Sedalia, Missouri. Recebeu sua A.B. em 1907 através da Universidade de Missouri e seu M.D. em 1910 através da Universidade e Escola de Medicina Johns Hopkins. Dandy trabalhou um ano com o Dr. Harvey Cushing no Hunterian Laboratório do Johns Hopkins antes de iniciar seu internato e residência no Johns Hopkins Hospital. Ele trabalhou na Faculdade de Johns Hopkins em 1914 e permaneceu até sua morte em 1946. Uma das mais importantes contribuições para neurocirurgia foi o método de ar na

ventriculografia, no qual o fluido cerebrospinal é substituído por ar para dar forma a imagem ao raio X do espaço ventricular no cérebro. Esta técnica era extremamente bem sucedida para identificar as lesões e alterações cerebrais. O Dr. Dandy também foi pioneiro nos avanços das operações para a doença da neuralgia do glossofaríngeo e de Ménière, e publicou os estudos que mostram a participação de discos projetando-se na dor ciática.

“Era SAFAR” Primeiro Médico Intensivista - Preconiza o Suporte Avançado de Vida para UTI, Peter Safar, nasceu na Áustria, filho de médicos, e migrou para os Estados Unidos após permanecer no campo de concentração nazista. Formou-se médico anestesista e na década de 1950 estimulou e preconizou o atendimento de urgência-emergência. Ainda nesta época formulou o ABC primário em que criou a técnica de ventilação artificial boca a boca e massagem cardíaca externa. Para estes experimentos contava com voluntários da sua equipe o qual eram submetidos a sedação mínima. Ainda, através de experimentos, concretizou para o paciente crítico as técnicas de manutenção de métodos extraordinários de vida. Na cidade de Baltimore estabeleceu a primeira UTI cirúrgica e em 1962, na Universidade de Pittsburgh, criou a primeira disciplina de "medicina de apoio crítico" nos Estados Unidos. Iniciou os primeiros estudos com indução da hipotermia em pacientes críticos. Como últimas contribuições elaboraram os projetos das ambulâncias - UTI de transporte fundou a Associação Mundial de Medicina de Emergência e foi co-fundador da SCCM (*Society of Critical Care Medicine*), o qual foi presidente em 1972.

Assim percebemos a importância da contribuição de cada personagem na criação da UTI no mundo, e não ficando por aqui, além de Florence ter escrito sobre as vantagens da criação de uma área separada do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia, o Dr. WE Dandy abre uma unidade de cama três para pós-operatório de neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore no EUA onde começou os cuidados intensivos.

Em 1927, o primeiro bebê nascido em hospital de cuidados de centro-prematura foi criado no Hospital Sarah Morris, em Chicago. Durante a Segunda Guerra Mundial, as divisões de choque foram estabelecidas para reanimar e cuidar de soldados feridos em batalha ou uma cirurgia. A escassez de enfermagem, que se seguiu a Segunda Guerra Mundial, forçou o agrupamento de pacientes pós-operatória em sala de recuperação para garantir o cuidado atento.

Os benefícios óbvios no cuidado do paciente melhoraram que resultou na disseminação da sala de recuperação para quase todos os hospitais até 1960. Em 1947-1948, a pólio epidemia se alastrou na Europa e nos Estados Unidos, resultando em um avanço no tratamento de pacientes morrendo de paralisia respiratória. Na Dinamarca, a ventilação manual foi realizada através de um tubo colocado na traquéia de pacientes com poliomielite.

Pacientes com paralisia respiratória e/ou que sofrem de insuficiência circulatória aguda necessitaram de cuidados intensivos de enfermagem. Durante a década de 1950, o desenvolvimento de ventilação mecânica levou à organização de unidades de terapia intensiva respiratória (UTI) em vários hospitais europeus e americanos. O atendimento e acompanhamento de pacientes ventilados mecanicamente provaram ser mais eficaz

quando os pacientes foram agrupados em um único local. Em 1958, cerca de 25 por cento dos hospitais da comunidade com mais de 300 leitos informaram ter uma UTI.

Até o final dos anos 1960, a maioria dos hospitais dos Estados Unidos teve pelo menos uma UTI. Em 1970, 29 médicos com um interesse maior no cuidado do paciente crítico reuniu em Los Angeles, Califórnia, para discutir a formação de uma organização empenhada em satisfazer as necessidades de pacientes críticos: a Society of Critical Care Medicine (SCCM).

Em 1986, a Câmara Americana de Especialidades Médicas aprovou a certificação de especiais competências em cuidados críticos para as quatro placas primárias: anestesiologia, medicina interna, pediatria e cirurgia. O desenvolvimento de novos e complexos procedimentos cirúrgicos, como o transplante do fígado, pulmão, intestino delgado e pâncreas, criaram um novo e importante papel de cuidados intensivos após o transplante.

Generalizada utilização de terapia farmacológica para pacientes em terapia intensiva com falência de órgãos do sistema específico reduzindo tempo gasto em ambas as unidades de cuidados intensivos e na unidade de saúde. Em 1997, mais de 5.000 UTI's estavam operacionais em unidades de cuidados intensivos nos Estados Unidos.

Depois uma retrospectiva na história de criação da UTI, podemos nos reportar aos tempos de hoje onde se faz necessário um conceito mais amplo, abordando a realidade atual:

CTI (Centro de Tratamento Intensivo) Conjunto de UTI's agrupados em um mesmo local;

UTI (Unidade de Tratamento Intensiva) 1 - Unidade que abriga pacientes de requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta. 2 - Unidade específica dentro de uma CTI (Coronariana, neonatal, pediátrica etc), onde a assistência médica, a assistência de enfermagem, a assistência laboratorial e a assistência de imagem é de 24 horas, e no mínimo de 5 leitos.

O objetivo básico das UTI's é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Assim, as unidades de terapia intensiva são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais dos internados como respiradores artificiais (a criação destes aparelhos reduziu de 70% para 10% a morte de recém-nascidos. Aparelhos de hemodiálise que substituem a função dos rins e diversos outros. A criação das UTI's representou um grande marco na história da medicina uma vez que possibilitou o atendimento adequado dos pacientes garantindo-lhes melhores condições de recuperação e reduzindo os óbitos em cerca de 70%.

O profissional que trabalha nas UTI's é chamado de Intensivista e a equipe é sempre formada por diversos profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros, além dos médicos. Outra função dos Intensivista, principalmente dos enfermeiros e assistentes sociais, é dar conforto e suporte aos familiares dos pacientes uma vez que a situação de internação de algum parente em UTI é sempre delicada para estes.

Mesmo com todo o avanço que vimos no decorrer da história, a UTI era vista como um lugar para morrer, circulações periféricas, pouca ou nenhuma visita, ambiente totalmente fechado, área restrita semelhante a um centro cirúrgico, pacientes inconscientes e unidade única.

A partir de 1995, começou um movimento que se tornou conhecido como humanização do atendimento na UTI. Os envolvidos na interdisciplinaridade das UTI's passaram a refletir profundamente sobre o assunto, procurando saber por que, apesar de todos os esforços, a imagem da UTI como local de isolamento e angústia não deixava de ser, parcialmente, uma realidade.

Esse foi certamente um momento decisivo, pois levou todos os Intensivista a uma reação em forma de ações, estudos e reflexões para tornar essas unidades menos estressantes e impessoais e mais acolhedoras e voltadas para as necessidades individualizadas dos pacientes.

O principal objetivo da humanização é gerar satisfação ao cliente interno e externo, implementando o conceito cuidar do outro como você gostaria de ser cuidado, criando um ambiente menos hostil - o que ajuda o paciente a diminuir o nível de estresse e, conseqüentemente, se recuperar mais rápido.

As normas não permitem que os familiares fiquem junto ao paciente e o distanciamento dos entes queridos acaba sendo um dos maiores problemas enfrentados pelos que estão internados na UTI. O conceito de humanização busca resgatar o valor da proximidade com o paciente, evitando que o alto desenvolvimento tecnológico na medicina coloque o relacionamento e o calor humano em segundo plano.

Hoje, na formação acadêmica, o médico toma conhecimento da necessidade de acolher os familiares, já que é comprovado que eles são parte importante no restabelecimento do paciente. Porém, nem todos os médicos têm essa visão. Conscientizar a equipe que trabalha na UTI para que humanize o seu trabalho é um passo importante.

A responsabilidade dos profissionais se estende para além das intervenções tecnológicas: inclui a avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação desses sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade. A idéia não é que o médico se envolva emocionalmente, mas acolha a família, dando, por exemplo, as informações em uma linguagem acessível e não muito científica.

A família freqüentemente sente-se desamparada e temerosa à beira do leito de um paciente gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe médica está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Eles vêem estes equipamentos fixados ao seu ente querido e podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento.

Neste momento, a equipe de Intensivista tem a oportunidade de oferecer apoio. Explicando e descrevendo o equipamento e o aspecto do paciente à família, antes que ela chegue à beira do leito, a equipe pode prepará-la para esta difícil experiência. Durante a explicação, pode ser utilizado o toque para desenvolver um sentimento de confiança e apoio com a família.

Transformações como uma janela em cada leito da UTI e relógios nas paredes, para que o paciente possa se orientar, também são exemplos de alternativas simples e eficazes para a humanização das unidades de tratamento intensivo. A humanização

renasce para valorizar as características do gênero humano. É imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

A real visão de uma UTI deve ser de:

Um lugar para se “recuperar e viver”, circulações internas, visita como ajuda terapêutica, ambiente com luz natural e visão exterior, área acesso restrito, mas sem necessidade de paramentação, pacientes inconscientes e conscientes e unidades especializadas.

Com toda evolução, tanto na criação quanto na humanização é relevante falarmos da área física de uma UTI, e para projetar ou modificar uma unidade existente exige conhecimento das normas dos agentes reguladores, experiência dos profissionais de terapia intensiva, que estão familiarizados com as necessidades específicas da população de pacientes. Revisões periódicas devem ser consideradas na medida em que a prática da terapia intensiva evolui.

O projeto deve ser abordado pôr um grupo multidisciplinar composto de diretor médico, enfermeiro chefe da UTI, arquiteto principal, administrador hospitalar e engenheiros. Esse grupo deve avaliar a demanda esperada da UTI baseado na avaliação dos pontos de fornecimento de seus pacientes, nos critérios de admissão e alta, e na taxa esperada de ocupação. É necessário análise dos recursos médicos, pessoal de suporte (enfermagem, fisioterapia, nutricionista, psicólogo e assistente social) e pela disponibilidade dos serviços de apoio (laboratório, radiologia, farmácia e outros).

O Planejamento e projeto devem ser baseados em padrões de admissão de paciente, fluxo de visitantes e funcionários, e na necessidade de instalações de apoio (posto de enfermagem, armazenamento, parte burocrática, exigências administrativas e educacionais) e serviços que são peculiares à instituição individual em questão. Segundo normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (E.A.S.).

Cada UTI deve ser uma área geográfica distinta dentro do hospital, quando possível, com acesso controlado, sem trânsito para outros departamentos. Sua localização deve ter acesso direto e ser próximo de elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico, sala recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias de terapia e serviço de laboratório e radiologia.

Os leitos necessários para fornecer uma cobertura segura e adequada para pacientes gravemente doentes num hospital, dependem da população do hospital, quantidade de cirurgias, grau do compromisso de cuidados intensivos pela administração do hospital, pelos médicos e enfermeiros, e dos recursos institucionais.

Um método empírico frequentemente relatado é que um hospital geral deveria destinar 10% da capacidade de leitos para UTI. Relman, "sugere que 15 a 20% de todos os pacientes precisam de cuidados intensivos".

Uma UTI deve existir com no mínimo cinco leitos, em hospitais com capacidade para cem ou mais leitos. A instalação com menos de cinco leitos torna-se impraticável e extremamente onerosa, com rendimento insatisfatório em termos de atendimento.

Estabelecimentos especializados em cirurgia, cardiologia e em emergência devem fazer cálculo específico.

O ideal considerado do ponto de vista funcional são oito a doze leitos pôr unidade. Caso se indique maior número de leitos, esta deve ser dividida em subunidades. Esta divisão proporciona maior eficiência de atendimento da equipe de trabalho.

A disposição dos leitos de UTI podem ser em área comum (tipo vigilância), quartos fechados ou mistos. A área comum proporciona observação contínua do paciente, é indicada a separação dos leitos pôr divisórias laváveis que proporcionam uma relativa privacidade dos pacientes.

As unidades com leitos dispostos em quartos fechados devem ser dotados de painéis de vidro para facilitar a observação dos pacientes. Nesta forma de unidade é necessária uma central de monitorização no posto de enfermagem, com transmissão de onda eletrocardiógrafa e frequência cardíaca.

Unidades com quartos fechados proporcionam maior privacidade aos pacientes, redução do nível de ruído e possibilidade de isolamento dos pacientes infectados e imunossuprimidos. A unidade mista combina os dois tipos de forma e tem sido adotada com bons resultados.

Sala de isolamento é recomendável e cada instalação de saúde deve considerar a necessidade de salas de isolamento compressão positiva e negativa nestas salas. Esta necessidade vai depender principalmente da população de pacientes e dos requisitos do Departamento de Saúde Pública.

Os pacientes devem ficar localizados de modo que a visualização direta ou indireta, seja possível durante todo o tempo, permitindo a monitorização do estado dos pacientes, sob as circunstâncias de rotina e de emergência. O projeto preferencial é aquele que permite uma linha direta de visão, entre o paciente e o posto de enfermagem.

O posto de enfermagem deve ser centralizado, no mínimo um para cada doze leitos e prover uma área confortável, de tamanho suficiente para acomodar todas as funções da equipe de trabalho, com dimensões mínimas de 8m. Cada posto deve ser servido pôr uma área de serviços destinada ao preparo de medicação, com dimensão mínima de 8m e ser localizada anexo ao posto de enfermagem. Deve haver iluminação adequada de teto para tarefas específicas, energia de emergência, instalação de água fria, balcão, lavabo, um sistema funcional de estocagem de medicamentos, materiais e soluções e um relógio de parede devem estar presentes.

Espaço adequado para terminais de computador e impressoras é essencial quando forem utilizados sistemas informatizados. Deve ser previsto espaço adequado para se colocar os gráficos de registros médicos e de enfermagem. Os formulários de registro médicos e impressos devem estar armazenados em prateleiras ou armários de modo que possa ser facilmente acessados pôr todas as pessoas que requeiram o seu uso.

As salas de utensílios limpos e sujos devem ser separadas e que não estejam interligadas. Os pisos devem ser cobertos com materiais sem emendas ou junções, para facilitar a limpeza.

A sala de utensílios limpos é utilizada para armazenar suprimentos limpos e esterilizados, podendo também acondicionar roupas limpas. Prateleiras e armários para armazenagem devem estar em locais acima do solo, facilitando a limpeza do piso.

A sala de materiais sujos (expurgo) deve ser localizada fora da área de circulação da unidade. Pode ter uma pia e um tanque, ambos com torneiras misturadoras de água fria e quente para desinfecção e preparo de materiais. Deve ser projetada para abrigar roupa suja antes de encaminhar ao destino, dispor de mecanismos para descartar itens contaminados com substâncias e fluidos corporais. Recipientes especiais devem ser providenciados para descartar agulhas e outros objetos perfurocortantes. Para desinfecção dos materiais não descartáveis é necessário dois recipientes com tampa, um para materiais de borracha e vidro e outro para materiais de inox, ou uma máquina processadora.

O banheiro de pacientes Localizado na área de internação da unidade (geral) ou anexo ao quarto (isolamento). Todos os banheiros e sanitários de pacientes internados devem ter duchas higiênicas e chuveiro.

Se uma sala de procedimentos especiais é desejada, sua localização deve ser dentro, ou adjacente à UTI, podendo atender diversas UTIs próximas. Deve ser de fácil acesso, o tamanho suficiente para acomodar os equipamentos e as pessoas necessárias. As capacidades de monitorização, equipamentos, serviços de apoio e condições de segurança devem ser compatíveis com serviços fornecidos pela UTI. As áreas de trabalho e armazenamento devem ser adequadas o suficiente para manter todos os suprimentos necessários e permitir o desempenho de todos os procedimentos sem que haja a necessidade da saída de pessoas da sala

O armazenamento de equipamentos é uma área para guardar os equipamentos que não estão em uso ativo, deve ser planejada. A localização deve ser de fácil acesso e espaço adequado para pronta localização e remoção do equipamento desejado. Devem ser previstas tomadas elétricas aterradas em número suficiente para permitir a recarga dos equipamentos operados à bateria.

Todas as UTI's devem ter serviço de laboratório clínico disponível vinte e quatro horas pôr dia. Quando o laboratório central do hospital não puder atender as necessidades da UTI, um laboratório satélite dentro da, ou adjacente à UTI deve ser capaz de fornecer os testes químicos e hematológicos mínimos, incluindo análises de gases do sangue arterial.

Uma área distinta ou separada próxima de cada UTI ou de cada grupo de UTIs, deve ser projetada para observar e armazenar as radiografias, estudar e discutir os casos dos pacientes. Um negatoscópio ou carrossel de tamanho adequado deve estar presente para permitir a observação simultânea de uma série de radiografias.

Uma sala de descanso deve ser prevista em cada UTI ou grupamento de U.T.Is, para prover um local privado, confortável e com ambiente descontraído. Devem existir

sanitários masculinos e femininos dotados de chuveiro e armários. Uma copa com instalações adequadas para armazenamento e preparo de alimentos, incluindo uma geladeira, um fogão elétrico e ou forno microondas. A sala de descanso precisa estar ligada à UTI pôr um sistema de intercomunicação.

O conforto médico deve ser próximo à área de internação, de fácil acesso, com instalações sanitárias e chuveiro. A sala deve ser ligada à UTI pôr telefone e ou sistema de intercomunicação.

A recepção da UTI ou agrupamento de UTI's deve ter uma área para controlar o acesso de visitantes. Sua localização deve ser planejada de modo que os visitantes se identifiquem antes de entrar. Pôr ser uma unidade de acesso restrito é desejável que a entrada para os profissionais de saúde, seja separada dos visitantes e um sistema de intercomunicação com as áreas da UTI efetivo.

Sala de Espera de Visitantes é uma área indispensável, deve ser localizada próximo de cada UTI ou agrupamento de UTIs, destinada aos familiares de pacientes, enquanto aguardam informações ou são preparados para visita na unidade. O acesso de visitantes deve ser controlado pela recepção. Um bebedouro e sanitários devem ser localizados dentro da área ou próximos a ela. São desejáveis para este ambiente cor viva carpete, janelas, iluminação indireta e suave. Deve ser previsto telefones públicos, sofás, cadeiras retas e reclináveis, terminais de circuito interno de TV e materiais educativos.

Os corredores utilizados para transportar os pacientes devem ser separados dos utilizados pelos visitantes. O transporte dos pacientes deve ser rápido e a privacidade preservada. Quando necessário o uso de elevadores, deve ser previsto um tamanho superdimensionado e separado do acesso público.

Para suprir cada UTI deve ser planejado um corredor com 2,4 metros, portas com abertura no mínimo 0,9 metros, permitindo fácil acesso. A circulação exclusiva para itens sujos e limpos é medida dispensável. O transporte de material contaminado pode ser através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum, se acondicionado em carros fechados, com tampa e técnica adequada. O revestimento do piso deve ser resistente a trabalho pesado e permitir que equipamentos com rodas se movam sem dificuldades.

A secretaria administrativa é uma área recomendável, adjacente à UTI, para pessoal da administração médica e de enfermagem. Espaços adicionais para secretarias podem ser alocados para pessoal de desenvolvimento, especialistas clínicos e serviço social, quando aplicável. A habilidade de colocar estes profissionais nas proximidades de uma UTI pode facilitar a abordagem do gerenciamento dos pacientes pôr um grupo amplo e integrado.

Os módulos dos pacientes devem ser projetados para apoiar todas as funções necessárias de saúde. A área de cada leito deve ser suficiente para conter todos os equipamentos e permitir livre movimentação da equipe par atender às necessidades de terapia do paciente.

Segundo as Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, o quarto fechado para adulto ou adolescente deve ter dimensão mínima de 12 m,

com distância de 1,0 metros entre paredes e leito, exceto cabeceira. A área coletiva deve ter dimensões mínimas para 10 m, distância de 1,0 metros entre paredes e 2,0 metros entre leitos. O quarto de isolamento é recomendável, deve ser dotado de banheiro privativo e de área específica para recipientes estantes de roupa limpa e suja e de lavatório. Na ausência de isolamento, o quarto privativo tem flexibilidade para, sempre que for requerida proteção coletiva, operar como isolamento.

Cada módulo de UTI deve ter um alarme de parada cardíaca interligado no posto de enfermagem, sala de reuniões, sala de descanso dos funcionários e demais salas com chamada.

No projeto da UTI um ambiente que minimize o stress do paciente e dos funcionários deve ser planejado, incluindo iluminação natural e vista externa. As janelas são aspectos importantes de orientação sensorial e o maior número possível das salas deve ter janelas para indicação de dia/noite. Para controlar o nível de iluminação podem utilizar cortinas, toldos externos, vidros pintados ou reflexivos.

Outros recursos para melhorar a orientação sensorial dos pacientes podem incluir a provisão de calendário, relógio, rádio, televisão e ramal telefônico. A instalação de T.V. deve ficar fora do alcance dos pacientes e operados pôr controle remoto.

As considerações de conforto devem incluir métodos para estabelecer a privacidade dos pacientes. O uso de persianas, cortinas, biombos e portas controlam o contato do paciente com a área ao redor. Uma poltrona deve estar disponível a beira do leito para visita de familiares. A escolha das cores das paredes proporciona descanso e propicia ambiente tranqüilo.

Uma UTI deve ter recursos que propiciem segurança para os pacientes e funcionários sob condições normais e de emergência. Cada unidade deve ser provida de eletricidade, água, vácuo clínico, oxigênio, ar comprimido e devem atender as normas mínimas ou os códigos dos agentes reguladores ou credenciadores. Os serviços de utilidades podem ser fornecidos pôr uma coluna montada no teto, no solo ou livre. Quando localizadas adequadamente permitem fácil acesso a cabeceira do paciente, facilitando atendimento de urgência. Se o sistema de colunas não for viável, os serviços de utilidades podem ser fornecidos no painel de cabeceira.

Assim é possível ter uma idéia sobre como deve ser uma UTI e o que é necessário para projetar ou modificar, e com esse conhecimento em mãos fica visível uma UTI do futuro sobre a qual podemos dizer em resumido como seria:

Em uma reportagem da revista *inpro*, o Hospital Sírio Libanês é o Pioneiro na implantação do serviço de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) no país, e inaugurou Com 40 leitos individuais, a nova unidade foi projetada para incorporar os avanços tecnológicos pelos próximos 15 anos.

A equipe médica participou ativamente da elaboração e execução do projeto, que prioriza a segurança e o conceito de atendimento humanista ao paciente. “A nova unidade possui características que não existem em nenhuma outra UTI do Brasil, reiterando o pioneirismo do HSL nessa área. Foi priorizada a presença de luz natural

nos leitos (equipados com televisão, poltronas e camas), permitindo que os familiares permaneçam no quarto e participem do cuidado do paciente”, destaca Guilherme Schettino, gerente de Pacientes Críticos e Responsável pela UTI.

A Sala de Procedimentos Cirúrgicos, a Farmácia Satélite e a Torre de Comando, todos funcionando dentro da UTI e com tecnologia de ponta, são conceitos inéditos no país. Além de agilizarem o atendimento do paciente crítico, auxiliam na redução de risco de infecção hospitalar.

“Temos um sistema que regula a pressão atmosférica dentro dos quartos e controla o fluxo do ar em toda a unidade. O sistema de ar condicionado também possui filtros especiais que impedem a proliferação de bactérias e esporos de fungos no ambiente da UTI, reduzindo ao máximo o risco da infecção hospitalar”, ressalta o doutor Schettino. A inauguração da nova UTI faz parte do projeto de ampliação do Hospital Sírio-Libanês, num total de 82 novos leitos.

Esse é apenas um exemplo de que uma Unidade de Tratamento Intensivo tem sempre o que melhorar, pois novas tecnologias estarão sempre a surgir e a humanização deve ser uma idéia constante fazendo parte de uma educação continuada em relação aos profissionais, pois também dela depende o baixo custo para o hospital e aos familiares quando partem para um atendimento particular e ainda diminuindo a estadia do paciente institucionalizado, aumento assim as chances de recuperação e a volta desse paciente ao convívio social.